



CUADERNOS DE INVESTIGACIÓN

El impacto de la cobertura pública sanitaria en la calidad de vida en Ecuador en el periodo 2007-2012

Estefanía Pérez López
Director: Manuel Sánchez de Dios

CI 15/2014
ISSN: 2530-3570



Universidad Complutense de Madrid
Facultad de Ciencias Políticas y Sociología



Índice

1. INTRODUCCIÓN	5
2. METODOLOGÍA	5
3. MARCO TEÓRICO	8
3.1. El enfoque de las capacidades	8
3.1.1. Calidad de vida y política	9
3.2. La política sanitaria	12
3.2.1. La salud como programa del Estado del Bienestar	12
3.2.2. Características de la política sanitaria	14
4. HIPÓTESIS Y VARIABLES	16
4.1. Variables e indicadores	16
5. ESTUDIO DEL CASO:	
Programa sanitario en la administración de la “Revolución Ciudadana”	17
5.1. Cambios jurídicos realizados por el Gobierno Central	17
5.1.1. Configuración institucional previa al periodo 2007-2012	17
5.1.2. Configuración institucional en el periodo 2007-2012	18
5.2. Desarrollo de la red pública	21
5.3. Distribución territorial de los recursos y las competencias	23
5.3.1. Distribución regional de la pobreza por NBI*	23
5.4. Financiación de la sanidad (el gasto sanitario)	24
5.5. Establecimientos sanitarios	27
5.6. Camas hospitalarias	29
5.7. Personal sanitario	32
5.8. Tipos de prestaciones	34
5.9. Expansión de las consultas médicas	35
5.10. Políticas sanitarias focalizadas	38
6. CONCLUSIONES	40
<u>6.1. Con respecto a la primera hipótesis se concluye que:</u>	40
6.2. Con respecto a la segunda hipótesis se concluye que:	41
6.3. Con respecto a la tercera hipótesis se concluye que:	42
6.4. Observación final	43
7. BIBLIOGRAFÍA	44

1. INTRODUCCIÓN

Esta investigación tiene como objetivo identificar el impacto de la cobertura pública de sanidad durante el mandato del Presidente Rafael Correa en la calidad de vida, centrada en el valor de la salud, y expresada en las oportunidades reales de los individuos para acceder a los servicios sanitarios de forma equitativa, universal y gratuita.

Concretamente, este trabajo busca responder a la pregunta de investigación: ¿cómo ha impactado el nivel de cobertura sanitaria pública en Ecuador con el gobierno del Presidente Correa en la calidad de vida de los ecuatorianos? Se justifica este cuestionamiento aludiendo a su importancia como un asunto público inherente al bienestar social, al menos, considerando la perspectiva de cambio en que se enmarca la administración guiada por la agenda programática de Alianza PAIS, el partido oficialista, desde el año 2007.

Según el Ministerio de Salud Pública (MSP desde ahora)¹ de este país, durante las últimas décadas se ha vislumbrado un progresivo desmantelamiento de los servicios de sanidad pública, un decrecimiento del gasto público y una escasa inversión gubernamental en este ámbito (MSP, 2013). Se ha sugerido que esto responde a la adopción de las políticas neoliberales recomendadas en el Consenso de Washington por los organismos financieros internacionales a los países en desarrollo en la década de los años 90. Igualmente, factores del contexto nacional, entre los que se destacan la inestabilidad política, la corrupción, el colapso del sistema financiero, jugaron un rol crucial en el debilitamiento del Estado, la desestabilización de la democracia y las instituciones, e influyeron en el abandono del sector social, contribuyendo al desdeño de la calidad de vida y consintiendo la profundización de las vastas e históricas asimetrías socioeconómicas en la población.

¹ Para mayor detalle ver la página oficial de la institución: <http://www.salud.gob.ec/>.

En contraste, la llegada del proyecto político de “Revolución Ciudadana”, promovido por el Presidente Correa, se acompaña de una serie de acontecimientos que han favorecido el acrecentamiento de la gestión pública en múltiples sectores, como la educación, la sanidad, la seguridad social, entre otros, y han canalizado oportunamente su programa redistributivo. Uno de los hechos más destacados es la expedición de la Constitución Política, aprobada vía Referéndum Constitucional (2008), en donde se consagra el Buen Vivir o Sumak Kawsay como un principio rector de las acciones del Estado, que evoca la solidaridad, el respeto por lo diverso, y la inclusión ciudadana.

Así, esta investigación se direcciona a distinguir los principales cambios en la gestión pública que han influido en las oportunidades de los individuos para que puedan elegir vivir una vida buena, saludable y digna.

2. METODOLOGÍA

En este trabajo se realiza un estudio de caso en el ámbito de la política comparada. Ésta, es un enfoque y un método de investigación de la ciencia política, que tiene en cuenta las diferencias entre países y requiere un estudio transversal entre los mismos (Sánchez de Dios, 2014). Para Almond, Bingham y Mundt (1993: 3-4) la política comparada es una herramienta que permite entender los procesos y cambios políticos al comparar los diferentes casos, ya que ofrece conceptos y puntos de referencia dando la perspectiva más amplia. Aunque aquí se estudia un solo caso, también se realizan ciertas comparaciones con otros países de América Latina sobre temas puntuales para la mejor comprensión del mismo.

El estudio de caso es un método de investigación que permite el análisis en profundidad de un fenómeno, un objeto o una relación causal, tiene unas fronteras definidas, y es adecuado para comprobar, ilustrar o construir una teoría o parte de ella (Coller, 2005:29). Cuando está guiado por una estructura

teórica, ésta debe ser sólida, concreta, y cumplir con su rol de dirigir la investigación en una dirección clara (Coller, 2005: 31). Este trabajo se cimenta en un Apartado Teórico que sustenta su elaboración y desarrollo.

Morlino (2010:136) cataloga a los estudios de caso por su relevancia teórica. Indica los siguientes: estudios configurativos o ateóricos, estudios interpretativos, estudios generadores de hipótesis (o teorías), y estudios de control de hipótesis (o teorías). Siguiendo su clasificación, y la de Coller (2005:43)², se realiza un estudio controlador de hipótesis o un estudio de caso analítico, en tanto: a) se construye hipótesis y se pretende confirmarlas, falsarlas o contrastarlas, b) hay un marco teórico que encuadra el caso, y c) se estudia una relación entre fenómenos, y se pretende hallar sus causas, correlatos y efectos. Además, la funcionalidad de este estudio de caso es de tipo evaluativo (Sánchez de Dios, 2014).

De otra parte, en esta investigación se realiza un estudio de política pública. Concretamente, sobre la política sanitaria. Una política pública es “el conjunto de acciones implementadas en el marco de planes y programas gubernamentales diseñados por ejercicios analíticos de algún grado de formalidad, en donde (...) la voluntad política y los recursos disponibles, viabilizan en logro de objetivos sociales” (Ordóñez-Matamoros, 2013: 31). Se examina dicha política, siguiendo, del mismo modo, las siguientes especificaciones sobre el análisis y la evaluación de las políticas públicas.

Según Parsons (2007: 74-75) el análisis de las políticas públicas es una forma de análisis político, en donde la política comparada se constituye como un método de investigación que indaga su proceso y

2 El autor clasifica a los estudios de caso de acuerdo a los siguientes criterios: objeto de estudio, alcance del caso, naturaleza del caso, tipo de acontecimiento, uso del caso y número de casos. Ver: Coller, Xavier (2005). *Cuadernos Metodológicos. Estudio de casos*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

sus resultados con un enfoque comparativo. Apunta, dicho método puede emplearse de tres formas: a) como estudio de caso de un tema de políticas públicas de un país, b) como análisis estadísticos de diversos estudios de casos y países, o, c) como una comparación más concreta de un tema o sector de políticas públicas entre un selecto número de países comparables. El presente trabajo se enmarca en la primera opción, y se fundamenta en las ideas y principios de la teoría del Estado del Bienestar, que se amplía posteriormente.

Como acotación, siguiendo a Ordóñez-Matamoros (2013), el estudio de las políticas públicas que enfatiza el aspecto de la evaluación requiere de un análisis científico/académico. Este tipo de análisis es normativo y tiene un carácter Ex Post o retrospectivo, que pretende identificar el impacto y las consecuencias de la acción pública en correspondencia con el planteamiento de sus objetivos (Ibáñez Parra, 2013:48). Se incorporan dichos criterios en la elaboración del caso, principalmente, al extraer conclusiones a partir de la comparación de escenarios entre el inicio y el final del periodo analizado (2007-2012).

Parsons (2007) y Villareal Cantú (2010), señalan que el análisis de las políticas públicas puede realizarse a partir de diversos enfoques o marcos teóricos. De acuerdo al criterio del investigador, pueden utilizarse uno o más a la vez. Los mismos, son herramientas que acentúan los elementos que explican las principales variables de la investigación. Desde esta perspectiva cualitativa, se utilizan dos teorías. La primera, que se mencionó líneas atrás, y, en segundo lugar, el “enfoque de las capacidades” de Amartya K. Sen, cuyos parámetros han permitido comprender y delinear la concepción de la calidad de vida como la variable que proyecta los efectos de la política pública de sanidad.

Se realiza un breve análisis jurídico que indaga las normas que regulan la política sanitaria: los principios constitucionales y las leyes. Éstas componen la arquitectura estable que determina la acción pú-

blica (Villareal Cantú, 2010: 262). Asimismo, se revisan los principales planes de salud y los programas de focalización. Esto es importante porque permite entender el proceso de producción de la política nacional de salud pública.

De otra parte, para la realización de este estudio de caso se ha utilizado una metodología cualitativa y cuantitativa, que responde al manejo de variables e indicadores de tipo descriptivo y estadístico, seleccionadas a partir de la revisión de la literatura, que estructuran el diseño de la investigación. Cabe acotar que la combinación de ambas metodologías converge en una triangulación, en donde ambos métodos se complementan y son útiles para validarse entre sí (Sánchez de Dios, 2014).

La principal técnica de recolección de información ha sido el análisis documental o análisis de contenido, que consiste en la interpretación de textos a fin de originar, producir y analizar datos referentes a distintos aspectos de la vida política, social o económica (Sánchez de Dios, 2014). En la fase inicial de la investigación se realizaron cinco entrevistas abiertas a profesionales del sector sanitario del país con el propósito de tener una idea general acerca de las particularidades del ámbito de la sanidad pública en el país. La información extraída tuvo un carácter exclusivamente orientativo para la autora de este trabajo.

Las fuentes primarias de datos cuantitativos proceden de los datos que proporciona el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)³ en los Anuarios de Estadísticas Hospitalarias, Camas y Egresos y los Anuarios de Recursos y Actividades de Salud, que son recopilaciones de información estadística sobre temáticas referentes al sector sanitario ecuatoriano. Si bien, la publicación de los mismos es anual, se han encontrado modificaciones en la presentación de ciertos indicadores. Esto ha limitado la investigación, forzando a realizar un análisis exhaus-

3 Para mayor detalle ver la página oficial de la institución: <http://www.inec.gob.ec/estadisticas/>.

tivo para la adecuada comparación de los datos en el periodo señalado.

Las fuentes secundarias son libros y documentos escritos (por tanto interpretaciones ya hechas por otros investigadores) sobre la política sanitaria en Ecuador. No existe documentación científica abundante sobre esta temática que sea actual, producida, al menos durante los últimos cinco años⁴. El documento “Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad”, publicado en 2012, por el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS)⁵, es el más completo, y ha sido una de las fuentes secundarias más importantes, sobre todo, porque la información que ofrece es referida por la comisión especialista en el sector sanitario de cada país, respectivamente. Éste, contempla nueve dimensiones de análisis, que abarcan temas como: la salud y los derechos sociales, la organización de los sistemas sanitarios, el financiamiento, la universalidad e integralidad de los servicios, la vigilancia en salud, la fuerza de trabajo del sector sanitario, entre otros. Lucio, Villacrés y Henríquez (2010), aportan un trabajo similar pero menos profundo, en donde se describen las condiciones de salud en Ecuador y las características principales del sistema sanitario. Malo (2013), ofrece una recopilación de datos importantes sobre el rendimiento de las prestaciones del MSP. De igual forma, las publicaciones de organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁶ y la Comisión Económica para Latinoamérica y el Caribe (CEPAL)⁷, han contribuido con información valiosa sobre el perfil sanitario de este país.

4 El proceso de búsqueda ha sido exhaustivo, y se ha realizado durante un periodo de seis meses. Se ha recurrido tanto a la utilización de Internet como a los recursos ofertados por algunas bibliotecas del país. Principalmente, la biblioteca de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales – Sede Ecuador.

5 Para mayor detalle ver la página oficial de la institución: <http://www.isags-unasur.org/>.

6 Para mayor detalle ver la página oficial de la institución: <http://www.paho.org/hq/>.

7 Para mayor detalle ver la página oficial de la institución: <http://www.cepal.org/>.

3. MARCO TEÓRICO

La calidad de vida, como un concepto teórico, se desarrolla a partir del Enfoque de las capacidades, cuyo titular es el Premio Nobel de Economía Amartya K. Sen⁸. Se destaca también la filósofa Martha Nussbaum quien ha realizado importantes contribuciones a esta escuela de pensamiento político y económico⁹. La perspectiva ética que ofrece este marco normativo permite el estudio cualitativo y cuantitativo de asuntos sobre pobreza, desigualdad socioeconómica, desarrollo humano, políticas públicas, justicia social y evaluación de la calidad de vida.

Para fundamentar la descripción de la política de sanidad se utiliza la teoría del Estado del Bienestar universalista. A partir de ésta, se afirma que la política sanitaria es una forma de protección social que brinda el Estado, inherente al vínculo de la ciudadanía, que procura materializar el derecho social de la salud y otorga la atención sanitaria como una garantía al conjunto de la población.

3.1. El enfoque de las capacidades

Amartya Sen, indica, que, a partir de la publicación de su artículo *Equality of What?* (1980) ha dedicado esfuerzos para la construcción de un marco normativo que permita la evaluación del nivel de vida de acuerdo a las capacidades de los individuos para alcanzar objetivos que tienen motivos para valorar (Sen, 1993:54). Así, este marco teórico sugiere que cualquier ejercicio práctico u analítico que estudie

8 Algunas de las obras en donde Sen desarrolla el <<enfoque de la capacidad o de las capacidades>> son: Sen, Amartya (1995). "Nuevo examen de la desigualdad". Madrid. Alianza Editorial S.A.; Sen, Amartya (1993). "Capacidad y bienestar". En *La calidad de vida*, comp. Martha C. Nussbaum y Amartya Sen, 54- 83. México. Fondo de Cultura Económica; Sen Amartya (2001). "El nivel de vida". Madrid: Editorial Complutense.

9 Su trabajo ha concentrado el estudio del enfoque de las capacidades desde la perspectiva de género y la justicia social. Véase: Nussbaum, C. Martha (2012). "*Crear capacidades. Propuesta para el desarrollo humano*". España: Paidós. Nussbaum, C. Martha (2002). "*Las mujeres y el desarrollo humano*". Barcelona: Herder S.A.

la calidad de vida identifique las libertades fundamentales que los individuos tienen acceso a alcanzar en lugar de poner la mira en sus deseos o cualquiera de las expresiones de su satisfacción personal (Robeyns, 2003:5; Oosterlaken, 2009:91).

Sen (1993: 55) propone este enfoque que difiere de la perspectiva utilitarista y se sustenta en información específica, que se separa de la información proveniente de corrientes como la teoría de la justicia de Rawls y el criterio de igualdad de recursos de Ronald Dworkin. Asimismo, el autor refuta la visión economicista de la calidad de vida. Es así que tanto él como Nussbaum disienten de las acepciones que centran al Producto Interno Bruto (PIB) de una nación como un indicador de bienestar social, en tanto, resulta pertinente para medir el crecimiento macroeconómico, más no proporciona la información adecuada sobre la libertad real de los ciudadanos para alcanzar una vida digna (Nussbaum y Sen, 1993:15).

Las observaciones de Sen, parten por enfatizar la influencia que tienen las múltiples características y condiciones que son parte de y afectan a los individuos, indicando que son éstas las que determinan qué y en qué medida éstos requieren para poder alcanzar sus objetivos de vida. Según el autor, "las personas conformadas de manera diferente y situadas en diversos lugares requieren distintas cantidades de bienes primarios para satisfacer las mismas necesidades" (Cohen, 1993:36). En este sentido, es posible afirmar que el "principio de la igualdad condena la provisión igual de bienes a una persona sana y a un parapléjico, porque se necesitan más recursos para hacerle posible a éste último el movimiento" (Sen, 1993:36-37). Por este motivo, esta perspectiva teórica exige considerar la heterogeneidad de rasgos personales y situaciones, en tanto influyen directamente en lo que las personas son o no capaces de alcanzar y repercute en el tratamiento que éstas requieren para tener la habilidad de conseguir objetivos de vida.

Capacidad, funcionamiento y agencia, son los conceptos principales del enfoque. Este último se

examinará en breve. Se distingue a una capacidad de un funcionamiento si se piensa que poder elegir hacer o ser algo equivale a capacidad, mientras que los seres y haceres representan a los funcionamientos. La capacidad es un tipo de libertad (Sen, 2000) y los funcionamientos son logros u objetivos alcanzados. Los funcionamientos no sólo son actividades o haceres (nutrirse, educarse, participar en la vida política) sino estados positivos del ser como disfrutar de ser saludable o instruido (Robeyns, 2003: 62-63).

Las capacidades se corresponden con sus funcionamientos en lo referente al ámbito (capacidad para nutrirse, la nutrición como funcionamiento) pero la libertad para elegir entre distintas combinaciones de funcionamientos es lo que distingue a una capacidad (Sen, 1995:64). Esto se clarifica en uno de los conocidos ejemplos (el ayunador rico) utilizados por Sen. Retrata un escenario en donde una primera persona ayuna por elección y la segunda está pasando hambre sin haberlo elegido. Las dos pueden funcionar de la misma forma (nutriéndose), sin embargo, no tienen la misma capacidad para conseguirlo (Nussbaum, 2012:20). Ayunar, como la ejecución de un funcionamiento, “no es simplemente pasar hambre; es elegir pasar hambre cuando uno tiene otras opciones” (Sen, 1995: 65). En este sentido, la narración proyecta la diferencia esencial entre <<elegir x y hacerlo>> que indica la disponibilidad de más de una oportunidad de funcionamiento, <<hacer x>> que refleja la ejecución de un funcionamiento sin mayor oportunidades de elección, y, finalmente, ser incapaz de ejecutar un funcionamiento básico debido a la inexistencia de oportunidades y condiciones necesarias (Sen, 1995).

Ser analfabeto, no superar la morbilidad evitable, morir de forma prematura, manifiesta en múltiples de ocasiones las graves privaciones de libertad que muchos individuos experimentan al carecer de las alternativas suficientes para poder ejecutar sus funcionamientos vitales. Como resalta, Paloma de Villota (s/f: 50), se debe “tener presente que la calidad de vida de una persona no se encuentra sólo en lo que logra sino en cuáles fueron realmente las opciones entre las

que tuvo oportunidad de elegir”, es así que las condiciones de vida de alguien hablan no solo de su estado presente sino de sus oportunidades pasadas y explican por qué está llevando un tipo de vida y no otro.

Ingrid Robeyns (2005:99) señala que la relación principal entre un bien y un funcionamiento se encuentra en la transformación o conversión de recursos a capacidades. La autora distingue tres tipos de factores conversores que, acorde a Sen, son aquello de lo que depende una capacidad (Sen, 2001: 60). Estos son:

- a). Factores personales de conversión: son las características propias del individuo que influyen en la transformación de recursos a funcionamientos. Por ejemplo, el metabolismo o la posibilidad de embarazo.
- b). Factores sociales de conversión: las leyes, las normas sociales, los programas gubernamentales, la infraestructura del país, los bienes públicos, pueden ser condicionantes exteriores de las oportunidades de funcionamiento de los individuos.
- c). Factores ambientales de conversión: son factores que determinan las circunstancias que rodean el espacio físico de las personas, como el clima o la ubicación geográfica.

Cada uno de estos factores de variación interpersonal, afectan las capacidades de los seres humanos y constituyen el fundamento por el cual este marco teórico exige su estudio en la evaluación del nivel de vida.

3.1.1. Calidad de vida y política

Como fue señalado, las acciones, instrumentos, programas y recursos, procedentes de la esfera política son factores sociales de conversión. Esto quiere decir que pueden afectar las condiciones exteriores de los individuos, por ejemplo, añadiendo posibilidades para facilitar la transformación de bienes a funcionamientos y propagar la expansión de capacidades.

Martha Nussbaum (2012:82) y Christine M. Koorsgard (1993:85) indican que la medición de la calidad de vida, definida en función del acceso que tienen los individuos para ejecutar funcionamientos valiosos, permite distinguir, valorar y estimar los efectos de la acción pública. Esto requiere la identificación de sí y cómo la política ha contribuido para que las personas puedan elegir ejecutar distintas combinaciones de funcionamientos referentes a ámbitos centrales para sus vidas. La siguiente tesis corrobora que la ejecución de capacidades depende en numerosas formas de la intervención del Estado.

Ser libre para vivir en la forma que uno quiera puede ser ayudado enormemente por las elecciones de otros, y sería un error pensar en los logros sólo en términos de la elección activa por uno mismo. La habilidad de una persona para lograr varios funcionamientos valiosos puede ser reforzada por las acciones [del Estado] y la política pública, y por esta razón tales expansiones de la capacidad no carecen de importancia para la libertad. Hay un sentido muy real en que la libertad de vivir en la forma que a uno le gustaría es fortalecida por la política pública (Sen, 1993:72-73).

La gestión política y, específicamente, la política pública, son herramientas que pueden expandir la capacidad y la libertad. La política inclinada a ello debe cristalizar y ofrecer las condiciones externas necesarias (de infraestructura, jurídicas, normativas, económicas) para que exista una red de oportunidades aprovechables, considerando las particularidades de la diversidad humana (Nussbaum, 2002:129). De aquí, que se haga hincapié en que la principal preocupación los organismos constructores de política pública sea el fortalecimiento de la capacidad de los individuos para ejecutar seres y hacer potenciales (Dong, 2008:78).

Comenta, Koorsgard (1993:84), que Amartya Sen ha sido hábil en deliberar sobre el qué de lo que se pide en igualdad para la sociedad, sugiriendo que lo favorable sería alcanzar la igualdad de capacida-

des y libertades fundamentales para todas y cada una de las personas: “la creencia de que la libertad es importante no puede estar en conflicto con la idea de que debe crearse un orden social para fomentar la igualdad de libertades” (Sen, 1995:35). Este orden social, cuyo eje radica en la iniciativa del Estado, requiere la tipificación de las capacidades centrales y básicas de los seres humanos (Dong, 2013). Para ello, partiendo del concepto de agencia, es posible diferenciar a los funcionamientos “importantes” de aquellos que probablemente no tengan porqué conllevar un deber estatal inminente.

Cada ser humano es un agente individual (Sen, 2000:16). La agencia es la habilidad de un individuo para alcanzar objetivos que no necesariamente tienen que ver con su bienestar. La libertad de agencia y los logros de agencia, representan, respectivamente, las oportunidades de elección y los funcionamientos ejecutados que van más allá de la propia vida (las metas generales de alguien). De otra parte, el bienestar concentra las capacidades humanas. En este caso, la libertad de bienestar y los logros de bienestar traducen las oportunidades de elección y los funcionamientos ejecutados referidos exclusivamente a la propia vida (sin esto significar que las relaciones con otros no sean centrales para ésta). Estas cuatro categorías se distinguen por: a) la diferencia entre libertad/oportunidad para elegir (ligada al concepto de capacidad) y logro (funcionamiento alcanzado), y b) la distinción expuesta entre agencia y bienestar, que no es contrapuesta, sino complementaria.

Así, aunque lo razonable sería que el agente busque a la par tanto sus metas como su bienestar, podría suceder que éste atribuya más importancia a objetivos heterogéneos y disimiles. Por ejemplo, un programa del gobierno puede estar dirigido a mitigar las enfermedades o eliminar la desnutrición, pero alguien puede valorar más la consecución de objetivos de agencia, como construir un monumento a su héroe, antes que a sanar su enfermedad o superar el hambre (Sen, 1993:61). De este modo, se debe clarificar que, aun para que el agente pue-

da llevar a cabo sus metas personales necesita vivir en buenas condiciones. Éste puede desear salvar al mundo pero sino ha recibido una educación de calidad o carece de una salud óptima difícilmente podría tan si quiera intentarlo.

Con el razonamiento expuesto, se concluye, que es crucial que el Estado garantice de forma permanente y oportuna las principales capacidades que tienen que ver con el bienestar del individuo. Esto se concreta en la noción de libertad de bienestar, es decir, en la posibilidad de elegir con respecto al bienestar. Ciertamente, aunque lo ideal sería que toda la población gozara de este tipo de libertad Sen, advierte, que en ciertos escenarios sería un gran avance que los Estados empiecen por garantizar a la población un número pequeño de funcionamientos vitales y la respectiva capacidad para conseguirlo. Además, el autor comenta que

(...) la capacidad para alcanzar funcionamientos (es decir, todas las combinaciones alternativas de funcionamientos que una persona puede elegir) constituirá la libertad de esa persona [o] sus oportunidades reales para obtener bien-estar. Esta <<libertad de bien-estar>> [es] un tema central para el análisis ético y político (...) podremos considerar "justo" que los individuos tengan una sustancial libertad de bien-estar (...) esta libertad debe ser valorada, por ejemplo, al juzgar qué cartas ha repartido la sociedad a una persona (...) la libertad debe considerarse como cosa intrínsecamente importante para una buena estructura social. Desde ese punto de vista, una buena sociedad es también una sociedad de libertad (Sen, 1995:55).

Entonces, si lo importante es la capacidad y la libertad, lo apropiado para el Estado es procurar otorgar oportunidades para elegir a todas y todos los ciudadanos considerando las complejas variaciones interpersonales entre ellos. Si lo crucial fuesen únicamente los funcionamientos, no sólo se quitaría importancia a la libertad de elección sino que todos

los individuos estarían encajonados en la recepción de un trato igualitario en donde fácilmente quienes se encuentran en situaciones de vulnerabilidad se verían aún más desfavorecidos.

En el plano político, la libertad de bienestar es una categoría ligada al ideario de justicia, en donde lo deseable es que cada persona pueda elegir con respecto a su bienestar. Dicha noción permite priorizar ciertas capacidades, otorgándoles la distinción de centrales y fundamentales para la vida del ser humano.

Finalmente, se debe acotar que Amartya Sen ha indicado que el Estado, a través de instrumentos como la política social y la política económica, puede influir de forma favorable en el mejoramiento de las condiciones de vida de la población (Sen, 2000). El autor parte de la distinción entre libertad constitutiva (aliada con la noción de libertad fundamental) y libertad instrumental (que añade oportunidades para alcanzar funcionamientos del bienestar). Enuncia cinco libertades instrumentales y entre ellas, menciona a los servicios sociales, que, acorde a la orientación de la investigación, son importantes. Los mismos, son una forma de libertad instrumental que radica en que el Estado otorgue las garantías de acceso a la atención sanitaria, permitiendo así la consecución de objetivos relacionados la salud, como una capacidad básica del bienestar (Pyles, 2008:28). Al respecto, Alkire (2005:17), resalta que las distintas formas de acción pública, como la otorgación de dichos servicios, constituyen un conjunto de acciones intermedias, entre individuo y capacidad, que aumentan las posibilidades de ejecución de funcionamientos y el disfrute de libertades fundamentales.

En definitiva, la tesis central del enfoque de capacidades es que la calidad de vida se define en función de las capacidades que tienen los individuos para alcanzar funcionamientos centrales. Así, la misma, se juzga de acuerdo a las oportunidades disponibles para la ejecución de objetivos que, en este caso, tienen que ver con la salud como el ser saludable,

recibir atención médica e insumos, vivir en condiciones de salubridad, entre otros. Si una persona no posee las alternativas suficientes para ejecutar alguno de estos objetivos de vida, enfrenta un escenario de privación de su libertad para alcanzar bienestar y su agencia no es potenciada.

3.2. La política sanitaria

3.2.1. La salud como programa del Estado del Bienestar

La política sanitaria es uno de los pilares del Estado del Bienestar (EB en adelante) y un ámbito central de la política social. Su análisis científico ha aflorado a través del andamiaje teórico e histórico del EB en los países del primer mundo, fundamentalmente. La misma, constituye una forma de protección social que brinda el Estado para mejorar la calidad de vida de la población a través del grado de acceso a la cobertura de servicios y prestaciones médicas (Navarro, 2005). Concretamente, la provisión de la sanidad es la respuesta del Estado frente al derecho a la salud y converge en el reconocimiento de la ciudadanía social.

El EB es una experiencia que emerge principalmente en los países desarrollados con economías capitalistas y regímenes democráticos a finales del siglo XIX, y se expande a lo largo del siglo XX. Hitos como la promoción de la seguridad social en la Alemania de Bismarck, y la elaboración del Beveridge Report (Reino Unido) sobre la universalización de los servicios sociales, son característicos de su advenimiento.

Para VincenÇ Navarro (2004) el EB envuelve el conjunto de intervenciones estatales direccionadas al mejoramiento del bienestar social. Protege a los ciudadanos en situaciones de vulnerabilidad y contribuye a corregir las fracturas sociales (Del Pino y Rubio Lara, 2013: 23). Therborn (1983, a través de Del Pino y Rubio Lara, 2013), señala que cuando la mayoría de acciones estatales están dirigidas al bienestar social y gran parte de sus recursos se destinan a este objetivo, existe EB. Asimismo, Esping-Andersen (1990) concreta que EB implica

la responsabilidad por parte del Estado de asegurar un mínimo básico de bienestar para sus ciudadanos. Todo esto es posible a través de mecanismos como los siguientes: a) servicios públicos: como la sanidad o la educación, b) transferencias sociales: son transferencias de fondos públicos de un grupo social a otro, o del Estado a un grupo social, c) intervenciones normativas: se refiere a la creación de normas y sanciones para garantizar protección al ciudadano en su condición de trabajador, consumidor y residente (Navarro, 2004: 1-2).

Por su fundamento histórico, siguiendo a Marshall y Bottomore (1998:23), el EB confluye en la concreción política de los derechos sociales y afirma la ciudadanía social. El elemento social, que, junto al elemento civil y al elemento político, componen el concepto de ciudadanía acorde a los autores citados, abarca el derecho a la seguridad, el derecho a un mínimo bienestar económico, y a vivir una vida digna y civilizada. Estos derechos se establecen en el ejercicio de los derechos políticos y civiles, y fueron conquistados en el siglo XIX con el desarrollo del EB.

Ya que los derechos sociales están ligados al estatus de la ciudadanía, todos los individuos como iguales en virtud de su humanidad tienen titularidades de forma legítima (Sánchez, 2010: 263). El reconocimiento de la condición de ciudadano como una categoría política y jurídica plena involucra el aseguramiento de las garantías y condiciones que permitan la materialización de sus derechos. En este contexto, el Estado se posiciona como el actor central en la elaboración de políticas públicas dirigidas a alcanzar el bienestar de forma permanente y no esporádica, preservando el apreciable objetivo de otorgar a la población el “derecho a una participación de los medios necesarios para la vida”, exigiendo, de esta forma, que su gestión desemboque en procesos y vías que posibiliten la potenciación de las capacidades humanas (Freeden, 2013: 15, 24). Su intervención, además, promulga el sentido de “fraternidad comunitaria y solidaridad”, favore-

ciendo al mantenimiento de la paz social (Goodin, 1999:217; Offe, 2003).

El EB, pese a las posturas críticas de corrientes como el neoliberalismo y el neoconservadurismo, que arguyen a los efectos negativos de la intervención del Estado para la economía de mercado, o la irresponsabilidad del Estado con respecto al incremento del gasto público, ha demostrado ser uno de los mayores logros de los países del primer mundo. Su expansión, además de fortalecer y consolidar la democracia, ha erigido la centralidad de la protección legal y de las acciones redistributivas para fomentar el incremento de oportunidades (Sánchez, 2010: 258). Ya advierten Luhmann (2007: 32) y Picó (1999: 13), que la propia historia de las naciones europeas permite afirmar que el EB tiene la capacidad de alterar sistemas de vida en situaciones de desventaja por medio de la política social y la acción coordinada de los órganos del Estado.

Esping – Andersen (1990) realiza un estudio comparativo de los regímenes de los EB y los clasifica de la siguiente forma: modelo liberal, modelo conservador y modelo socialdemócrata. Una de sus principales variables de investigación es el grado de des-mercantilización, entendida como la reducción de la dependencia del individuo con respecto al mercado para alcanzar el bienestar. Del Pino y Rubio Lara (2013: 27-28) sintetizan dicha clasificación:

El modelo liberal (Estados Unidos, Irlanda, Canadá, Reino Unido, Australia y Nueva Zelanda): el Estado tiene un papel residual en la provisión del bienestar. Predominan las prestaciones modestas en su cuantía, obtenidas por criterios de elegibilidad que reflejan el grado de penuria o necesidad. Esto incrementa la dependencia de los ciudadanos en el mercado, es decir, existe un bajo nivel de des-mercantilización.

El modelo conservador (Francia Italia, España, Alemania, Austria, Bélgica, Japón, Portugal): su principio básico es el de asegurar los riesgos. La

posibilidad de hacerlo depende del estatus laboral, por lo que el propio sistema tiende a perpetuar las diferencias del estatus. La familia (el varón sustentador y la mujer como ama de casa) son los encargados del bienestar. El nivel de desmercantilización es moderado.

El modelo socialdemócrata (Países nórdicos): se caracteriza porque la universalización de los derechos sociales se extiende a todos los ciudadanos. Existe un alto grado de desmercantilización. Dichos regímenes son generosos y su gestión produce resultados favorables en la redistribución de la riqueza y la reducción de la pobreza.

Igualmente, las autoras mencionan el estudio de Titmuss (1974, a través de Del Pino y Rubio Lara, 2013:27), que caracteriza tres modelos de política social: el modelo de bienestar residual, el modelo de logro personal-rendimiento laboral y el modelo institucional redistributivo.

Por su parte, Sánchez (2010), resalta que a diferencia del EB de tipo residual/liberal, el modelo institucional o socialdemócrata tiene como principio la universalización de los servicios públicos para toda la población. En este caso, el Estado interviene con el propósito de garantizar bienestar en áreas centrales para el bienestar de sus ciudadanos (sanidad, educación, empleo) y no limita su intervención a las fallas del mercado o la familia. Mientras que en el EB de tipo residual, el aseguramiento de los derechos sociales se sujeta a “pruebas meritórias” en el EB de tipo institucional los derechos sociales son centrales para la ciudadanía y existe una real contribución para la libertad individual, al desvincular al individuo de las necesidades estrictamente materiales.

De esta forma, se subraya que la propuesta de EB con que se alinea este trabajo para analizar y comparar el estudio de caso, corresponde a la experiencia socialdemócrata, ya que permite sostener la tesis de que la universalización de los servicios públicos conforme al estatus de la ciudadanía

contribuye a la calidad de vida y a la reducción de la pobreza.

3.2.2. Características de la política sanitaria

La sanidad pública es un ámbito político que se distingue por el alto valor que tiene la salud en la vida de los seres humanos (Navarro López, 1998). Sus beneficios producen externalidades positivas al conjunto de la sociedad, es decir, contribuyen al bienestar general. Por esta razón se arguye a que la sanidad es un bien preferente que no debe ser administrado de forma autónoma por el mercado sino que tiene que estar regulado en todos los aspectos (jurídicos, financieros, legales) por el Estado (Cómez Ciria, 2000).

Un tema preponderante en la revisión de la literatura es la cuestión sobre el grado real de afección que tienen los servicios de sanidad en la calidad de vida de los ciudadanos.

Una primera postura afirma que su impacto es mínimo en comparación con otros factores de diversa índole. Moreno Fuentes (2013) y Freire (2004) advierten que los componentes que influyen en la salud del ser humano son numerosos, complejos e interconectados entre sí. Indican, la dieta o el estilo de vida, pueden producir un impacto más directo sobre el nivel de vida que aquel proveniente de los servicios de salud. Asimismo, se ha señalado que los factores de tipo socioeconómico son determinantes para la salud. Freire (2004:292-293) sugiere que la pobreza es “en todas sus formas y manifestaciones (...) la mayor causa de enfermedad y muerte prematura”. Igualmente, Urbanos Garrido y López-Valcárcel (2005) explican que la renta y el ingreso están vinculados íntimamente con la salud de los individuos. Advierten, las condiciones de carencia y necesidad son concluyentes para la mala salud de quienes la atraviesan, a tal punto, que las familias pobres tienen mayor propensión a la morbimortalidad.

Otro grupo de autores afirman que ha sido reciente el interés de estudiar los servicios públicos como factores de afección para la salud y como

elementos de influencia frente a la desigualdad socioeconómica. Rico Gómez, Morilla y Borrell Thió (2005) resaltan que éstos han sido tradicionalmente considerados como variables de control, pero su papel como variables mediadoras de los procesos causales implicados en la salud no ha sido completamente explorado. Anotan, los servicios sanitarios ocupan un lugar intermedio desde donde pueden afectar, tanto la salud de los ciudadanos, como las desigualdades socioeconómicas existentes entre ellos. Esta orientación es visible en la investigación de Benach, Daponte, Borrell, Artazcoz y Fernández (2005), en donde las variables e indicadores que miden el estado de salud de los individuos son dependientes de la política sanitaria y sus servicios, poniendo sobre perspectiva como su disponibilidad, acceso y calidad, pueden incrementar o reducir las desigualdades sociales. Esta es una forma de cuestionar las repercusiones que tienen las intervenciones públicas en la salud de la ciudadanía (Rico Gómez, et al., 2005: 283).

Gran parte de la literatura examinada parte por definir la naturaleza de los sistemas sanitarios. La importancia de este rasgo es expuesta y desarrollada por Freire (2004) en su estudio sobre los sistemas de sanidad de los países desarrollados. Deduce que los sistemas de sanidad se componen de tres elementos básicos¹⁰: a) recursos económicos (financiación), b) proveedores (médicos, hospitales, farmacias) y c) mecanismos de asignación de los recursos a los proveedores. Estos países utilizan dos mecanismos principales de financiación pública: a) las cotizaciones obligatorias a la Seguridad Social (SS), y b) los impuestos. De acuerdo a ello, los sistemas sanitarios se clasifican en dos grupos “prototipo”: a) Sistemas de Seguridad Social (modelos Bismarck-corporativo), y b) Servicios Nacionales de Salud (modelos Beveridge-universalista).

10 Autores como Marsset Campos, Sáez Gómez y Sánchez Moreno (1998), siguiendo a Milton I. Roemer (1985), consideran, en cambio, que son cinco los principales elementos de los sistemas sanitarios: recursos, organización, funcionamiento, financiación, y prestación de servicios.

Asimismo, indica que otra característica que diferencia a los sistemas sanitarios es la forma en que los recursos financieros llegan a los proveedores. La primera alternativa es que el Estado realice una compra externa de los servicios por medio de contratos o conciertos con los proveedores, es decir la provisión de la sanidad queda en manos del sector privado. Otra vía es que el Estado participe en la producción interna de los mismos y las entidades financiadoras-aseguradoras estén integradas en la misma organización estatal, junto con los proveedores (médicos, hospitales). Es decir la provisión de sanidad queda en manos del sector público. En tercer lugar caben fórmulas mixtas, es decir, un mix público-privado para la provisión de la sanidad.

La primera vía es la que defienden los planteamientos neoliberales y tiene implantación en Estados Unidos y en Chile en la etapa de Pinochet. Por el contrario en los sistemas integrados o modelos Beveridge, el Estado como financiador emplea directamente proveedores de servicios que se encuentran integrados en la organización sanitaria del país y gestiona sus propios centros. Paradigma de ello es el Sistema Nacional de Salud británico que ha sido copiado en toda Europa. Lo habitual, sin embargo, es la existencia de un mix público-privado y prácticamente todos los países tienen una parte pública de la prestación sanitaria y otra privada. Las diferencias están entonces en la dimensión de cada una de ellas.

A partir de estas premisas, Moreno (2013) cataloga tres tipos de sistemas sanitarios^{11 12}: sistemas de aseguramiento fundamentalmente privado (modelo liberal), sistemas de aseguramiento social (modelo corporatista-conservador) y sistemas uni-

versalistas (modelo socialdemócrata). El autor añade que los sistemas universalistas se definen por los siguientes rasgos (2013: 175-176): a) la utilización de un criterio de elegibilidad basado en la residencia en el territorio, b) se financian con impuestos, c) la gratuidad se otorga en el momento de acceso a los servicios, d) el Estado tiene un rol central en la gobernanza del sistema (tanto en la regulación, como en la planificación, gestión y supervisión de los diversos niveles de atención que constituyen el SS), e) la totalidad de la población está incluida en la cobertura sanitaria pública, y f) reduce la segmentación de la atención sanitaria en función de la renta o el estatus social.

A más de la comparación de los sistemas sanitarios de acuerdo a su naturaleza, varios autores recurren a la profundización, de una parte, en el marco legal y la planificación, que rige y estructura a los sistemas sanitarios, y, de otra, en los indicadores sociales sobre cobertura, acceso y financiación de la sanidad.

En el primer caso se pueden citar a Urbanos Garrido y López-Valcárcel (2005), Elola (1998) y Rico, Freire y Cérvas (2007), quienes realizan estudios de caso sobre el sistema sanitario español. Las primeras autoras ponen sobre relieve la importancia de los elementos como la planificación, organización y financiación. Asimismo, investigan la legislación, los planes de salud, las competencias y las prestaciones, a nivel nacional y en los distintos niveles de administración territorial de la sanidad. Elola (1998) corrobora la importancia que tienen las leyes, normas y políticas, como herramientas que canalizan el funcionamiento de la sanidad.

Bizberg (2012) y Rodríguez Herrera (2006) realizan investigaciones de política sanitaria comparada con países de América del Norte y América Central, respectivamente, utilizando indicadores sobre la provisión de servicios e infraestructura como la tasa de médicos y enfermeras por 10.000 habitantes, el número de camas por 10.000 habitantes, e indicadores de protección social, como la po-

11 Los parámetros utilizados para elaborar esta clasificación son: a) los criterios de elegibilidad que delimitan el acceso a las prestaciones sanitarias, b) el origen de la financiación de las prestaciones y servicios, c) la responsabilidad sobre la provisión de los diferentes niveles de atención sanitaria, y d) la intensidad del papel regulador del Estado.

12 El autor indica que los rasgos de los sistemas de sanidad no son coincidentes en su totalidad con la clasificación de los regímenes del EB según Esping-Andersen (1990). Sin embargo, indica, su tipología es útil para la comprensión a grandes rasgos de los sistemas de sanidad en los países desarrollados.

blación con seguro de salud privado y la población sin seguro.

De la literatura revisada se concreta que, para la realización de un estudio sobre un sistema sanitario es crucial identificar: a) su naturaleza y la propuesta de Estado de Bienestar con que se alinea, y b) sus componentes esenciales (marco legal, estructura, financiación, recursos, organización).

4. HIPÓTESIS Y VARIABLES

En correspondencia a la pregunta de investigación, a partir del marco teórico desarrollado, para realizar la investigación y de acuerdo al programa redistributivo puesto en práctica por el gobierno del Presidente Correa, se parte de las siguientes hipótesis:

- a). En Ecuador ha habido un incremento de la cobertura sanitaria pública entre 2007-2012, configurando tendencialmente un sistema nacional de salud de cobertura universal.
- b). En Ecuador ha habido una mejora en el acceso a la sanidad entre 2007-2012, como consecuencia de lo afirmado en la primera hipótesis, configurándose un Estado del Bienestar institucional/redistributivo de tendencia socialdemócrata.
- c). Consecuencia de todo lo anterior, en Ecuador ha mejorado la calidad de vida de los ecuatorianos en el periodo 2007-2012, gracias a las políticas gubernamentales, combatiendo efectivamente la pobreza.

4.1. Variables e indicadores

El diseño de la investigación se compone de las dos variables centrales:

- a). a) La calidad de vida, definida en función de las capacidades y oportunidades de los individuos para alcanzar los funcionamientos que tengan

que ver con su salud. Esta es la variable dependiente.

- b). b) La política sanitaria, enfocada en la cobertura y acceso a la sanidad por medios públicos. Esta queda configurada como la variable independiente o variable explicativa.

Los indicadores seleccionados para la medición de ambas variables son:

- 1). cambios jurídicos realizados por el Gobierno del Presidente Correa,
- 2). desarrollo de la red pública,
- 3). distribución territorial de los recursos y las competencias,
- 4). financiación de la sanidad (el gasto sanitario),
- 5). número de establecimientos sanitarios,
- 6). número de camas hospitalarias,
- 7). cantidad y calidad del personal sanitario,
- 8). desarrollo de las prestaciones sanitarias,
- 9). expansión de las consultas médicas,
- 10). desarrollo de políticas sanitarias focalizadas.

Las indicadores 1 a 4 se refieren a la política sanitaria y aluden a los cambios estructurales realizados en la sanidad ecuatoriana. Los indicadores 5 a 10 se refieren a la calidad de vida y miden el grado de desarrollo de la política sanitaria alcanzado. Tal ordenación se debe a que en el estudio de caso primero se considera la política sanitaria y en segundo lugar la calidad de vida.

5. ESTUDIO DEL CASO: Programa sanitario en la administración de la “Revolución Ciudadana”

5.1. Cambios jurídicos realizados por el Gobierno Central

5.1.1. Configuración institucional previa al periodo 2007-2012

La Constitución de 1998 es el único instrumento legal que ya no se encuentra vigente en la actualidad. Por su parte, la Ley del Sistema de Salud (2002) y la Ley Orgánica del Sistema de Salud (2006) son las más relevantes en lo referente a la estructura normativa de la sanidad pública.

La Constitución de 1998 no inscribe a la salud como un deber primordial del Estado. La salud se reconoce como un derecho civil y un derecho social.

En el primer caso, se enuncia que todos los ciudadanos, sin discriminación por razón de sexo, etnia, estado de salud, discapacidad, entre otros factores, tienen “derecho a una calidad de vida que asegure la salud (...) y otros servicios sociales necesarios” (art. 20). De igual forma, se otorga el derecho a guardar reserva sobre los datos referentes al estado de salud individual, y el derecho a tomar decisiones responsables sobre la salud y vida reproductiva.

De otra parte, la salud como un derecho social se pretende alcanzar a través de la promoción de medidas como la provisión de agua potable y la seguridad alimentaria, y, sobretodo, abriendo la “posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud”, estas acciones se guían, entre otros, por los principios de equidad, universalidad y calidad (art. 42). Aunque se proclama la gratuidad de todos los “programas y acciones” involucrados en la sanidad pública, según el Art. 46 las fuentes de financiación de las instituciones públicas sanitarias son: a) aportes del Presupuesto General del Estado, b) aportes de las personas que ocupen sus servicios y tengan la capacidad económica para hacerlo, y c)

otras fuentes que señale la ley (cursivas añadidas por la autora). En este sentido, se identifica un grado de ambigüedad, al distinguir dos condiciones normativas que se contraponen entre la gratuidad y el pago de bolsillo. También se especifica que las principales atribuciones del Estado son: a) formular la política nacional de salud y velar por su aplicación, y b) organizar un sistema nacional de salud que integre a las instituciones públicas y privadas que pertenecen a este sector.

Tienen preferencia en la realización de acciones estatales para la consecución de sus derechos sociales las personas pertenecientes a los “grupos vulnerables” que son: los niños y adolescentes, las mujeres embarazadas, las personas con discapacidad, las que adolecen enfermedades catastróficas, las personas de la tercera edad, las personas en situación de riesgo, víctimas de violencia doméstica, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. Se explicita la garantía de la atención y bienes referentes a la salud únicamente para los niños menores de 6 años, para las personas con discapacidad, para las personas de la tercera edad y los jubilados.

Por último, es importante recalcar que el texto abría paso a una vía alterna para la universalización de la sanidad. Se trata del derecho a la seguridad social, que, a través del Seguro General Obligatorio (que cubre las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, cesantía, vejez, invalidez, discapacidad y muerte), se pretendía otorgar a “toda la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella” conforme las condiciones del sistema lo permitan (art. 57).

A manera de observación se puntualiza que el texto constitucional de 1998 no refleja con exactitud la forma en que el Estado garantizará la gratuidad y la universalización de la sanidad pública, si bajo la vía del derecho a la salud o del derecho a la seguridad social. A más de ello, existe el reconocimiento de la situación de vulnerabilidad causada por múltiples factores como la edad o la posibilidad de embarazo. No obstante, las formas en que el Estado

otorgará el tratamiento diferenciado a estos grupos en lo que respecta a su salud, es escasa y no concreta lineamientos claros. Finalmente, hay que resaltar que no se brinda mayor indicación sobre la creación del sistema nacional de salud.

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (2002) establece la normativa que rige organización, coordinación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud (SNS) que agrupa a todas las entidades del sector público y privado involucradas en la sanidad¹³. La ley Orgánica de Salud (2006) especifica que la rectoría de la sanidad recae en el MSP y describe sus responsabilidades. Asimismo, describe las acciones de la salud (promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva) que permitirán efectivizar el derecho a la salud mediante la acción coordinada de los actores del SNS¹⁴. Cabe acotar, además, la existencia de leyes importantes como la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (1994).

Durante el periodo 2002 – 2006, el MSP y el Consejo Nacional de Salud (CONASA) formulan y promueven la Política Nacional de Salud (OPS, 2008). Este instrumento normativo persigue tres ámbitos de acción: a) construcción de ciudadanía en salud; b) protección integral de salud y c) desarrollo sectorial. Sus objetivos son¹⁵:

- Promover la ciudadanía en salud, la garantía, el respeto, la promoción, la protección y la exigibilidad de los derechos humanos para el ejercicio de una vida digna y saludable.

- Garantizar la protección integral de la salud de la población ecuatoriana facilitando los medios

13 Ver: R.O. No 670, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, Quito 25 de Septiembre, 2002.

14 Ver: R.O. No 423, Ley No 67, Ley Orgánica de Salud, Quito, 22 de Diciembre, 2006.

15 Tomado de Organización Panamericana de la Salud (2008). “Perfil de los sistemas de salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma”. Washington, D.C.: OPS.

para promover la salud, tanto física como mental, prevenir y enfrentar las enfermedades y sus causas, mitigando sus efectos biológicos, económicos y sociales.

- Desarrollar las capacidades del sector salud mediante procesos organizativos y participativos que conduzcan al establecimiento y funcionamiento del SNS, el desarrollo integral del talento humano, el desarrollo científico y tecnológico y el impulso a los sistemas de información y la dotación de recursos materiales, tecnológicos y financieros.

Esta Política inscribe a la equidad como un principio rector de la gestión pública de la sanidad, con el fin de aportar a la potenciación de capacidades humanas y cristalizar los derechos de la ciudadanía (MSP, 2005).

5.1.2. Configuración institucional en el periodo 2007-2012

De acuerdo al informe de la comisión ecuatoriana para el ISAGS (2012:443) la legislación vigente en 2007 debía ser reformada puesto que tales herramientas legislativas se encontraban dispersas, inexactas, repetitivas y desactualizadas. Sin embargo, durante el periodo que se analiza no se ha aprobado ninguna ley que modifique o reforme el sistema sanitario aunque se han formulado otro tipo de instrumentos que se detallan a continuación: la Constitución de Montecristi de 2008, el Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013, la reforma de la Atención Primaria en Salud (APS), y la Política de Gratuidad.

5.1.2.1. La Salud en la Constitución de Montecristi (2008)

Uno de los hechos más sobresalientes del texto constitucional aprobado en 2008 es el posicionamiento del Buen Vivir o Sumak Kawsay como la orientación ética y política que direcciona las acciones del Estado y sus instituciones (MSP, 2013). Este principio rector integra una serie de derechos y disposiciones, canalizando la recuperación de lo público, lo universal y lo gratuito (Claro, 2011: 303; Acosta, 2010:4).

Puntualmente, el Buen Vivir, como una forma de organización social originaria de los pueblos indígenas, evoca una visión que tiene en cuenta el cuidado de la vida y el mejoramiento social a través de valores como la solidaridad, el reconocimiento de lo diverso y el respeto al entorno (Macas, 2010: 24). Acorde a esta concepción, la calidad de vida se proyecta en el goce de unas condiciones de suficiencia, en donde las relaciones y las dinámicas no se reducen a “bienes y servicios mercantilizables”, sino que convergen en la protección de las relaciones vitales de la colectividad (Acosta, 2013: 130; Gudynas, 2011:25).

La salud se posiciona como un deber primordial del Estado. Se mantienen los derechos civiles referentes a la salud, mencionados previamente en la exposición de la Constitución de 1998. Por su parte, el reconocimiento del derecho social de la salud se inscribe como parte de los “Derechos del Buen Vivir”. El Estado garantizará su cumplimiento mediante las políticas públicas y el acceso permanente a todas las acciones y programas de salud, enfatizando los principios de universalidad y gratuidad (art. 32). Se da continuidad al trato preferente para las personas en condiciones de vulnerabilidad, especificando la gratuidad de atención y medicamentos, además de los adultos mayores, las personas con discapacidad y los niños menores de seis años, para las mujeres embarazadas y las personas con enfermedades catastróficas. Cabe añadir, se descarta el pago de bolsillo como una fuente de financiación de la sanidad pública y se explicita la gratuidad de los servicios: los “servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios” (art. 362). Además, en el Art. 366, se describe el rol del Estado frente a la responsabilidad de la financiación pública de la sanidad a través de contribuciones oportunas provenientes del Presupuesto General del Estado (PGE).

La Constitución Política brinda los lineamientos para la conformación del SNS en los artículos

358, 359 y 360. Se sitúa al SNS como parte del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, que está sujeto al Régimen del Buen Vivir. El cimiento del SNS es la Atención Primaria en Salud (APS). Para su estructuración, se dispone la creación de la red pública integral de salud y la red complementaria. La primera deberá componerse por los actores estatales prestadores de servicios, la seguridad social y demás proveedores pertenecientes al Estado. La red complementaria conglomerará a los actores privados.

Finalmente, es transcendental añadir que prevalecen las dos vías de acceso para la universalidad de la sanidad. A través del derecho a la salud, considerando que se establece el deber estatal de “universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura” (art. 363). Y, mediante el derecho a la seguridad social, con la expansión del seguro universal obligatorio (art. 367).

5.1.2.2. El Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013

El Plan Nacional de Desarrollo es el instrumento “al que se sujetarán las políticas, programas y proyectos públicos; la programación y ejecución del presupuesto del Estado; y la inversión y la asignación de los recursos públicos; y [que permite] coordinar las competencias exclusivas entre el Estado central y los gobiernos autónomos descentralizados” (art. 280). La Secretaria Nacional de Planificación (SENPLADES) presentó en el primer periodo de gobierno del Presidente Correa el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2011. Tras la aprobación de la nueva constitución, éste se actualiza y para la administración de 2009¹⁶ se publica el “Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013. Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural”. Éste se compone por doce objetivos nacionales. Cada objetivo

16 Cabe aclarar que por mandato de la Asamblea Nacional Constituyente una vez aprobada la Constitución se dictaminó una reelección presidencial inmediata. Por lo cual el primer mandato del Presidente Correa no concluyó en el año 2011, sino que, por su victoria en las urnas, inició en 2009 hasta 2013. Actualmente, siendo reelecto una vez más, se encuentra cursando el mandato 2013-2017.

incluye las políticas, lineamientos, metas e indicadores que permiten evaluar su progreso en un periodo de cuatro años.

Cuatro Objetivos y siete Políticas de Estado orientan las acciones del ámbito sanitario y las estrategias del MSP (MSP, 2013). Estos son: Objetivo 1: Auspiciar la igualdad, la cohesión y la integración social y territorial en la diversidad; Objetivo 2: Mejorar las capacidades y potencialidades de la ciudadanía; Objetivo 3: Mejorar la calidad de vida de la población; Objetivo 4: Garantizar los derechos de la naturaleza y promover un ambiente sano y sustentable. Las políticas incorporadas en cada Objetivo tratan temas como: nutrición, vigilancia de la salud, prevención de la morbilidad, reducción de la mortalidad materna y neonatal, promoción de la medicina ancestral y alternativa, condiciones de vivienda digna y ambiente saludable, atención a los grupos de atención prioritaria, y expansión de la cobertura sanitaria.

5.1.2.3. Política de gratuidad de 2008 y la reforma de la APS en 2011

En 2008, el Presidente Correa, dictamina, en correspondencia a los principios inscritos en la Constitución y al compromiso del Estado con el aseguramiento del derecho a la salud, el Plan de Gratuidad Progresiva de Salud en todos los establecimientos de salud pública del MSP, que busca garantizar el acceso pleno a los insumos, servicios médicos¹⁷, y, en especial, a cirugías de alta complejidad que por su elevado costo han sido inasequibles para gran parte de la población¹⁸. Este Plan precede a la iniciativa gubernamental de otorgar la gratuidad en los servicios de consulta externa¹⁹ en 2007.

17 Ver: Ministerio de Salud Pública (2014). *Nuevo modelo de gestión genera confianza en servicios de salud*. Disponible en <http://www.salud.gob.ec/nuevo-modelo-de-atencion-genera-confianza-en-servicios-de-salud/> Visitado el 25/08/2014.

18 Ver: El Universo (2008). *Gobierno presentó Plan de Gratuidad de la Salud*. Disponible en <http://www.eluniverso.com/2008/04/08/0001/8/3AF3769FBC2540A7BF6F1E45A267A397.html> Visitado el 25/08/2014.

19 Ver: Ecuadorinmediato (2008). *Plan de gratuidad progresiva de Salud inicia en todos los hospitales públicos del Ecuador*. Disponible en <http://www.ecuadorinmediato.com/>

La producción de este instrumento se enmarca como un requisito político fundamental para la aprobación del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), en 2011, que es el cuerpo normativo de reforma para la sanidad pública del país y que persigue el acceso universal y gratuito de los servicios a toda la población ecuatoriana (MSP, 2013:25; Hidalgo Proaño, 2010: 147; Chang Campos, 2009).

El MAIS –FCI abarca la normativa, los procedimientos y recursos que otorga el SNS para atender las necesidades de salud de la población. Su propósito es orientar y coordinar las acciones de los actores del sistema a través de la consolidación de la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) en los tres niveles de atención sanitaria²⁰, consolidando la conformación de la Red Pública Integral de Salud (MSP, 2013).

El nuevo modelo de atención establece como prioritarias las acciones de prevención y promoción de la salud, busca ofrecer atención integral a la ciudadanía y expandir la oferta de servicios considerando la diversidad en las demandas de salud ocasionadas por la etnia, la cultura, la edad, el género y el territorio (MSP, 2013:44).

En una primera fase para la implementación del MAIS-FCI se llevó a cabo una expansión de recursos humanos y de infraestructura en las instalaciones del MSP²¹. El ISACS (2012: 456-457) advierte que los

[com/index.php?module=Noticias&func=news_user_view&id=75336&umt=plan_gratuidad_progresiva_salud_inicia_en_todos_hospitales_publicos_del_ecuador](http://www.ecuadorinmediato.com/index.php?module=Noticias&func=news_user_view&id=75336&umt=plan_gratuidad_progresiva_salud_inicia_en_todos_hospitales_publicos_del_ecuador) Visitado el 25/08/2014.

20 Más adelante se profundizará sobre los niveles de atención sanitaria en Ecuador.

21 Se contrataron 4.582 profesionales sanitarios que integrarían los Equipos Básicos de Salud (EBAS) y también se dotó de medicamentos genéricos gratuitos a las unidades operativas del MSP. Ver: Instituto Suramericano de Gobernanza en Salud (2012). *Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Río de Janeiro; Hidalgo Proaño, Luis Fernando (2010). “La inversión en el sector de la salud del Ecuador”. *Revista Médica. FCM-UCSG. Vol. 16. N°2: 145-147*.

resultados de esta etapa reflejan múltiples limitaciones, entre las que se menciona:

- Los recursos humanos contratados fueron destinados para suplir necesidades de personal a nivel hospitalario y cargos administrativos. Aun así, existe un déficit de profesionales de la salud a nivel urbano y rural.
- La distribución de los recursos humanos fue inequitativa a nivel territorial.
- La prevención y promoción de la salud no han conseguido constituirse como pilares en la atención brindada, con lo que el modelo curativo se conserva.
- Prevalece la capacidad poco eficiente en el primer y segundo nivel de atención.
- Pese a que se duplicó el presupuesto para este ámbito, el gasto realizado no estuvo guiado por una planificación con criterios técnicos responsables.
- No se estableció un sistema único de información, ni mecanismos de evaluación sobre las acciones desempeñadas.

El informe concluye en que no se ha conseguido estructurar la red de los establecimientos del MSP, ni de éste con las demás instituciones públicas de sanidad, es decir la Red Pública Integral de Salud y la Red Complementaria. Se indica, además, que el MAIS-FCI no responde adecuadamente a las necesidades evocadas por el perfil epidemiológico y la ubicación territorial de la población.

5.2. Desarrollo de la red pública

El sistema sanitario de Ecuador tiene un carácter mixto que hace referencia a su composición por los sectores público y privado. Como bien enuncian, Giovanella, Ruiz, Feo, Tobar y Faria (2012: 39), este sistema comparte los siguientes rasgos con gran parte de los sistemas de sanidad suramericanos: a) un

sector de seguridad social, que cubre a la población perteneciente al mercado formal de trabajo, b) un sector público que cubre a los grupos poblacionales en situación de pobreza, y c) un sector privado al que accede la población de mayores ingresos. Es decir, los servicios de sanidad se otorgan de forma diferenciada a la población, acorde a su condición laboral o su capacidad de pago. Por esta razón, la Organización Panamericana de la Salud (2008) explica que el sistema de sanidad en Ecuador tiene un alto grado de segmentación y fragmentación, es decir, que no se proyecta como un solo cuerpo institucional organizado, sino que conglomerar varios subsistemas que poseen un esquema organizativo, de gestión y financiamiento propio. Para Feo (2008) y Prosperri (2008) un antecedente crucial de esta situación es la adopción de las políticas de corte neoliberal recomendadas en el Consenso de Washington a los países del Tercer Mundo en la década de los años 90. Las mismas, obedecían a la reducción del papel del Estado, posicionándolo como un proveedor de servicios para quienes fracasaban en satisfacer sus necesidades básicas. Así, la salud se concebía como una responsabilidad individual y privada, en donde predominaba el pago del bolsillo y las instituciones reguladoras de la sanidad eran débiles.

Con este antecedente, se expone la estructura actual del sistema de sanidad. El sector público está conformado por el MSP, el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), que incluye el Seguro Social Campesino (SSC), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), dependiente del Ministerio de Defensa Nacional y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), dependiente del Ministerio del Interior, algunas municipalidades que prestan servicios de sanidad, y otros ministerios (Lucio et al., 2011). Paralelamente, se encuentra el CONASA que es el ente coordinador de la articulación interinstitucional e intersectorial en salud, tiene autonomía administrativa y financiera. El MSP es un subsistema de base tributaria que otorga cobertura sanitaria a la totalidad de la población; mientras que el IESS,

el ISSFA, el SSC y el ISSPOL, son las instituciones del Sistema Nacional de Seguridad Social, se financian generalmente con contribuciones obligatorias y aportes del Estado, y otorgan cobertura a la población afiliada y asalariada; para 2010, se estima que éstas otorgaban su cobertura apenas al 30% de ecuatorianos (CEPAL, 2013).

El sector privado es un subsistema conformado por las entidades con y sin fines de lucro. Las primeras agrupan empresas de medicina prepagada, proveedores de seguros privados, consultorios, dispensarios y clínicas, y acceden a estos servicios las personas cuya capacidad de pago les permite (CEPAL, 2013). En el año 2010, se estima que apenas el 8.2% de ecuatorianos tienen este tipo de cobertura (ISAGS, 2012:461). Las entidades privadas también son prestadoras de servicios para la población afiliada a la seguridad social bajo la modalidad de contratos de prestación de servicios. Por su parte, las entidades sin fines de lucro son: la Junta de Beneficencia de Guayaquil, la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA), que presta servicios especializados de diagnóstico y tratamiento de cáncer en las principales ciudades del país, y la Cruz Roja Ecuatoriana. Estas instituciones son proveedoras de servicios para el sector público. La Junta de Beneficencia de Guayaquil y la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer son reguladas y mantienen contratos de prestación de servicios con el MSP (ISAGS, 2012:448).

Como se mencionó líneas atrás, un asunto pendiente para el Estado ecuatoriano, a fin de alcanzar la estructuración del SNS y avanzar hacia un nuevo modelo de atención sanitaria, es la articulación de la Red Pública Integral de Salud y la Red Complementaria, conformadas por los actores enunciados en esta sección. Se ha establecido que la Red Pública deberá formarse por distritos. Su órgano coordinador es la Comisión Técnica Nacional, formada por el MSP, que agrupa a representantes de los subsistemas del sector público: IESS, ISSFA, e ISSPOL. De acuerdo al ISAGS (2012:470-471) esta Comisión

ha llevado a cabo las siguientes acciones para avanzar hacia dicho propósito.

- La definición del conjunto de prestaciones que otorgará la Red.
- La validación de instrumentos clínicos para todas las instituciones que integran el sector público.
- La construcción del Tarifario Único, que es la herramienta que permitirá la negociación de la prestación de servicios de salud en el sector público y privado.
- Además, se ha iniciado un proceso de socialización con entidades, asociaciones y organismos provinciales y privados, con y sin fines de lucro.
- El registro informativo del conjunto de prestaciones del nivel I y nivel II de atención, del sector público.
- Se llevó a cabo el Acuerdo Ministerial de Homologación de la Tipología de los Servicios de Salud, especificando los estándares que regirán los tres niveles de atención.
- Fueron concluidos los estándares para licenciamiento de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.
- La incursión del MSP en el diseño de acciones sobre temas de fármaco vigilancia, auditoría médica e implementación de protocolos clínicos.

Más abajo, al analizar los indicadores de calidad de vida se lleva a cabo una cuantificación de la importancia alcanzada en cobertura por cada uno de los sectores público y privado. Cabe añadir dos comentarios. Primero, se ha indicado que la Red Complementaria se encuentra en una fase de estructuración (ISAGS, 2012:459).

Segundo, la comisión ecuatoriana para el ISACS (2012: 466-469) ha clarificado que aún no se ha definido cuál de las dos vías de la universalización se concretará (derecho a la salud, derecho a la seguridad social). La conformación de las dos redes descritas, así como las propuestas de la red pública integrada de segundo y tercer nivel, y la propuesta de un Sistema Único de Atención Básica de Salud, orientado para el primer nivel de atención, suponen, por ahora, procesos que pretenden avanzar hacia el cumplimiento progresivo de la gratuidad y la cobertura universal.

5.3. Distribución territorial de los recursos y las competencias

Acorde a la Constitución de 2008, Ecuador es un Estado intercultural y plurinacional que se gobierna de forma descentralizada. Su territorio está dividido en cuatro regiones: Costa, Sierra, Oriente y Región Insular, y 170 áreas de salud. Hay 24 provincias, cantones (municipios) y parroquias (urbanas o rurales).

Según el último Censo de Población y Vivienda realizado en el año 2010, la población total del país era de 14.483.499 millones de habitantes. La distribución poblacional por área es de 9.090.786 habitantes en el área urbana y 5.392.713 en el área rural.

Tabla 1. Distribución de la población por región natural, 2010.

Costa	7.236.822
Sierra	6.449.355
Amazonía	739.814
Insular	25.124
Zonas No Delimitadas	32.384
Total	14.283.499

Elaboración propia a partir de: Villacís, Byron y Daniela Carrillo (2010). País atrevido: la nueva cara sociodemográfica del Ecuador. Quito: INEC.

Como se detalla, las regiones Costa y Sierra abarcan la concentración poblacional más alta, conglomerando el 95,81% del total nacional.

Por su parte, la Amazonía abarca el 5,17%, la Región Insular el 0,17%, y las Zonas No Delimitadas (ZND)²² el 0,22%.

En correspondencia a esto, y de acuerdo a las disposiciones de la Constitución Política, se distinguen tres niveles de Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD's): a) los gobiernos parroquiales rurales, b) los gobiernos municipales y c) los gobiernos provinciales. Además, se suman los Distritos Metropolitanos y los Gobiernos Regionales. Los primeros son regímenes especiales que ejercen competencias del nivel cantonal y todas las competencias aplicables de los gobiernos provinciales y regionales. Los segundos conglomeran dos o más provincias y deberán formarse en un lapso de ocho años (ISAGS, 2012:447).

El Estado ocupa el nivel central de la ordenación territorial y tiene las competencias exclusivas sobre la política de salud (art. 260). Los gobiernos municipales y los distritos metropolitanos pueden planificar, construir y mantener la infraestructura física y los equipamientos de salud (art. 264).

De acuerdo a la Reforma Democrática que transita Ecuador desde 2007 se han emprendido procesos de descentralización y desconcentración en la administración pública. De esta forma, la SENPLADES ha ubicado al MSP como una entidad de tipo -2- caracterizada por una alta desconcentración y baja descentralización. Parte de los avances de esta reforma ha consistido en intensificar la descentralización del poder político brindando un mayor número competencias, recursos y capacidad de decisión a las instancias estatales descentralizadas autónomas (ISAGS, 2012:446-447).

5.3.1. Distribución regional de la pobreza por NBI*

A más de conocer cómo se distribuyen las competencias y en qué consiste la administración de la sanidad, se ha considerado de gran importancia in-

²² Las ZND corresponden a espacios territoriales generalmente localizados en las zonas fronteras del país.

corporar una visión de tipo socioeconómico que refleje la heterogeneidad de las condiciones de vida de la población ecuatoriana.

Se presenta el indicador de pobreza por Necesidad Básica Insatisfecha (NBI), publicado por Villacís y Carrillo (2010:29), a partir de los resultados del Censo realizado en 2010. Dicho indicador procede de un método directo de medición de la pobreza, y realiza una caracterización de hogares pobres y no pobres, de acuerdo a la existencia de al menos una necesidad básica insatisfecha en el hogar. Para el cálculo de este indicador los autores también utilizaron el índice de capacidad de generación de ingresos, como una medida complementaria, que se basó en una estratificación de hogares por capacidad de generación de ingresos.

Tabla 2. Población por provincia y pobreza por NBI²³.

Regiones y Provincias	Población 2010	Pobreza por NBI 2010
Total República	100%	60,1%
Región Sierra:	44,5%	61,06%
Azuay	4,9%	48,30%
Bolívar	1,3%	76,30%
Cañar	1,6%	67,40%
Carchi	1,1%	57,20%
Cotopaxi	2,8%	75,10%
Chimborazo	3,2%	66,50%
Imbabura	2,7%	54,20%
Loja	3,1%	61,80%
Pichincha	17,8%	33,50%
Tungurahua	3,5%	57,00%
Sto. Domingo de Los Tsáchilas	2,5%	74,40%
Región Costa:	50%	71,06%
El Oro	4,1%	61,20%
Esmeraldas	3,7%	78,30%
Guayas	25,2%	58,40%
Los Ríos	5,4%	79,50%
Manabí	9,5%	76,80%

23 Para calcular los valores del indicador por región se calculó la media según los valores por provincia.

Regiones y Provincias	Población 2010	Pobreza por NBI 2010
Santa Elena	2,1%	72,20%
Región Amazónica:	5%	78,28%
Morona Santiago	1,0%	75,60%
Napo	0,7%	78,60%
Pastaza	0,6%	69,70%
Zamora Chinchipe	0,6%	73,80%
Sucumbíos	1,2%	87,00%
Orellana	0,9%	85,00%
Región Insular:	0,2%	52,00%
Galápagos	0,2%	52,00%
ZND	0,2%	93,40%

Elaboración propia a partir de Villacís, Byron y Daniela Carrillo (2010). País atrevido: la nueva cara sociodemográfica del Ecuador. Quito: INEC.

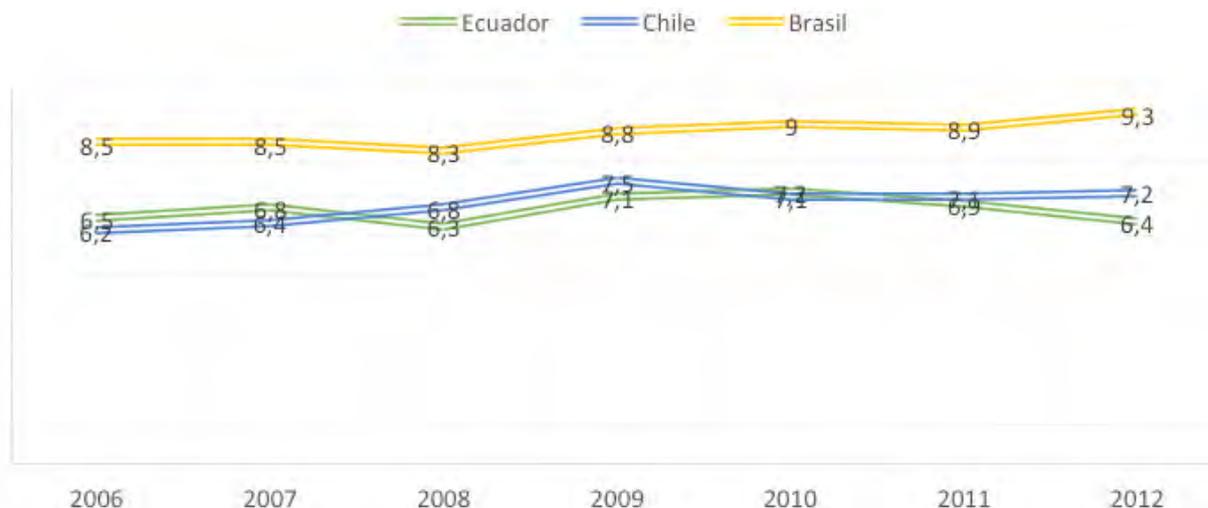
Como se observa, Ecuador es un país con el 60% de hogares con al menos una necesidad básica insatisfecha, acorde a ello, se considera de absoluta importancia que el Estado otorgue las garantías efectivas que permitan el acceso a los servicios de sanidad pública. En breve se examina la distribución de los recursos de sanidad bajo la perspectiva que ofrecen los datos expuestos en la Tabla 2, que han permitido deliberar sobre la equidad de la distribución de los recursos sanitarios públicos del MSP, frente a los entornos de carencia y necesidad que atraviesan las familias ecuatorianas.

5.4. Financiación de la sanidad (el gasto sanitario)

La financiación de la sanidad es un aspecto crucial que refleja el compromiso del Estado frente a la universalidad y la gratuidad de la cobertura.

En primer lugar cabe hacer una consideración de tipo comparado. Tal como muestra el Gráfico 1, el gasto total en salud como porcentaje del PIB en Ecuador es inferior, frente a las cifras de dos países de la región que se destacan por su avance en desarrollo del Estado del Bienestar: Brasil (Sistema Nacional de Salud, acceso universal 100%) y Chile (Sistema mixto, 74% está protegido por la seguridad social - 17% protegido por seguros privados obligatorios) (ISAGS, 2012:44).

Gráfico 1. Ecuador, Chile y Brasil: gasto total en salud como porcentaje del PIB. Periodo 1995 – 2012.



Elaboración propia a partir de: World Health Organization (2013). Health financing: Health expenditure ratios. Data by country. Disponible en <http://apps.who.int/gho/data/view.main.1900ALL?lang=en> Visitado el 15/05/2014.

Aunque existe cierto incremento en la inversión realizada, el enfoque comparativo es útil para sugerir que Ecuador aún tiene un camino largo por recorrer en el aspecto de la financiación como un parámetro central para garantizar la universalidad de la cobertura sanitaria pública. Para este país, en el año 2010, dicho indicador se eleva a 7,2%, la cifra más alta de su historia, pero desciende hasta el año 2012, registrando 6,4%. En contraste con Ecuador y Chile, que han mantenido una estabilidad relativa en el gasto total en salud desde inicios del siglo XXI, Brasil denota un crecimiento muy superior que alcanza su punto más alto en 2012, con 9,3%, cifra similar a las de España, Italia, Noruega y Reino Unido en el año 2009 (ISAGS, 2012:51).

El Gráfico 2 expone la evolución del gasto público y gasto privado en Ecuador desde 1995 hasta 2012. Desde 1998, el gasto privado supera el 60% del gasto total en salud. Esta tendencia se reduce en 2012, en un 19,8%, con respecto al año 2003, en que alcanza su representatividad más alta. Cabe recordar que la predominancia del gasto privado sobre el gasto público responde ampliamente a la mencionada etapa neoliberal. Hecho que lo evidencia es que desde 1995 a 2000, mien-

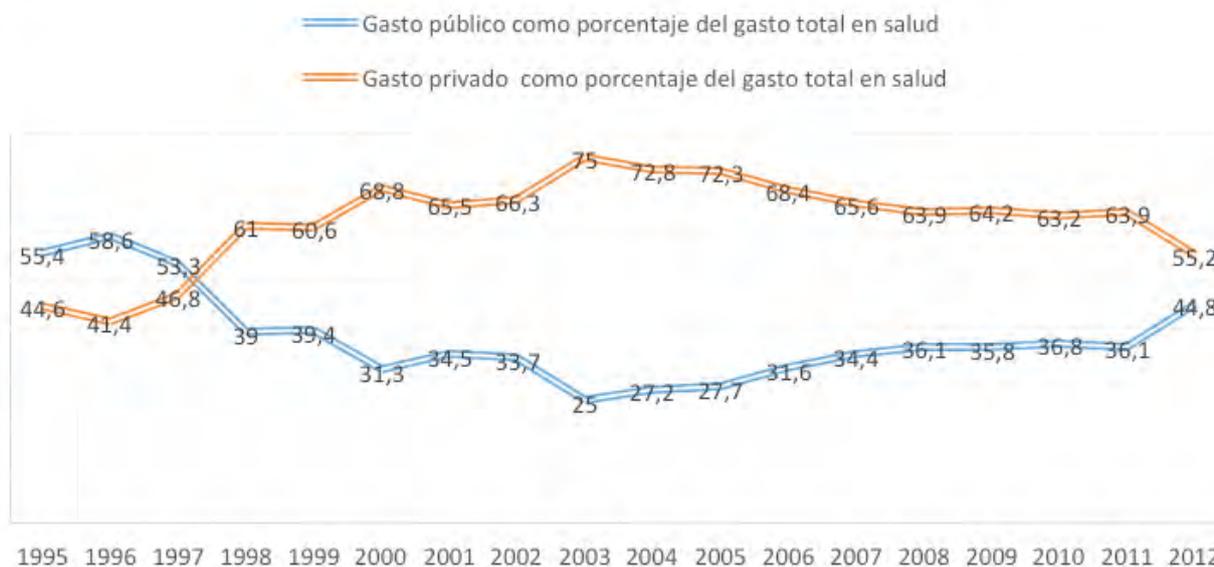
tras el gasto privado crece en un 24.2%, el gasto público decrece en un 24.1%.

Con respecto a ello, Hidalgo Proaño (2010) resalta que en dicha época, la oferta de servicios del MSP se deterioró gravemente debido a recortes presupuestarios progresivos en gobiernos de la época señalada, orientados a la privatización de los servicios de sanidad y a la recuperación de costos.

El gasto público crece en 2,8% en el año 2007, con respecto a 2006. Hasta 2011, se distingue una estabilidad en el gasto público que bordea el 30% y el 35% del gasto total en salud. Para 2012, por primera vez desde 1997, el gasto público crece en un 8,7%, pasando de 36% a 44,8%. Aunque es curioso que dicho valor no supere el 58,6% perteneciente al año 1996 (dieciocho años atrás), correspondiente a la cifra más elevada del gasto público en salud, debe resaltarse la recuperación de la solidaridad en la financiación durante los últimos años de administración del Presidente Rafael Correa.

Es interesante comparar, por ejemplo, que mientras en Ecuador, en 2009, el gasto público correspondía al 35,8%, en gran parte de los países

Gráfico 2. Gasto público y Gasto Privado como porcentaje del Gasto total en salud, 1995-2012.



Elaboración propia a partir de: World Health Organization (2013). Health financing: Health expenditure ratios. Data by country. Disponible en <http://apps.who.int/gho/data/view.main.1900ALL?lang=en> Visitado el 15/05/2014.

Europeos el mismo indicador es notablemente superior en comparación al gasto privado. Es así que, en Noruega (Sistema Único de Salud, cobertura pública de 100%), España (Sistema Único de Salud, cobertura pública de 99,5%) y Alemania (Seguro Social, cobertura de 89,6%) este indicador tiene las cifras de: 84,1%, 73,6% y 76,9%, respectivamente (ISACS, 2012:51).

La inversión en el sector sanitario ha crecido en el país, pero presenta ciertos matices que hay que subrayar. Concretamente, los siguientes indicadores evidencian esta aseveración. De acuerdo a la CEPAL (2013) el periodo de mayor crecimiento en el presupuesto sanitario corresponde a la administración de Alianza PAIS. Así, mientras en 2006 este valor fue de \$ 150.2 millones, en 2012 supuso \$ 1.679 millones. Su equivalencia como porcentaje del PIB es de 0,8% y 2,1%, respectivamente. Este giro se visualiza también en el crecimiento del presupuesto farmacéutico que en 2010 alcanzó los \$ 150 millones (MSP, 2012). Pese a ello, se indica que el abastecimiento de los medicamentos e insu-

mos es inconstante en los establecimientos del MSP, lo que provoca que las personas deban recurrir al gasto de bolsillo para satisfacer sus necesidades de salud (ISACS, 2012:463).

Como acotación, el crecimiento presupuestario se justifica por la ejecución de la Política de Gratuidad; por el Estado de Excepción Sanitaria en 2011, mediante Decreto Ejecutivo No. 618; y por la Disposición Transitoria Vigésimosegunda, que estableció que el aporte del Presupuesto General del Estado (PGE) destinado al financiamiento del sector sanitario, debe incrementarse cada año en un porcentaje no inferior al 0,5% del PIB, hasta alcanzar al menos el 4%.

La Organización Mundial de la Salud (2013) constata que el gasto público per cápita ha pasado de \$ 159.2 en 2006, a \$ 252.5 en 2012²⁴. Con res-

²⁴ Ver: World Health Organization (2013). Health financing: Health expenditure ratios. Data by country. Disponible en <http://apps.who.int/gho/data/view.main.1900ALL?lang=en> Visitado 15/05/2014.

pecto a esto, cabe hacer un comentario adicional. Si se considera el gasto per cápita del MSP y del IESS, junto con su población específica (70% de la población total para el MSP y 30% para el IESS)²⁵, se determina que el valor que destina esta última institución sobrepasa considerablemente al de la primera: \$ 357 (IESS) y \$ 88 (MSP), es decir cerca de tres veces más (ISAGS, 2012). Esto permite vislumbrar la inequidad en el financiamiento de la salud por causa de la naturaleza fragmentada del sistema sanitario del país, que favorece claramente al subsistema de la seguridad social y a la población afiliada.

5.5. Establecimientos sanitarios

En la Tabla 3, se relacionan los siguientes indicadores: población por provincia²⁶ y total de establecimientos de salud²⁷. Este análisis se realiza a partir de la distribución regional de la pobreza (*pobreza por NBI*).

Existe un incremento de los establecimientos de salud a nivel nacional. Se registran 168 establecimientos de salud más en 2012 con respecto al año 2007. La Región Costa, que concentra la mitad de la población ecuatoriana, tiene un índice de pobreza por NBI de 71,06%. Allí, existe un incremento de 98 establecimientos de salud, correspondiente a la variación más alta de establecimientos en el periodo indicado. Le sigue, con una variación de 53 establecimientos, la Región Amazónica, que posee la mayor proporción de hogares pobres. La Región Sierra, que supera el 60% de pobreza por NBI, registra un crecimiento de 23 establecimientos. En la Región Insular, que cuenta con la menor representatividad

poblacional y es la región menos pobre, no existen nuevos establecimientos de salud.

Hay un decrecimiento de seis establecimientos en las ZND. Con respecto a ello, es importante señalar que el Gobierno Central y el MSP han llevado a cabo el Plan de Reingeniería Institucional, que promueve el licenciamiento de las instituciones sanitarias públicas y privadas, y plantea reformas en los aspectos de infraestructura, equipamiento y recursos humanos; de igual forma, se ha pretendido implementar un “enfoque de evitabilidad y priorización de territorios”, que busca otorgar equidad territorial en los servicios sanitarios considerando los indicadores de necesidades básicas insatisfechas, y los factores étnicos, que han sido razón de discriminación para sus poblaciones distintivas (ISAGS, 2012:473). En este sentido, sabiendo que el Ministerio ha desempeñado acciones de relocalización estratégica, se denota que, pese a existir dicho descenso en las ZND, hay, en contraparte, un considerable incremento de establecimientos sanitarios en varias de las provincias fronterizas como Sucumbíos, Orellana, El Oro y Esmeraldas, que limitan con estas áreas. Así, la acción gubernamental ha sido oportuna al favorecer la expansión de establecimientos de salud en provincias aledañas a las ZND, que representan minorías poblacionales (0,2% de la población total), y tienen un porcentaje casi total (93,40%) de hogares que viven en condiciones de carencias elementales.

La mitad de las provincias del país supera el 70% de pobreza por NBI. En todas, con excepción de Los Ríos, ha habido un incremento de los establecimientos de salud. Guayas es la provincia más poblada del país y tiene un índice de pobreza por NBI mucho menor que las demás provincias costeras. Mientras que en éstas últimas existe un crecimiento de los establecimientos de salud, en Guayas se observa un decrecimiento de los mismos. El fenómeno se repite en Azuay, Pichincha, Tungurahua y Los Ríos. Justamente, Guayaquil, Cuenca, Quito y Ambato, ciudades capitales de las cuatro provincias mencionadas, respectivamente, con excepción de Los Ríos, son las ciudades menos pobres del país. Esto se puede ex-

25 Estas cifras corresponden al año 2010, y esclarecen que la derechohabencia en virtud de la ciudadanía abarca al total de la población nacional. No obstante, para “calcular” la población específica del MSP, de acuerdo al ISAGS (2012), se resta el porcentaje de afiliados del total poblacional. Es así que del 100% quedaría el 70%, en tanto se indica que el 30% de ecuatorianos estaban afiliados en el año indicado.

26 Las provincias de Santa Elena y Santo Domingo de los Tsáchilas fueron creadas en 2008, por lo que no hay datos disponibles para años anteriores.

27 Acorde al INEC (2012) el total de establecimientos de salud abarca a los establecimientos con internación y sin internación.

Tabla 3. Establecimientos de salud por región y provincia.

Regiones y Provincias	Establecimientos de salud 2007	Establecimientos de salud 2012	Variación 2007-2012
Total República	3.847	4.015	168
Región Sierra:	2.019	2.042	23
Azuay	275	273	-2
Bolívar	88	89	1
Cañar	110	112	2
Carchi	84	86	2
Cotopaxi	122	134	12
Chimborazo	176	183	7
Imbabura	112	119	7
Loja	235	243	8
Pichincha	665	568	-97
Tungurahua	152	149	-3
Sto. Domingo de Los Tsáchilas	-	86	-
Región Costa:	1.447	1.545	98
El Oro	153	175	22
Esmeraldas	151	180	29
Guayas	561	549	-12
Los Ríos	207	206	-1
Manabí	375	378	3
Santa Elena	-	57	-
Región Amazónica:	365	418	53
Morona Santiago	105	113	8
Napo	42	44	2
Pastaza	58	67	9
Zamora Chinchipe	59	65	6
Sucumbíos	57	69	12
Orellana	44	60	16
Región Insular:	9	9	0
Galápagos	9	9	0
ZND	7	1	-6

Elaboración propia a partir de: Instituto Nacional de Estadística y Censos (2012). Anuario de Recursos y Actividades de Salud.

plicar al ahondar en qué sector, público o privado, ha sufrido dicha pérdida. De acuerdo a la Tabla 4, se distingue un descenso de los recursos del sector privado, a nivel nacional y regional.

Una explicación certera de ello, es el proceso de licenciamiento de calidad que compone al Plan

de Reingeniería Institucional, ya descrito. Dicha iniciativa ha provocado el cierre de varios establecimientos de salud que no cumplían con las normas y especificidades requeridas por el Estado. De forma alarmante, el ISAGS (2012:460), resalta que en el año 2010 apenas el 10,1% de establecimientos del primer nivel, el 7% de hospitales básicos y ninguno

Tabla 4. Establecimientos de salud por región y sector. Periodo 2007 – 2012.

Región	Total de Establecimientos de salud		Establecimientos Sector Público		Establecimientos MSP		Sector Privado	
	2007	2012	2007	2012	2007	2012	2007	2012
Total República	3.847	4.015	3.099	3.287	1.799	1.985	748	728
Sierra	2.019	2.042	1.684	1.715	881	947	335	327
Costa	1.447	1.545	1.057	1.162	642	718	390	383
Amazonía	365	418	347	400	266	311	18	18
Región Insular	9	9	9	9	8	8	-	-
ZND	7	1	2	1	2	1	5	-

Elaboración propia a partir de: Instituto Nacional de Estadística y Censos (2007). Anuario de Recursos y Actividades de Salud; Instituto Nacional de Estadística y Censos (2012). Anuario de Recursos y Actividades de Salud.

de los hospitales generales, obtuvieron su licencia de funcionamiento. El 38%, 25% y 86,4% de establecimientos del primer nivel, hospitales básicos y hospitales generales, respectivamente, no tienen licencia de funcionamiento. Esto supone un panorama altamente negativo en el aspecto de la calidad de los recursos de infraestructura sanitaria.

Con respecto a la Tabla anterior, se resalta un crecimiento de la cobertura sanitaria del sector público y, especialmente, del MSP, que cuenta con 186 nuevos establecimientos a nivel nacional. Visto de otra manera, la mejoría de este recurso se visualiza en que la representación porcentual de los establecimientos pertenecientes a dicha institución haya pasado del 58,05% al 60,38% del total de establecimientos del Sector Público para el año 2012.

5.6. Camas hospitalarias

El número de camas disponibles y el número de camas por 1.000 habitantes, proporcionan información sobre la capacidad de infraestructura sanitaria en cuanto a establecimientos con internación.

Según el INEC (2012) el número de camas a nivel nacional ha tenido un crecimiento consistente. Entre 2002 y 2006 hubo un incremento de 292 camas, mientras que en el periodo de 2006 a 2012, se adicionaron 3,193 camas hospitalarias. En otras palabras, al término del año 2012, el número de ca-

mas en el país creció aproximadamente once veces más que diez años atrás. No obstante, cabe enfatizar la situación de las camas pertenecientes a los establecimientos del MSP.

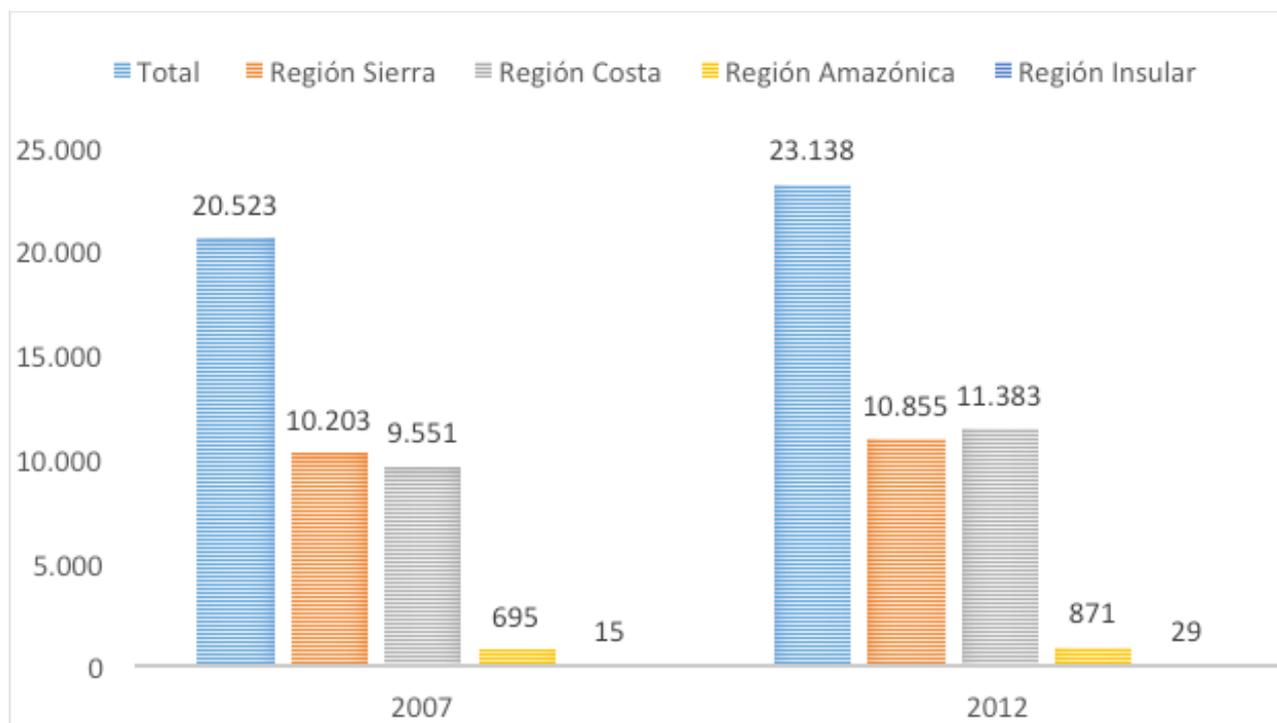
Como muestra el siguiente Gráfico, el crecimiento de camas en la Región Costa supera de forma sostenida a las demás regiones, indicando un incremento de 2.100 camas hospitalarias en 2012.

En la Sierra, la Amazonía y la Región Insular, existe un incremento de 962, 197 y 14 camas, respectivamente. El decrecimiento de recursos en las ZND, se atribuye, nuevamente, a la política de reingeniería del MSP.

El Gráfico 4 muestra una comparación entre provincias sobre el número de camas pertenecientes al MSP.

Hay un incremento de camas en dieciséis de las veinticuatro provincias del país. Las cinco provincias en donde existe mayor crecimiento son: Guayas, Los Ríos, Manabí, Morona Santiago y Chimborazo. Dos de las provincias más pobladas, Guayas y Manabí, tienen el mayor incremento de camas. Debe considerarse positivo el crecimiento de este recurso en Los Ríos y Morona Santiago, provincias que poseen aproximadamente el 80% de hogares con necesidades básicas insatisfechas.

Gráfico 3. Número de camas hospitalarias disponibles. Periodo 2007 – 2012.



Elaboración propia a partir de: Instituto Nacional de Estadística y Censos (2007). Anuario de Estadísticas Hospitalarias Camas y Egresos. Instituto Nacional de Estadística y Censos (2012). Anuario de Estadísticas Hospitalarias Camas y Egresos.

Además, es importante observar que existe un decrecimiento de camas en cuatro provincias: Tungurahua, Pichincha, Esmeraldas y Sucumbíos. Ciertamente, no es favorable un escenario en donde se reduzcan las camas pertenecientes al MSP, puesto que la prestación de sus servicios es gratuita, y una reducción de estos recursos puede constituir una

provincias de sus regiones que no registran un crecimiento de camas. Hay que resaltar que la provincia de Sucumbíos se encuentra en un grave panorama con respecto al acceso hospitalario, ya que es una de las dos provincias que se acerca al 90% de pobreza por NBI, y ha recibido un recorte de recursos por parte del MSP.

Tabla 5. Camas hospitalarias del sector público, del sector privado y del MSP. Periodo 2007 – 2012.

Región	Total de camas hospitalarias		Camas hospitalarias Sector Público		Camas hospitalarias MSP		Camas Sector Privado	
	2007	2012	2007	2012	2007	2012	2007	2012
Total República	20.523	23.138	13.232	14.845	7.599	8.354	7.291	8.293
Sierra	10.203	10.855	6.245	6.641	4.332	4.369	3.958	4.241
Costa	9.551	11.383	6.410	7.472	2.867	3.439	3.141	3.911
Amazonía	695	871	562	703	385	517	133	168
Región Insular	15	29	15	29	15	29	-	-

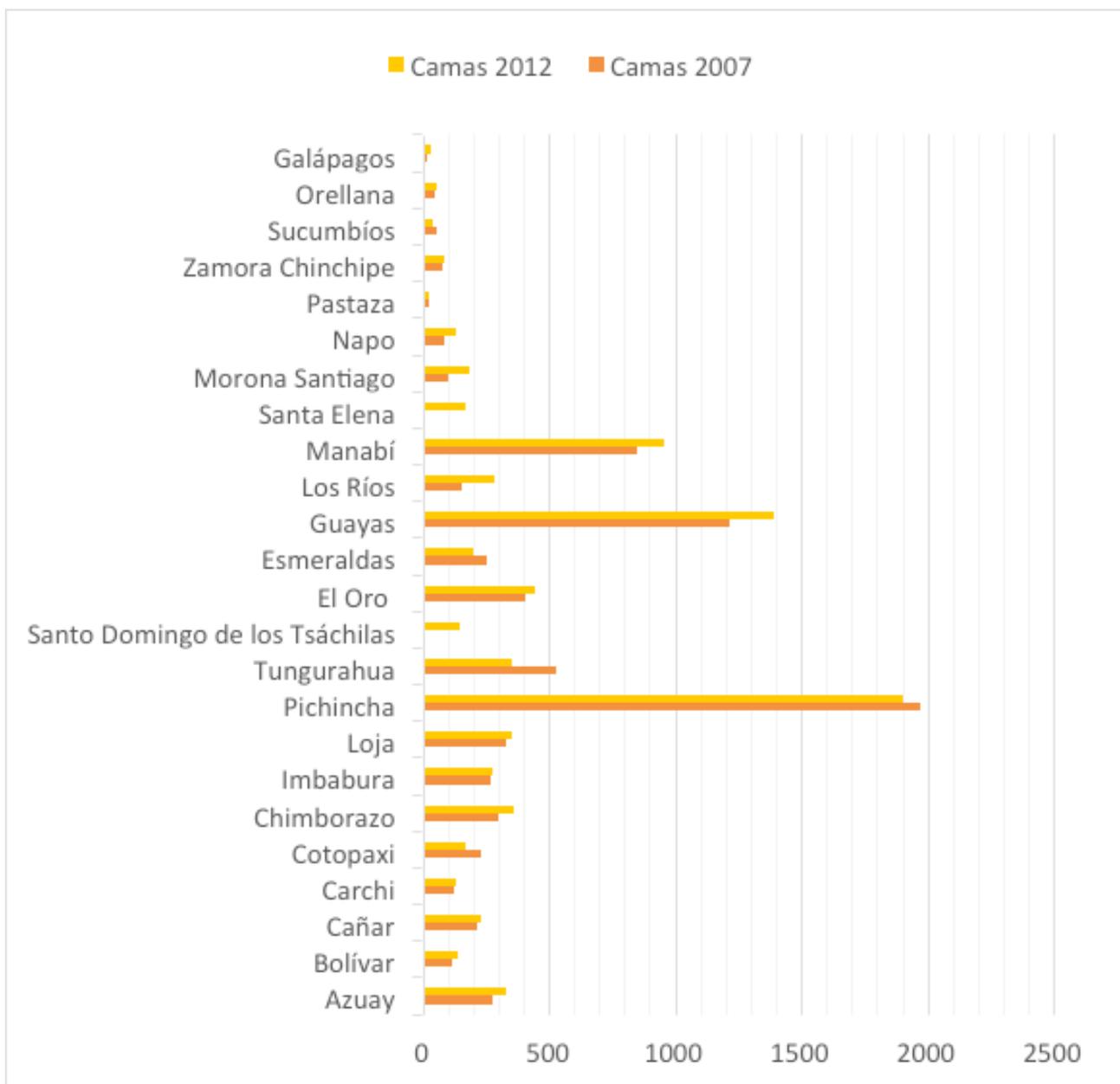
Elaboración propia a partir de: Instituto Nacional de Estadística y Censos (2007). Anuario de Estadísticas Hospitalarias Camas y Egresos. Instituto Nacional de Estadística y Censos (2012). Anuario de Estadísticas Hospitalarias Camas y Egresos.

leve descenso al término del periodo 2012, con respecto a 2007.

El número de camas que el MSP aporta al total nacional ha pasado del 37.02% en 2007 al 36.10% en 2012. Asimismo, el número de camas que aporta al Sector público ha pasado de 57.42% en 2007 al 56.27% en 2012. La representatividad que aporta

el sector privado se mantiene, tanto en 2007 como en 2012, en el 35% del total de camas del país. Acorde a lo expuesto, se determina que el nivel de crecimiento en las camas del MSP en el periodo analizado no ha sido lo suficientemente elevado como para alterar las relaciones de representatividad, que se traducen en el aporte bruto de esta institución a la atención sanitaria del sector público y del país en ge-

Gráfico 4. Número de camas hospitalarias disponibles del MSP por provincia. Periodo 2007 y 2012.



Elaboración propia a partir de: Instituto Nacional de Estadística y Censos (2007). Anuario de Estadísticas Hospitalarias Camas y Egresos. Instituto Nacional de Estadística y Censos (2012). Anuario de Estadísticas Hospitalarias Camas y Egresos.

neral. Para aportar solidez a este matiz, se presenta la Tabla 6, que expone una perspectiva evolutiva del número de camas por 1.000 habitantes en Ecuador desde 2006 a 2012.

Tabla 6. Camas por 1.000 habitantes. Periodo 2000-2012.

Año	Población Estimada	Tasa de camas por 1.000 habitantes
2006	13.408.270	1.5
2007	13.605.485	1.5
2008	13.805.095	1.6
2009	14.005.449	1.6
2010	14.204.900	1.7
2011	15.266.431	1.6
2012	15.520.973	1.5

Elaboración propia a partir de: Instituto Nacional de Estadística y Censos (2012). Anuario de Estadísticas Hospitalarias Camas y Egresos.

En el año 2010, durante el mandato del Presidente Correa, hubo 1.7 camas por 1.000 habitantes. Esta cifra, que es la más alta registrada desde 1995, para el año 2012, desciende a 1.5, sin mantenerse estable. Aunque la variación encontrada es mínima, es cierto que el número de camas por 1.000 habitantes está ligado al crecimiento poblacional del país. Con ello, lo que se quiere decir es que para 2012, Ecuador tiene una población que rebasa los quince millones de habitantes, por lo cual es preocupante que este indicador registre niveles decrecientes.

5.7. Personal sanitario

La Tabla 7, muestra que hay un notable incremento del personal de salud a nivel nacional y regional. En la Región Insular el personal de salud ha crecido aproximadamente tres veces más.

El número de personal sanitario es un indicador sumamente importante para discutir sobre el acceso de la población a los servicios sanitarios (Larrea, 2013). Por ello, se ahonda en este tema y en la siguiente Tabla se despliegan: el número de médicos y enfermeras por región.

Tabla 7. Total de personal de salud por región. Periodo 2007 – 2012.

Años	2007	2012
Total República	85.498	118.636
Región Sierra	45.150	61.642
Región Costa	36.527	50.992
Región Amazónica	3.624	5.761
Región Insular	85	237
ZND	112	4

Elaboración propia a partir de: Instituto Nacional de Estadística y Censos (2012). Anuario de Recursos y Actividades de Salud.

Se identifica que para el año 2012 se incrementan 33.138 profesionales de la salud pertenecientes al sector público y privado en relación a 2007. Es necesario advertir que pese a este crecimiento, la relación de representatividad porcentual de ambos sectores permanece constante al término del periodo que se evalúa. Así, el sector público abarca el 67% del personal total, mientras que el sector privado comprende el 33%. Aunque estos datos se muestran favorables para la esfera pública, se han encontrado matices que contrastan dicha aseveración.

En lo referente al personal médico, se distingue una gran particularidad concentrada en la subdivisión de médicos especializados y generales²⁸.

En 2007, el 59% de médicos de esta clasificación se concentraba en el sector privado, para 2012, se registra un leve descenso a 53%. En el año 2007, la Región Sierra concentraba el 52% de médicos de la subdivisión indicada. Costa y Sierra juntas, en el mismo año, conglomeraban la abrumadora cifra de 97%. Para 2012, la predominancia en la Sierra, así como de ésta con la Costa, se mantiene exactamente igual que en 2007.

²⁸ Todos los datos que se presentan en esta sección se han extraído de los Anuarios de Recursos y Actividades de la Salud pertenecientes a los años 2007 y 2012.

Tabla 8. Personal de salud en Ecuador, 2007 y 2012

Sector y Regiones	Total	Médicos				Enfermeras
		Especializados y generales	Residentes	Rurales	Post-Gradistas ²⁹	
<i>Total República</i>	85.498	21.970	2.724	1.872	-	8.816
<i>SECTOR</i>					-	
<i>Sector Público</i>	57.334	9.006	1.724	1.863		7.200
<i>Sector Privado</i>	28.164	12.964	982	9		1.616
<i>REGIONES</i>					-	
<i>Región Sierra</i>	45.150	12.195	1.549	846		5.282
<i>Región Costa</i>	36.527	9.127	1.083	794		3.131
<i>Región Amazónica</i>	3.624	598	91	221		393
<i>Región Insular</i>	85	9	-	10		7
<i>ZND</i>	112	41	1	1		3
<i>Total República</i>	118.636	26.539	4.220	2.542	840	14.071
<i>SECTOR</i>						
<i>Sector Público</i>	80.539	12.483	3.074	2.533	562	11.971
<i>Sector Privado</i>	38.097	14.056	1.146	9	278	2.100
<i>REGIONES</i>						
<i>Región Sierra</i>	61.642	13.999	1.890	1.001	599	8.038
<i>Región Costa</i>	50.992	11.750	2.073	1.074	205	5.136
<i>Región Amazónica</i>	5.761	762	246	434	36	856
<i>Región Insular</i>	237	28	11	32	-	31
<i>ZND</i>	4	-	-	1	-	1

Elaboración propia a partir de: Instituto Nacional de Estadística y Censos (2007). Anuario de Recursos y Actividades de Salud. Instituto Nacional de Estadística y Censos (2012). Anuario de Recursos y Actividades de Salud.

Es preocupante que exista una concentración tan desigual de médicos especialistas y generales a nivel regional. Esto se hace visible, además, en que, para 2012, el 95.5% de médicos especialistas se encuentre localizado en la zona urbana y apenas el 4.5% en el área rural. Con respecto a esto, ya resaltan, Lucio, Villacrés y Henríquez (2011), que en Ecuador existen alrededor de 10.000 consultorios médicos particulares, concentrados en las princi-

pales ciudades, como Quito, Guayaquil, Cuenca y Ambato.

En 2007, el total de médicos especialistas era de 16.933. De este valor, los médicos pertenecientes al MSP representaban el 14.5%, mientras que los médicos del sector privado con fines de lucro agrupaban el 62.5%. Para el año 2012, la relación no es muy distinta. El total de médicos especialistas

²⁹ El Anuario estadístico del año 2007 no incluye la clasificación de médicos Post-Gradistas.

es de 19.571. De allí, el MSP conglomerara apenas el 15.3% mientras que el sector privado con fines de lucro abarca el 58.71%. Que el MSP sea la institución prestadora de servicios más importante del país y registre menor proporción de médicos especialistas que el sector privado constituye un escenario claramente perjudicial, sobretodo, al reflexionar en las múltiples necesidades de la población específica del MSP, que, como se advirtió, constituye alrededor del 70% de la población nacional. Lo expuesto, alarma a la equidad en el acceso a la sanidad y la calidad de los servicios ofertados. De igual forma, la baja disponibilidad de personal especializado en el MSP, responde a la preocupación de que la población con menores recursos económicos sea la más afectada cuando sus necesidades de salud no pueden ser satisfechas por esta institución.

En otro campo, la mayor concentración de médicos residentes y rurales se encuentra en el sector público. Esto se explica por la obligatoriedad que constituye para los graduados de las carreras de medicina, odontología, enfermería y obstetricia, realizar un año de Medicina Rural en las parroquias urbanas y rurales. Generalmente, este periodo se realiza en los establecimientos sin internación, como los centros de salud.

No hay recuento de médicos post-gradistas en 2007. Para 2012, hay un total de 840 médicos de postgrado, concentrados mayormente en el sector público, en las regiones Sierra y Costa. Esto se debe, en parte, a que los médicos post-gradistas que hacen su especialización en las universidades estatales devengan su colegiatura en los establecimientos pertenecientes al MSP.

El número más alto de enfermeras está en el sector público, bordeando el 80% en 2007 y 2012. De igual forma, la mayor parte de odontólogos se encuentran en el sector público.

Finalmente, en lo que respecta a la tasa de médicos 10.000 habitantes³⁰, se distingue un leve incremento a nivel nacional, en donde dicho indicador pasa de 16,2 en 2007 a 17,1 en 2012. A nivel provincial, existe un crecimiento diferenciado. Las provincias que indican mayor crecimiento son: Galápagos, El Oro, Guayas, y Zamora Chinchipe. El acrecentamiento de este indicador es positivo, al menos en espacios territoriales con concentración poblacional baja y altos niveles de pobreza por NBI. Este es el caso de todas las provincias mencionadas, con excepción de Galápagos, que es la provincia menos pobre de este grupo.

Conjuntamente, se identifica un decrecimiento del indicador en diez de las veinticuatro provincias del país. Los casos que llaman la atención son: Pastaza, que pasa de tener 12,5 a 9,2 médicos por 10.000 habitantes; Sucumbíos, cuya tasa de médicos desciende de 8,4 a 7, y, Los Ríos, que indica un declive de 14,1 a 12,6 médicos. Las dos últimas provincias mencionadas conglomeran el 6,6% de la población ecuatoriana y ambas bordean el 80% de pobreza por NBI. Con lo cual, se concluye, las condiciones de vida de los hogares bien pueden deteriorarse aún más al enfrentar restricciones en el acceso a la salud.

5.8. Tipos de prestaciones

Frente al panorama político que aspira reformar el sistema sanitario ecuatoriano, es necesario aportar una visión sobre el rendimiento de la cobertura de las prestaciones del MSP para el año 2013^{31 32}. Éste, se considera uno de los ámbitos más importante del programa del Gobierno del Presidente Correa.

30 Los datos sobre la tasa de médicos por 10.000 habitantes se han tomado de: INEC (2007). Anuario de Recursos y Actividades de la Salud; INEC (2012). Anuario de Recursos y Actividades de la Salud.

31 Todos los datos de esta sección se han tomado de: Malo, Miguel (2013). "Reforma del Sistema de Salud del Ecuador". Lima.

32 Los datos están disponibles únicamente para el año 2013, que, pese a no incluirse en el periodo definido para el análisis, presenta información valiosa para la realización de este trabajo.

Las prestaciones que brinda la cobertura de salud del MSP se encuentran distribuidas en: promoción, prevención, curación (niveles I, II, III), rehabilitación, y cuidados paliativos.

En lo referente a la prevención colectiva, el MSP cubre el 80% de las acciones de prevención, vigilancia y control de vectores³³. Esto refleja la importante función que ha venido ejecutando el Estado en la reducción de la incidencia que tienen las enfermedades transmitidas por agentes infecciosos. Otra de las acciones contenidas en esta categoría, que es la prevención de accidentes domésticos, de trabajo, y de otra índole, indica el 30% de cobertura. Asimismo, la prevención de farmodependencias³⁴, las visitas domiciliarias a familias, y las visitas a grupos de riesgo, están cubiertas en un 10%, 15% y 10%, respectivamente.

En las acciones de prevención individual, la cobertura de consejería relacionada a salud y prevención de enfermedades es del 30%, las consultas preventivas referentes a vacunación, detección temprana de riesgos y enfermedad, tamizaje discapacidades, odontología, están cubiertas en un 35%.

Las prestaciones de promoción de la salud: hábitos saludables, distritos saludables, comunidades saludables, se encuentran cubiertas en 25%, 17% y 16%, respectivamente. Es importante notar que la cobertura en promoción de salud, así como los me-

33 Un vector es “un insecto o cualquier portador vivo que transporta un agente infeccioso desde un individuo o sus desechos, hasta un individuo susceptible, su comida o su ambiente inmediato. El agente puede o no desarrollarse, propagarse o multiplicarse dentro del vector”. Ver: Organización Panamericana de la Salud (2002). Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE). Segunda Edición Revisada. Unidad 2: Salud y enfermedad en la población. Washington D.C: OPS. Pg. 31.

34 Las farmodependencias o farmacodependencias indican la necesidad de una droga para el desempeño normal de un individuo. Ver: University of Maryland (2014). “Farmacodependencia”. Disponible en <http://umm.edu/health/medical/spanishency/articles/farmacodependencia> Visitado 25/08/2014.

canismos de prevención individual y colectiva (que excluyan la vigilancia epidemiológica), bordean una representación muy baja. Esto supone un reto para el MSP, en tanto ambas constituyen acciones de salud pública centrales para el nuevo modelo de atención MAIS-FCI.

El 60% de cobertura corresponde a la curación. Específicamente, a la atención a la morbilidad ambulatoria y hospitalaria. La atención pre-hospitalaria apenas está cubierta en un 5%. Esto pone en evidencia la prevalencia del modelo curativo.

Las prestaciones de rehabilitación, que incluyen: fisioterapia física, neurológica, ocupacional, del lenguaje, entre otras, y, los cuidados paliativos: manejo del dolor, internamiento para estabilización y manejo en casa, no son ofertados por el MSP.

Se concluye en que las prestaciones del MSP están ampliamente concentradas en la prevención de enfermedades y la curación. Las demás prestaciones aún cuentan con una representación baja o nula.

5.9. Expansión de las consultas médicas

Para examinar los indicadores que evidencian el uso que los individuos han hecho de los servicios sanitarios públicos, hay que partir de la definición de consultas médicas. Según el INEC (2012:8) son el “conjunto de acciones básicamente médicas, destinadas a formular el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del estado de salud de una persona”. A partir del enfoque de las capacidades, se puede interpretar que este indicador traduce la utilización de los servicios sanitarios como una alternativa disponible, otorgada por el Estado, que ha sido aprovechada y transformada en funcionamientos o logros alcanzados. En esta línea, se han utilizado los siguientes indicadores, que son tipos de *consulta médica*³⁵: a) Consultas de morbilidad: son las consultas realizadas por un médico, psicólogo y obstetras a los/las pacientes con relación a un cuadro patológico; b)

35 Tomado de INEC (2012). Anuario de Recursos y Actividades de la Salud.

Primera consulta de morbilidad: es la atención brindada por un profesional a un paciente por primera vez ante una enfermedad con diagnóstico presuntivo o definitivo; c) Consulta subsecuente de morbilidad: es la consulta o consultas posteriores a la primera consulta de un mismo estado patológico o episodio hasta que este concluya. Una consulta, entonces, corresponde a un objetivo de salud alcanzado por elección propia.

Del análisis realizado se sintetiza que existe un potencial incremento en el número de consultas de morbilidad, primeras y subsecuentes, realizadas en los establecimientos del MSP durante el periodo 2007-2012. En 2007 el número total de consultas realizadas fue de 10.173.276 millones. Dicha cifra se duplica para el año 2012, alcanzando los 22.854.011 millones de consultas.

Acorde al Gráfico 5, existe un notable crecimiento de consultas en todas las regiones del país.

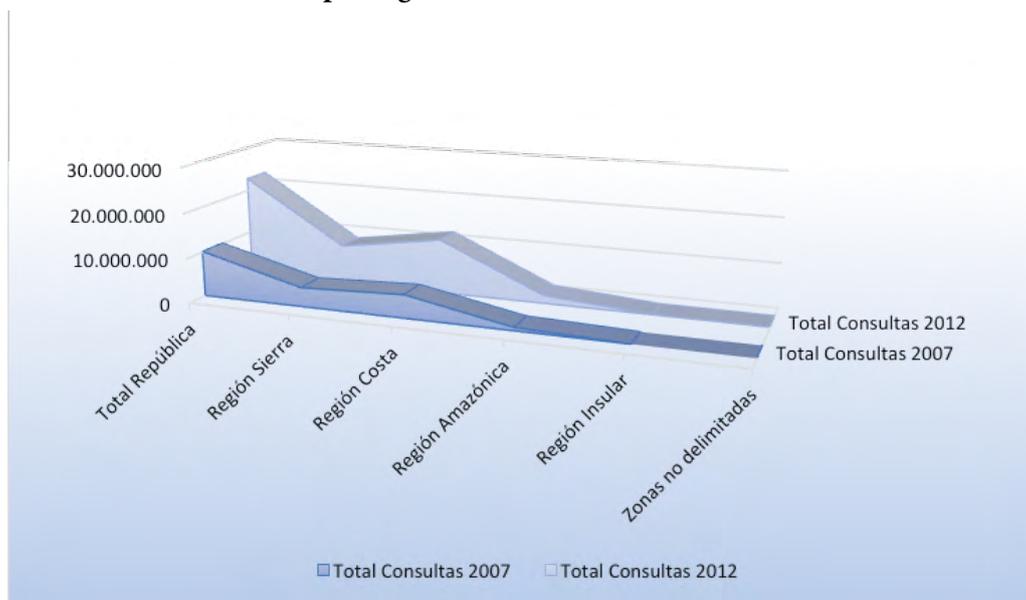
El número de consultas en la Costa se duplica, pasando de 5.166.053 en 2007 a 12.225.364, en

2012. Lo mismo sucede en la Sierra registrando 8.709.943 consultas en 2012. De igual manera, en la Región Amazónica el total de consultas crece más de dos veces. En la Región Insular, el número de consultas crece casi cinco veces más, elevándose, de 14.106 consultas en 2007, a 68.569 en 2012. En las ZND decrece el número de consultas de forma significativa..

El Gráfico 6 muestra, asimismo, un crecimiento elevado del número de consultas en todas las provincias del país. Con un incremento de 3.214.472 consultas, Guayas es la provincia en donde hay mayor aumento de este indicador. Le siguen las provincias de Pichincha y Manabí, con 1.442.309 y 1.149.252 millones de consultas, respectivamente. Aun en las provincias pequeñas, como Carchi, Bolívar y Morona Santiago, el crecimiento de consultas es de casi tres veces más en 2012 con respecto a 2007.

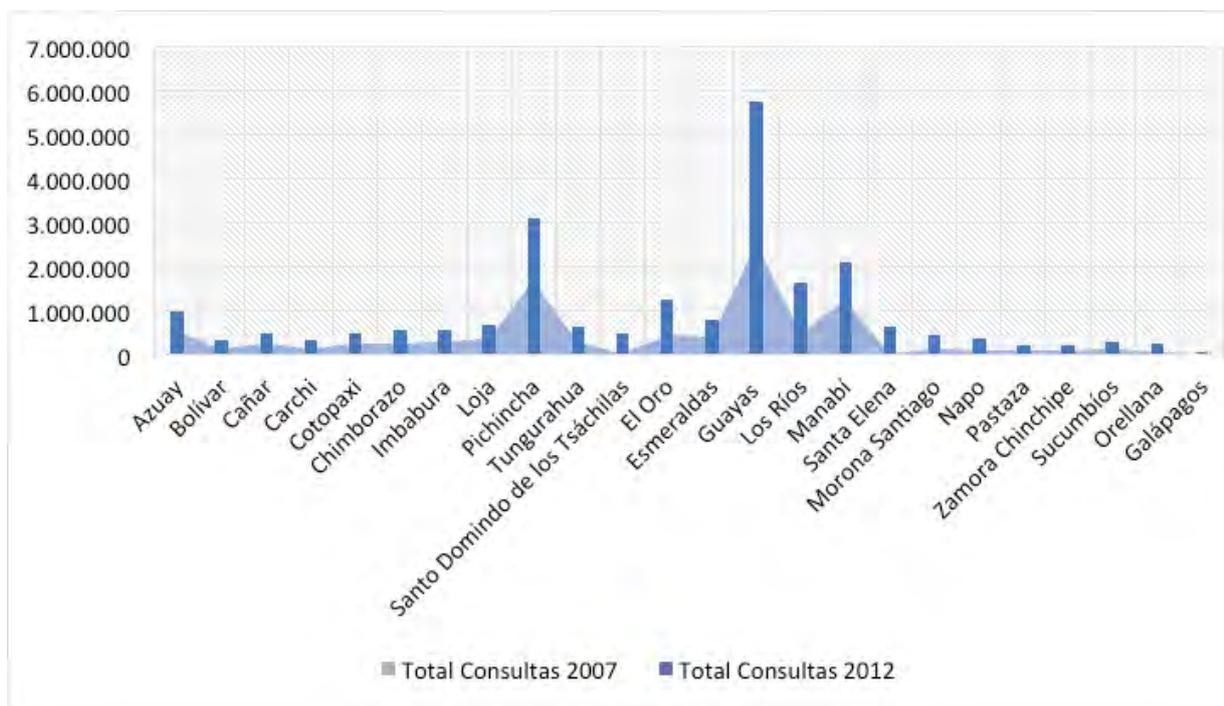
En contraste, la provincia de Azuay, una de las menos pobres y más aventajadas en lo referente a recursos de salud, registra un valor que no dobla su representación para el año 2012. Esto da cuen-

Gráfico 5. Consultas de morbilidad, primeras y subsecuentes, realizadas en los establecimientos del MSP, por región. Periodo 2007 - 2012.



Elaboración propia a partir de: Instituto Nacional de Estadística y Censos (2007). Anuario de Recursos y Actividades de Salud. Instituto Nacional de Estadística y Censos (2012). Anuario de Recursos y Actividades de Salud.

Gráfico 6. Consultas de morbilidad, primeras y subsecuentes, realizadas en los establecimientos del MSP, por provincia. Años 2007 y 2012.



Elaboración propia a partir de: Instituto Nacional de Estadística y Censos (2007). Anuario de Recursos y Actividades de Salud. Instituto Nacional de Estadística y Censos (2012). Anuario de Recursos y Actividades de Salud.

tas de que la población que así lo decide, utiliza los servicios de salud ofertados por el MSP, o no lo hace y recurre al sector privado con fines de lucro o a la cobertura de la seguridad social.

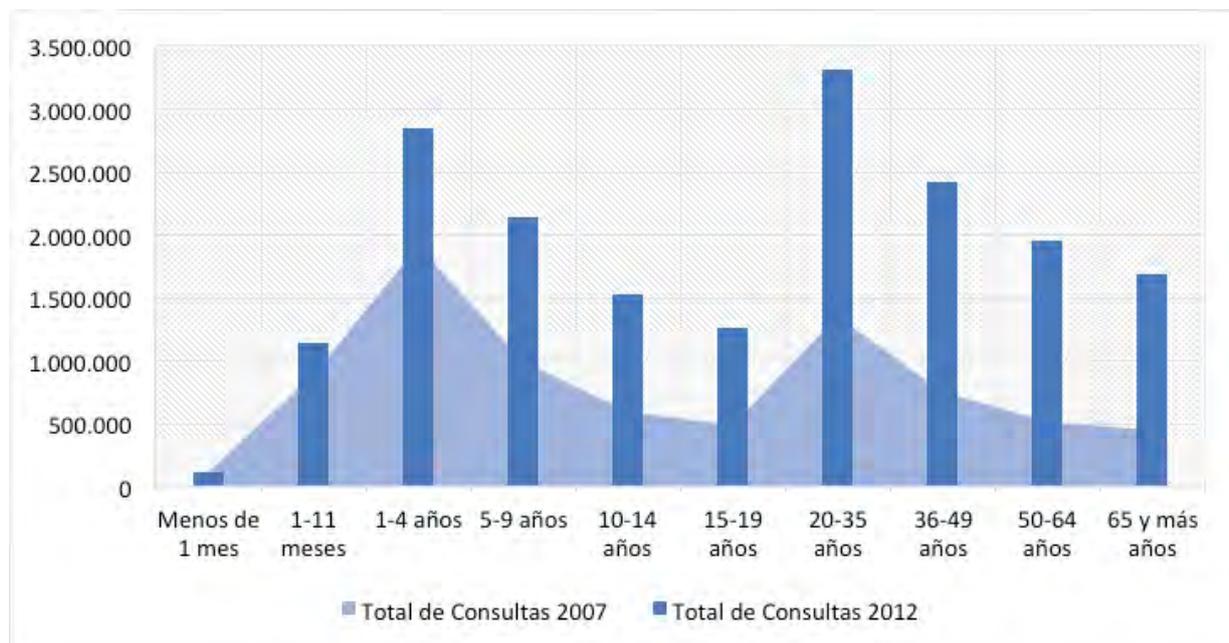
Finalmente, el siguiente Gráfico muestra las consultas de morbilidad, primeras y subsecuentes, realizadas por grupos de edad en los establecimientos del MSP. Existe un nivel de crecimiento diferenciado en las consultas por grupos de edad. Es importante apuntar que la edad, como un factor personal de conversión, emana la especificidad de necesidades conforme a los distintos ciclos de vida del individuo. Ello otorga gran sensibilidad a la observación sobre la utilización de los servicios y pone de manifiesto la efectividad de las acciones de promoción, prevención de la salud del MSP a grupos focalizados por esta característica individual.

El incremento más elevado de consultas corresponde a la población adulta, en el rango de los 25 a 35 años. Le siguen, en orden de crecimiento del indica-

dor que haya superado un millón de consultas, los grupos de 36 a 49 años, 50 a 64 años, 65 y más años, y, 5 a 9 años. Estos resultados se consideran altamente positivos, en tanto, grupos de edad que engloban a la población infantil y a la población adulta mayor, proyectan un ascenso sostenido en la recepción de atención médica.

De otra parte, los grupos en donde hay menor incremento, en orden descendente, son: menos de 1 mes, 1 a 4 años, 15 a 19 años y 10 a 14 años. Cabe destacar que el menor crecimiento de consultas corresponde a los menores de 1 año, indicando una cifra casi ocho veces menor que el grupo de mayor crecimiento. Este hecho se considera altamente negativo puesto que este grupo poblacional por su ciclo de vida característico requiere de múltiples atenciones y acciones médicas que prevengan dificultades en el desarrollo y sean útiles para aportar al buen crecimiento. Además, las disposiciones y objetivos de las herramientas normativas que rigen la sanidad priorizan el cuidado y la atención preferente ha dicho grupo.

Gráfico 7. Consultas de morbilidad, primeras y subsecuentes, realizadas en los establecimientos del MSP, por grupo de edad. Periodo 2007 - 2012.



Elaboración propia a partir de: Instituto Nacional de Estadística y Censos (2007). Anuario de Recursos y Actividades de Salud. Instituto Nacional de Estadística y Censos (2012). Anuario de Recursos y Actividades de Salud.

5.10. Políticas sanitarias focalizadas

Por último, se aporta un breve panorama sobre la cobertura del MSP a grupos focalizados. Este tipo de cobertura abarca programas de aseguramiento con arreglos institucionales especiales para el financiamiento y la provisión de servicios, a fin de complementar y fortalecer a los sistemas sanitarios (CASE, 2008).

Uno de los casos más relevantes sobre las acciones orientadas a la focalización se encuentra en el caso de la protección a las personas con enfermedades catastróficas. Para explicar esto, hay realizar un breve desglose sobre los niveles de atención existentes en Ecuador³⁶.

- Primer nivel de atención: es el primer contacto de los sujetos con los servicios sanitarios. En este nivel deben resolverse las necesidades básicas y/o más frecuentes. Los establecimientos encontrados en el I nivel de atención son: puesto de salud, consultorio general, centro de salud rural, centro de salud urbano, centro de salud urbano de 12 horas, centro de salud urbano de 24 horas.

- Segundo nivel de atención: abarca todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización. Agrupa los siguientes establecimientos: consultorio de especialidades clínico quirúrgicas, centro de especialidades, centro clínico quirúrgico ambulatorio (hospital del día), hospital básico, hospital general.

- Tercer nivel de atención: corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados. Resuelve los problemas de salud de alta complejidad, tiene recursos de tecnología de punta, intervención

36 Tomado de Ministerio de Salud Pública (2013). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS; Instituto Suramericano de Gobernanza en Salud (2012). Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad.

quirúrgica de alta severidad, realiza trasplantes, cuidados intensivos, cuenta con subespecialidades reconocidas por la ley. Incluye: centro especializado, hospital especializado, hospital de especialidades.

- Cuarto nivel de atención: a partir de la administración del Presidente Correa se ha dispuesto dar apertura a este nivel de atención que engloba exclusivamente el tratamiento de personas que padecen enfermedades catastróficas.

En este marco, se da apertura, en el año 2007, al Programa de Protección Social en Salud (PPS) para enfermedades catastróficas. Se ejecuta a través de la Red de Protección Solidaria integrada por el MIES y el MSP. A través de dicho Programa, el Estado financia el tratamiento de las siguientes enfermedades: malformaciones congénitas del corazón, cáncer, tumores cerebrales, insuficiencia renal crónica, trasplantes de riñón, hígado, médula ósea, malformaciones vasculares, secuelas de quemaduras, prótesis externas cocleares y órtesis. Se ha indicado que el listado de enfermedades puede ampliarse de forma progresiva (ISAGS, 2012:458). Para otorgar la gratuidad de estos servicios especializados, cada caso es analizado y verificado por un comité técnico. Este programa atiende casos con un tope de hasta 100,000 dólares (Lucio et al., 2011). Cabe añadir que en el año 2010 se registró que los servicios otorgados por dicho programa han generado un ahorro de \$ 25 millones aproximadamente a la población que padece este tipo de patologías (ISAGS, 2012:258).

De otra parte, cabe mencionar el programa de gratuidad regido por la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI) (1994), que otorga cobertura universal y gratuita a las mujeres durante el embarazo, parto y postparto, y a los niños menores de cinco años, con atenciones específicas para este ciclo de vida. En 1998, se constituyó como un seguro de salud gratuito que brindaba acceso a varios sub programas de salud sexual y reproductiva. En el año 2007, el MSP asume los servicios y beneficios de esta Ley como un programa regular (Lucio,

et al., 2011). La cobertura de servicios de la LMGYAI abarca 57 prestaciones (OPS, 2008). Antes de ser un programa regular del MSP, cubría por separado los gastos en medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios. En la actualidad, estos servicios complementan a las prestaciones regulares del MSP (Lucio et al., 2011:18). Se ha indicado que en el pasado dicho programa sufría graves inconvenientes en la garantía de la gratuidad, especialmente, debido a la debilidad de la sostenibilidad financiera, y el retraso e incumplimiento de la entrega de fondos por parte de las instituciones encargadas del financiamiento. Actualmente, el ISAGS (2012:465), acota una serie de reformas que han regulado el Programa. Pueden mencionarse las siguientes: el aseguramiento de un financiamiento estable a un paquete básico de servicios, mecanismos claros de reembolso de los servicios prestados, la creación de unidades especializadas que se ocupen del pago de servicios, la diversificación de los proveedores de servicios, y la integración de la gestión local de salud a los GAD's y las organizaciones comunitarias.

Como apunte final, la CEPAL (2013: 53) subraya que el gasto en programas focalizados del sector sanitario es marginal, registrando un 0,2% del PIB (promedio anual del período 2000-2012).

6. CONCLUSIONES

6.1. Con respecto a la primera hipótesis se concluye que:

El Estado ecuatoriano, durante el periodo 2007-2012, ha incurrido en una serie de propuestas y mecanismos para reformar el funcionamiento del sistema sanitario a fin de garantizar la universalidad de la cobertura a toda la población en virtud de su ciudadanía. Como se sabe, este es uno de los rasgos esenciales del modelo Beveridge/Sistema Nacional de Salud. En el caso ecuatoriano, las fórmulas para avanzar hacia dicho modelo son: la estructuración del Sistema Nacional de Salud y la implementación de un nuevo modelo de atención. Las herramientas estratégicas fundamentales para dichos propósitos son la conformación de la Red Pública Integral de Salud, así como de la Red Complementaria. La evidencia encontrada refleja que, en el aspecto administrativo, de articulación y coordinación, las mismas, no han logrado constituirse al término del año 2012. No obstante, las iniciativas gubernamentales han generado espacios para la integración de los actores del sector público y privado. Esto proyecta que los objetivos constitucionales y normativos han sido validados por la acción pública y que, en el largo plazo, podrían decantar en la conformación de un sistema integrado. Esto sucederá afectando la naturaleza fragmentada del sistema, que, siendo una característica de tipo estructural, obstruye la acción coordinada de los actores del ámbito sanitario.

Otro de los rasgos fundamentales de los sistemas universalistas o integrados, es que el Estado se establece como el principal actor en la provisión de la sanidad. Al respecto, el Estado ecuatoriano ha mantenido la tradición de otorgar la cobertura sanitaria pública a través del MSP, administrando sus centros, empleando personal, y gestionando la prestación de servicios. Acorde al análisis realizado, se concluye que existe una ligera mejora en la cobertura sanitaria pública. Para justificar esto, cabe hacer observaciones puntuales sobre la cantidad y la calidad de los recursos. Mientras que los establecimientos del MSP se han incrementado a nivel

nacional y en tres de las cuatro regiones geográficas, existe un descenso de los mismos en el sector privado. Al respecto, la política de reingeniería y licenciamiento ha sido central para fortalecer la calidad de los recursos que se ofertan a la ciudadanía. Sobre el número de camas del MSP se sintetiza que: a) hay un crecimiento heterogéneo a nivel provincial, b) pese a existir un crecimiento bruto, la representatividad porcentual del MSP en su aporte al Sector Público y al total nacional, ha descendido, y c) el número de camas por 10.000 habitantes llega a su punto más alto en el gobierno del Presidente Correa, pero desciende en 2012 al mismo valor registrado al inicio de su administración. En lo referente al personal sanitario, el MSP se encuentra en crucial desventaja al contar con un número bajo de médicos generales y de especialidad. Los mismos, se concentran en las urbes, en el sector privado, en las regiones Costa y Sierra. Este panorama no cambia para el año 2012. Así, se afirma que no hay un incremento potencial de la cobertura sanitaria pública.

Por último, la financiación, como un aspecto elemental de los regímenes universalistas, es crucial para afirmar o no, que se han producido cambios tendenciales en el sistema sanitario ecuatoriano. Acorde al estudio de los indicadores de financiamiento sanitario, se distingue cierto nivel de crecimiento y recuperación de la inversión en este sector, no obstante, hay observaciones que matizan este cuadro. El gasto total en salud se eleva a su punto máximo en 2010, pero no se mantiene estable, y desciende hasta 2012. Aunque el gasto público como porcentaje del gasto total en salud se eleva de forma notoria, no consigue superar la representatividad del gasto privado para 2012. En este sentido, pese a existir evidencia de un giro favorable en la financiación pública de la sanidad, al menos, considerando la tendencia regresiva de gobiernos anteriores en este aspecto, el enfoque comparado ha permitido visualizar que las cifras de los indicadores mencionados siguen siendo considerablemente menores en comparación a algunos regímenes universalistas como Noruega, España o Brasil. Esto supone un gran desafío para este país, que, pese a avanzar en su crecimiento

presupuestario, aún presenta problemas como el desabastecimiento de insumos y medicamentos, e inequidad de la inversión per cápita por institución.

En suma, en Ecuador no se ha constituido un Sistema Nacional de Salud para el año 2012, ni se identifica un incremento sustancial de la cobertura sanitaria pública del MSP. Sin embargo, el incremento de la inversión y las acciones políticas de reforma, han instituido vías para el aseguramiento progresivo de la universalidad y la gratuidad de la sanidad pública.

6.2. Con respecto a la segunda hipótesis se concluye que:

La administración del Presidente Correa ha sido acertada para configurar el andamiaje normativo que viabilice las garantías explícitas para el acceso universal a la sanidad. Acorde a la perspectiva teórica, dichas garantías son esenciales para los regímenes del bienestar de tendencia socialdemócrata. Tanto la aprobación de una nueva Constitución Política, como la producción de planes y políticas específicas, han diseñado las formas para mejorar el acceso de los ecuatorianos a los servicios y prestaciones sanitarias. Puntualmente, se subrayan dos iniciativas que han obedecido al elemento legal y normativo. Primero, se ha fortalecido claramente la gratuidad como una condición real y permanente de acceso a los servicios que otorga el MSP, aunque, como se indicó, hay inconvenientes que paralizan el acceso a medicamentos e insumos. Segundo, aunque la difusión del nuevo modelo de atención ha pretendido favorecer la calidad en el acceso, la evidencia documentada refleja que dicho objetivo no se ha alcanzado hasta 2012. De este modo, se sintetiza que la recuperación de la gratuidad es la acción política que más ha favorecido el acceso a la sanidad. Este hecho contribuye a la noción de que la política social en Ecuador se inclina hacia un modelo institucional/redistributivo en el área de la sanidad.

En los Estados del Bienestar de tendencia socialdemócrata, el Estado juega un papel central en la gobernanza del sistema, lo que les permite garan-

tizar el acceso permanente a la sanidad pública. En Ecuador, con el gobierno de la Revolución Ciudadana, se distingue una clara recuperación del rol del Estado como el actor central en la formulación de las políticas públicas de sanidad. Cabe recalcar la importancia de este rasgo que, de una parte, responde a los preceptos constitucionales que fortalecen las funciones del poder ejecutivo, y, además, manifiesta que la voluntad política ha influido en la persecución del mejoramiento social. Aunque no se han producido leyes que regulen el funcionamiento del sistema, el establecimiento del Plan Nacional de Desarrollo, garantiza que la gestión estatal siempre deberá guiarse por una planificación nacional. Además, los principios constitucionales posicionan al Estado como el principal administrador territorial del ámbito sanitario, asignándole competencias vastas en la materia. Al respecto, han sido oportunas las acciones de descentralización, en tanto, la nueva distribución territorial sitúa una ordenación de varios actores que bien pueden fortalecer la gestión e iniciativas del nivel central de administración. Finalmente, se identifica debilidad en el aspecto de supervisión por parte del Estado, en tanto, como fue señalado, el MAIS-FCI, como el instrumento central de reforma del modelo de atención, no cuenta con mecanismos de evaluación y monitoreo, lo que produce, en consecuencia, que no se registre información sobre cómo se han modificado las condiciones de acceso a los servicios.

Por último, a diferencia de los sistemas integrados, que tienden a reducir la segmentación producida por factores como la renta y el estatus social, se concluye, en el caso ecuatoriano, que la propia naturaleza fragmentada del sistema sanitario perpetúa dicha segmentación. Esto se justifica porque pese a la existencia de múltiples mecanismos y procesos políticos-administrativos, no se ha logrado una transformación coyuntural del sistema en el periodo analizado. Adicionalmente, que el Estado no defina la ambigüedad entre las dos vías de universalización, permite la coexistencia de varios subsistemas en la esfera pública que otorgan servicios de forma diferenciada. Esto se proyecta claramente en la desigual-

dad de la inversión per cápita del IESS y del MSP, que involucra la posibilidad de que sus respectivos derechohabientes reciban prestaciones de calidad muy diversa. Así, quienes están afiliados a la seguridad social cuentan con la opción de recibir mejores servicios, en cambio, quienes no se encuentran en una relación de dependencia laboral pueden verse desfavorecidos. De este modo, se puntualiza que las incongruencias en la cuestión de la universalidad en el país, autorizan que se mantenga la segmentación en el acceso a la sanidad de acuerdo a la inserción en el mercado laboral formal y al ingreso.

En síntesis, el acceso a la sanidad ha mejorado en el aspecto de la recuperación de la gratuidad, pero se mantiene afectado por la fragmentación del sistema sanitario. No se consigue afirmar que se ha configurado un Estado del Bienestar institucional/redistributivo para el año 2012, pero se destaca que el fortalecimiento del Estado en la gobernanza sanitaria, y las tendencias constitucionales, normativas y políticas, se inclinan hacia los parámetros de este modelo.

6.3. Con respecto a la tercera hipótesis se concluye que:

El potencial crecimiento de las consultas médicas sugiere que muchos más ecuatorianos han alcanzado objetivos importantes para su salud y calidad de vida. Con esta aseveración, aunque no se puede distinguir cuántas posibilidades han tenido los ecuatorianos para elegir sobre su bienestar, ni las posibles combinaciones de funcionamientos que se les hayan presentado, sí es factible subrayar que, para miles de ellos, la oportunidad de acceso a los servicios públicos de sanidad que otorga el MSP, ha sido central y prioritaria para poder ejecutar sus funcionamientos en este ámbito. Esto evidencia que la política de sanidad y los servicios sociales son formas efectivas de libertad instrumental, en tanto han posibilitado que los ciudadanos satisfagan sus necesidades, aportando, de esta forma, al buen mantenimiento de su estado de salud y a la potenciación de su agencia. Por este motivo, es crucial para el Estado garantizar de forma permanente y oportuna todas las vías

de acceso a la cobertura sanitaria pública. El mayor logro, en este sentido, es que los principios constitucionales y las acciones políticas hayan promovido la gratuidad de los servicios. Así, se han constituido como factores sociales de conversión que han tenido un impacto favorable en la población, facilitando de forma real la conversión de recursos a capacidades. Cabe añadir que es necesario que se corrijan los problemas de desabastecimiento de insumos, puesto que bloquean la capacidad de los individuos a acceder a ellos en virtud de su ciudadanía y sus derechos. De igual forma, el MSP tiene una deuda pendiente con las prestaciones médicas que oferta, ya que se ha centrado en la curación y prevención colectiva (referente a vigilancia epidemiológica), que, pese a ser pilares centrales del sistema, no suplantando a las demás, ni abarcan las funciones específicas de éstas. Privar a los individuos de las prestaciones y servicios que por derecho les corresponden, también es una forma en que la política puede sustraer posibilidades para alcanzar el bienestar.

En esta misma línea, cabe hacer ciertas observaciones. Primero, pese a la existencia de enfoques y planes sobre la mejora de la calidad de los recursos y la priorización de territorios, se distingue que la distribución ha sido heterogénea a nivel provincial, evidenciando que algunas provincias han sido favorecidas y otras no. Esto es crucial cuando se considera el elevado grado de hogares con necesidades básicas insatisfechas que ocupan sus respectivos territorios. Cabe recalcar que la situación de los establecimientos y el número de camas no resulta tan alarmante en comparación a la distribución de los médicos por región y por área. Así, se concluye que los parámetros de distribución y las decisiones de recortes en los recursos, deben ser cercanas a la óptica social y ser afines con la realidad que aqueja a las familias ecuatorianas que, como ya se vio, tienen en alta estima la oportunidad de acceso a los servicios públicos y, considerando el alto nivel de pobreza nacional y regional por NBI, ésta puede ser la única alternativa que tienen de recibir los beneficios de la protección sanitaria. La política de sanidad y sus servicios, como factores sociales de conversión, no

pueden perpetuar la segmentación de la atención médica, que, además se visualiza en que quienes habitan en las grandes ciudades, y reciben mayores ingresos, tengan más oportunidades de acceso, no sólo en la cantidad, sino en la calidad de los recursos. Concretamente, la distribución territorial es un factor ambiental de conversión que, en el caso ecuatoriano, dificulta la conversión de recursos a funcionamiento y sitúa a los individuos en una situación de desventaja.

6.4. Observación final

Cabe destacar la existencia del reconocimiento constitucional y normativo de la diversidad humana como un principio que guía las acciones de la sanidad pública en el periodo de gobierno del Presidente Correa considerado. Dos reflexiones puntuales sobre este hecho. Primero, recordando que la comisión ecuatoriana para el ISAGS (2012) concluyó que el MAIS-FCI proporcionaba una respuesta inapropiada frente a la ubicación territorial y al perfil epidemiológico de la población, se puntualiza la preocupación de que dicha herramienta de continuidad a acciones de tipo político y administrativo que no otorguen el tratamiento que precisan los factores personales, ambientales y de tipo socioeconómico, que dificultan la conversión de recursos a objetivos potenciales. De otra parte, se distingue un panorama favorable en la creación de instrumentos de focalización. Ya que las disposiciones de la ley fundamental precisan el deber del Estado frente a las situaciones de vulnerabilidad, es crucial resaltar que el programa de la administración del Presidente Correa, ha diseñado y promovido políticas, programas e instrumentos dirigidos a grupos poblacionales específicos que, por sus características personales (edad, sexo, posibilidad de embarazo), requieren un trato diferenciado y prioritario. Entre éstas cabe acotar: la Agenda de Igualdad para Adultos Mayores 2012-2013, el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, el Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente, el Proyecto Desnutrición Cero, entre otros. Uno de los casos más importante que corrobora lo dicho es el Programa de Protección Social en Salud

para enfermedades catastróficas, que ha cristalizado la atención preferente para quienes están afectados por este tipo de patologías.

En concreto, al valorar la gestión pública del gobierno ecuatoriano en el periodo 2007-2012, de acuerdo a las oportunidades de los individuos para alcanzar sus objetivos de salud, se determina que existe cierta mejora en la calidad de vida de la población, principalmente, por la recuperación de la gratuidad, y, en menor grado, por las acciones políticas referentes a la focalización.

No obstante, la investigación ha evidenciado que no existe una respuesta adecuada en la distribución de los recursos, considerando la influencia de la distribución territorial como un factor ambiental de conversión, que limita el disfrute de la atención sanitaria como parte de la libertad fundamental que tienen los ciudadanos ecuatorianos. En este sentido, la pobreza y las desigualdades socioeconómicas se posicionan como grandes fenómenos que aún no han sido reducidos de forma potencial y requieren de mucho más esfuerzo y compromiso político para ser impactadas y reducidas.

7. BIBLIOGRAFÍA

Acosta, Alberto (2010). *El Buen Vivir en el camino del post-desarrollo. Una lectura desde la Constitución de Montecristi. Policy Paper 9.* Quito: Fundación Friedrich Ebert, FES-ILDIS.

Acosta, Alberto (2013). *El Buen Vivir. Sumak Kawsay, una oportunidad para imaginar otros mundos.* Madrid: Icaria Editorial.

Alkire, Sabine (2005). *Why the Capability Approach?* *Journal of Human Development.* Vol. 6, N° 1: 115-133.

Almond, A. Gabriel, G. Bingham Powell, Jr., Robert J. Mundt (1993). *Comparative Politics. A Theoretical Framework.* New York: HarperCollins College Publishers.

Benach, Joan, Antonio Daponte, Carme Borrell, Lucía Artazcoz y Esteve Fernández (2004). "Las desigualdades en la salud y la calidad de vida en España". En *El Estado de Bienestar en España*, coord. VincenÇ Navarro, 477-513. España: Tecnos.

Bizberg, Ilán (2012). "Transformaciones de las políticas de salud en el área de América del Norte". En *El Estado de Bienestar ante la globalización. El caso de Norteamérica*, Ilán Bizberg y Scott B. Martin, 179-214. México, D.F.: El Colegio de México, A.C.

Chang Campos, Caroline (2009). *Los Desafíos Políticos y Técnicos de la TSSE y la construcción del SNS. Presentación para el 4to Congreso por la Salud y la Vida.* Loja 2009.

Constitución de 1998. Decreto Legislativo No. 000. RO.

Constitución Política del Ecuador 2008.

Claro Huneeus, Raul (2011). *El desarrollo: entre el simple crecimiento y el bien vivir.* Santiago de Chile: LOM Ediciones.

Coller, Xavier (2005). *Cuadernos Metodológicos. Estudio de casos.* Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2013). *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Ecuador.* Chile: Naciones Unidas.

Convenio Hipólito Unanue - CASE (2008). *Memorias del Primer Foro Suramericano de Salud y Economía.* Quito-Ecuador.

Cohen, G.A. (1993). "¿Igualdad de qué? Sobre el bienestar, los bienes y las capacidades". En *La calidad de vida*, comp. Martha C. Nussbaum y Amartya Sen, 27- 53. México. Fondo de Cultura Económica.

De Villota, Paloma, Yolanda Jubeto e Ignacio Ferrari. (s/f). *Estrategias para la integración de la perspectiva de género en los presupuestos públicos.* Madrid: Instituto de la Mujer.

Del Pino, Eloísa y María Josefa Rubio Lara (2013). *Los Estados de Bienestar en la encrucijada, Políticas Sociales en perspectiva comparada.* Madrid: Tecnos.

Dong, Andy (2008). *The Policy of Design: A Capabilities Approach.* *Massachusetts Institute of Technology.* Volume 24, Number 4: 76-87.

Dong, Andy (2013). *The capability approach as a framework for the assessment of policies toward civic engagement in design.* *Design Studies* 34: 326-244.

Ecuadorinmediato (2008). *Plan de gratuidad progresiva de Salud inicia en todos los hospitales públicos del Ecuador.* Disponible en <http://www.ecuadorinmediato.com/index.php?module=No>

tcias&func=news_user_view&id=75336&umt=plan_gratuidad_progresiva_salud_inicia_en_todos_hospitales_publicos_del_ecuador Visitado el 25/08/2014.

El Universo (2008). Gobierno presentó Plan de Gratuidad de la Salud. Disponible en <http://www.eluniverso.com/2008/04/08/0001/8/3A-F3769FBC2540A7BF6F1E45A267A397.html> Visitado el 25/08/2014. Visitado el 25/08/2014.

Elola, Javier (1998). “Sistemas de salud en España”. En *Salud Pública*, F. Martínez Navarro, J.M. Antó, P.L. Castellanos, M. Gil, P. Marset y V. Navarro, 861-878. España: Mc. Graw Hill Interamericana de España, S.A.U.

Esping-Andersen, Gosta (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Great Britain: Princeton University Press.

Feo, Oscar (2008). “Tema 4: Cronología de las reformas y cambios en los sistemas de salud en el siglo XX”. En *Memorias del Primer Foro Sudamericano de Salud y Economía*, Organismo Andino de Salud. Convenio Hipólito Unanue, 39-47. Quito – Ecuador.

Freire, José Manuel (2004). “La atención primaria de la salud y los hospitales en el sistema nacional de salud”. En *El Estado de Bienestar en España*, coord. VincenÇ Navarro, 291-364. España: Tecnos.

Giovanella, Ligia, Gabriela Ruiz, Oscar Feo, Sebastián Tobar y Mariana Faria (2012). “Sistemas de Salud en América del Sur”. En *Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*, Instituto Suramericano de Gobernanza en Salud, 21-69. Río de Janeiro.

Gómez Ciria, Antonio (2000). “La Reforma de la Sanidad Pública. Introducción de criterios de mercado”. En *Economía del Sector Público*, coord.

José Antonio Martínez Álvarez, 65 – 77. Barcelona: Ariel, S.A.

Goodin, Robert E. (2003). “¿El Fin del Estado de Bienestar?”. En *Historia del Pensamiento Político del Siglo XX*, trad. Sandra Chaparro Martínez, 215 – 229. Madrid: Ediciones Akal S.A.

Gudynas, Eduardo (2011). *Buen Vivir: Germinando alternativas al desarrollo*. América Latina en movimiento. Quito-Ecuador.

Hidalgo Proaño, Luis Fernando (2010). La inversión en el sector de la salud del Ecuador. *Revista Médica*. FCM-UCSG. Vol. 16. N° 2: 145-147.

Ibáñez Parra, David Andrés (2013). “Tipos y metodologías de evaluación”. En *El análisis y la evaluación de las políticas públicas en la era de la participación*. Reflexiones teóricas y estudios de casos, ed. André-Noël Roth Deubel, 45-49. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2007). *Anuario de Recursos y Actividades de Salud*.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2007). *Anuario de Estadísticas Hospitalarias Camas y Egresos*.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2012). *Anuario de Recursos y Actividades de Salud*.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2012). *Anuario de Estadísticas Hospitalarias Camas y Egresos*.

Instituto Suramericano de Gobernanza en Salud (2012). *Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Río de Janeiro.

Koorsgard, Christine M. (1993). “Comentario a ¿Igualdad de qué? y a Capacidad y bienestar”. En *La calidad de vida*, comp. Martha C. Nussbaum y Amartya Sen, 84 - 94. México. Fondo de Cultura Económica.

Lucio, Ruth, Nilhda Villacrés y Rodrigo Henríquez (2011). *Sistema de salud de Ecuador*. Salud pública de México, vol. 53: 177-187.

Luhmann, Niklas (2007). “Teoría política del Estado de Bienestar”. Trad. Fernando Vallespín. Madrid: Alianza Editorial.

Macas, Luis (2010). *El Sumak Kawsay*. Yachaykuna Saberes. N° 13: 13-39.

Malo, Miguel (2013). *Reforma del Sistema de Salud del Ecuador*. Lima.

Marset Campos, Pedro, José Miguel Sáez Gómez y Antonio Sánchez Moreno (1998). “Análisis comparados de Sistemas Sanitarios”. En *Salud Pública*, F. Martínez Navarro, J.M. Antó, P.L. Castellanos, M. Gil, P. Marset y V. Navarro, 819-846. España: Mc. Graw Hill Interamericana de España, S.A.U.

Marshall, T. H y Bottomore, T. (1998). “Ciudadanía y clase social”. Madrid: Alianza Editorial.

Ministerio de Salud Pública (2005). *Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en Ecuador*.

Ministerio de Salud Pública (2012). *Datos esenciales de salud: Una mirada a la década 2000-2010*.

Ministerio de Salud Pública (2013). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS*.

Ministerio de Salud Pública (2014). *Nuevo modelo de gestión genera confianza en servicios de salud*. Disponible en <http://www.salud.gob.ec/nuevo-modelo-de-atencion-genera-confianza-en-servicios-de-salud/> Visitado el 25/08/2014.

Moreno Fuentes, Francisco Javier (2013). “Políticas sanitarias en perspectiva comparada. Descentralización, mercados y nuevas formas de gestión en el ámbito sanitario”. En *Los Estados de Bienestar en la encrucijada. Políticas Sociales en perspectiva comparada*, eds. Eloísa Del Pino y María Josefa Rubio Lara, 169 – 188. Madrid: Tecnos.

Morlino, Leonardo (2010). *Introducción a la investigación comparada*. Traducción: María Hernández. Madrid: Alianza Editorial.

Navarro López, Vicente (1998). “Concepto Actual de Salud Pública”. En *Salud Pública*, F. Martínez Navarro, J.M. Antó, P.L. Castellanos, M. Gil, P. Marset y V. Navarro, 49-54. España: Mc. Graw Hill Interamericana de España, S.A.U.

Navarro, VincenÇ, coord. (2004). “El Estado del Bienestar en España”. España: Tecnos.

Nussbaum, Martha C. y Amartya Sen, comp. (1993). *La calidad de vida*. México: Fondo de Cultura Económica.

Nussbaum, C. Martha (2002). “Las mujeres y el desarrollo humano”. Barcelona: Herder S.A.

Nussbaum, C. Martha (2012). “Crear capacidades. Propuesta para el desarrollo humano”. España: Paidós.

Offe, Claus (2003). “Democracia y Estado del Bienestar: un régimen europeo bajo la tensión de la integración europea”. En *Cansancio del Leviatán Problemas políticos de la mundialización*, ed. Juan Carlos Monedero, 285 – 317. Madrid: Editorial Trotta, S.A.

Oosterlaken, Ilse (2009). *Design for Development: A Capability Approach*. Massachusetts

Institute of Technology. Volume 25, Number 4: 91- 102.

Ordóñez-Matamoros, Gonzalo (2013). Manual de análisis y diseño de políticas públicas. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.

Organización Panamericana de la Salud (2008). “Perfil de los sistemas de salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma”. Washington, D.C.: OPS.

Parsons, Wayne (2007). Políticas Públicas. Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas. Trad.: Atenea Acevedo Aguilar. México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede México.

Picó, Joseph (1999). Teorías sobre el Estado del Bienestar. España: Siglo XXI de España Editores, S.A.

Prosperi, Jorge Luis (2008). “Tema 3: Tendencias de la protección social en salud”. En Memorias del Primer Foro Sudamericano de Salud y Economía, Organismo Andino de Salud. Convenio Hipólito Unanue, 31-37. Quito-Ecuador.

Pyles, Loretta (2008). The capabilities approach and violence against women. Implications for social development. *International Social Work* 51 (1): 25-36.

R.O. No 670, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, Quito 25 de Septiembre, 2002.

R.O. No 423, Ley No 67, Ley Orgánica de Salud, Quito, 22 de Diciembre, 2006.

Rico Gómez, Ana, Xavier Morilla y Carme Borrrell Thió (2005). “Distribución de la renta y salud. El papel mediador de las políticas públicas y el capital social”. En Políticas públicas y distribución de la renta, ed. Jesús Ruiz-Huerta Carbonell, 213 - 310. Bilbao: Fundación BBVA.

Rico, Ana, José Manuel Freire y Juan Gervas (2007). “El sistema sanitario español (1976-2006): factores de éxito en perspectiva comparada”. En Estado de Bienestar y competitividad La experiencia europea, coord. Álvaro Espina, 444-401. Madrid: Fundación Carolina.

Robeyns, Ingrid (2003). Sen´s Capability Approach and Gender Inequality; Selecting Relevant Capabilities. *Feminist Economics* 9 (2-3): 61-92.

Robeyns, Ingrid (2005). The Capability Approach: a theoretical survey. *Journal of Human Development* Vol. 6, n° 1: 93-114.

Rodríguez Herrera, Adolfo (2006). “Reformas de salud y nuevos modelos de atención primaria en América Central”. En Desempeño económico y política social en América Latina y el Caribe. Los retos de la equidad, el desarrollo y la ciudadanía, comp. Ana Sojo y Andras Uthoff, 395-439. México: Distribuciones Fontamara, S.A.

Sánchez, Jordi (2010). “El Estado de Bienestar”. En Manual de Ciencia Política, ed. Manuel Caminal Badia, 258 – 281. Madrid: Tecnos.

Sánchez de Dios, Manuel (2012). Política Comparada. Madrid: Editorial Síntesis.

Sen, Amartya (1993). “Capacidad y bienestar”. En La calidad de vida, comp. Martha C. Nussbaum y Amartya Sen, 54- 83. México. Fondo de Cultura Económica.

Sen, Amartya (1995). “Nuevo examen de la desigualdad”. Madrid. Alianza Editorial S.A.

Sen, Amartya (2001). “El nivel de vida”. Madrid: Editorial Complutense.

Sen, Amartya (2000). “Desarrollo y libertad”. Barcelona: Editorial Planeta.

University of Maryland (2014). “Farmacodependencia”. Disponible en <http://umm.edu/health/medical/spanishency/articles/farmacodependencia> Visitado el 25/08/2014.

Urbanos Garrido, Rosa María y Beatriz González López-Valcárcel (2005). “La configuración del sector sanitario en España y sus efectos sobre la equidad”. En Políticas públicas y distribución de la renta, ed. Jesús Ruiz-Huerta Carbonell, 147 - 212. Bilbao: Fundación BBVA.

Villacís, Byron y Daniela Carrillo (2010). País atrevido: la nueva cara sociodemográfica del Ecuador. Quito: INEC.

Villareal Cantú, Eduardo (2010). “Políticas públicas”. En (Pre) textos para el análisis político. Disciplinas, reglas y procesos, coord. Eduardo Villareal Cantú, Víctor Hugo Martínez González, 257-275. México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede México.

World Health Organization (2013). Health financing: Health expenditure ratios. Data by country. Disponible en <http://apps.who.int/gho/data/view.main.1900ALL?lang=en> Visitado el 15/05/2014.

Organización Panamericana de la Salud (2002). Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE). Segunda Edición Revisada. Unidad 2: Salud y enfermedad en la población. Washington D.C: OPS.