

La Salud Pública en el Ecuador de la Revolución Ciudadana

Hugo Marcelo Aguilar Velasco¹

Editorial

¹ Profesor Titular de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad Central del Ecuador, Coordinador de Salud Pública del Instituto Superior de Posgrado de la FCM.

Rev. Fac Cien Med (Quito), 2017; 42(2):5-17

Recibido: 12/10/16; Aceptado: 14/11/16

Autor correspondiente:

Marcelo Aguilar

maguilav3@hotmail.com

Resumen: en estos últimos años de gobierno la salud ha sido un importante pendón de la gestión del gobierno de la Revolución Ciudadana. Se destaca el enorme crecimiento de la red de atención en salud, con el incremento de hospitales y centros de salud, muchos de estos equipados con importante tecnología, la inclusión en la atención médica a importantes sectores sociales, el crecimiento significativo del personal de salud y la adopción del Modelo Atención Integral de Salud Familia y Comunitario (MAISFC). A pesar de ello, los indicadores de salud NO mejoraron, y los principales problemas de morbi-mortalidad NO fueron solucionados. Se observó un deterioro de las condiciones laborales de los trabajadores de salud, y un rompimiento de las relaciones entre los actores públicos y privados de la salud pública.

Palabras clave: salud pública, estrategias, acciones, Ecuador, Gobierno, revolución Ciudadana

Abstract: in these last years of government, healthcare has been an important symbol of the management of the government of the Revolución Ciudadana. The enormous growth of the health care network stands out, with the increase of hospitals and health centers, many of them equipped with important technology, the inclusion in medical attention to other important social sectors, the significant growth of health personnel and the adoption of the Integral Family and Community Health Care Model (MAISFC). Despite this, the health indicators did NOT improve, and the main morbidity and mortality problems were NOT solved. There was a deterioration in the working conditions of health workers, and a breakdown in relations between public and private public health actors.

Key words: public health, strategies, actions, Ecuador, Government, Revolución Ciudadana.

Introducción

La OMS define a la salud pública como el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de carácter colectivo¹. Desde este abordaje se presenta una aproximación a los principales rasgos que han marcado la transformación de salud en el este último período sociopolítico del Ecuador.

En estos ocho años de gobierno la salud ha sido un importante pendón de la gestión del gobierno de la Revolución Ciudadana. Se destaca el enorme crecimiento de la red de atención en salud, con el incremento de hospitales y centros de salud, muchos de estos equipados de importante tecnología, la in-

clusión en la atención médica a importantes sectores sociales, el incremento de los programas de asistencia a las discapacidades, el crecimiento significativo del personal de salud y la adopción del Modelo Atención Integral de Salud Familia y Comunitario (MAISFC).

Las iniciales propuestas del gobierno de Rafael Correa plantearon un giro hacia nuevas políticas con enfoque en el bienestar, de inclusión social, de trabajo digno, de salud y el ambiente sano para todos, la inversión orientada a mejorar el acceso a la salud, el abordaje intersectorial desde la determinación social de la salud. Esto en su momento creó todo un abordaje académico sobre la problemática y la expectativa de un cambio significativo en la situación de salud del Ecuador durante los años venideros.



Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento – No comercial – Sin obras derivadas 4.0 International Licence

Hacia el 2016 se examina algunos de los efectos en la salud de este proceso, observándose fenómenos que no eran los esperados, en muchos casos se advierten estancamiento e incluso deterioro de los indicadores de salud y retrocesos en estrategias de prevención y control de enfermedades con el incremento con carácter epidémico de las enfermedades crónicas.

Antes del 2006 el Sector Salud en el Ecuador era fragmentado, desarticulado y sobrepuesto; se estimaba que en 2005 alrededor de 35% de la población ecuatoriana no accedía a los servicios de salud y a la atención médica, la calidad y los altos costos de la salud pesaban en la población más pobre. El Ministerio de Salud Pública (MSP) mantuvo centrado su quehacer en funciones esenciales de la salud pública como la vigilancia de la salud, la atención a emergencias y desastres, un sistema regulatorio sanitario, acciones desarrolladas acorde a escasos presupuestos asignados a la salud en aquellos años. Con altos y bajos, el MSP mantuvo acciones continuas y crecientes en calidad y cantidad como el incremento progresivo de vacunas del programa ampliado de inmunizaciones (PAI) que lograron la interrupción de la transmisión de la poliomielitis, sarampión, fiebre amarilla y rabia humana a nivel nacional.

Se mantuvieron acciones continuas en el control de enfermedades vectoriales que pusieron las bases para lograr la eliminación de la oncocercosis, la pre eliminación de malaria; se realizaron acciones antichagásicas en los principales focos del país, mientras que el dengue se mantuvo en perfiles endémicos bajos, sin grandes epidemias y con relativa baja mortalidad. Los programas de VIH-SIDA y tuberculosis fueron continuamente mejorados, principalmente con recursos del Fondo Global. Las cifras de desnutrición infantil y de muerte materna no tuvieron en esos años modificaciones apreciables. Las enfermedades crónicas tuvieron muy poca atención como acciones preventivas y curativas. Del mismo modo la atención a discapacitados y a enfermedades catastróficas era muy limitada.

Se destaca el incremento de los programas de asistencia a las discapacidades, el crecimiento significativo del personal de salud y la adopción del Modelo Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAISFC)². Sin embargo, a esta fecha el sistema continúa fragmentado, duplicado y sobrepuesto sin que la propuesta de sistema de salud se haya concretado en la práctica más allá de acciones puntuales como los tarifarios de prestaciones. Es menester superar estas limitaciones apuntando la articulación del Sistema Nacional de Salud.

El capítulo de salud de la Constitución de 2008 es un referente fundamental para este análisis. Este apunta la construcción de una sociedad incluyente y equitativa que permita superar las graves des-

igualdades socioeconómicas producto de la acumulación histórica en la sociedad ecuatoriana. La Carta Magna establece al Estado como garante del derecho a la salud a través de la formulación de políticas, planes y programas orientados a brindar acceso a servicios de promoción y atención integral bajo los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional³. De este modo, el mandato constitucional determina la necesidad de iniciar el proceso de reforma y define el ámbito en el cual se conduciría dicho proceso para lograr que el Estado cumpla con las nuevas obligaciones establecidas en la Constitución. La Constitución planteó como la base para el desarrollo de una sociedad del Buen Vivir⁴⁻⁶. En su contenido se describe a la sociedad del Buen Vivir como una vida en armonía con la naturaleza, en una sociedad justa que incluye además el desarrollo sostenible del país y el reconocimiento del Estado plurinacional. Con este propósito se elaboró el Plan Nacional del Buen Vivir que crea las bases de las políticas públicas para llevar a cabo este proyecto^{7,8}. Sin duda este debe ser referente indiscutible para la gestión en la salud.

Las políticas públicas se enfocaron en desarrollar programas para erradicar la pobreza^{9,10}, invirtiendo en el talento humano y la de-colonización del conocimiento⁵ desde la educación básica hasta el postgrado. Se planteó el cambio de la matriz productiva para diversificar la industria⁴, los productos de exportación¹¹ y la transformación del sector financiero¹² así como también la introducción creciente de energías renovables¹³ para salir de la dependencia del petróleo y así construir una economía sustentable¹⁴. Es un proceso que enfrenta el reto de cambiar la “violencia estructural” generada “de una estructura social con grandes desigualdades que se acumuló en distintos procesos sucesivos desde la conquista hispánica”⁹.

La política de gobierno se ha plasmado en los Planes del Buen Vivir, mismo que orienta de forma estratégica el quehacer armónico y articulado de los diversos sectores del Estado. En el sector salud se ha realizado una inmensa inversión, el MSP suma un gasto de 16.313 millones de dólares americanos entre 2007 y 2016, sin contar la inversión realizada por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y el Instituto de Seguridad Social de la Fuerzas Armadas (ISFA), en los últimos 8 años de gestión.

Conforme la visión oficial la respuesta del MSP a las demandas planteadas en la Constitución del 2008, requirió la construcción de un nuevo modelo de atención ya no centrado en la enfermedad o en la prestación de servicios curativos, sino en las ne-

cesidades de salud de las personas, sus familias, sus comunidades y sus necesidades de salud, con una perspectiva de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. El Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) se constituyó en un eje orientador de la reforma del sector y en un pilar de la reorganización institucional del sistema público de salud, aun cuando su implementación e interpretación operativa ha dejado brechas en sus aspectos técnicos, estratégicos y no expresa la concepción del modelo.

La red de servicios se vió fortalecida; se construyeron, repararon y pusieron en marcha 47 hospitales y 74 centros de salud de primer nivel, permitiendo absorber un incremento de más de 300% en la demanda por servicios de salud, con una inversión total de US\$ 16 208 millones entre el 2007 y el 2016 y una inversión promedio anual cinco veces superior al periodo anterior¹⁵.

La mayor inversión de salud se centró en la red de servicios de salud y la atención a la enfermedad, mientras que los programas de promoción y de prevención de salud planteados explícitamente en la Constitución, se han debilitado y en el cambio de la arquitectura institucional han perdido jerarquía. Esta tendencia ocurre en varios países de América Latina y es impulsado por sectores industriales y empresariales que miran el manejo de las enfermedades como un negocio.

Gestión del Ministerio de Salud Pública (MSP)

Durante el gobierno de la Revolución Ciudadana, se advierten cuatro periodos bien marcados, inconexos en su concepción y estrategias. El primero a cargo de la Ministra Caroline Chang, marcado por un esfuerzo para fortalecer la salud pública, los programas de control de enfermedades, la acción comunitaria y la valoración del personal ecuatoriano para los cargos técnicos y directivos del MSP y la gratuidad de servicios. El segundo periodo a cargo del Ministro David Chiriboga se orientó el fortalecimiento de programas estratégicos como el de la tuberculosis, la vigilancia sanitaria e inició un agresivo crecimiento de la red de servicios, ejecutó la desvinculación masiva de funcionarios de salud en las áreas de servicios y organismos de salud pública. Buena parte de la gestión de infraestructura fue realizada de forma externa por la firma Gen Sapiens. El tercer momento corresponde a la Ministra Carina Vance, quien consolida la red de servicios de salud con la construcción de hospitales, y centros de salud, el ingreso de médicos extranjeros al sistema, el reclutamiento de funcionarios no calificados para delicadas funciones críticas del MSP y la seria afectación a las estructuras de salud pública y de estrategias preventivas, como el sistema de vigilancia epidemiológica y los programas de control de enfermedades y de inmunizaciones, los cambios de

responsabilidades hacia la Empresa Pública de Fármacos (Enfarma) paralisa la producción de vacunas y de suero antiofídico, que antes lo hacía el Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical “Leopoldo Izquieta Perez”. Las Ministras Margarita Guevara y Verónica Espinosa centran sus acciones en culminar varias obras en curso y posicionar los logros conseguidos por el gobierno en su gestión de salud, principalmente los derivados del crecimiento de la red de servicios de salud. El discurso presidencial en salud se centró en el posicionamiento del “hospital” como emblema de los avances en salud y el análisis gubernamental adoptó el análisis del número de acciones como logros en detrimento del análisis de indicadores de salud¹⁶.

Se requiere un inmenso esfuerzo para recuperar las capacidades de producción de biológicos, vacunas estratégicas y suero antiofídico, cosa que hasta ahora no ha ocurrido, estos elementos configuran lo que se denomina soberanía en salud.

Modelo de Atención Integral Familiar y Comunitario (MAIS)

El MAIS es un conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas enfocadas en la salud Familiar, Comunitaria e Intercultural que permiten la integralidad de los distintos niveles atención en la red de salud. El MAIS define la interacción de los sectores público y privado, los miembros de la red de servicios de salud y la comunidad para llevar a cabo acciones conjuntas que permitan dar soluciones integrales a las necesidades y problemas de la comunidad. Orienta hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad con la participación organizada de los sujetos sociales, también fortalece la curación, recuperación y rehabilitación para brindar una atención integral, de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y entorno².

El presupuesto del Ministerio de Salud Pública evolucionó desde 586 millones de dólares en 2.007 hasta 2.627 en 2.016. En relación a la fuerza laboral, si se analiza en función de la cobertura poblacional que se ha propuesto, en el MAIS, se deberá contar con un médico de salud familiar y comunitaria, por cada 4000 habitantes en la zona urbana; y para el área rural se debería contar con un médico por cada 1500 a 2500 habitantes, lo que significa que el déficit de aproximadamente 6500 médicos para cubrir las atenciones del primer nivel.

A la presente fecha, en el Ecuador se advierte el desarrollo de un modelo de salud altamente medicalizado, basado en una red de servicios de atención a las enfermedades, con pobre capacidad de prevención y de control de enfermedades, limitado abordaje en la promoción de salud; es llamativa la escasa participación

ciudadana y comunitaria en la gestión del sector. Bien podría calificarse el abordaje, conforme denominaba Granda¹⁷, de “enfermología pública” en detrimento de la “gestión de salud integral” claramente contenida en los Planes del Buen Vivir y la Constitución de la República. Otro rasgo significativo es la enorme transferencia de fondos públicos al sector privado de la salud en forma de pago por prestaciones médicas en desmedro de la generación de servicios propios y como una forma de privatización de la salud.

Política laboral y sus efectos en la gestión de salud

El Ministerio de Relaciones Laborales definió los puestos y perfiles profesionales para el MSP. En ese proceso omitió las figuras de salubrista, administrador de salud, gerente de salud y similares. Los epidemiólogos profesionales claves para la vigilancia epidemiológica y de salud, la investigación y el establecimiento de bases técnicas para la toma de decisiones estratégica y políticas fueron clasificados como servidores públicos de categoría 9 (SP9) mientras que los especialistas médicos que hace atención directa a las personas se catalogaron como SP12 con salarios significativamente superiores. Esto tuvo dos efectos, los profesionales que cumplían labores en el área de la salud pública y especialmente los epidemiólogos migraron a las áreas de atención clínica de pacientes y abandonaron las acciones de vigilancia, prevención y promoción de la salud, en consecuencia, estas acciones cruciales para el desempeño institucional del MSP se han visto gravemente afectadas y su capacidad es muy limitada. Se perdió la inteligencia interna y la información estratégica para respuestas racionales y efectivas para la prevención y control de enfermedades y eventos relevantes en salud colectiva. La salud requiere para su administración de conocimiento técnico y experiencia del personal de las diversas áreas, lo cual no ha sido característica en la conformación del actual MSP.

Las reformas de la seguridad social a fines del 2010 cambiaron los escenarios del IESS y el decreto N° 813 de julio del 2011 que estableció reformas al reglamento general a la Ley Orgánica del Servicio Público (LOSEP) e instauró la figura de “cesación de funciones por compra de renuncias con indemnización” (Art. 8 del Decreto 813) y que acabó desmantelando los servicios con mayor especialización del Ministerio de Salud. Ambas decisiones debilitaron la capacidad institucional de régimen contributivo y de gestión del MSP mientras que permitieron la transferencia de ingentes fondos hacia el sector privado por parte del MSP y del IESS, así como el crecimiento de la red privada considerada como complementaria del sistema nacional de salud¹⁸. Se estima que la transferencia de fondos del IESS al sector privado entre 2011 y 2014 superó los dos

mil millones. Esta estrategia permitió la transferencia de importantes fondos al sector asegurador privado en salud y dio la sensación de mayor cobertura del sistema nacional de salud y elevó durante un tiempo la satisfacción de los usuarios. Al momento, la mayoría de convenios del MSP y del IESS con el sector privado han sido rescindidos y se impulsa la construcción de unidades hospitalarias por el IESS por decisión propia y no necesariamente articulado con las necesidades de la red pública de salud.

El régimen de viáticos y movilizaciones establecido por el Gobierno a inicios de su gestión restringió el desplazamiento de funcionarios dentro de las unidades cantonales lo cual limitó la gestión y la vigilancia en las poblaciones periféricas, se desarticulaban las redes de apoyo social a la salud como clubes de madres, redes de maestros y líderes comunitarios vinculados con la salud comunitaria. En los cantones de gran extensión como los de la Amazonía resultó en el abandono de las comunidades más periféricas y el ahondamiento de sus problemas como los de muerte materna.

El régimen de ocho horas de trabajo que fue impuesto en el sector público para los médicos, así como el régimen de trabajo médico de atención por tiempos en las diversas áreas, las cuotas de pacientes a ser atendidos en las unidades de salud sin que se realice trabajo extramural, determinaron que los médicos especialistas abandonaron los servicios y migraron hacia el sector privado y a la falta de estos muchos servicios de especialidad y subespecialidad del MSP fueron forzados a cerrar, no quedaron opciones laborales para que especialistas de alto nivel o sub especialistas fueran reclutados con formas laborales distintas y flexibles. El resultado final fue que el sector de la salud público tomó un perfil de atención en medicina general y especialidades básicas, mientras que en el sector privado se consolidaron las especialidades de mayor nivel de demanda y costos para el sector salud. Un esquema laboral más flexible puede ayudar a superar la disponibilidad de especialistas en el sector público, pero el problema es el no reconocimiento de errores y la tardanza en repararlos.

Los especialistas en salud pública y colectiva, así como expertos de áreas de gestión de mayor nivel académico y experiencia del MSP migraron hacia las universidades en donde actualmente se concentra la mayor capacidad técnica y científica del sector salud y podría ser un extraordinario eje de fortalecimiento del MSP de darse una articulación orgánica del sector público con el académico.

La nueva arquitectura institucional

El cambio de la arquitectura institucional del MSP ha sido profundo y se ha adaptado al nuevo ordenamiento territorial del Estado Ecuatoriano; las reformas han sido

inspiradas en un proceso de desconcentración que se aplica parcialmente, pues la mayoría de decisiones técnicas e incluso operativas son de carácter centralizado. La prioridad política y financiera orientada a los servicios conspiró contra áreas fundamentales como el sistema nacional de vigilancia epidemiológica; se estimaba hacia el 2010 que desarrollar e implementar un sistema de última generación con tecnología actual y que permitiera tener datos críticos en tiempo real, costaría unos 16 millones de dólares, sin embargo, esto nunca fue posible ponerlo en las prioridades del MSP.

En 2010 vendría la eliminación del Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical “Leopoldo Izquieta Pérez” (INH “LIP”) que cumplía funciones de laboratorio de referencia en salud pública, de investigación en salud y era base de sistema sanitario encargado de la calificación y regulación de productos de consumo humano sometidos a registro sanitario. Además, la institución tenía un área de producción de vacunas y suero antiofidico que servía para atender la demanda nacional. La falta de suero antiofidico producido con venenos de serpiente endémicas plantea el uso de sueros importados de otros países de menor efectividad que el suero que se producía en Ecuador y deriva en la complicación de pacientes mordidos por serpientes.

Las funciones de laboratorio de salud pública y de investigación pasaron al Instituto de Investigación en Salud Pública (INSPI), el área regulatoria de transfirió a la Agencia Regulatoria de Control Sanitario (ARCSA).

Los laboratorios de referencia en salud pública redujeron sus capacidades técnicas y científicas en la nueva institución el Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INSPI) mientras que ARCSA se limitó a realizar la acreditación del Registro Sanitario de modo documental sin que se haya recuperado la capacidad de análisis técnico de medicamentos, vacunas y otros productos estratégicos que anteriormente disponía el INH “LIP”.

El desmantelamiento del INH-LIP fue condicionado por los conflictos en torno de los registros sanitarios y sus procedimientos. Las autoridades no entendieron que la institución era mucho más y un pilar en la vigilancia epidemiológica que se vio afectada por la merma de capacidades del laboratorio de salud pública que era una función central del INH-LIP.

Estructuras fundamentales de la salud colectiva están debilitadas o han sido eliminadas. Los programas de control de enfermedades se han diluido en estrategias poco claras, es el caso de los programas de control de enfermedades vectoriales contenidos en el antiguo Servicio Nacional de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores Artrópodos “Juan Montalván Cornejo” SNEM, que se encargaban del control de en-

fermedades con alto potencial epidémico, como malaria, dengue, leishmaniasis, oncocercosis, enfermedad de Chagas, fiebre amarilla y fauna nociva para la salud; el servicio perdió su institucionalidad, sus equipos técnicos y recursos han sido desarticulados, su capacidad operativa es limitada y sin conducción técnica. Este servicio no fue substituido por estrategias equivalentes y el país al momento está en indefensión frente eventos epidémicos en los trópicos y subtropicos. El Programa ampliado de Inmunizaciones ha sido modificado y su operatividad está disminuida y la tendencia de las coberturas de vacunación apunta a reducirse peligrosamente¹⁶. Urge un importante esfuerzo y una notable inversión financiera para desarrollar capacidades operativas equivalentes para la prevención y control de enfermedades en el Ecuador.

El año 2013 el MSP emprendió en el cambio de control del dengue para lo cual hizo un convenio con y la empresa cubana Labiofam con vigencia de dos años y un valor total de US\$ 65'088.843,44 para realizar el control del vector usando el producto Bactivec (*Bacillus thuringiensis israelensis*) y acciones comunitarias¹⁹. Las pruebas de campo realizadas por equipos técnicos del SNEM habían demostrado la baja efectividad del producto en los ensayos de campo y no aconsejaron el uso en el país²⁰, a pesar de lo cual se implementó el proyecto con costos mucho mayores a los fondos que se ejecutaban en el país para el control del dengue (no mayores a 10 millones de dólares) y mantenían a la enfermedad en niveles endémico-epidémicos en niveles de control aceptables. La intervención se realizó en 2013 y 2014, el promedio de casos de dengue en quinquenio anterior fue de 9.762, en los años del proyecto se registraron 13.630 y 13.865 casos respectivamente, en el año 2015 el número de casos de disparó a 41.003 casos de dengue los que sumados a los 33.619 de fiebre chikungunya, totalizaron 74.622 casos de arbovirosis transmitidos por el vector *Aedes aegypti*, común para las dos enfermedades, lo cual configuró una enorme epidemia y mostró el fracaso del control vectorial desarrollado por la cooperación cubana en esa experiencia, además de la absurda decisión política de aplicar la estrategia cuestionada por las evidencias registradas por SNEM.

Es crítica la situación del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis al reducir su operatividad; la situación epidemiológica de la tuberculosis se deteriora rápidamente y en especial la comunidad de pacientes multidrogo-resistentes (TbMDR) que constituyen una grave amenaza para la salud pública, mayoritariamente están concentrados en la ciudad de Guayaquil y en la Provincia del Guayas. (PNTb, 2010). Lo propio sucede con la Programa de Control de VIH-SIDA cuyos indicadores muestran incremento de casos.

La Promoción de la Salud que se convierte en el sustento teórico de la nueva salud pública, se basa en el autocuidado de la salud, la práctica de estilos de vida saludables y las prácticas de ciudadanía en la salud ha sido el área de menor inversión relativa en el MSP. Algunos programas relacionados con estrategias de Alimentación y Nutrición y otros como Salud Reproductiva con abordajes polémicos, han sido ejecutados por instancias fuera del control y orientación técnica del MSP y sus efectos son poco visibles en contexto de la salud.

El incremento de inversión estatal incrementó también las utilidades de grandes grupos farmacéuticos. Para el 2001 Fybeca y Sana Sana (mismo propietario) concentraron el 72% de las utilidades del sector, mientras que para el 2012 esa participación era del 81%. Adicionalmente, crecieron los ingresos a grandes grupos de constructores, empresas de equipamiento e insumos médicos, farmacéuticas, distribuidoras y servicios adicionales del sector salud²¹. Enorme beneficios fueron a parar en manos de constructores, importadores de equipos e insumos médicos y de la industria farmacéutica.

Es notable la inversión en lo curativo por sobre lo comunitario y la falta de intervención sobre las inequidades en salud que para muestra se evidencian en la mortalidad materna entre 2012-2013, esta es significativamente más alta en aquellas mujeres autodefinidas o caracterizadas por sus familiares como indígenas, afro ecuatorianas o negras, con razones promedio para los dos años que varían entre 117,1 (indígenas) hasta 186,5 (negras), mientras que entre las mujeres montubias, mestizas o blancas, el rango de la razón de muerte materna para esos mismos años está entre 27,2 y 48,6 x 100.000^{22,23}. Las inequidades persisten de forma dramática en la vergonzante muerte materna.

Igualmente, en el campo de la promoción y prevención de la salud, además de marginalidad que ha tenido en la gestión de salud, se advierten retrocesos en materia de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Se eliminó la Unidad Ejecutora de Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, reemplazo de ENIPLA por Plan Familia que cuestiona la "ideología de género" y propone una política pública basada en la abstinencia para reducir el embarazo adolescente, criminalización del aborto y la negligencia de aplicar medidas preventivas de embarazo e infecciones de transmisión sexual (ITS).

Uno de los aciertos de MSP en el área de promoción fue la implementación del semáforo nutricional que permite a los ciudadanos conocer el contenido de azúcar, grasas y sal en todos los alimentos procesados. Al momento hay presión de sectores industriales cercanos al gobierno para eliminar esta estrategia que permite a la población escoger los alimentos para su consumo. Los mecanismos efectivos de participación

social en salud han sido desmantelados, así desaparecieron los comités de usuarias que trabajaban alrededor de la Ley de Maternidad Gratuita, mismos que funcionaban alrededor de los centros y subcentros de salud. Se eliminaron los Consejos Cantonales de Salud y el Consejo Nacional de Salud, instancia que un amplio de representantes de diversas instituciones públicas y privadas del Ecuador.

Redes de maestros, líderes comunitarios, colaboradores voluntarios estaban articuladas con el control de enfermedades como malaria, dengue, tuberculosis y cumplía una importante función de ligar los espacios comunitarios con los servicios de salud. Todas ellas fueron eliminadas y bien podría volverse los ojos articulándolas con el actual orden institucional.

Determinantes de la salud

Entre los años 2007 y 2013, la pobreza se redujo de 37,60% a 28,64 %, lo cual ciertamente es considerado como un importante logro de la gestión del gobierno; la proporción de hogares en situación de extrema pobreza a nivel nacional bajó a 13,4% en 2010; en el área urbana descendió de 10,3% a 7,4%, mientras que en el área rural lo hizo de 42,9% a 34,9%¹⁵. La cobertura con agua de la red pública abastece a 79% en 2010 en zonas urbanas y a 46% en rurales. La proporción de viviendas con acceso a servicio de recolección de basura alcanzó a 77% en el país y 45% en las zonas rurales²¹. El crecimiento económico ha beneficiado a los ecuatorianos²⁹⁻³¹.

La relación del ingreso promedio del 10% más rico con relación al 10% más pobre, en número de veces, bajó 42 a 25, acortando la brecha, entre 2007 y 2015, el quintil más pobre duplicó su ingreso mensual per cápita. Entre 2007 y 2013 bajó su coeficiente de Gini en 6 puntos (del 0,55 al 0,49), mientras en el mismo lapso Latinoamérica lo redujo apenas dos puntos (0,52 al 0,50)³⁰⁻³³.

En cuanto a educación, la tasa neta de matrícula en educación básica subió del 92 al 96% en ocho años y el total de matriculados en el sistema público aumentó de dos millones 604 mil a tres millones 479 mil. Entre 2007 y 2015, la matrícula escolar de la población más pobre incrementó del 89,0% a 95,4%

En educación superior, el país invierte alrededor del 2,00% del PIB, incrementó la cantidad de becas que en el período de 2007 al 2015 llegaron a 14.276 estudiantes. Se ha destinado más de mil millones de dólares para nuevas universidades: la Universidad de las Artes, la Universidad Regional Amazónica; la Universidad Nacional de Educación; y el proyecto Yachay, que funge como una ciudad del conocimiento. No en tanto se estima que unos 489.000 bachilleres, jóvenes entre 18 y 24 años han quedado sin acceso a la universidad y se

advierde también un significativo crecimiento de la matrícula en universidades privadas²⁴.

Ecuador mantiene bajos índices de inflación con la Revolución Ciudadana. En 2015 registró una inflación anual de 3,67 por ciento frente al 2,70 por ciento de 2013, según el último reporte del Índice de Precios al Consumidor (IPC- INEC). La cobertura con agua de la red pública abastece a 79% en el 2010 en zonas urbanas y a 46% en rurales. La proporción de viviendas con acceso a servicio de recolección de basura alcanzó a 77% en el país y 45% en las zonas rurales²⁵. Esto muestra importantes vulnerabilidades por la falta de servicios básicos.

A pesar de los avances en reducción de la pobreza, las inequidades sociales y en salud en el Ecuador son evidentes y expresan la acumulación histórica de desigualdades sociales y los efectos de las diversas crisis económicas como las ocurridas a finales de los 90 que se agudizaron como consecuencia de la quiebra bancaria y el Fenómeno de El Niño del 1998, eventos que golpearon duramente al Ecuador, esto en el marco del periodo neoliberal que vivió el país en la década de los noventa.

Perfil epidemiológico

En el año 2000, Ecuador al igual que otros 188 países, se comprometió a cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). La iniciativa de los países miembros de las Naciones Unidas contempló 8 objetivos y 21 metas orientadas a superar la pobreza y mejorar las condiciones de vida en todo el mundo. Si bien el actual Gobierno ecuatoriano ha realizado una lectura crítica de los ODM y ha lamentado la falta de una economía política que problematice las relaciones de poder dentro y entre los países, lo cual lleva a que los ODM sean expectativas mínimas de desarrollo más que grandes objetivos de transformación social, los esfuerzos de estos últimos 8 años han sido fundamentales para acercarnos al pleno cumplimiento de estos objetivos.

Hacia el 2014 el Gobierno consideró se había cumplido once metas: reducción de la pobreza extrema, alcanzar trabajo decente para todos, erradicación del hambre (desnutrición global), universalizar la tasa neta de matrícula en educación básica, eliminar las desigualdades entre los géneros en todos los niveles de enseñanza, reducción de la mortalidad en niños menores de 5 años, acceso universal a la salud reproductiva, detener la propagación del VIH-SIDA, acceso a medicamentos antirretrovirales (VIH), reducción de la incidencia de paludismo y tuberculosis, y acceso sostenible a servicios de agua y saneamiento, mientras que la reducción de la mortalidad materna se la considera en progreso²⁷.

A pesar de la significativa inversión en el sector salud que aún no llega al 4% del PIB propuesto en

la Constitución, el perfil epidemiológico muestra rasgos preocupantes como son: la mortalidad materna que se ha estacionado en cifras altas, la desnutrición que no ha variado significativamente en relación a mediciones anteriores, las cifras de embarazo adolescente que alcanzan 26,2%, son de las más altas en las Américas²⁷, lo más grave el crecimiento de las cifras de diabetes, hipertensión y violencia tiene carácter epidémico durante los últimos 5 años y son responsables de las primeras causas de mortalidad. Las cifras de cáncer se incrementan sistemáticamente, incluyendo los cánceres prevenibles.

La inversión en salud NO ha garantizado la reducción de la mortalidad materna ni una reducción significativa en desnutrición crónica infantil. De hecho, “la desnutrición crónica cayó apenas 1,5% en los periodos de gobierno del economista Rafael Correa”. Es más, comparadas las encuestas de condiciones de vida (ECV), tenemos que entre 1998 y el 2006 la desnutrición desnutrición crónica infantil cayó 9 puntos *versus* al 1,5 que ha caído desde el 2006 hasta el 2014” En Ecuador, la situación de salud materna e infantil como la situación de alimentación y nutrición se fundamenta en varias encuestas realizadas a nivel nacional y subnacional: la primera en 1959 realizada por el Instituto Nacional de Nutrición (INNE) y el Comité Interdepartamental de Nutrición para la Defensa Nacional de los Estados Unidos (ICNND) reportándose deficiencias de micronutrientes principalmente de hierro, yodo y vitamina A; la segunda encuesta denominada “Situación Alimentaria Nutricional y Salud de la Población de Niños Ecuatorianos menores de cinco años-(DANS), ejecutada por el Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE) en 1986, demostrando una prevalencia de anemia del 25,7% en preescolares y desnutrición crónica de 40,2%; los últimos datos sobre la situación alimentaria nutricional en el país se refiere a la tercera encuesta desarrollada entre el 2011 y 2013, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT-ECU 2011-2013, realizada por el Ministerio de Salud y el INEC, encontrándose un 25,3% de los menores de 5 años con retraso en el crecimiento, es decir uno de cada cuatro niños en Ecuador padece desnutrición crónica, problema que se evidencia más en las niñas que en niños. Los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Materna Infantil (ENDEMAIN, 2004) muestra que el retardo para la talla es del 28 % y el de bajo peso de 7.9%.

Varios ministerios del gobierno han desarrollado acciones tendientes a la disminución de la desnutrición en los primeros años de vida y de las altas prevalencias de deficiencias de micronutrientes, especialmente hierro, cuyos avances han sido importantes pero que aún no han logrado resolverlas. Estas patologías se han

constituido en problemas de salud pública, que afectan la productividad, el desarrollo, el bienestar y la seguridad biológica de la población Ecuatoriana.

Desde el MSP las intervenciones en el área de nutrición estuvieron basadas en la Estrategia Nacional de Nutrición con sus componentes de nutrición materna, nutrición infantil, suplementación con micronutrientes, control del sobrepeso y obesidad y educación alimentaria nutricional, estrategia dirigida a toda la población ecuatoriana; además se implementó el Proyecto Desnutrición Cero en parroquias focalizadas, donde se apoyó a la Estrategia Nacional de Nutrición con la entrega de un incentivo económico a las mujeres embarazadas y a los niños menores de un año de edad.

En el área de nutrición materna se asegura la atención de por lo menos 5 controles prenatales, mediante una captación temprana de la mujer embarazada, vigilando su adecuada ganancia de peso, entregando suplementos de hierro más ácido fólico y la atención institucionalizada del parto momento en el cual se realiza las 3 prácticas integrales del parto (pinzamiento oportuno del cordón umbilical, apego precoz, lactancia materna inmediata).

Para el caso de nutrición infantil se trató de asegurar al menos 6 controles al niño/a desde el nacimiento hasta el primer año de vida, controlando su crecimiento, promocionando la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y prolongada hasta los dos años de edad, y luego una adecuada alimentación complementaria, además se entrega suplementos de micronutrientes: a los niños de 6 a 36 meses de edad se suplementa con megadosis de vitamina A, cada 6 meses, como norma preventiva; además con micronutrientes en polvo (Chis Paz) desde los 6 a 24 meses de edad, contiene hierro, ácido fólico, zinc, vitamina A y vitamina C.

Si bien la prevalencia de desnutrición crónica en los niños y niñas del Ecuador indica una tendencia a la baja, persiste el problema por lo que se mantiene como uno de los problemas más graves de salud pública en el Ecuador. El porcentaje de niños y niñas que sufren de desnutrición crónica se encuentran por encima de los indicados por otros países de la región, donde el Ecuador junto con Bolivia y Perú son los países que tienen mayores índices de desnutrición crónica.

El principal problema para no lograr un éxito en el control de la desnutrición crónica infantil es la manera de enfrentar la misma, la cual es parcelada, desde varios sectores gubernamentales, donde cada uno tiene sus propios objetivos. Una estrategia adecuada debe ser holística, multisectorial e interinstitucional, donde el MSP como órgano rector de la política de salud debe asegurar la contribución de otros sectores del Estado, debe lograr acciones coordinadas con el

Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda para el mejoramiento de las viviendas rurales y urbano marginales que estén en condiciones de habitabilidad y además la provisión de agua potable o segura y una adecuada disposición de excretas; con el Ministerio de Inclusión Económica y Social la provisión adecuada de alimentos a los programas sociales e incorporación de pequeños productores como proveedores de alimentos frescos y naturales; con el Ministerio de Educación a través de la entrega del desayuno escolar en zonas urbano-marginales y rurales del país y la inclusión de temas de alimentación y nutrición en el currículo de los escolares; con el Ministerio de Agricultura, Ganadería, Acuacultura y Pesca el apoyo a proyectos productivos y de fomento a la agricultura familiar para provisión de alimentos.

Acciones coordinadas del sector social del Estado con los sectores privados, la academia y los niveles de gobierno locales lograrán efectivizar el avance y la rapidez para lograr en primer lugar la disminución y luego la erradicación de la desnutrición infantil. Se aprecia que el perfil epidemiológico evidencia enfermedades transmisibles asociadas al atraso (carencia de servicios básicos y deterioro ambiental) y a la pobreza, junto con la emergencia de enfermedades crónicas degenerativas, los accidentes y la violencia propios de las sociedades desarrolladas. Se observa incluso que los mismos espacios de pobreza en donde la población mejora sus condiciones de vida y altera negativamente sus patrones alimentarios, ocurre la emergencia de hipertensión y diabetes, mismas que se asocian con enfermedades transmisibles como la tuberculosis, enfermedad de Chagas, VIH-SIDA, resultado de la coexistencia de estos problemas, complejos patógenos, particularmente difíciles de abordar para el control y la prevención.

El país ha experimentado el aumento de la expectativa de vida a un promedio de 74 años, lo cual se traduce en el incremento de la población mayor de los 60 años y demanda mayores recursos económicos para satisfacer sus necesidades y el crecimiento de enfermedades crónicas y degenerativas a expensa de los adultos mayores, por lo tanto, el diseño de nuevos modelos de atención que incorporen a estos grupos son imperativos y demanda inversiones importantes.

Mortalidad materna-infantil, mortalidad del adulto y del adulto mayor

Según datos del Censo de Población y Vivienda realizado en el 2010, la población del Ecuador alcanzó los 16'144.000 habitantes (proyectado a 2015) y se calcula que la densidad demográfica es de 55.80 habitantes por kilómetro cuadrado. El Ecuador bordea una tasa de crecimiento demográfico intercensal anual de 1,52% de acuerdo a lo estimado por el

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). El país se caracteriza por ser multiétnico y pluricultural, existe la presencia de diversas razas y un gran número de grupos indígenas, asentados en tres regiones del país. Las principales etnias: mestizos 65%, indígenas (nativos amerindios) 25%, blancos 7%, afro-ecuatorianos 3%.

La pirámide de población ecuatoriana aún se caracteriza por ser de tipo expansiva, cuya base se encuentra ensanchada y su cúspide estrecha, sin embargo, si se compara con las pirámides de los censos de población anteriores, muestra una tendencia regresiva, haciéndose más angosta en la base y ensanchándose en la parte media. La población menor de 15 años de edad representa el 31,3% de la población, mientras que la proporción de población de 65 años y más ha aumentado de 4,7% en 1960 a 6,4% en 2014, aumento que sin embargo, para un período tan largo, no es aún muy significativo. Son rasgos significativos la reducción de la tasa de la natalidad, de mortalidad infantil, la estabilidad de la mortalidad general y el incremento de mortalidad materna.

La tasa global de fecundidad descendió de 6.39 hijos por mujer en 1970 a 2.79 hijos por mujer en 2010 (estimaciones de proyecciones de población 2010 INEC³⁰). Según las proyecciones poblacionales del INEC con base en los resultados del Censo 2010. Se prevé un proceso sostenido de envejecimiento desde el 2030, lo cual implica una transición demográfica que implicará algunos fenómenos: estabilización de las tasas de fertilidad, estabilización de tasas de mortalidad y el inicio del decrecimiento poblacional. Estos cambios poblacionales tienen implicaciones en el comportamiento del perfil epidemiológico, donde la importancia de las enfermedades crónicas no transmisibles cada día será más evidente.

Entre 1990 y 2009 la mortalidad infantil ha disminuido en alrededor de la mitad, pasando de una tasa de 30 muertes por cada 1.000 nacidos vivos a 11. La mortalidad materna por su lado muestra una disminución importante, al pasar de 117 muertes por cada 100 mil nacidos vivos a 70. Una reducción en la mortalidad infantil predice mejoras en el servicio de salud, sin embargo, el reto se mantiene. Si bien estos dos indicadores muestran una reducción significativa, la mortalidad general se mantiene prácticamente constante. En el 2010 las muertes generales responden principalmente al deceso de adultos mayores a 65 años (54,3%) y a adultos entre las edades de 15 a 49 años (21,5%). Al hacer esta relación entre hombres y mujeres, la incidencia de muertes en adultos que superan los 64 años de edad es mayor en las mujeres, el 61,4% de mujeres fallecen a esa edad, mientras que en los hombres es del 48,8%. Las principales causas de muerte radican en en-

fermedades hipertensivas, diabetes mellitus, influenza y neumonía, accidentes de tránsito y enfermedades cerebrovasculares; estas cinco categorías representan el 30% de las causas de muerte³⁰.

El envejecimiento de la población determina una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y cobran importancia las colagenosis y artropatías crónicas por carga de enfermedad y compromiso en la calidad de vida de los pacientes, por lo que se incluyen las asignaturas de Reumatología y Geriátrica al pensum para abordar los problemas de salud del adulto mayor y se dan en atención al proceso de envejecimiento de la población ecuatoriana.

Enfermedades transmisibles

Para el trienio 2008-2010 las tasas de las infecciones respiratorias agudas (IRAs), constituyen la primera causa de consulta externa en las unidades de salud del MPS, en todas las provincias del país. Las IRAs se manifestaron cuatro veces más frecuentes que las enfermedades diarreicas agudas; comportamiento que se ha mantenido hasta la presente fecha³⁰.

Esta tendencia según el ENDEMAIN se mantiene especialmente en el grupo infantil, por ser un grupo con características de mayor vulnerabilidad para este tipo de afección. Se mantiene constante la presencia de enfermedades diarreicas agudas, que al igual que las IRAs se relacionan con la carencia de servicios básicos, particularmente en el área rural. De acuerdo al Sistema Integrado de Indicadores Sociales (SIISE), el 90,8% de viviendas están construidas con pisos predominantemente de entablado, parquet, baldosa, vinil, ladrillo o cemento. El 17,5%^{31,32} de los hogares viven en condiciones de hacinamiento.

Es destacable en el Ecuador la reducción importantísima de las enfermedades inmunoprevenibles sin embargo en los últimos dos años se advierte una preocupante mengua de las coberturas de vacunación generados por varios problemas operativos del MSP, ligados probablemente al cambio de la estructura institucional y a dificultades operativas en el trabajo de campo especialmente en zonas urbano marginales y rurales, lo cual exigen un enorme esfuerzo para recuperar estrategias de protección, prevención y promoción de la salud, que traigan como resultado altos niveles de control de enfermedades como la malaria, por ejemplo, cuya reducción la ha dejado al borde de la eliminación. Es de destacar el incremento de tasas x 10.000 hab. de enfermedades transmitidas por alimentos en 2007 de 12.51762 hasta 21.472 en 2009 con ligeros descensos posteriores. Las ITS presentan una curva de serio incremento de tasa de 220,96 en 2007 hasta 1934,72 en 2012, esto tiene relación con las altas tasas de embarazo en adolescentes y el incremento de casos de VIH-SIDA.

Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)

Los cambios de los patrones de salud y enfermedad que está padeciendo Sudamérica y como parte de ella Ecuador, obedece a factores relacionados con la dinámica demográfica, económica y social. Factores como la industrialización, la migración, la urbanización acelerada y el incremento de la esperanza de vida, serían determinantes directos de los cambios del perfil epidemiológico.

Así, el perfil epidemiológico del Ecuador, sigue la tendencia mundial con incremento progresivo de las ECNT que se han convertido en las principales causas de mortalidad e incapacidad en la población en general, dándose una carga mayor en los adultos, con apareamiento paulatino en las poblaciones más jóvenes.

Según la ENSANUT, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de 5 años de edad, se ha incrementado significativamente en los últimos 25 años en el Ecuador, tal como lo refieren tres encuestas nacionales disponibles: 4,2% según la DANS 1986; 6,6% según la ENDEMAIN 2004 y 8,6% según la ENSANUT 2012 ²⁷⁻²⁸⁻²⁹.

Las principales ECNT (diabetes e hipertensión) que en el período 2008 al 2010 se ubican en el cuarto y quinto lugar de las 10 primeras causas de morbilidad en relación con sus tasas; cada una de ellas con sus respectivas secuelas y complicaciones. Estos problemas de salud generan escenarios de alta incertidumbre e inseguridad debido a su impacto negativo tanto en los servicios de salud, como en los sectores con recursos económicos limitados, esto debido a la falta de programas de salud integrales específicos que contemplen tratamientos permanentes, sostenibles, seguimiento y acompañamiento a pacientes.

El conjunto de ECNT obedece a riesgos comunes como sedentarismo, obesidad, sobrepeso, tabaquismo, alcoholismo y estrés. Es decir, un conjunto de riesgos íntimamente ligados a estilos de vida, costumbres culturales poco saludables y el notable incremento del consumo ocurrido en este periodo por poblaciones emergentes de la pobreza sin orientación alimentaria. En el Ecuador, afectan a todos los grupos de la sociedad e imponen una doble carga; por una parte, afectan a la capacidad productiva de los individuos y por otra originan un mayor consumo de los servicios de salud con altos costos de protocolos de tratamiento y medicación. El incremento de enfermedades crónicas no transmisibles muestra un incremento pronunciado entre 2007 en el que se registran tasas de 269,79/100.000 habitantes, hasta 1952,72 en el 2012 (7,23 veces) esto implica atención médica y medicamentos y de complicaciones durante toda la sobrevivencia de los pacientes diagnosticados.

Neoplasias

El cáncer es importante causa de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, en el 2012 hubo unos 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes. Se prevé que el número de nuevos casos aumente un 70% en los próximos 20 años. En 2012, los cánceres más frecuentes en el hombre fueron pulmón, próstata, colon y recto, estómago e hígado. En la mujer fueron los de mama, colon y recto, pulmón, cuello uterino y estómago. Los cánceres causados por infecciones víricas, tales como las infecciones por virus de las hepatitis B (VHB) y C (VHC) o por papiloma virus humanos (PVH), causan hasta un 20% de las muertes por cáncer en países de ingresos bajos y medios.

Más del 60% de los nuevos casos anuales totales del mundo se producen en África, Asia, América Central y Sudamérica. Estas regiones representan el 70% de las muertes por cáncer en el mundo. La tasa de incidencia estandarizada de cáncer invasor de cuello del útero en mujeres residentes en Quito, en el período 2003-2005, llegó a cerca de 70/100.000 casos en mujeres que no tenían educación formal (analfabetas), bajó a alrededor de 30/100.000 cuando las mujeres tenían instrucción primaria, a alrededor de 12/100.000 cuando tenían instrucción secundaria y a 5/100.000 si su instrucción era superior (mejores condiciones sociales y económicas), lo que significa, entre otras cosas, el poco acceso de la mujeres más pobres a servicios de salud, tanto de primer nivel como especializados. El tabaco, se estima, producía alrededor de 5000 muertes anuales en el Ecuador para el año 2014 en la población de 30 años o más y es responsable de aproximadamente un 10% del gasto en salud.

El cáncer de mama en mujeres y el de próstata en varones, igual el Ca de colon, muestran una tendencia creciente en Quito entre en 1985 y 2010, mientras que existe un claro descenso del cáncer de estómago en general³³.

Las enfermedades raras (baja prevalencia) y genéticas

En Ecuador nacen cada año un promedio de 8.000 niños con anomalías congénitas variadas; existen 8.000 niños con síndrome de Down; hay 250.000 discapacitados y, de ellos 80.000 tienen discapacidad intelectual seguramente por una causa genética; existe un promedio de 7.000 enfermedades de baja prevalencia (raras) en todo el mundo, de las cuales el 80% son de origen genético, y apenas 104 son consideradas por el MSP como las más prevalentes en Ecuador³⁵; se estima que el gasto promedio en salud por una enfermedad de baja prevalencia llega a los US\$300.000; entre otros problemas relacionados a este tipo de enfermedades que representan un problema importante de salud pública. En este campo los esfuerzos del Gobierno de la Revolución Ciudadana fueron escue-

tos y limitados y no han permitido articular una verdadera red de atención de estas enfermedades.

Como establece la Ley Orgánica de Discapacidades en su artículo 22, la autoridad sanitaria nacional en el marco del Sistema Nacional de Salud tiene la obligación de normar, desarrollar y ejecutar el Programa Nacional de Genética Humana (PRONAGE), con enfoque de prevención de discapacidades, con irrestricto apego a los principios de bioética y a los derechos consagrados en la Constitución de la República y en los tratados e instrumentos internacionales. Este se debió implementar con carácter de urgente, hecho que ocurrió parcialmente pero que no aterrizó en un programa real que implique nuevos servicios de atención a los ciudadanos³⁵⁻³⁷.

A su vez, la Ley Orgánica de Salud vigente en los artículos 69, 209, 210, 214 hace referencia a la atención integral a los servicios de salud especializados, a la realización de pruebas genéticas para trasplantes, estudios mutacionales, pruebas predictivas de enfermedades genéticas y al desarrollo de la investigación específica de la genética. También el Código de la Niñez y Adolescencia dictamina que se practiquen en forma gratuita exámenes o secuencias de ADN. A pesar del mandato de la Ley el MSP no implementó un centro para esto sino compró servicios a otros proveedores públicos como la Fiscalía General del Estado entre otros.

Para el año 2012, el MSP propuso la Política Nacional de Genética del Ecuador con el fin mejorar las condiciones de salud de los ecuatorianos mediante el uso adecuado de la Genética en Salud Pública y priorizar la misma por parte del Estado Ecuatoriano, política pública que se escribió y que no se ejecutó³⁷.

En resumen, en 10 años de gobierno, los esfuerzos realizados fueron limitados, llenos de controversias, y sobre todo no llegaron a los beneficiarios directos.

Colofón

Con lo analizado parece razonable y reconociendo los logros especialmente en la provisión de servicios y la necesidad de fortalecer diversas áreas vale la pena apuntar algunas líneas cruciales de trabajo en salud: retomar los principios constitucionales como elementos cruciales para apuntar una salud integral del país; profundizar los esfuerzos para incidir en los determinantes sociales de la salud como trabajo vivienda, alimentación y educación; continuar con las políticas de reducción de la pobreza con conducción educativa y acompañamiento en estilos de vida de las poblaciones blanco; definir la política nacional de salud y apuntar a la construcción del SNS del Ecuador racionalizando el uso de los servicios actualmente disponibles; apuntar a un gran esfuerzo nacional incrementar

la cobertura de agua potable y alcantarillado sanitario; fortalecer la gestión de salud con priorizar política y financieramente a la promoción y prevención de la salud a fin de producir salud y superar la visión de la focalización en la “enfermología pública”; racionalizar y fortalecer la Red Pública de Salud con prioridad a la atención primaria; aplicar el MAIS de forma efectiva; fomentar la Salud Colectiva enfocada a disminuir la curativa, atención a ECNT, mediante hábitos de alimentación saludable, manejo de estrés y actividad física.

Además, mejorar la educación para el manejo del medio ambiente; promover la participación social en la gestión de salud en los diversos ámbitos y territorios; promover la carrera sanitaria para los servidores de la salud a fin de establecer estímulos para el trabajo de médicos especialistas en el sector público; impulsar la medicina preventiva, curativa y de rehabilitación en las zonas más críticas de las áreas rural y urbano; priorizar la atención primaria de salud integral para los niños, madres, adultos mayores, quienes padecen de enfermedades degenerativas y catastróficas, a las personas con discapacidad. Ampliar los servicios básicos y la infraestructura sanitaria; desarrollar un Ministerio de Salud con altas capacidades técnicas y científicas orientadas al uso racional, efectivo y eficiente de los recursos. Es crucial recuperar las capacidades técnicas que se han perdido en el Control Sanitario, Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades especialmente las de alto potencial epidémico.

Contribución de los autores

El protocolo de investigación y el diseño de la misma, la recolección de datos, el análisis estadístico, la valoración e interpretación de los datos, el análisis crítico, la discusión, la redacción y la aprobación del manuscrito final fueron realizados en su totalidad por el autor.

Disponibilidad de datos y materiales

Los datos que sustentan este manuscrito están disponibles bajo requisición al autor correspondiente.

Aprobación ética y consentimiento

El manuscrito fue revisado por pares y fue aprobado oportunamente.

Financiamiento

Los recursos fueron provistos por el autor.

Conflicto de interés

El autor no reporta conflicto de interés alguno, es Profesor Titular de la Facultad de Ciencias

Médicas, de la Universidad Central del Ecuador, Coordinador de Salud Pública del Instituto Superior de Posgrado de la FCM.

Agradecimientos

El autor agradece a todas las personas que colaboraron en el proceso de revisión por pares.

Referencias:

1. OPS/OMS, La salud pública en las Américas; 2002 http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf
2. MAIS - Ministerio de Salud Pública - msp.gob.ec http://instituciones.msp.gob.ec/somosalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
3. Constitución de la República del Ecuador (2008) [Internet]. Registro Oficial 449 República del Ecuador: Comparative Constitutions Project; 2008. Disponible en: https://www.constituteproject.org/constitution/Ecuador_2008.pdf Acceso el 15 de abril de 2017.
4. SENPLADES. 2013. Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017. Quito: SENPLADES.
5. Walsh, Catherine. 2010. "Development as Buen Vivir: Institutional arrangements and (de) colonial entanglements." *Development* 53 (1):15-21.
6. Viteri Gualinga, Carlos. 2002. "Visión indígena del desarrollo en la Amazonía." *Polis. Revista Latinoamericana* (3)
7. Acosta, Alberto, and Esperanza (eds.) Martínéz. 2009. *El Buen Vivir. Una vía para el desarrollo*. Quito: Abya Yala.
8. Vallejo, Maria Cristina. 2010. "Biophysical structure of the Ecuadorian economy, foreign trade, and policy implications." *Ecological Economics* 70:159-169. doi: 10.1016/j.ecolecon.2010.03.006.
9. Larrea Maldonado, Carlos. 2013. "Desarrollo social, desigualdad y pobreza." In *Atlas de las Desigualdades Socio-Económicas del Ecuador*, edited by SENPLADES, 21-48. Quito: Scretaría Nacional de Planificación y Desarrollo.
10. Walsh, Catherine. 2013. "Interculturalidad, conocimientos y decolonialidad." *Signo y pensamiento* 24 (46):39-50.
11. Omgba, Luc Désiré. 2014. "Institutional Foundations of Export Diversification Patterns in Oil-Producing Countries." *Journal of Comparative Economics* 42 (4):1052-1064. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jce.2014.02.001>.
12. Unda, Luisa, and Julie Margret. 2014. "Transformation of the Ecuadorian Financial System: Regulation and Response." *Journal of Financial Regulation and Compliance*, Forthcoming.
13. Pelaez-Samaniego, Manuel Raul, Gustavo Riveros-Godoy, Santiago Torres-Contreras, Tsai Garcia-Perez, and Esteban Albornoz-Vintimilla. 2014. "Production and use of electrolytic hydrogen in Ecuador towards a low carbon economy" *Energy* 64:626-631.
14. Scarlato, Margherita. 2013. "Social Enterprise, Capabilities and Development Paradigms: Lessons from Ecuador." *The Journal of Development Studies* 49 (9):1270-1283.
15. Ministerio Coordinador del Desarrollo Social (MCDS). Informe de Rendición de Cuentas; 2015. http://www.todaunavida.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2016/05/informe_rendicioon_de_cuentas_sector_social_2015.pdf
16. Aguilar VHM, Real CJ, VEleoz PR & Torres C. Enfermedades transmisibles en el siglo XXI en el Ecuador Análisis de enfermedades trazadoras. 2016. Universidad Andina Simón Bolívar. Sede Ecuador. La Medicina Ecuatoriana En El Siglo XXI. Ciencias de la salud colectiva y terapias integrativas (Tomo 3)
17. Edmundo Granda. La salud pública y las metáforas sobre la vida. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2000; 18(2): 83-100
18. Dávalos P 2016 Salud Inc. Monopolio ganancia y asimetrías de la información en el aseguramiento privado de salud en el Ecuador. Pag. 140 PUCE Quito.
19. Roca C Proyecto de participación comunitaria para el control biológico del *Aedes aegypti*. Informe de Gestión; 2015 http://instituciones.msp.gob.ec/dps/snem/images/rendicionde_cuentas_Proyecto_de_participaci%C3%B3n_comunitaria_para_el_control_biologico_del_aedes_aegypti.pdf
20. Memorando MSP-SNEM-DG-2012-0059-M Guayaquil 7 de Agosto 2012.
21. Arteaga E 2015. Desmitificando la Revolución en Salud. ALAMES laineaedefuego.info julio 14, 2015 Democracia, Salud
22. Noboa H. Inequidades de la Mortalidad Materna en el Ecuador; 2015 http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D958.pdf INEC.

23. Indicadores de Pobreza 2016. http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/POBREZA/2016/Marzo_2016/Presentacion_pobreza_0316.pdf
24. Luna M. Conferencia “Educación Superior en el Ecuador. Investigaciones para una Nueva Agenda de Cambios Necesarios”. Universidad Andina Simón Bolívar. <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/5360/1/CONF-ESE-02-Luna-impactos.pdf>
25. CEPAL: la recuperación del crecimiento de América Latina y el Caribe depende de dinamizar la inversión pública y privada. 2015 <https://www.cepal.org/es/comunicados/cepal-la-recuperacion-crecimiento-america-latina-caribe-depende-dinamizar-la-inversion>
26. Senplades-INEC-PNUD-SNU71era Edición 2014 Objetivos del Milenio – Balance Ecuador
27. INEC-MSP. ENSANUT-ECU 2011- 2013 Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. <https://www.unicef.org/ecuador/esanut-2011-2013.pdf>
28. INEC. Encuesta Demográfica y de Salud y Materna e Infantil ENDEMAIN, 2004
29. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Hacia la Seguridad Alimentaria y Nutrición de los habitantes del Ecuador. Los Consensos Acerca Del Que Hacer Quito Ecuador. 2002.
30. INEC Compendio;2015 <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/BibliotecasCompendio/Compendio-2015/Compendio.pdf>
31. SIISE. 2010. Tipo de piso. En: <http://www.siise.gob.ec/siiseweb/siiseweb.html?sistema=1#>. Acceso 19.11.2012
32. SIISE. 2010. Hacinamiento. En: <http://www.siise.gob.ec/siiseweb/siiseweb.html?sistema=1#>. Acceso 19.11.2012
33. Ministerio de Salud Pública. Anuario Epidemiológico. 1994-2015.
34. Cueva P & Yépez J Editores 2014 Epidemiología del Cáncer en Quito 2006-2010
35. Ecuador: Public Health Genomics. *Public Health Genomics*. 2010, 13 (3):171-80
36. Congenital malformations in Ecuadorian children: urgent need to create a National Registry of Birth Defects, **The Application Clin Genet**, *Appl Clin Genet*. 2012 Apr 14;3: 29-39. Print 2010.
37. Implementación de la Política Nacional de Genética en Salud Humana: eje de un nuevo paradigma en Ecuador (2012). En: *Memorias de la Cuba Salud 2012*, Convención Internacional de Salud Pública, *Reunión Internacional de Genética Comunitaria*, Diciembre 2012: 7718-28. ISBN: 978-959-212-811-8 (versión digital).