

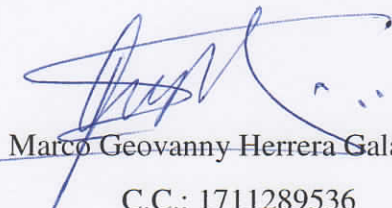
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **MARCO GEOVANNY HERRERA GALÁRRAGA**, C.C. 1711289536 autor del trabajo de graduación intitulado: **“LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS Y LA EQUIDAD: EL CASO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR: 2008 – 2010”**, previa a la obtención del grado académico de **MÁSTER EN DESARROLLO REGIONAL Y PLANIFICACIÓN TERRITORIAL** en la Facultad de **Ciencias Humanas**.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Quito, 22 de septiembre del 2011



Marco Geovanny Herrera Galárraga
C.C.: 1711289536

Quito, 14 de junio del 2011

En mi calidad de Director de la Tesis del estudiante **MARCO GEOVANNY HERRERA GALÁRRAGA**, intitulada: **“LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS Y LA EQUIDAD: EL CASO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR: 2008 – 2010”**, certifico que el presente trabajo reúne los requisitos reglamentarios y de estilo, de acuerdo a las normas impuestas por la Pontificia Universidad Católica de Ecuador y la Facultad de Ciencias Humanas.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, consisting of several vertical strokes followed by a wavy line and a horizontal line underneath.

Dr. Byron Real López
DIRECTOR DE TESIS

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE GEOGRAFÍA

MAESTRÍA EN DESARROLLO REGIONAL Y
PLANIFICACIÓN TERRITORIAL

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE

MÁSTER EN DESARROLLO REGIONAL Y
PLANIFICACIÓN TERRITORIAL

“LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS Y LA EQUIDAD: EL CASO DEL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR: 2008 – 2010”

MARCO GEOVANNY HERRERA GALÁRRAGA

DIRECTOR:

DR. BYRON REAL LÓPEZ

QUITO, SEPTIEMBRE DEL 2011

Dedicatoria

A los seres humanos más importantes de mi vida, mis hijos Kotic, Kamila y Karelia y, con profundo amor y admiración a mí amiga, mujer y esposa Yoconda.

Agradecimientos

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por el esfuerzo institucional de emprender en procesos académicos innovadores para atender los requerimientos académicos y profesionales del país, en el nuevo contexto de desarrollo regional y planificación territorial. A mí estimado amigo y profesor el Dr. Byron Real, profesional jurisconsulto con un amplio conocimiento de la organización gubernamental y sobre todo de las necesidades y requerimientos de la población ecuatoriana.

Al Ministerio de Salud Pública, institución formadora de investigadores sociales, de manera particular a la Dirección Nacional de Control y Vigilancia de la Salud Pública y, en ella, a su Director PhD Martín Moreira; y, al PhD Alberto Narváez Olalla, técnico de la Dirección de Epidemiología, por el espacio de discusión y análisis generado en la construcción de la tesis y de una propuesta que concrete la equidad en la prestación de los servicios de salud en el Ecuador.

TABLA DE CONTENIDOS

TABLA DE CONTENIDOS	IV
RESUMEN	VIII
INTRODUCCIÓN	X
Exposición de motivos	X
Planteamiento del tema	X
Pregunta que guía la investigación	XII
Objetivo general	XII
Objetivos específicos	XII
Marco teórico	XII
Marco conceptual	XIX
Metodología	XXIII
Limitaciones de la investigación	XXV
Contenido	XXV
CAPITULO I	- 1 -
1. DETERMINANTES DE LA SALUD	- 1 -
1.1. Salud y demografía	- 1 -
1.2. Situación socioeconómica	- 9 -
1.3. Mercado laboral	- 17 -
1.4. Política Social y Gasto Social	- 21 -
CAPITULO II	- 28 -
2. EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y LA EQUIDAD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	- 28 -
2.1. Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud (SEPSS)	- 31 -
2.1.1. Presupuesto asignado a los proyectos SEPSS	- 31 -
2.1.2. Alternativas de inversión de la SEPSS	- 32 -
2.2. Servicios de Salud	- 33 -
2.2.1. Niveles de atención y complejidad	- 33 -
2.2.2. Simbología de las unidades operativas del Sistema Nacional de Salud	- 37 -
2.2.3. Licenciamiento de las unidades operativas del Primer Nivel de Atención	- 39 -
2.3. Medicamentos	- 42 -
2.4. Equidad en la asignación de recursos: áreas de salud	- 46 -
2.4.1. Asignación per cápita	- 46 -
2.4.2. Población y per cápita en salud	- 51 -
CAPITULO III	- 53 -
3. EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y EL ORDENAMIENTO TERRITORIAL	- 53 -
3.1. Alcance conceptual del Ordenamiento Territorial	- 53 -
3.2. Ordenamiento Territorial del Ministerio de Salud Pública	- 55 -
3.3. Área de Salud	- 57 -
3.4. Reforma democrática del Estado	- 58 -
3.4.1. <i>Gestión estatal desconcentrada y descentralizada</i>	- 60 -
3.4.2. <i>Tipología de la desconcentración</i>	- 60 -
3.4.3. <i>Regionalización – zonas de planificación</i>	- 66 -
3.4.4. <i>Reforma institucional: Ministerio de Salud Pública</i>	- 71 -
3.5. Modelo de Gestión del Ministerio de Salud Pública	- 72 -
3.5.1. <i>Constitución de la República del Ecuador y Modelo de Gestión del MSP</i>	- 72 -

3.5.2. <i>Plan Nacional de Buen vivir (PNBV). Objetivo 3. Mejorar la calidad de vida de la población</i>	- 77 -
3.5.3. <i>La Estrategia Territorial Nacional (ETN)</i>	- 77 -
3.5.4. <i>La Ley Orgánica de la Salud</i>	- 79 -
3.6. Nueva estructura territorial del Ministerio de Salud Pública.....	- 80 -
3.7. Memoria gráfica del Modelo de Gestión Territorial.....	- 84 -
CAPITULO IV.....	- 89 -
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	- 89 -
4.1. Resultados: Equidad en Áreas de salud con Hospital Básico.....	- 89 -
4.2. Resultados: Equidad en Áreas de salud sin Hospital Básico.....	- 90 -
4.3. Resultados: regresión lineal entre asignación per cápita de recursos y consultas promedio de promoción y morbilidad.....	- 92 -
4.4. Discusión: La asignación per cápita de recursos y mortalidad general.....	- 94 -
4.5. Discusión: Presupuesto del MSP e impactos en Salud.....	- 96 -
CAPITULO V.....	- 100 -
5. PROPUESTA PARA REDUCIR LA INEQUIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.....	- 100 -
1.1. ¿Cómo promover la equidad en materia de salud?.....	- 101 -
1.2. De la inequidad a la equidad: imagen objetivo.....	- 103 -
CONCLUSIONES.....	- 105 -
RECOMENDACIONES.....	- 106 -
BIBLIOGRAFÍA.....	- 108 -
ANEXOS.....	- 116 -
ANEXO No. 1: Proyectos de la Subsecretaria de Extensión de la Protección Social en Salud (SEPSS).....	- 117 -
ANEXO No. 2: Distritos Territoriales del Ministerio de Salud.....	- 127 -
ANEXO No. 3: Áreas con Hospital Básico, gasto per cápita promedio. 2008-2010... -	131 -
ANEXO No. 4: Áreas sin Hospital Básico, gasto per cápita promedio. 2008-2010.... -	133 -
ANEXO No. 5: Conjunto Garantizado de Prestaciones o Plan de Beneficios, 2005... -	135 -
ANEXO No. 6 - A: Inequidad en la asignación de recursos.....	- 144 -
ANEXO No. 6 - B: Equidad en la asignación de recursos.....	- 145 -
ANEXO No. 6 - C: Base de datos y variables de análisis.....	- 146 -

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Concepciones modernas de justicia.....	XIII
Tabla 2: Perspectivas de análisis de la inequidad.....	XIV
Tabla 3: Whitehead. Los determinantes de la desigualdad.....	XIV
Tabla 4: Participación del gasto público en salud, por deciles de consumo, 1999.....	XIX
Tabla 5: Ecuador, Indicadores Demográficos 1970-2009.....	- 2 -
Tabla 6: esperanza de vida al nacer (1960-2005).....	- 3 -
Tabla 7: Razón de Mortalidad y Presupuesto 2001-2009.....	- 5 -
Tabla 8: Tasas de mortalidad infantil América Latina y Ecuador.....	- 9 -
Tabla 9: Incidencia de la pobreza y la extrema pobreza por NBI.....	- 14 -
Tabla 10: Incidencia de la extrema pobreza por NBI.....	- 14 -
Tabla 11: Gasto Público en Salud como porcentaje del PIB.....	- 22 -
Tabla 12: Presupuesto asignado a la SEPSS: 2008-2009.....	- 31 -

Tabla 13: Alternativas de inversión recursos asignados a la SEPSS.....	- 32 -
Tabla 14: Licenciamiento: Componentes, estándar y datos recopilados.....	- 40 -
Tabla 15: Programación de necesidades de medicamentos y adquisición	- 43 -
Tabla 16: Resumen: Costos unitarios Conjunto Garantizado de Prestaciones (CGP). 2005 ..	- 49 -
Tabla 17: promedio per cápita por Áreas de Salud, agrupadas por CGP	- 50 -
Tabla 18: unidades del Primer Nivel de Atención por provincias y población. 2010....	- 56 -
Tabla 19: Tipología de la desconcentración	- 63 -
Tabla 20: Facultades por tipología	- 64 -
Tabla 21: Zonas de Planificación. Decreto Ejecutivo. 357. Mayo del 2010	- 68 -
Tabla 22: Diagnóstico exprés del MSP. 2011	- 71 -
Tabla 23: Brasil. Gasto per cápita publico + privado en salud. 2003.....	- 76 -
Tabla 24: Políticas seleccionadas por el MSP	- 77 -
Tabla 25: Productos y Servicios por Niveles (MSP).....	- 82 -
Tabla 26: Agencia de Control de Establecimientos de Salud (ACES): Competencias por Facultad y Nivel de Gestión	- 84 -
Tabla 27: Áreas de Salud agrupadas por consultas promedio. 2009	- 93 -
Tabla 28: Áreas de Salud agrupadas por consultas promedio. 2009.....	- 95 -
Tabla 29: Tasas defunciones, AVPP y per cápita en salud	- 96 -
Tabla 30: Porcentaje de variación de tasa de defunción, AVPP y per cápita en salud...	- 97 -
Tabla 31: Estimación de recursos para el Primer Nivel de Atención.....	- 102 -

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Inequidad en salud: Cadena de determinantes	XV
Gráfico 2: Publicación de estudios de equidad por países.....	XVII
Gráfico 3: Tendencia de publicación mundial equidad en salud.....	XVII
Gráfico 4: Ecuador pirámide poblacional 1990 - 2009	- 1 -
Gráfico 5: Ecuador: Mortalidad materna (tasas 2002-2009).....	- 6 -
Gráfico 6: Mortalidad materna América Latina. 2000-2008.....	- 6 -
Gráfico 7: Ecuador. Cobertura de servicios de salud	- 7 -
Gráfico 8: Tasa de mortalidad infantil y neonatal vs presupuesto (2002-2009)	- 9 -
Gráfico 9: Incidencia de la pobreza y la indigencia	- 12 -
Gráfico 10: Incidencia de la indigencia por grupo humano	- 13 -
Gráfico 11: Evolución del índice de Gini.....	- 15 -
Gráfico 12: Evolución del coeficiente de Gini por ingresos	- 16 -
Gráfico 13: Índice de concentración del GINI. CEPAL.....	- 17 -
Gráfico 14: Ecuador: Variaciones del PIB, desempleo y subempleo (2001-2009).....	- 18 -
Gráfico 15: distribución de la PEA, sector público y privado (2004-2009).....	- 19 -
Gráfico 16: Tasas de desempleo de varios países (2006-2009).....	- 20 -
Gráfico 17: Comportamiento del PIB (2001-2009).....	- 21 -
Gráfico 18: Ecuador. Gasto en Salud vs PIB, Gasto Social y Presupuesto General del Estado.	- 22 -
Gráfico 19: Financiamiento del Sector Salud.....	- 27 -
Gráfico 20: Inequidad en el gasto en salud. Gasto en salud hogares. ECV. 2006.....	- 27 -
Gráfico 21: Simbología Unidad operativa de Salud.....	- 37 -
Gráfico 22: Sector Salud. Déficit de camas disponibles por 1.000 habitantes por provincia.-	38 -

Gráfico 23: Licenciamiento de unidades del Primer Nivel de Atención. 2007. (Porcentajes)	- 41 -
Gráfico 24: Licenciamiento del Primer Nivel de Atención. 2010	- 42 -
Gráfico 25: Ministerio de Salud Pública. Gasto de inversión	- 46 -
Gráfico 26: Distribución porcentual de Áreas de Salud	- 47 -
Gráfico 27: Valor del Conjunto Garantizado de Prestaciones. Escenarios. 2005	- 49 -
Gráfico 28: Gráfico de Pareto del promedio per cápita por Áreas de Salud	- 51 -
Gráfico 29: Población vs per cápita en salud. 2008-2010	- 51 -
Gráfico 30: Tipo 2: alta desconcentración baja descentralización	- 64 -
Gráfico 31: Regionalización – Zonas de Planificación	- 68 -
Gráfico 32: Nueva Estructura Territorial del MSP	- 81 -
Gráfico 33: Territorialización de Políticas Públicas. MSP	- 83 -
Gráfico 34: Zonas de Planificación	- 85 -
Gráfico 35: 170 Áreas de Salud. 2011	- 85 -
Gráfico 36: 128 Distritos de Salud	- 86 -
Gráfico 37: Estimación de recursos per cápita asignados a las Áreas de Salud con Hospital Básico.	- 90 -
Gráfico 38: Estimación de recursos per cápita asignados a las Áreas de Salud sin Hospital Básico.	- 90 -
Gráfico 39: Ministerio de Salud Pública: Histograma de consultas promedio por Áreas de Salud. 2009	- 92 -
Gráfico 41: Ministerio de Salud Pública: coeficiente de correlación entre asignación per cápita y promedio consultas año. 2009	- 93 -
Gráfico 41: Diagrama relevancia de correlación	- 94 -
Gráfico 42: Ministerio de Salud Pública: relación tasa de mortalidad general y asignación per cápita	- 95 -
Gráfico 43: Defunciones, AVPP y gasto per cápita en salud en porcentajes de variación (bienios)	- 97 -
Gráfico 44: Per cápita de la EQUIDAD en Salud	- 103 -
Gráfico 45: De la INEQUIDAD a la EQUIDAD. Imagen objetivo. 2012	- 104 -

RESUMEN

Esta tesis evalúa la equidad en la asignación de recursos al Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), es un estudio exploratorio que permite visualizar las brechas de financiamiento en materia de salud; producto de la no aplicación de criterios técnicos y/o herramientas establecidos por el mismo MSP en el periodo 2008-2010, donde el presupuesto para el Primer Nivel de Atención, se incrementó en el 39%; sin embargo, las inequidades encontradas son aún significativas.

Llama la atención las significativas diferencias en la asignación per cápita de recursos. Por ejemplo, el Área de Salud del cantón Pedernales de la provincia de Manabí recibe 4,1 dólares per cápita (53.234 hab.) y el Área de Salud de Baeza del cantón el Chaco de la provincia de Napo recibe 105,73 dólares per cápita (14.816 hab.); es decir, 25 veces más. En general el 72% de la población ecuatoriana recibe el 47% de los recursos, esto es USD 12 per cápita promedio.

El Estado, a través, del Gobierno Central y por precepto constitucional debe satisfacer las necesidades y demandas en salud de la población, con criterios de equidad; ésta premisa es posible alcanzarla, fruto de la modificación de la actual estructura de asignación “histórica” de recursos, por el de la asignación per cápita con criterios de igualdad y equidad. La herramienta técnica existe *-puede establecerse otra-*, la herramienta financiera está en la Transitoria Vigésimosegunda de la Constitución.

SUMMARY

This thesis evaluates the equity in the allotment of resources to the First Level of Attention of the Public Health Ministry of Ecuador (PHM), it is an exploratory study that allows to visualize the financing gap in health matter; as a result of the no application of technical criteria and/or established tools by the same PHM in the period 2008-2010, when the budget for the First Level of Attention was increased to 39%; although, the inequities found are yet significant.

It calls the attention of significant differences in the assignment per capita of the resources. As an example, the Health Area of Canton Pedernales of Manabi Province receives 4.1 dollars per capita (53.234 inhabitants) and the Health Area of Baeza of County el Chaco in Napo Province receives 105.73 dollars per capita (14,816 inhabitants); which means, 25 times more. In general the 72% of the Ecuadorian population receives 47% of the resources, which is 12 USD average per capita.

The State, through the Central Government and by constitutional precept has to satisfy the needs and health petitions of the population with equity criteria; this premise is possible to reach, as a result from the modification of the present structure of the “historical” allotment of resources by the per capita allotment with equality and equity criteria. The technical tool exists - another could be established- the financial tool is in the Twentieth Second of the Transitory Constitutional.

INTRODUCCIÓN

Exposición de motivos

Entre los cambios fundamentales incorporados en la Constitución de la República del Ecuador del 2008, en el artículo 32 la Carta Magna dispone: “*La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.*” Así mismo, en el segundo inciso del referido artículo se establece que “... *La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad,...*”¹

Es en este marco constitucional y en la importancia que el Gobierno Central le ha asignado al sector de la salud, resulta oportuno explorar y analizar los criterios técnicos y/o herramientas que orientan la asignación de recursos al Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud Pública, lo cual permita generar propuestas para atender y resolver los problemas de salud-enfermedad de la población de mejor manera en este nivel.

Planteamiento del tema

El Primer Nivel de Atención, se define como el conjunto de recursos y procedimientos tecnológicos, organizados de tal manera que permitan atender y resolver las necesidades básicas y más frecuentes del proceso salud-enfermedad de una población dada. En este nivel se encuentran los Puestos, Subcentros y Centros Salud.

Expertos diversos sobre el sector de la salud^{2y3} señalan que una adecuada atención en el Primer Nivel de Salud podría resolver entre el 70 y 90% de los procesos de salud-enfermedad, a través, del fortalecimiento de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

¹ CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR. Registro Oficial No. 449 - Lunes 20 de Octubre de 2008. Artículo 32.

² MÉXICO. Mimeo. En: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/del_r_ja/capitulo2.pdf. Sin fecha.

³ JOSE DÍAZ. et al. Caracterización del médico de familia. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000500016&lng=es&nrm=iso&tlng=es. Acceso: 22.04.2011

Por otro lado, análisis del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)⁴ sostienen que la cobertura en salud en el país está en 72% y un 28% de la población tendría un “acceso limitado”.⁵ Considerando una población de 14,4 millones (INEC. 2010)⁶, significa que cerca 4 millones de personas no tendrían un “acceso suficiente y oportuno” a los servicios individuales y colectivos de salud.

De acuerdo a las cuentas satélites de salud del Ecuador 2003-2005, se desprende que los Hogares financiaban el 58% de los gastos en salud, el Gobierno Central lo hacía en 25%, las Sociedades No Financieras en el 11%, Sociedades Financieras en el 21% y las entidades sin fines de lucro en el 4%.

Estudios sobre equidad en la inversión pública del año 2000, concluyen que el decil más pobre de la población se beneficiaba del 10% de la inversión del MSP, en tanto que el decil más rico lo hacía en el 3%.⁷ No se cuenta con estudios actualizados, a fin de comparar los resultados obtenidos en 1999.

Por otro lado, los recursos económicos de gasto corriente que recibe el Ministerio de Salud Pública, están en función de techos presupuestarios establecidos por el Ministerio de Finanzas, no por el cumplimiento de metas, objetivos, resultados (ejemplo: cobertura, concentración de atenciones); el criterio que justifica la asignación de recursos corrientes, se basa en la ejecución presupuestaria o “histórica”, tiene como supuesto el guardar “*coherencia de la proforma presupuestaria y el escenario macroeconómico plurianual*”. En tanto que los gastos de inversión y de capital están definidos por la Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES).⁸ En concreto no se identifica un criterio técnico que justifique la asignación de recursos en salud.

Por lo expuesto, la presente investigación pretende comprobar la inequidad en la asignación de recursos al Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud Pública del

⁴ INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL, Dirección General de Salud Individual y Familiar. 2010

⁵ Lamentablemente no está disponible el concepto de “acceso limitado” utilizado por el INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL.

⁶ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS. Censo de Población y Vivienda (CPV) 2010. En: <http://www.inec.gob.ec/estadisticas/>. Acceso 20.09.2011

⁷ SISTEMA INTEGRADO DE INDICADORES SOCIALES DEL ECUADOR. *Estudios e informes del SIISE. Informe número 4: ¿Quién se beneficia del gasto social en el Ecuador? ¿Desafíos para mejorar la equidad y la eficiencia del gasto social?* 2000. pág. 20.

⁸ MINISTERIO DE FINANZAS DEL ECUADOR. Directrices *Presupuestarias para el año 2010*. Oficio Circular No. MF-SP-CDPP-2009-1372, de 30 de abril del 2009.

Ecuador, a fin de establecer criterios técnicos y financieros que permitan reducirla y eliminarla.

Pregunta que guía la investigación

¿Qué criterios técnicos y/o herramientas orientan la asignación de recursos al Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud Pública, para atender y resolver los problemas de salud-enfermedad de la población, en términos de equidad?

Objetivo general

Verificar la inequidad en la asignación de recursos al Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Objetivos específicos

1. Caracterizar la situación de la salud en el Ecuador y sus determinantes: mortalidad, pobreza, inequidad, mercado laboral y gasto social.
2. Identificar los criterios técnicos y/o herramientas para la asignación de recursos al Primer Nivel de Atención en: Protección Social en Salud, Servicios de Salud y Medicamentos y,
3. Proponer criterios técnicos que contribuyan a la reducción de la inequidad en la asignación de recursos al Primer Nivel de Atención.

Marco teórico

Norberto Dachs, al referirse a la inequidad, señala que al no encontrarse ni siquiera en el diccionario, es una clara evidencia de la poca importancia que se le ha dado al tema. Señala que la inequidad es lo opuesto a la equidad más no la iniquidad (injusticia). En su estudio cómo estudiar la inequidad, recoge la definición propuesta por Margaret Whitehead; refiere “*diremos que existe una inequidad en salud si tenemos una desigualdad evitable, desnecesaria e injusta*”. Así para Dachs,⁹ la inequidad es un problema de ética.¹⁰

La Real Academia Española define a la equidad como la “*Propensión a dejarse guiar, o a fallar, por el sentimiento del deber o de la conciencia, más bien que por las prescripciones*

⁹ NORBERTO DACHS, *Inequidades en Salud. Cómo estudiarlas*, en Restrepo, H. E. y Málaga, H. Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable. OPS/OMS/Ed Médica Panamericana. 2000. Pág. 85

¹⁰ La ética es una rama de la filosofía que abarca el estudio de la moral, la virtud, el deber, la felicidad y el buen vivir.

rigurosas de la justicia o por el texto terminante de la ley.”¹¹ En ese contexto Aristóteles habría señalado que “*La equidad representa, frente a la razón legal, el sentimiento de la justicia que a veces se aparta de la ley para atender circunstancias que, de no ser consideradas, determinarían una ‘legal injusticia’...*”¹²

Linares y López en el trabajo la equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva, señalan que en el área específica de la equidad en salud, se reconocen cuatro concepciones modernas de justicia: las liberales, las utilitaristas, las contractualistas y las igualitarias. Todas ellas, refieren los autores, constituyen en menor o mayor medida la plataforma sobre la cual se han desarrollado los sistemas de salud y las concepciones actuales sobre la equidad en salud.¹³

Tabla 1: Concepciones modernas de justicia

CORRIENTE	FUNDAMENTO
<i>Liberales</i>	La salud pertenece al ámbito de la vida privada y que la elección y distribución de los cuidados médicos debe hacerse prioritariamente a través del intercambio en el mercado, sobre la base de la libre elección, reduciendo la intervención del Estado a programas básicos para la atención de los más pobres.
<i>Utilitaristas</i>	Promueven el principio de utilidad, es decir, en la maximización de la suma de las utilidades, las preferencias y los valores individuales.
<i>Contractualistas</i>	Enfocan sus posiciones en los principios que enmarcan un contrato que deben ser acordados a través de procedimientos.
<i>Igualitaristas</i>	Sostienen que los principios de justicia sanitaria deben ser el resultado de un contrato social justo o el resultado de modelos de sociedad, como el propuesto por el marxismo

Fuente: Linares y López. 2008

En cuanto al abordaje del análisis de la equidad, sostienen que existe cierto consenso que permite conceptualizar la equidad en dos ámbitos: el ámbito de la salud y el entorno de la salud. El primero relacionado con el acceso a los servicios de salud, la calidad de la atención y sus resultados y; el segundo relacionado con los determinantes sociales, económicos, políticos, culturales, entre otros.

¹¹ REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Equidad. Vigésima Segunda Edición. En:

http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=inequidad. acceso 19.09.2011

¹² NIVALDO LINARES y OLIVA LÓPEZ. “*La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva*” *Revista Medicina Social. Volumen 3, número 3, septiembre 2008. En: <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/issue/view/29>. Acceso 19.09.2011*

¹³ *Ibidem*. Pág. 248

Para completar el enfoque conceptual, Linares y López, sostienen que el tema de desigualdad-inequidad en salud, se analiza desde cuatro perspectivas por así llamarlos: Ver Tabla 2.

Tabla 2: Perspectivas de análisis de la inequidad

PERSPECTIVAS DE ANÁLISIS DE LA INEQUIDAD EN SALUD	EXPERTOS TRATADISTAS
<i>Aplicación de teoría de justicia</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Whitehead, 1992 • OMS (1995) y OPS (1998) • Mestger, 1996 • Evans y col. 2002 • ISEH, 2002
<i>Determinantes sociales y económicos que definen las condiciones de vida</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Braveman, 1998 • Almeida – Filho, 1999 • Travassos y col, 2000 • Ahumada, 2001
<i>Perspectiva de los derechos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Montoya, 1997 • Requena, 1999
<i>El ejercicio y diferencias de poder entre los grupos sociales.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Breilh, 1998, 2003

Fuente: NIVALDO LINARES y OLIVA LÓPEZ. 2008

Margaret Whitehead, sería un ícono del tratamiento a los asuntos relacionados con la inequidad en salud, la experta consideraría que la inequidad se presenta cuando las desigualdades son innecesarias y que además son evitables. Whitehead, partiría del principio de que las personas deben disponer de igualdad de oportunidades para alcanzar todo su potencial en salud, en concreto que ninguna persona esté en desventaja para lograrlo.¹⁴ Linares y López, señalan que Whitehead identifica siete determinantes que generan desigualdad en salud, unas serían inevitables y otras evitables e injustas. Tabla 3.

Tabla 3: Whitehead. Los determinantes de la desigualdad

<i>No injustas</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Variaciones biológicas, naturales, 2. Conductas que dañan la salud elegidas libremente, 3. Ventajas transitorias en salud de un grupo respecto a otro cuando ese grupo adopta conductas promotoras de salud (en tanto otros grupos tengan también los medios para hacerlo)
<i>Injustas y evitables</i>	<ol style="list-style-type: none"> 4. Conductas dañinas a la salud en la cual el grado de elección de los estilos de vida está severamente restringido, 5. Exposición a condiciones no saludables, vida estresante y condiciones laborales dañinas 6. Acceso inadecuado a servicios esenciales de salud y otros servicios básicos y,

¹⁴ NIVALDO LINARES y OLIVA LÓPEZ. “La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva” *Revista Medicina Social. Volumen 3, número 3, septiembre 2008. En: <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/issue/view/29>. Acceso 19.09.2011*

7. Selección natural o movilidad social relacionada con la salud que tiende a que las personas enfermas desciendan en la escala social.

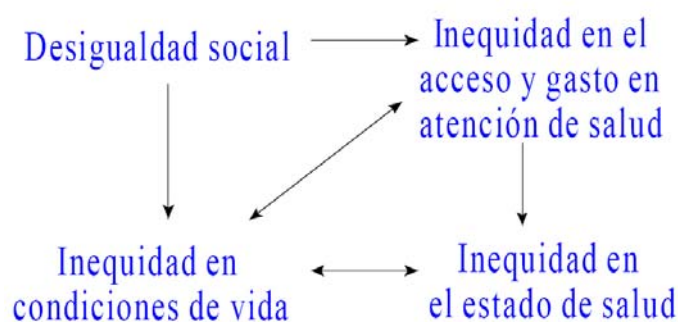
Fuente: NIVALDO LINARES y OLIVA LÓPEZ. 2008

Por su parte, el Comité Asesor de Investigaciones en Salud de la OMS/OPS, realiza una diferenciación entre los términos desigualdad e inequidad. En el sentido de que la desigualdad significa diferencias relevantes y sistemáticas entre individuos y grupos sociales de una población, e inequidad significa que la desigualdad observada es además innecesaria e injusta. Textualmente refieren:

*Equidad significa que las necesidades de las personas guían la distribución de oportunidades para bienestar. Buscar la **equidad** en el estado de salud y en la atención de salud implica en **tratar de reducir las brechas evitables** en las condiciones de salud de las personas y en su acceso, utilización y gasto en atención de salud entre grupos con niveles sociales y económicos diferentes.*¹⁵

El referido Comité propone que el tema de inequidad en salud puede ser abordado desde una compleja pero visible cadena de determinaciones; donde las desigualdades sociales son el detonante de las inequidades, tanto de las condiciones de vida como del acceso y gasto en atenciones de salud y del mismo estado de la salud. Estas variables refieren, interactúan entre si para generar inequidades en el estado de salud de la población.

Gráfico 1: Inequidad en salud: Cadena de determinantes



Fuente: OMS/OPS. 2000

Siguiendo a Linares y López, estos sostienen que a partir de 1996, la OMS, entiende la equidad como: a) *la forma en que son asignados los recursos para el cuidado de la salud,*

¹⁵ OMS/OPS. Macrodeterminantes de la inequidad en salud. XXXV Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud. La Habana, Cuba. 2000. Pág. 4.

b) *la forma en que los servicios son recibidos por la población; y c) la forma en que los servicios de salud son pagados.*

Así mismo, la Organización Panamericana de la Salud define dos conceptos básicos de equidad, la primera denominada Equidad en salud, la misma que hace referencia a la ausencia de diferencias sistemáticas en uno o más tópicos de la salud o sus determinantes y, la Equidad en servicios de salud, la cual es definida como la ausencia de diferencias en acceso a servicios para iguales necesidades en salud.¹⁶

Respecto a la medición de las inequidades, en el año 2008 la Universidad Nacional de Colombia, realizó el estudio *Medición de inequidades en salud: una revisión de la literatura*.¹⁷ El estudio buscaba de un lado, identificar los principales indicadores/índices reportados en la literatura biomédica, usados para la medición de “inequidades” en los desenlaces de la atención sanitaria y, describir el uso de los diferentes indicadores/índices reportados y la procedencia de los estudios.

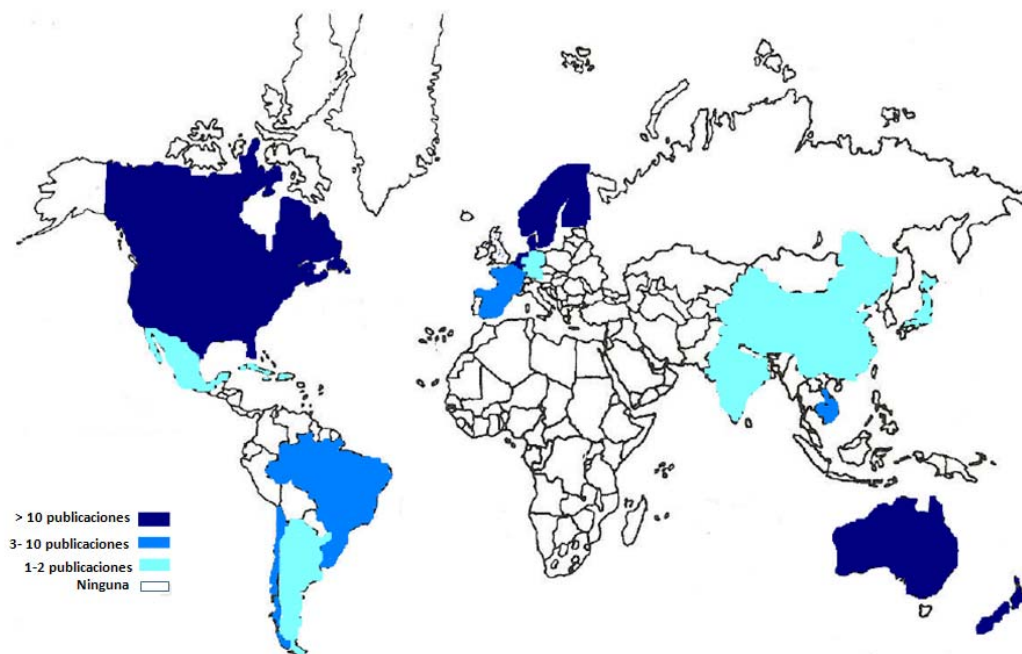
La revisión de la literatura sobre inequidades habría tenido las siguientes fuentes de información: EMBASE, MEDLINE, LILACS, COCHRANE, Literatura gris (Referencias cruzadas). El periodo investigado corresponde a enero de 1976 a diciembre del 2006, la búsqueda se habría realizado para los idiomas español, inglés y portugués.

Llama notablemente la atención que la gran mayoría de estudios sobre equidad se generen en Estados Unidos, Europa y Oceanía; es decir, en países desarrollados. Ver gráfico 2.

¹⁶ OMS/OPS. *La Renovación de la Atención Primaria en las Américas*. Julio 2007. Pág. 34.

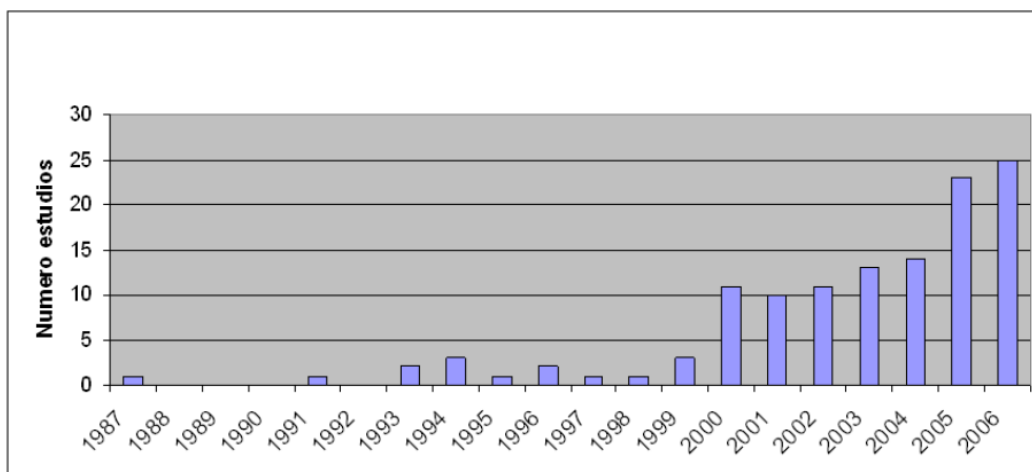
¹⁷ UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. *Medición de inequidades en salud: una revisión de la literatura*. 2008. En: http://www.acoes.org.co/pdf/I_Cong_oral/Javier%20Hernando%20Eslava.pdf. 27.09.2011

Gráfico 2: Publicación de estudios de equidad por países



En el Gráfico 3, se observa que de acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio, la producción científica sobre inequidad - desigualdad en salud, habría tomado relevancia a partir del año 2000.

Gráfico 3: Tendencia de publicación mundial equidad en salud



Finalmente, el estudio concluye en la necesidad de conceptualizar la inequidad, propiciar estudios sobre inequidad a nivel de países denominados en desarrollo, y delimitar los alcances y limitaciones de las metodologías desarrolladas. A continuación se puntualiza las

conclusiones presentadas por el estudio desarrollado por la por la Universidad Nacional de Colombia:

- Dificultad para establecer la diferencia clara entre desigualdad e inequidad
- Pobre desarrollo y aplicación de metodologías en países en vía de desarrollo
- Necesidad de desarrollar adecuados registros poblacionales en nuestro medio
- Crecimiento del interés académico y gubernamental en el tema
- Necesidad de definiciones claras y establecimiento de las limitaciones de los métodos existentes
- La mayor parte de los estudios usan datos agregados a nivel ecológico, comparando por condición socioeconómico, género, edad, lugar de procedencia, raza y nivel educativo
- Sin embargo este nivel de análisis plantea un reto para la medición de diferencias entre individuos
- Religión y orientación sexual no fueron reportadas como características discriminantes determinantes de desigualdades/inequidades en los estudios revisados
- Pocos estudios realizan control de potenciales confusores (análisis multivariados)
- Pocos estudios usan datos longitudinales (seguimiento)
- Es esencial trabajar en la definición adecuada de una clasificación de bienestar social o económico dada la demostrada influencia de la definición escogida en los resultados de varios reportes de la literatura.

Ya en el marco de la evidencias sobre estudios de equidad, tenemos que de acuerdo al estudio *¿Quién se beneficia del gasto social en el Ecuador?*,¹⁸ elaborado en 1999; se desprende que el decil más pobre de la población se beneficiaba del 10% de las inversión que realiza en Ministerio de Salud Pública, en tanto que el decil más rico lo hacía en el 3%. Considerando los dos deciles más pobres el porcentaje de participación era del 19%, en tanto que los dos deciles más ricos los hacía en el 11%. Respecto a los gastos realizados por Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el estudio refiere que el decil más pobre se beneficiaba del 1% y el decil más rico del 26%.

¹⁸ SISTEMA INTEGRADO DE INDICADORES SOCIALES DEL ECUADOR. *Estudios e informes del SIISE. Informe número 4: ¿Quién se beneficia del gasto social en el Ecuador? ¿Desafíos para mejorar la equidad y la eficiencia del gasto social?*2000. pág. 20.

En general del gasto total en salud del año 1999, realizado por las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, el Ministerio de Salud Pública, el Seguro Social Campesino y el IESS, se desprende que el decil más pobre beneficiaba del 28% del gasto y el decil más rico del 53%; esto es 1,8 veces más. En términos de participación del consumo per cápita la diferencia es 18,5 veces.

Tabla 4: Participación del gasto público en salud, por deciles de consumo, 1999

Deciles	IESS	Seguro Social Campesino	Servicios Salud FFAA-PN	Servicios del MSP	Participación consumo per cápita
10% más pobre	1%	17%	0%	10%	2%
10% más rico	26%	1%	23%	3%	37%

Fuente: SIISE. 2000. Estudios e informes del SIISE

Elaboración: SIISE. 2000. Estudios e informes del SIISE

Por otro lado, el estudio denominado Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, ENDEMAIN. 2004, señala que los hogares más pobres gastan más relativamente en salud, que los hogares más ricos; es decir, mientras el 13,3% de los hogares pobres gastaron más del 30% del gasto total de consumo en servicios de salud, en el quintil más rico el porcentaje de hogares que gasta más del 30% del total de su gasto de consumo, representa el 4,7%.¹⁹

Marco conceptual

Con el objeto de delimitar el ámbito conceptual de la investigación, a continuación puntualizamos conceptos fundamentales que permitirán compenetrarse en el análisis propuesto: Salud, Equidad, Áreas de Salud y Primer Nivel de Atención y; sus interrelaciones con la Constitución, la Ley Orgánica de Salud, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, Código de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización, COOTAD, Ministerio de Salud Pública y Ordenamiento territorial.

- **Salud.** La OMS define la salud como “*un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad*”. La Carta de Ottawa habría definido ciertos prerrequisitos como la paz, la protección, la educación, la alimentación, el ingreso, un ecosistema estable, recursos sustentables, justicia social y equidad.²⁰

¹⁹ CEPAR. *Informe Final de ENDEMAIN 2004*. 2005. Pág. 17.

²⁰ OMS/OPS. *La Renovación de la Atención Primaria en las Américas*. Julio 2007. Pág. 34.

- **Equidad.** La Real Academia Española define a la equidad como la “*Propensión a dejarse guiar, o a fallar, por el sentimiento del deber o de la conciencia, más bien que por las prescripciones rigurosas de la justicia o por el texto terminante de la ley.*”²¹ En ese contexto Aristóteles habría señalado que “*La equidad representa, frente a la razón legal, el sentimiento de la justicia que a veces se aparta de la ley para atender circunstancias que, de no ser consideradas, determinarían una ‘legal injusticia’...*”²² Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud define dos conceptos básicos de equidad, la primera denominada Equidad en salud, la misma que hace referencia a la ausencia de diferencias sistemáticas en uno o más tópicos de la salud o sus determinantes y, la Equidad en servicios de salud, la cual es definida como la ausencia de diferencias en acceso a servicios para iguales necesidades en salud.²³
- **Área de Salud.** En términos de asignación de recursos, el MSP a partir de 1999 se organizó territorialmente en unidades desconcentradas denominadas Áreas de Salud, las mismas que en esencia son una estructura técnica, administrativa y financiera. Tiene como responsabilidad la articulación de normas emitidas por el nivel central, la experiencia del personal de salud y las necesidades de la comunidad. Vale mencionar que este tipo de organización territorial configura los primeros elementos de ordenamiento territorial en el sector salud.
- **Nivel de atención.** El MSP define tres niveles de complejidad en la atención: Primer nivel: Constituido por los servicios de atención ambulatoria,²⁴ en este se encuentran los Puestos de Salud, Subcentros y Centros de Salud;²⁵ un Segundo nivel: Conformado por los servicios que cuentan con atención ambulatoria de mayor complejidad e intrahospitalaria complementaria al primer nivel.

²¹ REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Equidad. Vigésima Segunda Edición. En:

http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=inequidad. acceso 19.09.2011

²² NIVALDO LINARES y OLIVA LÓPEZ. “*La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva*” *Revista Medicina Social. Volumen 3, número 3, septiembre 2008.* En: <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/issue/view/29>. Acceso 19.09.2011

²³ OMS/OPS. *La Renovación de la Atención Primaria en las Américas.* Julio 2007. Pág. 34.

²⁴ Atención ambulatoria de salud es la atención prestada a los pacientes/usuarios/ciudadanos que no son admitidos en un hospital durante la noche. Para el caso incluye atención en salas de emergencia y centros de atención médica de urgencia.

²⁵ Es importante mencionar que el 48% de las Áreas de Salud corresponden estrictamente al Primer Nivel de Atención, el restante 52% es una mezcla de Primer y Segundo Nivel de Atención.

Básicamente los Hospitales Básicos o cantonales y Hospital General o Provincial y; un Tercer nivel: Integrado por los servicios ambulatorios e intrahospitalarios de la más alta complejidad y especialización, definidos como Hospitales Especializados y de Especialidades.²⁶

- **Constitución de la República.** Desde le punto de vista legal, la Constitución reconoce a la salud como un derecho que garantiza el Estado y que además se vincula con otros derechos como el acceso al agua, a la alimentación, educación entre otros. La Constitución contiene preceptos de universalidad, gratuidad y equidad, así, establece que los “*servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios*”.²⁷ Establece también, que la prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad... con enfoque de género y generacional.
- **Ley Orgánica de Salud.** La LOS,²⁸ recoge los postulados de la Organización Mundial de la Salud, señala que la salud no es únicamente la ausencia de enfermedad, sino más bien un estado de completo bienestar físico, mental y social. Refiere que su finalidad es efectivizar el derecho universal a la salud, el mismo que debe regirse por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, entre otros.
- **Ley orgánica del Sistema Nacional de Salud.** En cuanto a la LOSNS,²⁹ esta tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud. Señala la normativa que el sistema estará constituido por las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud. Su objetivo central es el de garantizar el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud, a través del funcionamiento de una red de servicios de gestión desconcentrada y descentralizada.

²⁶ REGLAMENTO A LA LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. Decreto Ejecutivo No. 3611. RO/ 9 de 28 de Enero del 2003.

²⁷ CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR. Registro Oficial No. 449 - Lunes 20 de Octubre de 2008. Artículo 362, inciso segundo

²⁸ LEY ORGÁNICA DE SALUD. Registro Oficial Nro. 423, Viernes 22 de Diciembre del 2006

²⁹ LEY ORGÁNICA DE SALUD. Ley No. 80. RO/ 670 de 25 de Septiembre del 2002.

- **Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización.** El COOTAD,³⁰ establece fundamentalmente que los gobiernos autónomos descentralizados municipales (GADs), en el marco de la planificación concurrente con la entidad rectora (MSP), deberán construir la infraestructura y los equipamientos físicos de salud y educación.³¹ Una de las funciones más importantes asignadas a los GADs, en términos de salud, se recoge en el numeral g) del artículo 55, el mismo que hace referencia a la prestación de servicios públicos de agua potable, alcantarillado, tratamiento de aguas residuales, manejo de desechos sólidos, saneamiento ambiental y otros. Al respecto un estudio realizado en la ciudad de Guayaquil, mencionan que para el caso de las enfermedades diarreicas agudas, influye la forma de abastecimiento de agua y de eliminar las excretas.³²
- **Ministerio de Salud Pública.** En junio de 1967, la Asamblea Nacional Constituyente creó el Ministerio de Salud Pública (MSP) con el objeto de “*Atender las ramas de Sanidad, Asistencia Social, y los más que se relacionan con la salud, en general*”³³. La Presidencia de la República, habría emitido la Resolución 684-A, del 26 de junio de 1967, considerando tres niveles: Directivo, Operativo y Asesor, donde la Centralización Normativa y Descentralización Ejecutiva es el principio fundamental de la institución.³⁴
- **Ordenamiento Territorial.** El Ordenamiento Territorial (OT) se entiende como un proceso planificado de naturaleza política, técnica y administrativa, a través de la organización, armonización y administración del suelo, de tal suerte, que contribuyan al desarrollo humano. (Massiris, 1991). Gómez Orea, considera que el OT se relaciona con el hecho de ordenar las actividades humanas; así, el OT tendría como propósito el identificar, distribuir y regular las actividades humanas en el

³⁰ CÓDIGO ORGÁNICO DE ORGANIZACIÓN TERRITORIAL, AUTONOMÍA Y DESCENTRALIZACIÓN. Registro Oficial No. 303 - Martes 19 de Octubre de 2010 Primer Suplemento

³¹ CÓDIGO ORGÁNICO DE ORGANIZACIÓN TERRITORIAL, AUTONOMÍA Y DESCENTRALIZACIÓN. Registro Oficial No. 303 - Martes 19 de Octubre de 2010 Primer Suplemento. Artículo 138

³² CRISTINA ROMERO, “*Análisis Estadístico Multivariado de las Principales Enfermedades Gastroéntéricas en la ciudad Guayaquil*” (Tesis, Facultad de Ingeniería en Estadística Informática, Escuela Superior Politécnica del Litoral, 2001)

³³ Registro Oficial No. 149 del 16 de junio de 1967. Ley de Creación del Ministerio de Salud Pública, Decreto Legislativo 84

³⁴ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. *Historia del Ministerio de Salud Pública*. 2011. En: <http://www.msp.gob.ec/index.php/Historia/>. Acceso: 26.09.2011

territorio con ciertos criterios y prioridades, generando un sistema territorial armónico y funcional

Metodología

La presente es una investigación de tipo exploratorio, pretende dar una visión aproximada de los criterios técnicos y/o herramientas que emplea el Ministerio de Salud Pública para la asignación de recursos al Primer Nivel de Atención, en el marco del principio constitucional de la equidad. El periodo de estudio es 2008-2010.

Este tipo de investigación obedece al hecho que desde el año 2005, no se han realizado estudios relevantes sobre mecanismos de asignación de recursos, más aún cuando el Gobierno del economista Rafael Correa ha realizado importantes incrementos al presupuesto del sector salud, fundamentalmente en el periodo definido para el estudio.

Por otro lado, el Ministerio de Finanzas realiza asignaciones económicas anuales, conocidas como “históricas”, únicamente basados en escenarios macroeconómicos y, sin considerar lo establecido en la Transitoria Vigésimosegunda de la Constitución que dispone un incremento anual del presupuesto de salud en un porcentaje no inferior al cero punto cinco por ciento del Producto Interior Bruto. Por tanto, resulta determinante plantear un mecanismo que contribuya a garantizar el cumplimiento del principio Constitucional de equidad.

- **Área de estudio de la investigación**

Se centra en la exploración de las asignaciones económicas realizadas al Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud Pública, nivel donde según los expertos se resolverían del 70 al 90% de los problemas de salud enfermedad de la población.

- **Fuentes de Información**

La información *documental macroeconómica* tiene como fuentes principales a: Banco Central del Ecuador (BCE), Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censos (INEC), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE), Centro Latinoamericano de Desarrollo (CELADE), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Consejo Nacional de Salud CONASA.

En tanto que la *información específica del Ministerio de Salud Pública*, tiene como fuente: Sistema Regionalizado de Salud, Anuario de Producción Institucional del Sistema Común de Información, Sistema de Administración Financiera del Sector Público NO Financiero (años 2008, 2009 y 2010), informes de la Subsecretaría de Extensión de la Protección Social, Servicios de Salud y Vigilancia y Control Sanitario.

- **Procesamiento y Análisis de la Información**

En cuanto al tratamiento de la información macroeconómica, esta se recolectó, tabuló y procesó en hojas electrónicas de Excel. Una vez ordenados los datos se procedió con la elaboración de gráficos (simples y combinados) y tablas, con su correspondiente análisis; el resultado consta en el desarrollo del documento. El análisis permitió observar la relación de las variables macroeconómicas como pobreza, mercado laboral y gasto público y su relación con variables de impacto en salud, esto es mortalidad general, materna e infantil.

En lo concerniente información específica recabada del Ministerio de Salud Pública, se establecieron dos tipos de procesamiento:

1. Análisis cuantitativo: se generó en Excel una matriz para recolección y procesamiento de datos. Se ingresaron los datos recogidos del Sistema Regionalizado, Anuario de Producción Institucional del Sistema Común de Información e información financiera de las áreas de salud como: información geográfica, nombres de las áreas de salud, población, presupuestos codificados y ejecutados, consultas de promoción y prevención, morbilidad, emergencias. Para el análisis estadístico de la información se consideró las variables asignación per cápita de recursos y el número promedio de consultas de prevención y morbilidad registradas por el MSP. Se utilizó herramientas estadísticas como regresión lineal e histogramas. Para complementar el análisis, se utilizó la aplicación ArcGIS Desktop³⁵ herramienta ArcMap y el método de clasificación de umbrales naturales (natural breaks o Jenks), el análisis permitió visualizar los grupos de áreas de salud de mayor y menor asignación de recursos. Este proceso se ejecutó con el apoyo de un ingeniero geógrafo y los Shapefile (mapas) generados del MSP.

³⁵ ArcGIS es el nombre de un conjunto de productos de software en el campo de los Sistemas de Información Geográfica o SIG. Bajo el nombre genérico ArcGIS se agrupan varias aplicaciones para la captura, edición, análisis, tratamiento, diseño, publicación e impresión de información geográfica.

2. Análisis cualitativo: se procedió con la revisión de normas e informes proporcionados por la Subsecretaría de Extensión de la Protección Social, Servicios de Salud y Vigilancia y Control Sanitario.

Como elemento referencial teórico para el análisis cuantitativo y cualitativo, se utilizó el Conjunto Garantizado de Prestaciones definido por el estudio CARE-JOHNS HOPKINS del año 2005³⁶; el valor monetario establecido por el estudio para la asignación per cápita en el primer nivel de atención fue de 45 dólares.

En función de los procedimientos y análisis realizados, se procedió a estructurar una propuesta que contribuya a la asignación equitativa de recursos al Primer Nivel de Atención.

Limitaciones de la investigación

Las limitaciones de la investigación tienen que ver con la actual conformación territorial de las Áreas de Salud (Unidad Administrativo-Financiera). Apenas 47 de las 170 Áreas de Salud existentes en el país, tienen una correspondencia con la división política administrativa de cantón y parroquia; es decir, Cantón = Área de Salud.³⁷

Es una limitante, en virtud de que el INEC procesa los datos a nivel provincial, cantonal y parroquial, en tanto que el MSP procesa sus datos por Hospitales y Áreas de Salud; por tanto las unidades territoriales de análisis son diferentes.

Contenido

La presente tesis consta de cinco capítulos, conclusiones y recomendaciones.

El primer Capítulo aborda la situación de la salud en el Ecuador, a partir de las tasas de mortalidad general, materna e infantil, indicadores fundamentales del funcionamiento de un “sistema de salud”. Se incluye también un análisis de la situación socioeconómica del país, pasando revista a la pobreza, empleo, gasto social, presupuestos y equidad.

³⁶ CONSORCIO CARE-BLOOMBERG SCHOOL OF PUBLIC HEALTH DE LA UNIVERSIDAD JOHNS HOPKINS. CONTRATO DE SERVICIOS DE CONSULTORÍA No. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA/MODERSA/CS/201/04- SERVICIOS DE CONSULTORÍA PARA EL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD PARA LA REPÚBLICA DEL ECUADOR. 2005

³⁷ Por ejemplo en el cantón Guayaquil, existen 12 Áreas de Salud y una sola parroquia cuenta con 4 Áreas de Salud.

El capítulo segundo recoge las principales herramientas con que cuenta el MSP para la asignación de recursos a las Áreas de Salud, básicamente las relacionadas con la Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud, Servicios de Salud y Medicamentos. Se analiza fundamentalmente la equidad en la asignación de recursos para el Primer Nivel de Atención; a través de la variable asignación per cápita de recursos económicos.

El capítulo tercero recoge los principales elementos sobre la Reforma Democrática del Estado planteada por la SENPLADES; se visualiza los aspectos relacionados a la desconcentración, tipología de desconcentración, regionalización (zonas de planificación), Modelo de Gestión del MSP y su nueva estructura territorial, basada en Distritos.

En Capítulo cuarto, se expone los resultados y hallazgos generados por la investigación, producto del análisis de las variables establecidas en la matriz de análisis espacial generada para el estudio. Se centra en los resultados obtenidos sobre equidad en la asignación para Áreas de Salud con Hospital Básico y sin Hospital Básico, correlación entre per cápita asignado y consultas de prevención y morbilidad e inversión en salud y resultados medidos en términos de años de vida perdidos por discapacidad (AVPP).

El capítulo cinco contiene una propuesta para la reducción de las inequidades en la asignación de recursos al Primer Nivel de Atención, sustentada en el estudio técnico realizado por CARE- JOHNS HOPKINS y, como componente de financiamiento la Transitoria Vigésimosegunda de la Constitución.

Finalmente, se presentan las conclusiones, recomendaciones y bibliografía utilizada en la investigación.

CAPITULO I

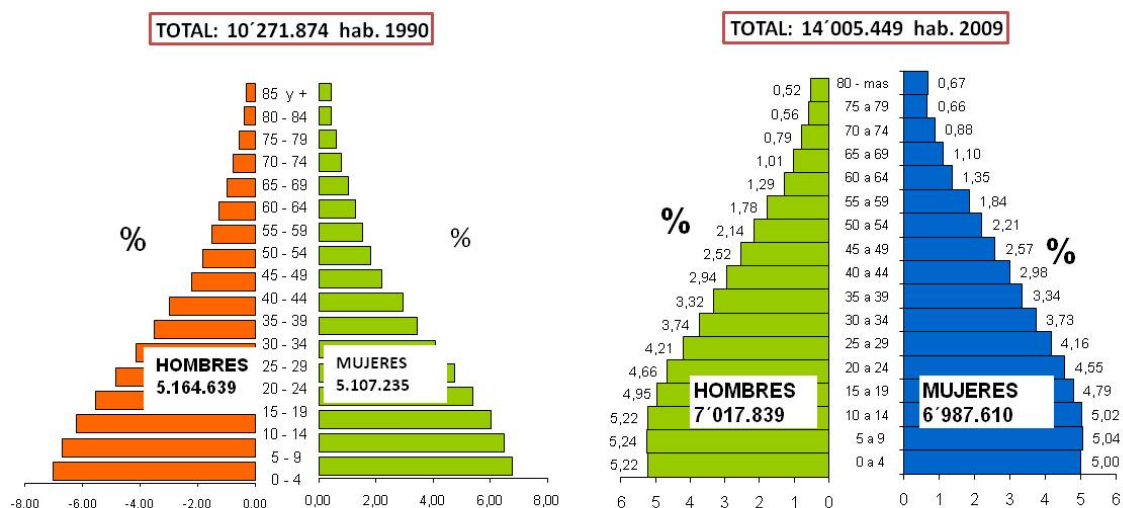
1. DETERMINANTES DE LA SALUD

1.1. Salud y demografía

La demografía tiene como objeto de estudio a las poblaciones humanas, aborda su dimensión, estructura, evolución y características generales desde un punto de vista cuantitativo; es decir, la estructura y la dinámica de la población.

En el aspecto demográfico, el Ecuador presenta una pirámide con forma de pagoda o progresiva, cuya característica básica es una base ancha y una finalización en forma de pico (forma triangular). En el Gráfico 1 se observa la composición poblacional del país para los años 1990 y 2009.

Gráfico 4: Ecuador pirámide poblacional 1990 - 2009



Fuente: MSP. Dirección Nacional de Control y Vigilancia Epidemiológica. 2011.

Elaboración: MSP. Dirección Nacional de Control y Vigilancia Epidemiológica. 2011.

La teoría refiere que este tipo de pirámide poblacional es propia de países jóvenes y con fuerte crecimiento poblacional; y que se corresponde con países subdesarrollados. De las proyecciones de población elaboradas por el Ministerio de Salud Pública se desprende que el 30% de la población ecuatoriana tiene menos de 15 años; 10 puntos porcentuales menos que los datos referidos en estudios especializados realizados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE.2004). Esta diferencia se debería a

la caída de la tasa general de fecundidad³⁸; para el año el 2001 ésta representaba el 88,3 y para el 2009 del 59. Al respecto el CELADE señala.

*“Los países con transición demográfica incipiente y moderada tienen en general una población joven, representada por una pirámide de población de base ancha por el alto porcentaje de la población de niños (del orden de 40 por ciento de menores de 15 años de edad). Son los casos de la mayoría de los países de América Latina en la décadas de 1950 y 1960 y, todavía en la actualidad, de los países que se encuentran en esa etapa de la transición.”*³⁹

Respecto a los principales indicadores demográficos del Ecuador, se observa que durante el periodo 1970-1990 y 2000-2009 la tasa de crecimiento poblacional se redujo en un 52%. La tasa de mortalidad para los años 1970 – 2009 se redujo en un 58%. Así mismo la esperanza de vida se incremento en un 29% pasando de 58 años en 1970 a 75 en el 2009. Ver Tabla 5.

Tabla 5: Ecuador, Indicadores Demográficos 1970-2009

Población (miles), 2009 , menores 18	5046
Población (miles), 2009, menores 5	1381
Tasa de crecimiento anual de la población (%), 1970-1990	2,7
Tasa de crecimiento anual de la población (%), 1990-2000	1.8
Tasa de crecimiento anual de la población (%), 2000-2009	1,3
Tasa anual del crecimiento de la población urbana (%), 1970-1990	4,4
Tasa anual del crecimiento de la población urbana (%), 1990-2000	2.7
Tasa anual del crecimiento de la población urbana (%), 2000-2009	2,2
Tasa bruta de mortalidad, 1970	12
Tasa bruta de mortalidad, 1990	6
Tasa bruta de mortalidad, 2009	5
Tasa bruta de natalidad, 1970	42
Tasa bruta de natalidad, 1990	29
Tasa bruta de natalidad, 2009	20
Esperanza de vida, 1970	58
Esperanza de vida, 1990	69
Esperanza de vida, 2009	75
Tasa total de fecundidad, 2009	2.5
Población urbana %, 2009	66

Fuente: UNICEF. 2010⁴⁰

³⁸ Representa la relación entre el número de nacidos vivos que ocurren anualmente, en promedio, por cada mil mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad. Este indicador también se llama “tasa anual de fecundidad general”

³⁹ CELADE. *La dinámica demográfica en América Latina*. Serie Población y Desarrollo No. 52. Santiago de Chile, mayo de 2004.

⁴⁰ UNICEF. *Indicadores demográficos*. En: www.unicef.org/spanish/infobycountry/ecuador_statistics.html#78 . Acceso 03.03.2010.

Con el objeto de visualizar los efectos en salud, producto de las políticas públicas aplicadas en el sector, a continuación se describe el estado ciertas variables como mortalidad y esperanza de vida, las cuales reflejan mejor los impactos en la salud de la población: la mortalidad general, materna e infantil y esperanza de vida al nacer.

- ***Mortalidad General y esperanza de vida al nacer***

De acuerdo al Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE), “la esperanza de vida al nacer es la medida más usada para resumir las características de la mortalidad en una población”. Señala que el concepto de mortalidad hace referencia a las muertes como un componente del cambio de una población y que la cantidad y frecuencia de sus muertes depende de muchos factores, como la edad, sexo, raza, etnia, ocupación y estrato socioeconómico.⁴¹

En términos generales Ecuador mejoró su expectativa de vida en comparación de 1960 al 2005 en 21.3 años. En 1960, la esperanza de vida era de 53.4 años, y, para el 2005, ésta se elevó en 21.3 años (Gráfico 2). Esto se debe al mayor acceso de la población a servicios sanitarios de salud, abastecimiento de agua y saneamiento; del progreso educativo de las madres y su persistencia en la práctica de la lactancia y; otros como inmunizaciones, atención primaria de las enfermedades prevenibles y control médico y nutricional en el primer año de vida (SIISE, 2010). La mayor esperanza de vida al nacer, de acuerdo a la lista de países seleccionados para la región por parte del Banco Mundial para el 2005, es la de Costa Rica, con 78.5 años. Ecuador es uno de los países de mayor logro en cuanto a esperanza de vida se refiere, de la región (Tabla 6).

Tabla 6: esperanza de vida al nacer (1960-2005)

País	1960	2005	Diferencia 2005-1960
Haití	42,4	59,8	17,4
Guyana	56,3	65,6	9,3
Bolivia	42,8	64,8	22,0
Guatemala	45,9	69,7	23,8
República Dominicana	52,1	71,8	19,7
Honduras	46,7	69,6	22,9
Suriname	59,8	69,8	10,0
Trinidad y Tobago	63,7	69,4	5,7
Nicaragua	47,3	72,1	24,8

⁴¹ La esperanza de vida representa el número de años que una persona puede esperar vivir, como promedio, dadas las condiciones de mortalidad imperantes en un determinado momento. Se trata de una medida hipotética. Constituye un indicador de las condiciones de salud en un momento dado. Al cambiar en el futuro las tendencias de la mortalidad en la población, también cambiará la expectativa de vida de las personas conforme envejecen. Naturalmente, muchas personas fallecen a una edad más baja que la esperanza de vida, mientras que otras lo hacen a edades más avanzadas. (SIISE, 2010)

País	1960	2005	Diferencia 2005-1960
Perú	48	70,8	22,8
Jamaica	64,4	70,9	6,5
Bahamas	63,3	72,4	9,1
Brasil	54,8	71,8	17,0
EL Salvador	50,8	71,3	20,5
Paraguay	63,9	71,4	7,5
Belice	61,7	71,8	10,1
Colombia	56,8	72,4	15,6
Venezuela	59,8	74,2	14,4
Ecuador	53,4	74,7	21,3
Argentina	65,2	74,8	9,6
Panamá	60,9	75,2	14,3
Barbados	64,5	76,5	12,0
México	57,3	74,4	17,1
Uruguay	68	75,6	7,6
Cuba	64,2	77,8	13,6
Chile	57,3	78,2	20,9
Costa Rica	61,9	78,5	16,6
Promedio	56,2	72,7	16,5

Fuente: Banco Mundial (2008)

En resumen la población ecuatoriana ganó 21,3 años de esperanza de vida en 45 años de medición de resultados, siendo uno de los países con mejores logros en este sentido.

- ***Mortalidad Materna***

Según el Plan Nacional de la Reducción de la Muerte Materna y Neonatal del Ministerio de Salud Pública considera una muerte como materna cuando:

*“se produce el fallecimiento de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de este, independientemente de la duración y sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales”.*⁴²

Se menciona así mismo en el Plan referido, que la muerte materna tiene profundas consecuencias sociales y económicas, relacionadas con la posibilidad de supervivencia del recién nacido, el desempeño escolar de niños sobrevivientes y huérfanos y que adicionalmente representa una pérdida de los ingresos familiares y de la productividad económica. Así, el impacto de una muerte materna tiene repercusiones importantes no solo para la familia, sino para el país y el desarrollo familiar.

⁴² MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y CONASA. *Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal*. Septiembre del 2008. Acuerdo Ministerial 474 de 20 agosto del 2008. Pág. 15.

Si bien se observa una tendencia ascendente de la tasa desde el año 2006, este hecho puede deberse, a decir de los expertos, al mejor registro de las causas de muertes.⁴³ Documentos del 2006 señalan que la cobertura de servicios del MSP era del 30%,⁴⁴ estimaciones del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) al 2010, refieren que la cobertura del MSP es del 48%;⁴⁵ este hecho significa que de alguna manera, más personas accedieron a los servicios; sin embargo también podría decirse a priori que, el mayor acceso a servicios de salud por sí mismo, no son suficientes para generar un impacto en la población, en términos de mortalidad materna, o a su vez el mejor registro de casos.

Por otro lado, si se observa la tendencia de los recursos asignados al sector, en el periodo 2001-2009, estos crecieron en 20.14% promedio anual; en tanto que la razón de mortalidad materna creció en un 0,64% promedio anual. (Ver Tabla 7).

Tabla 7: Razón de Mortalidad y Presupuesto 2001-2009

AÑOS	Razón de Mortalidad Materna *****	PRESUPUESTO BCE_2011
2001	67,2	\$ 188.637.000
2002	54,1	\$ 259.002.000
2003	53,1	\$ 309.901.000
2004	50,7	\$ 371.339.000
2005	56,6	\$ 422.990.000
2006	48,5	\$ 504.496.000
2007	62,0	\$ 606.438.000
2008	56,7	\$ 1.190.091.537
2009	71,2	\$ 983.431.489

***** RAZÓN POR 100.000 NACIDOS VIVOS

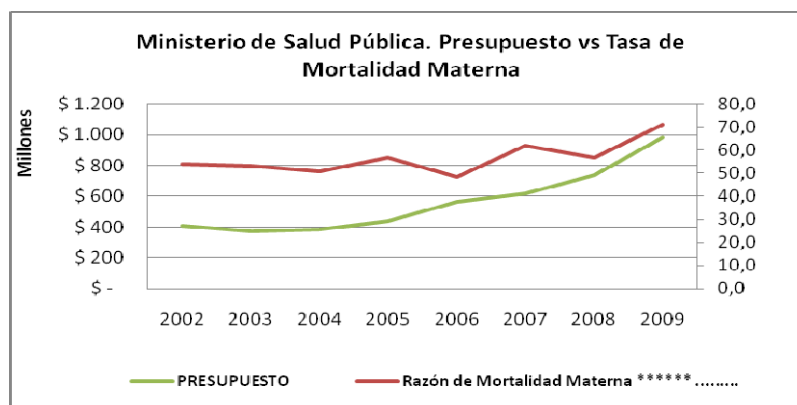
Se esperaría que la tasa tienda a la baja, sin embargo los temas del sub-registro, sub-notificación y mayor acceso a los servicios podrían explicar el estancamiento. (Gráfico 5).

⁴³ EDISON JARAMILLO. Conversatorio. Técnico del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública. Marzo del 2011.

⁴⁴ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. *Conferencia Fragmentación de los Servicios de Salud en el Distrito Metropolitano de Quito. Un Problema del Sistema Nacional de Salud Ecuatoriano*. Ppt., Octubre del 2007.

⁴⁵ INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL. Dirección General de Salud Individual y Familiar, Seminario Internacional. *Reformas de la Seguridad Social en Iberoamérica*. Ppt., 20 octubre del 2010

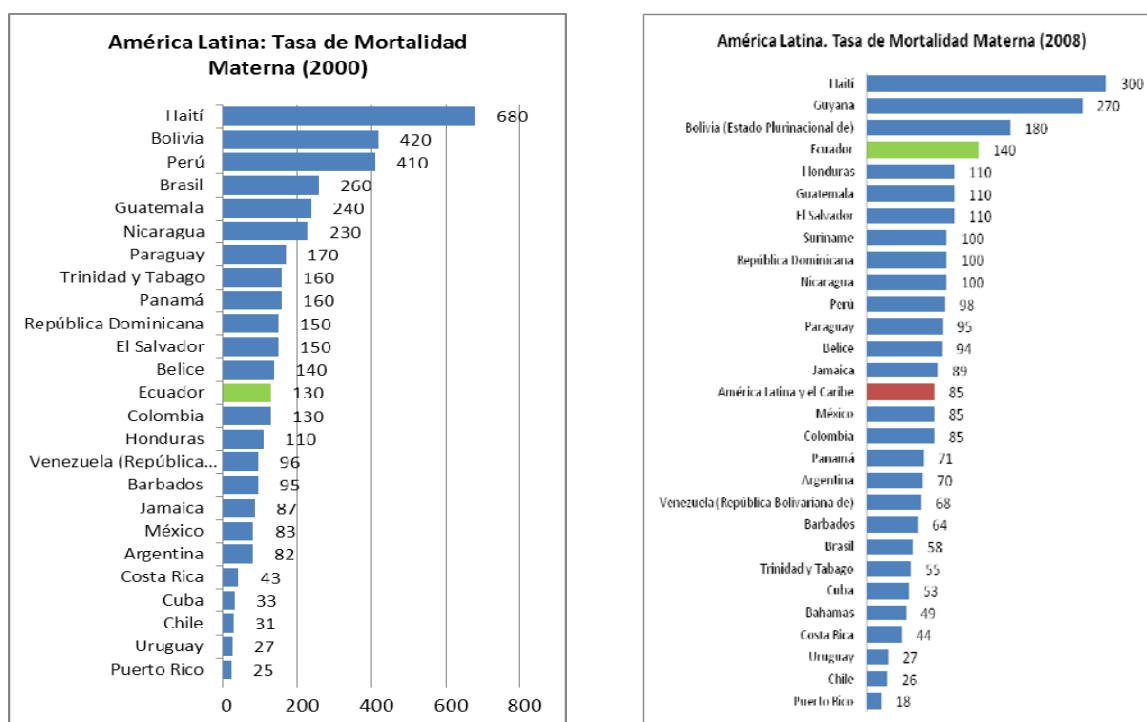
Gráfico 5: Ecuador: Mortalidad materna (tasas 2002-2009)



Fuente: MSP. 2011. Sistema Común de Información. 2002-2009
 ***** tasa por 100.000 nacidos vivos

Finalmente, la tasa de mortalidad materna estimada por la CEPAL⁴⁶ (Gráfico 6) para el Ecuador en el año 2000 fue de 130, para el 2005 la razón fue de 210 y para el 2008 de 140 (por 100.000 nacidos vivos)⁴⁷ que prácticamente es el doble de lo reportado por el Sistema Común de Información del MSP. Cabe mencionar que ninguna de las fuentes consultadas, MSP y CEPALSTAT explican las cifras publicadas.

Gráfico 6: Mortalidad materna América Latina. 2000-2008



Fuente: CEPAL. Estadísticas para la equidad de género. Cuaderno No. 92. Anexo estadístico. Segunda parte. 2008. y, CEPALSTAT. Estadística de América Latina y el Caribe. 2011

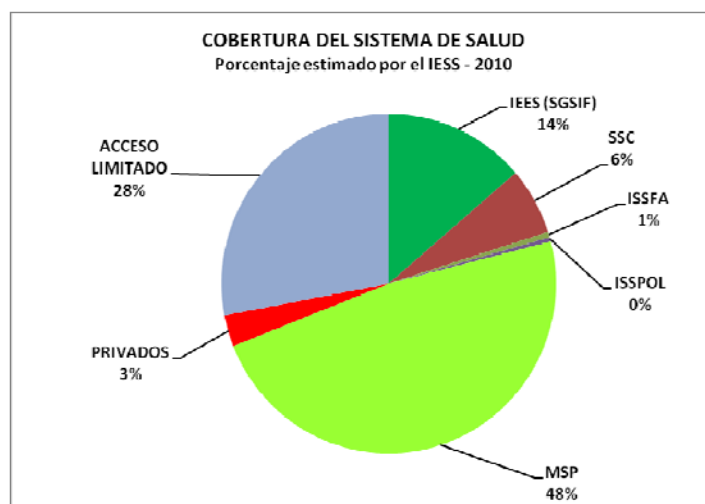
⁴⁶ CEPAL. *Estadísticas para la equidad de género*. Cuaderno No. 92. Anexo estadístico. Segunda parte. Anexo 56. En: www.eclac.org/publicaciones/xml/2/29382/Anexo3063.xls. 2007

⁴⁷ CEPALSTAT. 2011. *Estadística de América Latina y el Caribe*. En: <http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idAplicacion=1&idTema=4&idioma=>

El Gráfico 7, resume las coberturas en salud por institución, según datos aportados por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). Considerando una población de 14 millones, solamente cerca de 3.9 millones de personas (28%) tendrían un “acceso limitado”⁴⁸ a los servicios individuales y colectivos de salud.⁴⁹

A los temas de mejor registro, sub-notificación⁵⁰ y mayor acceso a los servicios de salud, se podría incluir uno relacionado con la calidad de la atención, factor que podría aportar al incremento de la tasa de mortalidad materna. Para aquello se requiere procesos de auditoría médica que den cuenta de las intervenciones y capacidad resolutoria de los servicios en cada caso; este proceso debe apoyarse en informatización de la Historia Clínica Única, por ejemplo.

Gráfico 7: Ecuador. Cobertura de servicios de salud (Estimaciones del IESS. 2010)



Fuente: IESS, Dirección General de Salud Individual y Familiar. 2010

- ***Mortalidad Infantil***

Se refiere a la probabilidad que tiene un niño de morir durante su primer año de vida. Se mide como el número de defunciones de niños menores de un año en un determinado

⁴⁸ Lamentablemente no está disponible el concepto de “acceso limitado” utilizado por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

⁴⁹ Prestaciones colectivas: actividades de promoción y prevención para todas las edades. Prestaciones individuales: prevención, emergencias, medicina general, especializada, hospitalización clínica, quirúrgica, rehabilitación y medicamentosa. En: CARE- JOHNS HOPKINS. 2005. Subproducto 2.1. Planes de Beneficios Explícitos. Pág. 11

⁵⁰ Registro: recolección de datos de pacientes a nivel de servicios de salud. Notificación: reporte obligatorio de un grupo de enfermedades al nivel superior.

período anual, expresado con relación a cada 1.000 nacidos vivos. (SIISE, 2010).⁵¹ Esta tasa como la de mortalidad general y materna, generalmente resultan ser un indicador del nivel de salud de un territorio.⁵²

De acuerdo a los datos obtenidos, resulta interesante observar que, si bien la tasa de mortalidad infantil disminuyó en un 32% en el periodo 2002-2009, la mortalidad neonatal lo hace en un 22% en el mismo periodo. Así, la tasa de mortalidad neonatal representa cada vez un mayor porcentaje de la mortalidad infantil al pasar del 51% en el 2000, al 56% en el 2006 y al 58% en el 2009, esto sin considerar el sub-registro y sub-notificación tanto para mortalidad infantil como para la neonatal.⁵³

La muerte neonatal es aquella ocurrida desde el nacimiento hasta los 27 días posteriores. El ente rector de la Salud, considera que *“la mortalidad neonatal es un indicador de las condiciones del embarazo y parto en la población y está relacionado con el estado socio económico, la oportunidad, el acceso y la calidad de atención de los servicios de salud.”*⁵⁴

La mortalidad infantil, comparada con datos estimados por la CEPAL para América Latina, indican que los resultados obtenidos por el país son positivos, toda vez que la mortalidad infantil se redujo en un 62% durante el periodo 1980-2010⁵⁵, en la región, mientras que el país lo hizo en un 69%. El mayor impacto en la reducción de esta tasa se produce en el periodo 2000-2005.

El Gráfico 8, presenta las tasas de mortalidad infantil y neonatal para el periodo 2002-2009, disponibles en el Ministerio de Salud Pública, frente al presupuesto de salud asignado.

⁵¹ Esta definición corresponde al método directo de cálculo de la mortalidad infantil. Los datos provienen de los registros anuales de nacimientos y defunciones.

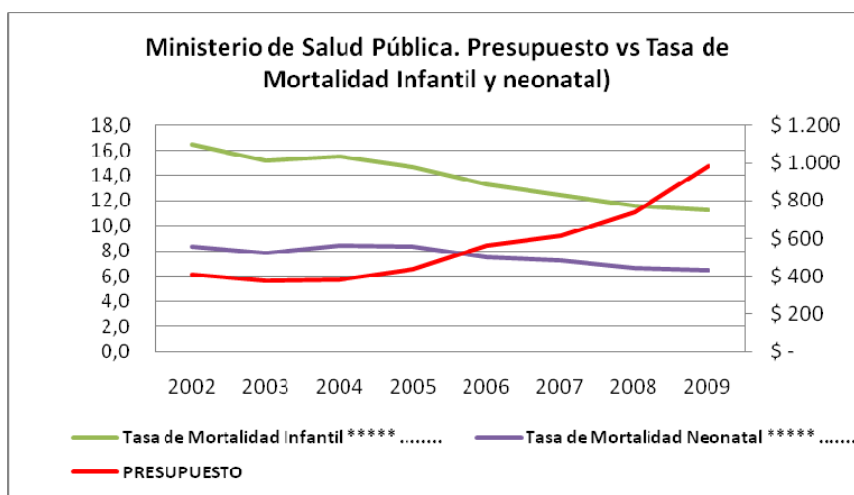
⁵² INDEX MUNDI. *Cuadros de datos históricos anuales*. En: <http://www.indexmundi.com/g/g.aspx?v=29&c=ec&l=es>. Acceso: 01. 01. 2008

⁵³ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y CONASA. *Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal*. Septiembre del 2008. ACUERDO Ministerial 474 de 20 agosto del 2008. PÁG. 14

⁵⁴ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y CONASA. *Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal*. Septiembre del 2008. ACUERDO Ministerial 474 de 20 agosto del 2008. PÁG. 24

⁵⁵ CEPAL. *Anexo Estadístico Final. Evolución de algunos indicadores sociales de desarrollo. Contexto socioeconómico. 1980-2020*. En: www.eclac.org/publicaciones/.../PSE2009_AnexoEstadistico-Final.xls. Acceso: 19.09.2011

Gráfico 8: Tasa de mortalidad infantil y neonatal vs presupuesto (2002-2009)



Fuente: MSP. 2011. Sistema Común de Información. 2002-2009
 ***** Tasa por 1.000 nacidos vivos

Se que el incremento del presupuesto afecta positivamente la reducción de las tasas de mortalidad infantil y neonatal. Por otro lado, la Tabla 8, muestra que el Ecuador experimentó tasas de mortalidad infantil y neonatal mayores a los promedio de América Latina, durante el período 1980 – 2000. Solamente a partir del año 2000, esos indicadores empiezan a disminuir en relación al promedio de la región, de manera modesta.

Tabla 8: Tasas de mortalidad infantil América Latina y Ecuador
 (Tasa por 1.000 nacidos vivos)

Años	América Latina	Ecuador
1980-1985	57,3	68,5
1985-1990	47,3	55,5
1990-1995	38,7	44,2
1995-2000	31,9	33,3
2000-2005	25,4	24,9
2005-2010	21,7	21,1

Fuente: CEPAL. Anexo Estadístico 2010.

1.2. Situación socioeconómica

- **Pobreza**

El SIISE señala que la “pobreza se refiere a las privaciones de la(s) persona(s) u hogar(es) en la satisfacción de sus necesidades básicas, en particular las necesidades materiales”.⁵⁶ Refiere así mismo que algunos enfoques, además de observar los resultados

⁵⁶ SISTEMA INTEGRADO DE INDICADORES SOCIALES DEL ECUADOR. *Indicadores Temáticos. Pobreza. Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)*. 2010

materiales de la pobreza, se refieren también a la ausencia de ciertas capacidades individuales y colectivas (SIISE, 2010).

Los principales métodos de medición de la pobreza en el Ecuador, son el indirecto y el directo. Se transcribe textualmente la definición para cada método establecido por el Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador. (SIISE. 2010).

- El **método indirecto (o método del ingreso o consumo)**: mide el nivel de vida a partir de los **ingresos** o consumo de las personas u hogares. Parte de la estimación de una **línea de pobreza**, definida como el costo mínimo de una canasta de bienes y servicios que satisfaga las necesidades básicas (alimentación, vivienda, vestido, educación y salud). Se trata del método más usado por su fácil aplicación a las encuestas periódicas de hogares y por su sensibilidad a los cambios de corto plazo en las condiciones de vida de la población (v. Incidencia de la pobreza). Pero es una medida cruda ya que el ingreso (o consumo), si bien refleja la capacidad para satisfacer las necesidades materiales, no refleja necesariamente el nivel de vida alcanzado en el tiempo, ni aquellas necesidades que no dependen directa e inmediatamente del dinero (sino, por ejemplo, de los servicios públicos).
- El **método directo (o método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) o de los indicadores sociales)**: Utilizado en el presente indicador, define a un hogar como pobre cuando adolece de carencias graves en el acceso a educación, salud, nutrición, vivienda, servicios urbanos y oportunidades de empleo. Aunque este método es conceptualmente más adecuado que el anterior, su uso en la práctica se ve limitado por las dificultades y costos de medición que implica, y porque las privaciones crónicas cambian lentamente a lo largo del tiempo. Se calculan los indicadores necesarios para establecer la existencia de las condiciones mencionadas en los hogares, es decir: déficit de servicio eléctrico, déficit de agua potable, déficit de alcantarillado, hacinamiento, analfabetismo, insuficiente escolaridad, insuficiente matrícula escolar, deficiente atención de salud y baja participación laboral. Cualquier hogar que tenga una o más de esas deficiencias se considera un hogar (y a sus miembros) con necesidades básicas insatisfechas.

La ficha metodológica para medir el nivel de pobreza en el Ecuador, la diseñó el SIISE, de ahí que, según la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) de 1995, 8 de cada 10 habitantes (79,9%) del campo tenía NBI; en tanto que en las ciudades este indicador

representaba el 38,4%. Para 1999, las NBI afectaba al 75,8% de los habitantes del campo y al 37,1% de personas que vivían en las ciudades.

Por otro lado, el SIISE señala que según el Censo de Población y Vivienda del 2001, que utiliza la definición de NBI sugerida por la Comunidad Andina, el porcentaje de población pobre en el país es del 61,3%. Respecto a la población indígena y negra, el SIISE señala que 9 de cada 10 personas autodefinidas como indígenas y 7 de cada 10 personas autodefinidas como negras, son pobres. Así mismo refiere, *“la incidencia de la pobreza en estos grupos es claramente superior al promedio nacional”* (SIISE, 2010).

“El único grupo étnico con una incidencia de la pobreza inferior al promedio del país es el conformado por quienes se autodefinieron como blancos. En efecto, un poco menos de cinco de cada diez personas autodefinidas como blancas es pobre (45%).”

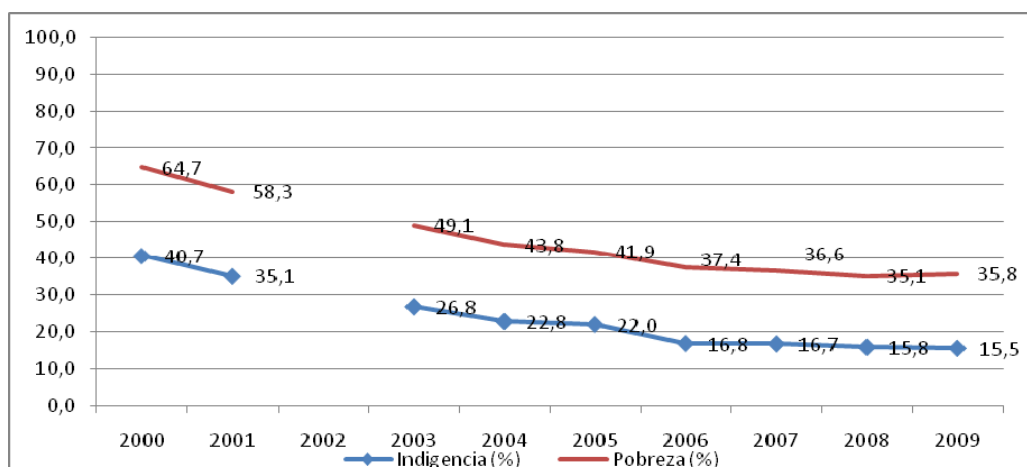
Siguiendo con la definición de pobreza basada en las NBI, el SIISE señala que esta definición considera a un hogar como pobre si presenta una de las condiciones, o en situación de extrema pobreza si presenta dos o más de las siguientes condiciones:

- La vivienda tiene características físicas inadecuadas (Aquellas que son inapropiadas para el alojamiento humano: con paredes exteriores de lata, tela, cartón, estera o caña, plástico u otros materiales de desecho o precario; ó con piso de tierra. Se incluyen las móviles, refugio natural, puente ó similares).
- La vivienda tiene servicios inadecuados (Viviendas sin conexión a acueductos o tubería, o sin sanitario conectado a alcantarillado o a pozo séptico).
- El hogar tiene una alta dependencia económica (aquellos con más de 3 miembros por persona ocupado y que el jefe(a) del hogar hubiera aprobado como máximo dos años de educación primaria).
- En el hogar existen niños (as) que no asisten a la escuela (aquellos con al menos un niño de seis a doce años de edad que no asiste a la escuela).
- El hogar se encuentra en un estado de hacinamiento crítico (aquellos con más de tres personas en promedio por cuarto utilizado para dormir).

- **Pobreza por ingreso**

Ponce y Acosta (2010), en su artículo “Revolución Ciudadana o Pobreza de Revolución” señalan que existe “un estancamiento en los niveles de reducción de la pobreza entre el 2006 y el 2009”. Refieren que mientras entre el 2001 y el 2006 la pobreza se redujo en alrededor de 20 puntos, entre el 2006 y el 2007 la pobreza se redujo en apenas 1 punto.⁵⁷ (Gráfico 9).

Gráfico 9: Incidencia de la pobreza y la indigencia



FUENTE: PONCE J. y ACOSTA A. 2010. Pobreza en la “revolución ciudadana” O ¿pobreza de revolución?.

Por otro lado, señalan que al desagregar el indicador por grupos humanos, los resultados son preocupantes. Como se puede observar en el Gráfico 10, a partir del año 2006 los niveles de pobreza de la población autodefinida como indígena se incrementa notablemente.

Como consecuencia de los resultados mostrados, los autores sostienen que ha ocurrido una profundización de la pobreza en la población indígena, la misma que se habría incrementado en un 10% entre 2006-2009.

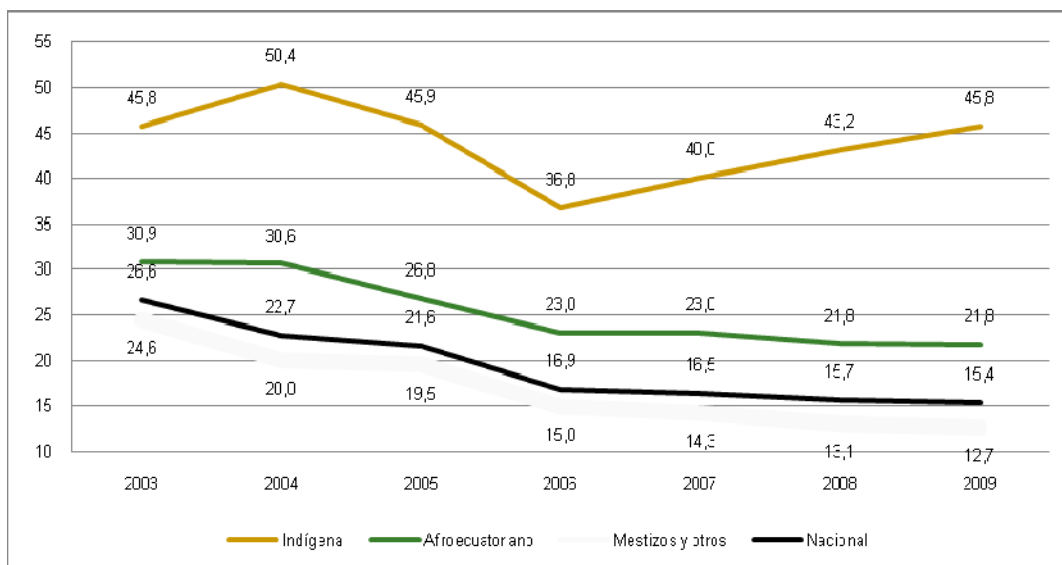
“Esta realidad -señalan Ponce y Acosta- la reconoció el presidente... “la mayor parte de la pobreza está concentrada en el sector rural y para vergüenza nacional en los sectores indígenas..., no nos andemos con subterfugios, ... el mayor problema indígena se llama pobreza”. Lamentablemente, por lo pronto,

⁵⁷ JUAN PONCE y ALBERTO ACOSTA. Pobreza en la “revolución ciudadana” O ¿pobreza de revolución? Artículo. En: <http://insumisos.com/LecturasGratis/pobreza%20en%20la%20revolucion%20ecuatoriana%202010.pdf>. Acceso: 15.03.2011

los resultados contradicen la afirmación presidencial cuando afirma que “no hay gobierno en la historia que haya hecho más para combatir esa pobreza que el gobierno de la revolución ciudadana.”⁵⁸

La revelación realizada por Ponce y Acosta muestra que precisamente en el gobierno que prometió una revolución y, que contó con recursos suficientes para evitarlo, ocurrió un incremento de la pobreza rural. Esto, sin duda muestra la complejidad del tema.

Gráfico 10: Incidencia de la indigencia por grupo humano



FUENTE: PONCE J. y ACOSTA A. 2010. Pobreza en la “revolución ciudadana” O ¿pobreza de revolución? Artículo.

- **Pobreza por necesidades básicas insatisfechas (NBI)**

En cuanto a las NBI los expertos Ponce y Acosta señalan que a nivel nacional se observa una reducción importante, tanto de la pobreza como de la extrema pobreza, entre el 2005 y el 2008 de alrededor de 3 puntos y 6 puntos, respectivamente.⁵⁹

Sin embargo refieren que en el último año (2009) el nivel de reducción se habría estancado. En este sentido señalan, que se tendría una tendencia similar a la observada en la pobreza medida por el método del ingreso, según se puede apreciar en la Tabla 9.

⁵⁸ JUAN PONCE y ALBERTO ACOSTA. Pobreza en la “revolución ciudadana” O ¿pobreza de revolución? Artículo. En: <http://insumisos.com/LecturasGratis/pobreza%20en%20la%20revolucion%20ecuatoriana%202010.pdf>. Acceso: 15.03.2011

⁵⁹ JUAN PONCE y ALBERTO ACOSTA. Pobreza en la “revolución ciudadana” O ¿pobreza de revolución? Artículo. En: <http://insumisos.com/LecturasGratis/pobreza%20en%20la%20revolucion%20ecuatoriana%202010.pdf>. Acceso: 15.03.2011

Tabla 9: Incidencia de la pobreza y la extrema pobreza por NBI.

	2005	2008	2009
Pobreza	45.7	42.4	41.3
Extrema pobreza	21.1	15.6	17.0

FUENTE: PONCE J. y ACOSTA A. 2010. Pobreza en la “revolución ciudadana”
O ¿pobreza de revolución? Artículo.

Respecto de la incidencia de la extrema pobreza por ingresos, Ponce y Acosta señalan que entre los indígenas la incidencia se reduce entre el 2005 y el 2008 (de 50% a 32%), pero tiene un incremento de alrededor de 10 puntos entre el 2008 y el 2009 (al pasar del 32% al 42%). Los datos sobre incidencia de la extrema pobreza por NBI se presenta en la Tabla 10.

Tabla 10: Incidencia de la extrema pobreza por NBI por grupo humano del jefe del hogar

	2005	2008	2009
Indígena	50.6	31.7	41.8
Blanco	14.1	13.9	12.3
Mestizo	18.4	13.8	15.2
Negro	33.7	27.1	23.0

FUENTE: PONCE J. y ACOSTA A. 2010. Pobreza en la “revolución ciudadana”
O ¿pobreza de revolución? Artículo.

Finalmente, de acuerdo al Mapa de pobreza 2006 elaborado por el SIISE,⁶⁰ trece (13) provincias – territorios tienen una incidencia de la pobreza que supera el 50%; estos territorios son: Morona Santiago, Zonas No Delimitadas, Napo, Orellana, Zamora Chinchipe, Bolívar, Sucumbíos, Península de Santa Elena, Carchi, Chimborazo, Pastaza, Manabí y Esmeraldas.

- ***Inequidad – evolución del índice de Gini***

El coeficiente de Gini del ingreso es una medida estadística de la desigualdad en la distribución del ingreso de los perceptores individuales que varía entre 0 y 1;⁶¹ un valor próximo a uno corresponde a una distribución muy concentrada, en tanto un valor cercano a cero corresponderá a una distribución muy igualitaria del ingreso.

⁶⁰ SISTEMA INTEGRADO DE INDICADORES SOCIALES DEL ECUADOR. *Mapa de pobreza y desigualdad en el Ecuador. Tablas de Publicación.* .2006

⁶¹ El coeficiente de Gini del ingreso es una medida estadística de la desigualdad en la distribución del ingreso de los perceptores individuales que varía entre 0 y 1. Muestra mayor desigualdad mientras se aproxima más a 1, y corresponde a 0 en el caso hipotético de una distribución totalmente equitativa. Indicadores Temáticos. Coeficiente de Gini . (SIISE. 2010)

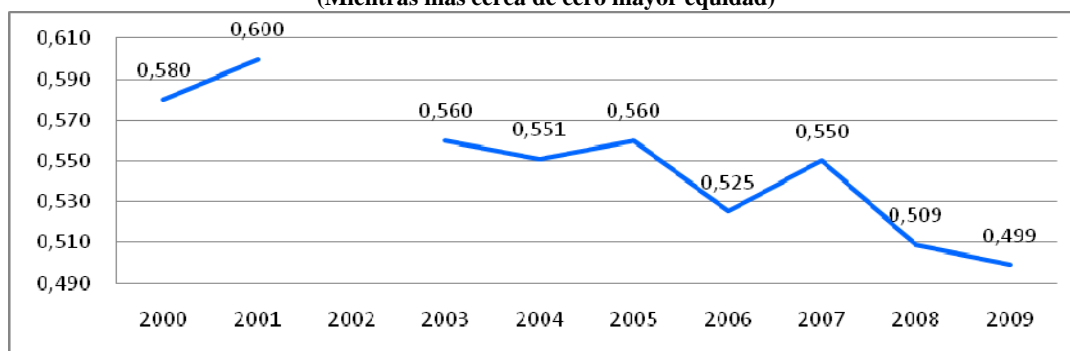
De acuerdo al informe Evolución de la Economía Ecuatoriana 2010,⁶² el Coeficiente de Gini por el ingreso para el año 2009 fue de 0.49; lo cual mostraría una alta desigualdad en la distribución del ingreso. Así mismo, el referido informe señala.

“Si bien durante los últimos años dicho índice se ha reducido, aún no ha regresado a los niveles pre-crisis (90-97). En el período 1999-2001 se tuvo un repunte de los niveles de desigualdad; alrededor del 11% de la población concentró cerca del 50% del total de ingresos del país. A junio de 2009 el nivel de concentración es comparable al de 1998.”⁶³

Sobre este tema, PONCE y ACOSTA señalan *“en lo que se refiere a la reducción de la inequidad tampoco se encuentran diferencias entre el período anterior a la <revolución ciudadana> y el período de la <revolución ciudadana>. En los dos momentos hay una reducción de la inequidad de cinco puntos”*.⁶⁴

En definitiva señalan los expertos, que el gobierno actual, está lejos de cumplir la meta propuesta en el Plan de Gobierno 2007-2011, que la *“redistribución de la riqueza es una tarea indispensable para eliminar la pobreza, pues estamos convencidos que sin afectar la excesiva riqueza la pobreza no desaparecerá.”⁶⁵*

Gráfico 11: Evolución del índice de Gini
(Mientras más cerca de cero mayor equidad)



Fuente: PONCE J. y ACOSTA A. 2010. Pobreza en la “revolución ciudadana” O ¿pobreza de revolución?

⁶² BANCO CENTRAL DEL ECUADOR. *Evolución de la Economía Ecuatoriana. Junio 2010*. En: http://www.bce.fin.ec/documentos/Estadisticas/SectorReal/Previsiones/IndCoyuntura/EvolucionEconEcu_06-10.pdf. Acceso: 19.09.2011

⁶³ BANCO CENTRAL DEL ECUADOR. *Evolución de la Economía Ecuatoriana. Junio 2010*. En: http://www.bce.fin.ec/documentos/Estadisticas/SectorReal/Previsiones/IndCoyuntura/EvolucionEconEcu_06-10.pdf. Acceso: 19.09.2011

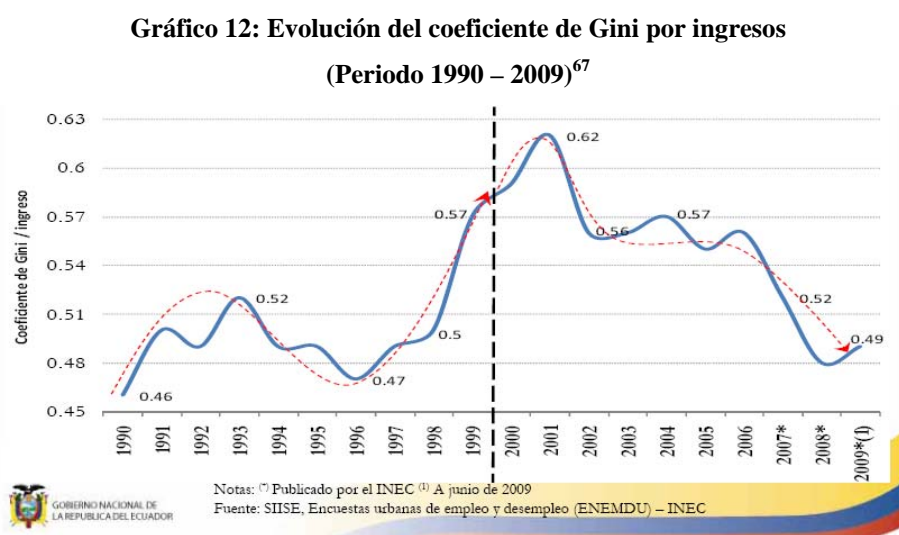
⁶⁴ JUAN PONCE y ALBERTO ACOSTA. Pobreza en la “revolución ciudadana” O ¿pobreza de revolución? Artículo. En: <http://insumisos.com/LecturasGratis/pobreza%20en%20la%20revolucion%20ecuatoriana%202010.pdf>. Acceso: 15.03.2011

⁶⁵ JUAN PONCE y ALBERTO ACOSTA. Pobreza en la “revolución ciudadana” O ¿pobreza de revolución? Artículo. En: <http://insumisos.com/LecturasGratis/pobreza%20en%20la%20revolucion%20ecuatoriana%202010.pdf>. Acceso: 15.03.2011

Un ejemplo más de la inequidad en el país, estaría en la tenencia del agua y la tierra.

“La población campesina, sobre todo indígena, con sistemas comunales de riego, representa el 86% de los usuarios. Sin embargo, este grupo apenas tiene el 22% de la superficie regada y accede apenas al 13% del caudal. Mientras que los grandes consumidores, que no representan ni el 1% de unidades productivas, concentran el 67% del caudal.”⁶⁶

Estas cifras revelan una inequidad en la tenencia del agua y la tierra, por tanto se requieren decisiones políticas trascendentes, orientadas a la generación de empleo, de un lado, y por otro, una equitativa re-distribución del ingreso, la tierra, el agua, a fin de revertir esas inequidades. De acuerdo al Banco Central del Ecuador, a partir del año 2001 el indicador GINI por ingresos disminuyó de 0.62 a 0.49 lo cual implicaría de alguna manera que se logró una mejor distribución del ingreso (Gráfico 12).



Fuente: BCE. 2010. Evolución de la Economía Ecuatoriana. Junio 2010

El índice de concentración del GINI para los países de América Latina, por el período 2006 – 2008, elaborado por la CEPAL permite dimensionar la situación del Ecuador, frente a países seleccionados de la región.⁶⁸ Se observa que Ecuador tiene uno de los menores

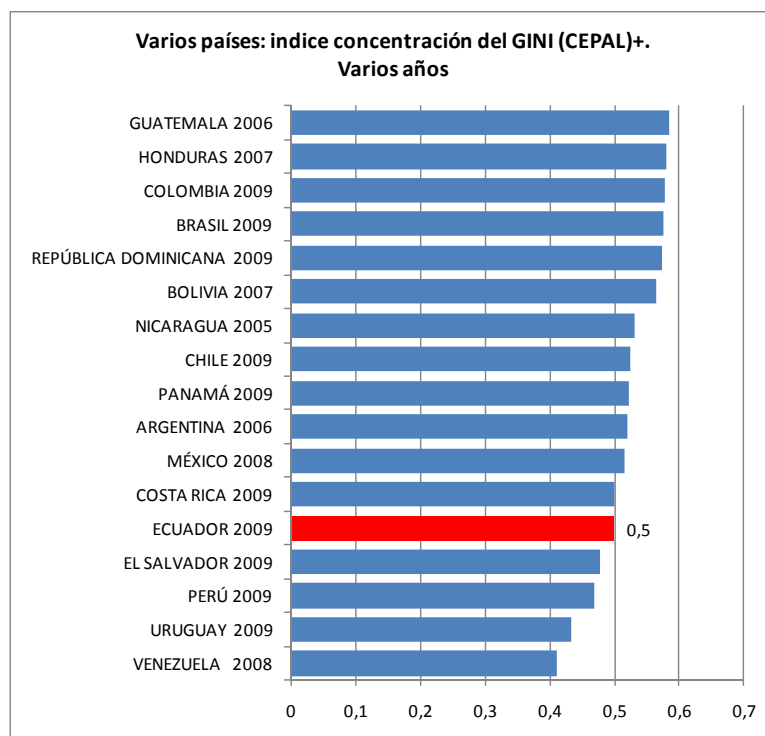
⁶⁶ JUAN PONCE y ALBERTO ACOSTA. Pobreza en la “revolución ciudadana” O ¿pobreza de revolución? Artículo. En: <http://insumisos.com/LecturasGratis/pobreza%20en%20la%20revolucion%20ecuatoriana%202010.pdf>. Acceso: 15.03.2011

⁶⁷ BANCO CENTRAL DEL ECUADOR. *Evolución de la Economía Ecuatoriana. Junio 2010*. En: http://www.bce.fin.ec/documentos/Estadisticas/SectorReal/Previsiones/IndCoyuntura/EvolucionEconEcu_06-10.pdf. Acceso: 19.09.2011

⁶⁸ CEPALSTAT. 2010. Índice de concentración del Gini. En: <http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idAplicacion=1&idTema=363&idioma=> Acceso: 07.12.2010

índices GINI de los países seleccionados, lo cual le ubicaría en mejor situación que Costa Rica, México y Argentina en cuanto a distribución del ingreso. Este mejor posicionamiento del país frente al resto, se debería a que de alguna manera el Ecuador redistribuiría de mejor manera los recursos. Ver Gráfico 13.

Gráfico 13: Índice de concentración del GINI. CEPAL.



FUENTE: CEPALSTAT. 2010.

1.3. Mercado laboral

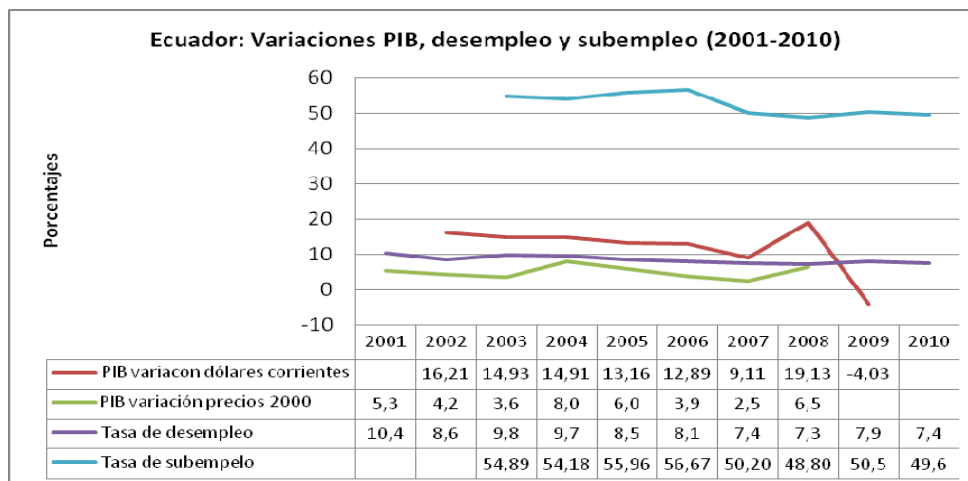
- *Desempleo y subempleo*

Una de las formas más importantes de medir el funcionamiento de una economía, es observando el desempleo y subempleo, sobre la base de la Población Económicamente Activa (PEA).⁶⁹ En general el país ha reducido el desempleo en 2.4 puntos porcentuales en ocho años (2003-2010) y el subempleo en 5.9 puntos. Por otro lado, si consideramos el periodo 2006-2010, las tasas en referencia se redujeron en 0,7% (desempleo) y 7.07% (subempleo). (Ver Gráfico 14). En general las tasas de desempleo y subempleo para el periodo de estudio se mantienen constantes, lo cual afecta el nivel de consumo de servicios de salud de la población en general. Este elemento se podría contrastar con estudios como

⁶⁹ Son todas las personas de 10 años y más que trabajaron al menos una hora en la semana de referencia, o aunque no trabajaron, tuvieron trabajo (ocupados), o bien aquellas personas que no tenían empleo pero estaban disponibles para trabajar (desocupados).

las Cuentas Satélites en Salud y ENDEMAIN; estudios que no se han actualizado desde el 2005 y 2004 respectivamente.

Gráfico 14: Ecuador: Variaciones del PIB, desempleo y subempleo (2001-2009)



Fuente: BANCO CENTRAL DEL ECUADOR. 2011.

Por otro lado, la crisis internacional 2008-2009 que elevó drásticamente a las tasas de desempleo (paro) en España, significó también un impacto directo para el Ecuador, dado el volumen de migrantes, que viven y remiten remesas desde el país europeo. Para el 2008 el desempleo abierto en España era del 11,3%, en tanto que para el segundo semestre del 2009 fue del 17,9%;⁷⁰ aquello pudo haber afectado el envío de remesas hacia Ecuador, considerando que España y Estados Unidos son los principales destinos de los migrantes ecuatorianos. Para el 2008, España aportaba con el 41.02% del total de las remesas. Recientemente se ha observado nuevos flujos migratorios a países como Italia, México y Venezuela.⁷¹

Según un informe del Banco Interamericano de Desarrollo, BID, el destino de las remesas es el gasto de consumo familiar (manutención y educación), las mismas que han contribuido a reducir la pobreza pero también señala esta institución bancaria, esas remesas generan ciertas distorsiones en el mercado laboral, presiones inflacionarias, con lo que los

⁷⁰ CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ORGANIZACIONES EMPRESARIALES. *Situación socioeconómica*. Informe mensual No. 9. Pág. 18. En: http://cepcio.hispamat.com/Uploads/docs/Boletin_CEOE_09.09.pdf

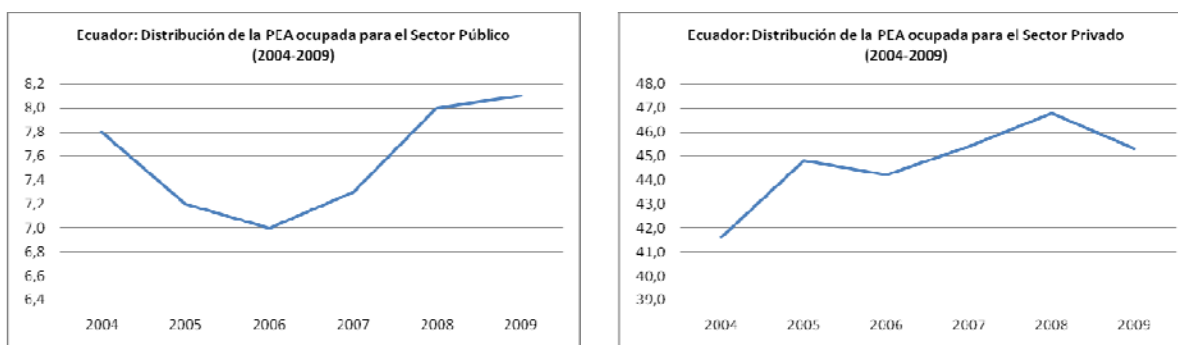
⁷¹ BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. *Programa de Mejora de la información y de procedimientos de los Bancos en el área de remesas. Ecuador*. En: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=35558621>. Acceso: 20.04.2011

beneficiarios de las remesas pierden el interés en el mercado interno, bajo la expectativa de emigrar.⁷²

Si bien el informe del BID, señala que las remesas se dirigen al consumo y la educación, no es menos cierto que por lo menos para el 2005, los hogares financiaban el 58%⁷³ del gasto total en salud; entonces una reducción de las remesas y el empleo en los países destino de nuestros migrantes, de hecho generará restricciones a los hogares beneficiarios; por tanto también restricciones en el gasto en salud.

De igual manera, de acuerdo a datos recogidos por la Comisión Económica para América Latina, CEPAL, para los años 2004-2009, referente a la distribución de la población económicamente activa ocupada, según inserción laboral (sector público y privado), se sugieren que entre 2008 y 2009 se incrementaron 5.858 empleos públicos, pasando así éstos a constituir del 8 al 8.1% de la PEA del país, en tanto que para el sector privado, ésta tasa se redujo del 37.8 al 36.7%, dejando en el desempleo a cerca de 90 mil personas⁷⁴ (Gráfico 15).

Gráfico 15: distribución de la PEA, sector público y privado (2004-2009)



El problema de desempleo, no es solo un tema económico, es un tema de salud. Precisamente la Organización Panamericana de la Salud, OPS, al definir a la salud, señala que ésta es el estado de completo bienestar psicológico, físico y social, y no sólo la ausencia de enfermedades o afecciones; así, una persona desempleada no puede estar saludable. Al respecto un estudio comparativo realizado en las comunidades de Huesca y Albacete de España entre 1985 y 1986, concluye que:

⁷² BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. 2010. *Programa de Mejora de la información y de procedimientos de los Bancos en el área de remesas*. Ecuador. Abril 2010. Pág. 9.

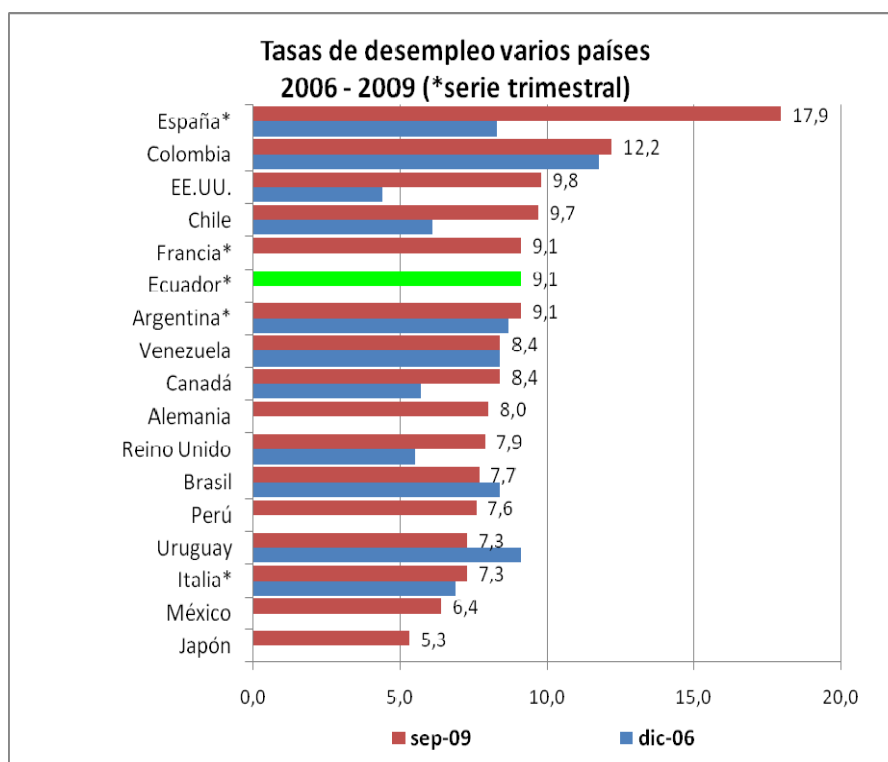
⁷³ CONASA. *Cuentas Satélite de los Servicios de Salud del Ecuador*. 2008.

⁷⁴ CEPAL. *Anexo Estadístico. Indicadores del mercado de trabajo. Distribución de la PEA ocupada. 2004-2009*. En: www.eclac.org/publicaciones/.../PSE2010_AnexoEstadistico-Preliminar.xls. Acceso: 20.03.2011

“La ausencia de trabajo, el miedo a perderlo, la temporalidad, ..., se convierte en factores de stress permanente, en mayor o menor medida responsables de la quiebra de las defensas psicológicas (y aún biológicas –como sabemos) de los sujetos inscritos en esta problemática. **La dotación del sujeto hará que las respuestas sean más o menos patológicas, más o menos desadaptadas**”.⁷⁵
 (Negrillas añadidas para enfatizar)

La tasa de desempleo del Ecuador, se ubica entre las más altas de entre los países seleccionados por el INEC. Una visión internacional sobre los niveles de empleo-desempleo entre los años 2006 y 2009; muestra que la tasa de desempleo de Ecuador para 2009, era del 9.1%⁷⁶. Para el 2010 la tasa sería del 7.4.

Gráfico 16: Tasas de desempleo de varios países (2006-2009)



Fuente: INEC. 2011

⁷⁵ MIGUEL DE UÑA MATEOS. *El desempleo como factor de stress psicosocial. Un estudio comparativo del comportamiento en dos comunidades*. Artículo. Sin fecha. En: http://www.google.com.ec/search?hl=&q=afectaciones+del+desempleo&sourceid=navclient-ff&rlz=1B7GGLL_esEC400&ie=UTF-8. Pág. 2. Acceso: 20.30.2011

⁷⁶ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSOS. 2011. En: http://www.INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSOS.gob.ec/web/guest/ecu_est/est_soc/enc_hog/enc_emp_sub/tasas_des_otr_pais. Acceso: 10.03.2011

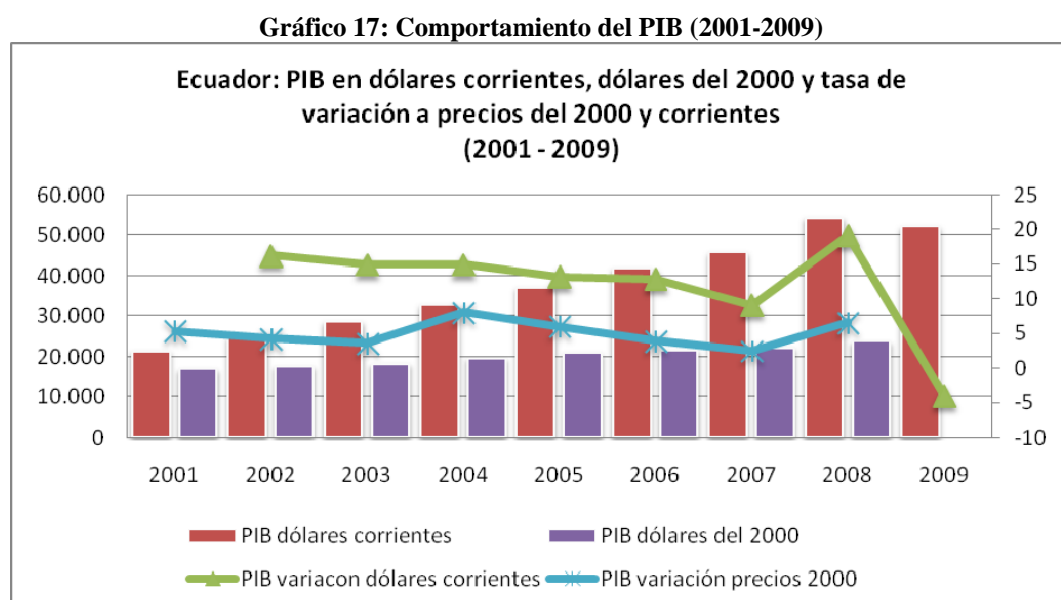
1.4. Política Social y Gasto Social

- **Producto Interno Bruto**

En general la economía ecuatoriana durante el período 2001 – 2009, medida en términos de PIB⁷⁷ en general creció a una tasa interanual del 10.95%, mientras que la tasa de crecimiento de la economía en valores constantes (precios del 2000) lo hizo a una tasa del 3,82%. La diferencia entre estas tasas se podría llamar inflación, ya que los 54 mil millones de dólares del 2009 apenas representan 23.5 mil millones en dólares constantes, esto es el 43%⁷⁸. La crisis internacional del 2009 generó un decrecimiento del PIB en el orden del 4%, hecho similar a lo ocurrido en 1999 y 2000; 28% y 4% respectivamente producto de la crisis bancaria nacional.

Estos elementos al igual que la caída del empleo en países receptores de migrantes como España, pudieron haber generado contracción en el gasto de los hogares dirigidos al sector salud. Para confirmar esta presunción económica es necesario actualizar el estudio de Cuentas Satélites en Salud y/o el ENDEMAIN (Encuesta Demográfica y de Salud Materno-Infantil), realizados al 2005 y 2004 respectivamente.

El Gráfico17, muestra el comportamiento del PIB tanto en términos corrientes como constantes y variación porcentual.



Fuente: BANCO CENTRAL DEL ECUADOR. 2011. Cuentas Nacionales.

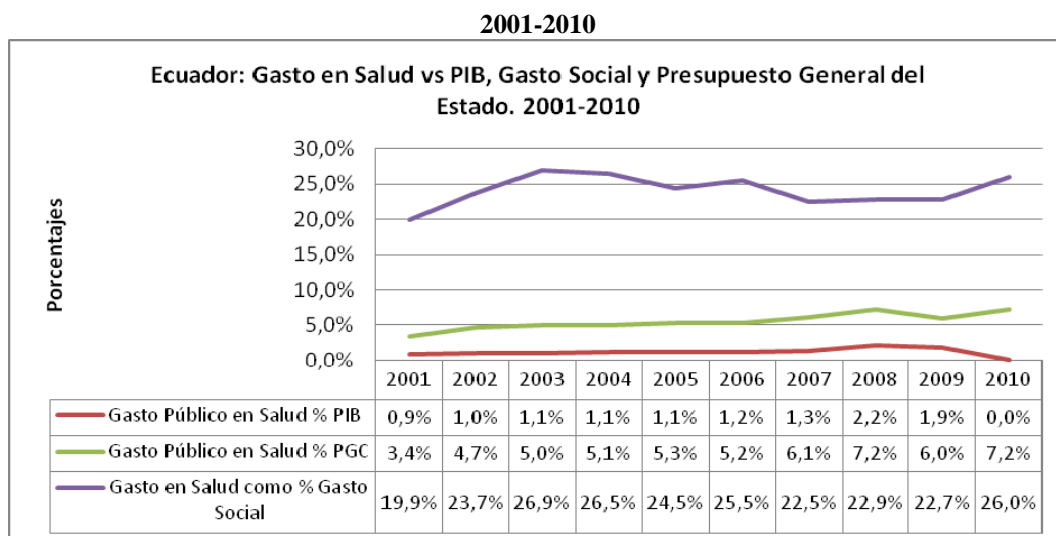
⁷⁷ El Producto Bruto Interno (PBI) es el valor monetario de los bienes y servicios finales producidos por una economía en un período determinado.

⁷⁸ BANCO CENTRAL DEL ECUADOR. *Cuentas Nacionales*. En: <http://www.bce.fin.ec/docs.php?path=/home1/estadisticas/bolmensual/IEMensual.jsp>. acceso 01.03. 2011

- **Tendencias del Gasto Público y Gasto Social**

El porcentaje de Gasto Público en Salud es una medida sobre la importancia que le dan los gobiernos al sector, en el caso de Ecuador hemos pasado de 0.9% en 2001 al 1.9% en el 2009; es decir hemos incrementado un punto porcentual. En términos absolutos, este incremento significó 795 millones de dólares. (Gráfico 18).

Gráfico 18: Ecuador. Gasto en Salud vs PIB, Gasto Social y Presupuesto General del Estado.



Fuente: BANCO CENTRAL DEL ECUADOR. 2011. Cuentas Nacionales.

Por otro lado, de acuerdo a datos elaborados por la CEPAL⁷⁹ para el año 2008, el país que menos invierte en salud fue Perú con 1.17% del PIB y el que más invirtió fue Cuba, con el 11.82%. De la lista de países seleccionados, presentada por la CEPAL, en el que no consta Ecuador (Tabla 11), el promedio del gasto público, es de 3.84%. Para que el Ecuador, llegue a este promedio implicaría la inyección de por lo menos 1.015 millones de dólares; es decir, el gasto social en salud para el 2009 debería haber sido de 1.998 millones de dólares. Sin embargo, en ese año, ese gasto fue de solo US\$ 982 MM.

Tabla 11: Gasto Público en Salud como porcentaje del PIB

País	Año 2008
Perú	1,17
Guatemala	1,18
Paraguay	1,5
Colombia	1,94
México	2,8
Chile	3,35
Trinidad y Tobago	3,41

⁷⁹ CEPALSTAT. *Estadísticas de América Latina y el Caribe*. En: <http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idAplicacion=1&idTema=6&idioma=>

País	Año 2008
Nicaragua	3,71
Uruguay	4,46
Brasil	4,94
Costa Rica	5,82
Cuba	11,82

Fuente: CEPALSTAT. 2011

Sin embargo de lo descrito, quizá el mayor problema de la Salud Pública del país, es el no conocer con exactitud la cobertura que alcanza el sector público y, por tanto qué cantidad de recursos necesita el gobierno, para garantizar la equidad. Esto ocurre debido, entre otras cosas, a la falta de un sistema computarizado de registro de atenciones (historia clínica electrónica), así como el uso de distintos “códigos” para la identificación de la historia clínica, siendo incomprensible que aún no se utilice el número de cédula de ciudadanía, lo cual resultaría del todo práctico.

La carencia de información que permita determinar la cobertura y la concentración de la atención de salud; así como la ausencia de procesos de auditoría económica, financiera y médica, le impiden al sector público asignar recursos económicos basados en necesidades epidemiológicas, culturales, generacionales y de género, así como emprender en la evaluación de indicadores de resultado e impacto.

Respecto a la cobertura del MSP, como se menciona en líneas anteriores, la institución para el 2006 habría cubierto al 30%⁸⁰ de la población, mientras que en el 2010 la cobertura del MSP sería del 48% (IESS, 2010).⁸¹

Sistemas de información y gestión de los servicios en salud, están disponibles en instituciones como el IESS y las Fuerzas Armadas; sería interesante que el MSP, se apoye en este tipo de experiencias, a fin de garantizar la equidad, consagrada en la Constitución de la República:

“... La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia,

⁸⁰ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. *Conferencia Fragmentación de los Servicios de Salud en el Distrito Metropolitano de Quito. Un Problema del Sistema Nacional de Salud Ecuatoriano*. Ppt., Octubre del 2007.

⁸¹ INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL, *Dirección General de Salud Individual y Familiar, Seminario Internacional "Reformas de la Seguridad Social en Iberoamérica"*. Ppt., 20 octubre del 2010

eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”⁸²

(Negrillas añadidas para enfatizar)

Ahora bien, si el Estado garantiza el derecho a la salud y el cumplimiento de ese derecho está a cargo de la Autoridad Sanitaria Nacional, que es el Ministerio de Salud Pública, esta obligación se cruza con lo dispuesto también en la Constitución, cuando en el artículo 34 dispone que el estado garantizará el derecho a la seguridad social a las personas que realizan trabajo no remunerado en el hogar (amas de casa), actividades de auto sustento, trabajo autónomo y desempleados. Entonces, la pregunta obvia es: ¿son los grupos definidos en la Constitución una responsabilidad del IESS o del MSP? Siendo que los servicios que prestan ambas entidades, son complementarios, entonces, la respuesta es que dicha garantía constitucional es responsabilidad del IESS y del MSP. Precisamente, la norma constitucional en referencia, deja implícita esa corresponsabilidad, según se desprende de su texto:

*“Art. 34.- El derecho a la **seguridad social es un derecho irrenunciable de todas las personas, y será deber y responsabilidad primordial del Estado. La seguridad social se regirá por los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiaridad, suficiencia, transparencia y participación, para la atención de las necesidades individuales y colectivas.***

*El Estado **garantizará y hará efectivo el ejercicio pleno del derecho a la seguridad social, que incluye a las personas que realizan trabajo no remunerado en los hogares, actividades para el auto sustento en el campo, toda forma de trabajo autónomo y a quienes se encuentran en situación de desempleo.**”⁸³* (Negrillas añadidas para enfatizar)

De acuerdo al artículo 2 de la Resolución No. C.D. 308 de Consejo Directivo del IESS, el Seguro de Salud Individual y Familiar está orientado a la “*atención del asegurado*” y, al ser una garantía constitucional del Estado la seguridad social para los grupos poblacionales específicamente definidos en la Constitución, queda claro que el IESS está incumpliendo el mandato constitucional de afilar a los grupos de personas mencionadas en el inciso segundo del artículo 34 de la Constitución.

Adicionalmente, la misma Resolución 308 señala:

⁸² CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR. Registro Oficial No. 449 - Lunes 20 de Octubre de 2008. Artículo 32, inciso segundo.

⁸³ CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR. Registro Oficial No. 449 - Lunes 20 de Octubre de 2008. Artículo 34

*“El Seguro General de Salud Individual y Familiar fortalecerá la atención ambulatoria en la promoción, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la enfermedad, rehabilitación y limitación de la discapacidad, incluyendo cuidados paliativos, que garanticen la eficiencia y reorientación en la **atención de la salud al asegurado** y en red.”*⁸⁴ (Negrillas añadidas para enfatizar)

El impacto que el mandato constitucional señalado ocasiona a los servicios de salud que prestan el IESS y el MSP, son mayúsculos, pues significan que estas entidades deben incrementar, significativamente, sus presupuestos.

- ***Equidad y acceso universal***

La Real Academia Española define a la equidad como la *“Disposición del ánimo que mueve a dar a cada uno lo que merece.”* Esta idea distributiva, es en general la que para el área de la salud, adopta la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Este organismo, considera a la equidad desde dos ámbitos: equidad en Salud y equidad en servicios de salud. El primero se relaciona con la *“ausencia de diferencias sistemáticas en uno o más determinantes de la salud en grupos definidos en los aspectos sociales, demográficos o geográficos”*. El Segundo en cambio hace referencia en *“las diferencias de acceso a servicios para igual necesidades (equidad horizontal) y aumento de recursos para grupos definidos en los aspectos sociales, demográficos o geográficos (equidad vertical).”*⁸⁵

Sin embargo de conocer y comprender por parte de los tomadores de decisiones, los alcances conceptuales de la equidad, inequidad, desigualdad, equidad horizontal, equidad vertical, etc., parece ser que las autoridades o ciertos grupos de intereses, siempre se decidirán por atender problemas “inmediatos” antes que emprender en estrategias de prevención y promoción de la salud como refiere Ildefonso Hernández (Hernández 2010), en relación a la comunidad europea.

Hemos comprobado –manifiesta Hernández- que ideas clave para la mejora de la salud de las poblaciones ...se difunden muy lentamente. Así mismo, la puesta en práctica en los servicios de salud de ideas conformadas en el campo de la salud pública ... y aunque en su día fuesen momentáneamente atractivas para el

⁸⁴ INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL. 2010. Resolución No. C.D. 308. Aprobado en sesiones del 11 enero y 10 de marzo del 2010.

⁸⁵ OMS/OPS. *Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*, 2008. Pág. 34.

*conjunto del sistema tanto las ideas sobre la organización de unos **servicios sanitarios orientados hacia la promoción y la prevención**, como las de unos servicios sanitarios guiados por los resultados en salud, **los intentos de aplicarlas se quedaron en intenciones o pasaron casi desapercibidos por los grupos dirigentes de los servicios de salud, más interesados en resolver los problemas más inmediatos.***⁸⁶ (Negrillas añadidas para enfatizar)

Como se menciona en párrafos anteriores, de acuerdo a análisis realizados por varios investigadores en el campo de la salud, el IESS, el MSP tendría una cobertura de servicios del 48% de la población, el IESS el 14%, el SSC el 6%, el ISSFA el 1%, los privados el 3%, dejando como lo denomina el IESS, al 28% de la población con acceso “limitado”.⁸⁷ Esta situación presenta un cuadro de incumplimiento de la garantía de la universalidad y gratuidad de los servicios, establecidos en el inciso segundo del artículo 362 de la Constitución:

*“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.”*⁸⁸
(Negrillas añadidas para enfatizar).

En términos generales la inequidad se refleja en un 28% de la población que tendría un “acceso limitado” a los servicios de salud y, en virtud de que no existen registros automatizados sobre la cobertura de la instituciones del país, no sería nada difícil señalar que esta población carece de servicios que resuelva sus problemas de salud-enfermedad.

Por otro lado, en el Gráfico 19, se puede observar que para el año 2005 los Hogares financiaban el 58% de los gastos en salud, el Gobierno Central lo hacía en 25%, las Sociedades No Financieras en el 11%, Sociedades Financieras en el 21% y las entidades sin fines de lucro en el 4%.

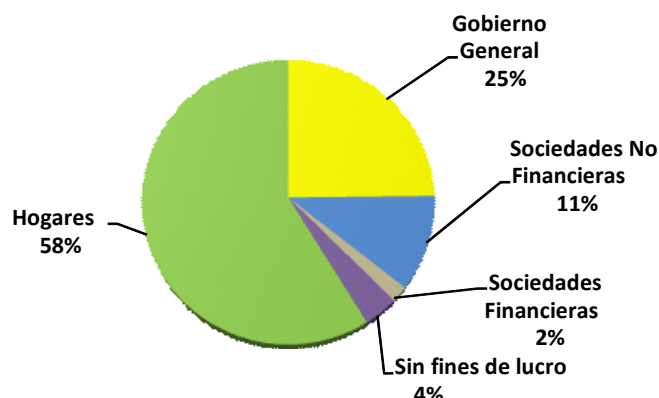
⁸⁶ MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. 2010. *Equidad en salud: un reto para Europa*. Madrid. N.º 1 - Enero-Febrero 2010. Ildefonso Hernández Aguado. Pág. 1. En: http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol84/vol84_1/RS841C_1.pdf

⁸⁷ INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL. Dirección General de Salud Individual y Familiar. 2010. Ppt.

⁸⁸ CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR. Registro Oficial No. 449 - Lunes 20 de Octubre de 2008. Artículo 362

Gráfico 19: Financiamiento del Sector Salud

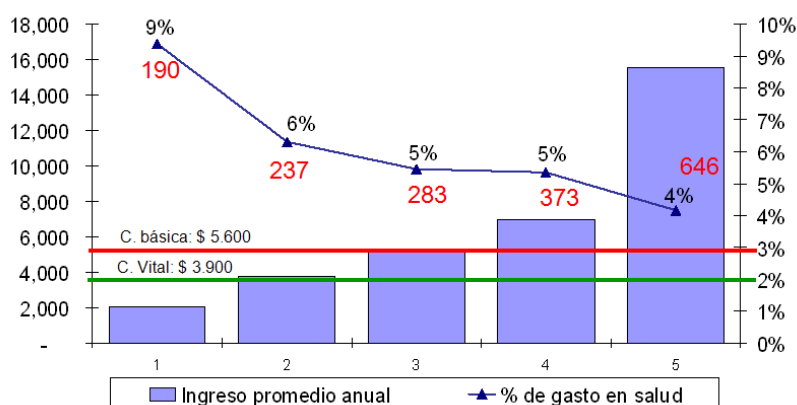
Ecuador: Financiamiento de la salud por sectores institucionales. 2005



Fuente: INEC-CONASA. 2010.

De acuerdo a datos publicados por la Autoridad Sanitaria en el 2007 (MSP. 2007), donde se muestra el gasto de salud en función de los ingresos percibidos por las familias (Gráfico 17), ayuda a comprender de mejor manera el tema de la inequidad, tanto en el porcentaje que los hogares dedican a financiar los servicios de salud, como por el porcentaje de los ingresos que las familias dedican a la salud.⁸⁹; Es decir, mientras el quintil 1 de la población dedica el 9% de sus ingresos a la salud, el quintil 5, lo hacen en un 4% de sus ingresos. La inequidad es visible, toda vez que las familias de quintil 1, no alcanza con sus ingresos a cubrir la Canasta Vital -solo alimentos-.

Gráfico 20: Inequidad en el gasto en salud. Gasto en salud hogares. ECV. 2006



Fuente: MSP. 2007. Lineamientos Generales
 Elaboración: MSP. 2007. Lineamientos Generales

⁸⁹ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. *Propuesta de Articulación de la Salud para la Inclusión Social, Lineamientos Generales, 2007*

CAPITULO II

2. EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y LA EQUIDAD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

En junio de 1967, la Asamblea Nacional Constituyente creó el Ministerio de Salud Pública (MSP) con el objeto de *“Atender las ramas de Sanidad, Asistencia Social, y los más que se relacionan con la salud, en general”*⁹⁰.

La Constitución de la República del 2008, en el inciso primero del artículo 32 establece que la salud es un derecho y que además, éste se vincula con otros derechos como el acceso al agua, a la alimentación, educación entre otros; transformando una noción general del “acceso a la salud”, a un derecho constitucional. En este sentido, el avance es de trascendental importancia para la nación. El referido artículo señala:

*“La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.”*⁹¹ (Negrillas añadidas para enfatizar).

Por otro lado, la misión institucional del MSP incorpora criterios como desconcentración, descentralización y participación al señalar:

*“Garantizar el derecho a la salud, su promoción y protección... involucrando a todos los sectores y actores responsables en los ámbitos nacional, provincial y local,... de manera **desconcentrada, descentralizada y participativa...**”*⁹² (Negrillas añadidas para enfatizar).

Los logros de la Constitución del 2008 son trascendentes, considerando que hace dos décadas la tendencia era absolutamente contraria, es decir, cobro de servicios vía tarifario, en función de una supuesta capacidad de pago.

⁹⁰ Registro Oficial No. 149 del 16 de junio de 1967. Ley de Creación del Ministerio de Salud Pública, Decreto Legislativo 84

⁹¹ CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR. Registro Oficial no. 449 - Lunes 20 de Octubre de 2008.

⁹² SENPLADES. *Plan Nacional del Buen Vivir. Ministerio de Salud Pública. Información institucional*. En: <http://plan.senplades.gob.ec/ministerio-de-salud>. 10.12.2010

En concreto en enero de 1999, se emite Decreto Ejecutivo 502, que faculta al MSP la implementación de sistemas descentralizados de servicios y, en septiembre de 1999, se emiten Normativas para la desconcentración presupuestaria del MSP.⁹³

El artículo 1 del Decreto Ejecutivo No. 502 de 22 de enero de 1999, facultaba al Ministerio de Salud Pública “*desarrolle e implemente sistemas descentralizados de salud, que incorporen modelos de autonomía de gestión de los servicios de esta naturaleza...*”⁹⁴ así mismo le facultaba la estructuración de funciones para consejos locales, cantonales y provinciales de salud; así como comités de gestión a nivel de hospitales y áreas de salud, como instancias de concertación y de gestión participativa de los sistemas descentralizados de salud.

Se entiende que dichas decisiones se orientaban a la privatización de los servicios, sobre todo cuando se modifica el Acuerdo Ministerial No 1292, publicado en Registro Oficial No 198 de 26 de mayo de 1999 en los siguientes términos:

“El literal h) se cambia por el siguiente texto: c) Conocer los tarifarios y mecanismos de recuperación parcial de costos elaborados por los hospitales y las áreas de Salud y aprobados por la Dirección Provincial de Salud respectiva”.

Este elemento definitivamente era parte de la política de privatización de los servicios, reducción del gasto público y formas de co-pago de los usuarios. Este hecho configuraría los conocidos recursos de autogestión, que permitía a las unidades contratar personal, infraestructura, equipamiento y demás, como bien lo señala el Proyecto Salud de Altura.

“Decreto Ejecutivo 502, Registro Oficial 118 de 28 de enero de 1999. / Acuerdo Ministerial 1292, Registro Oficial 198 de 26 de mayo de 1999. La regulación establece que los recursos provenientes por la autogestión pueden destinarse al menos en un 30% al rubro de insumos y medicamentos; y hasta un 20% a la contratación de personal profesional y técnico de atención directa al paciente, igualmente puede cubrir rubros de contratación de servicios de mantenimiento de equipos médicos “críticos”; contratación de servicios de atención directa al paciente, o servicios auxiliares; fortalecimiento de la gestión institucional;

⁹³ Cabe mencionar que dos décadas después contamos con una institución centralista, meramente desconcentrada y nada descentralizada. Esto se puede observar en los requerimientos diarios de Hospitales y Áreas de Salud, respecto a modificaciones –reformas- presupuestarias de recursos transferidos directamente desde el Ministerio de Finanzas.

⁹⁴ TRIBUNAL CONSTITUCIONAL. 2005. 4 de julio del 2005 - R. O. No. 52. En: http://www.derechoecuador.com/index.php?option=com_content&task=view&id=1029&Itemid=341

pequeñas remodelaciones/ampliaciones físicas o adquisición de equipos; constitución/complementación de fondos de contraparte para obra física y/o adquisición de bienes. 8 La categorización socio-económica preveía 5 categorías. Categoría A con atención gratuita. Categoría B que cancelaba el 25% de las tarifas. Categoría C cancelaba el 50% de la tarifa. Categorías D y E cancelaban el 100% de la tarifa. El tarifario fue utilizado limitadamente.”⁹⁵

Finalmente en septiembre del 2006 se deroga del Decreto Ejecutivo No. 502, publicado en el Registro Oficial No. 118, de 28 de enero de 1999.⁹⁶

Es en este contexto que se realiza el análisis de criterios y/o herramientas que disponen la Subsecretaría de Extensión de la Protección Social, Servicios de Salud y Medicamentos del Ministerio de Salud Pública, con el objeto de determinar si el MSP cuenta con herramientas para la asignación de recursos, infraestructura y equipamiento y, adquisición de medicamentos respectivamente, dirigidos al Primer Nivel de Atención.⁹⁷

En cuanto a la Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud (SEPSS), no fue posible conseguir documentos que recojan los criterios técnicos y/o herramientas para la asignación de recursos.

En el caso de Servicios de Salud, la autoridad pertinente proporcionó el Manual de Normas de Licenciamiento emitido en abril del 2004.

En cuanto a la Unidad de Gestión de Medicamentos, ésta proporcionó el Manual de Procesos para la Gestión del Suministro de Medicamentos, publicado mediante Acuerdo Ministerial 915 de 29 de diciembre del 2009.

En ese contexto a continuación se presenta la información recabada en las instancias del MSP, con el propósito de identificar la presencia de criterios técnicos y/o herramientas con que cuentan y/o utilizan para la asignación de recursos al Primer Nivel de Atención.

⁹⁵ PROYECTO SALUD DE ALTURA. 2008. Serie: Barómetro de Quito. “*El presupuesto del Ministerio de Salud Pública en el Distrito Metropolitano de Quito*”. Pág. 15. En: En: <http://www.saluddealtura.com/fileadmin/PDF/PUBLICACIONES/Barometro2.pdf>

⁹⁶ Registro Oficial No. 349 de 5 de Septiembre del 2006

⁹⁷ De acuerdo con la Subsecretaría de Planificación, Econ. Sara Naranjo los recursos los asigna el Ministerio de Finanzas vía pre-asignaciones (70%) y de inversión (30%). Estos recursos, los de inversión, los planifican, administran y ejecutan los responsables de cada Proyecto. A esa medida –*señala*- la responsabilidad de planificación recae en lo responsables de programas y proyectos que ejecuta el Nivel Central; más no de la Subsecretaría que dirige.

2.1. Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud (SEPSS)

La Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud (SEPSS) se crea mediante Acuerdo Ministerial 343, de julio 3 del 2007. Los objetivos de la Subsecretaría son: a) Proponer políticas de extensión de la protección social en el país, así como las reformas necesarias y suficientes para su adecuado ejercicio, b) Definir la agenda estratégica para el cumplimiento de las políticas de extensión de la protección social, d) Coordinar, monitorear y evaluar la ejecución de las políticas, e) Desarrollar un sistema de gestión eficiente y eficaz de los procesos y productos en ellas contemplados y, f) Establecer los mecanismos idóneos para asegurar un sistema de información e indicadores oportunos y adecuados para la toma de decisiones.

Sin embargo, en la actualidad es un franco ejecutor de proyectos; es decir, su actividad se ha concentrado en ejecutar Proyecto y no precisamente en cumplir con los objetivos establecidos en su creación. Lamentablemente la señora Subsecretaria de ese entonces, no dio respuesta alguna al requerimiento enviado. De ahí que, al no disponer de criterios y/o herramientas para la asignación de recursos se procedió a resumir los principales proyectos/componentes que ejecuta, en función de un informe desarrollado por esa dependencia (SEPSS) en octubre del 2009. Ver Anexo No. 1.

2.1.1. Presupuesto asignado a los proyectos SEPSS

A continuación se presenta los valores asignados a la SEPSS por proyectos o componentes ejecutados en el periodo 2008-2010.

Tabla 12: Presupuesto asignado a la SEPSS: 2008-2009

PROYECTOS / PRESUPUESTO⁹⁸	AÑO 2008	AÑO 2009	AÑO 2010
Convenios con municipios, ONGs y otros	9.113.868,46		
administración del aseguramiento en salud	5.335.326,67	4.598.765,15	0,00
Extensión protección social en salud	699.882,67	978.880,48	6.080.451,87
Programa de apoyo a las personas con discapacidad "ecuador sin barreras"		202.514,12	0,00
Campaña de solidaridad	4.561.074,10		0,00
Atención a enfermedades catastróficas	0,00	2.447.862,93	0,00
Convenios red complementaria			13.335.121,09
TOTAL INVERSIONES	19.710.151,90	8.228.022,68	19.415.572,96

Fuente: eSIGEF – Departamento de Presupuesto - MSP

Elaboración: SEPSS

⁹⁸ Valores devengados

El promedio de ejecución de la SEPSS en el pedido de referencia es del 86%, es decir, 47 millones aproximadamente de cerca de 50 millones asignados. A continuación se presenta un conjunto de alternativas de inversión sobre los recursos asignados, en procura de fortalecer el Primer Nivel de Atención.

2.1.2. Alternativas de inversión de la SEPSS

Con los cerca de 50 millones de dólares asignados a la Subsecretaría de Protección, se pudo invertir en las siguientes alternativas, todas dirigidas a fortalecer la atención de primer nivel: 298 Puestos de Salud, 164 Subcentros, 50 Centros de Salud u 17 Hospitales Básicos.

Tabla 13: Alternativas de inversión recursos asignados a la SEPSS

TIPO DE UNIDAD	Puesto de Salud	Subcentro de Salud	Centro de Salud	Hospital Básico
POB. A CUBRIR	2.000	20.000	30.000	65.000
CONSTRUCCIÓN	\$ 60.000,00	\$ 80.000,00	\$ 140.000,00	\$ 720.000,00
EQUIPAMIENTO	\$ 40.000,00	\$ 60.000,00	\$ 200.000,00	\$ 750.000,00
RR. HH.	\$ 47.676,00	\$ 94.482,00	\$ 168.954,00	\$ 438.654,00
OPERACIÓN	\$ 20.000,00	\$ 70.000,00	\$ 500.000,00	\$ 950.000,00
REQUERIMIENTO X UNIDAD	\$ 167.676,00	\$ 304.482,00	\$ 1.008.954,00	\$ 2.858.654,00
PRESUPUESTO SEPSS	\$ 50.000.000,00	\$ 50.000.000,00	\$ 50.000.000,00	\$ 50.000.000,00
ALTERNATIVAS	298	164	50	17
Población beneficiaria (estimada)	596.388	3.284.266	1.486.688	1.136.899

Al parecer la mejor alternativa era construir y equipar Centros de Salud, debido a su gran alcance de cobertura poblacional en procura de fortalecer el primer nivel de atención y la implantación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), cuya declaración conceptual es la siguiente:

“El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) es el conjunto de políticas, principios, componentes, estrategias, actividades, instrumentos y recursos que actuando de manera integral e integrada, permiten articular los conocimientos científicos y la sabiduría comunitaria contribuyendo a la generación de respuestas intersectoriales oportunas en materia de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud con calidad, calidez a las personas, familia y comunidad,

*considerando su diversidad y especificidades de género, cultura y ciclo de vida”.*⁹⁹

2.2. Servicios de Salud

2.2.1. Niveles de atención y complejidad

A continuación se detalla los niveles de atención y complejidad de las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública (MSP), la misma que proviene del Manual de Normas de Licenciamiento emitido en abril del 2004.¹⁰⁰ Cabe mencionar que los niveles de atención y complejidad de las unidades de salud fueron revisados para el sector salud el 15 de noviembre del 2005 y publicados el 25 de octubre del 2006. En esencia las modificaciones no son sustanciales a las establecidas por el MSP.

*“... Mediante Acuerdo Ministerial del 18 de abril de 2006 se define al **licenciamiento como un proceso prioritario** y se actualizan los diferentes tipos de unidades operativas según la capacidad resolutive y niveles de prestación.”*¹⁰¹
(Negrillas añadidas para enfatizar)

Por lo expuesto y al tratarse de una normativa, a continuación se transcribe el texto original, con el propósito de dimensionar las características y estándares que deben tener las unidades de salud.

a) Primer nivel

El Primer Nivel de Atención, es el conjunto de recursos y procedimientos tecnológicos, organizados de tal manera que permitan atender y resolver las necesidades básicas y más frecuentes del proceso salud-enfermedad de una población dada. Constituye la puerta de entrada y el primer contacto de las personas con el sistema de salud. En este nivel se encuentran los Puestos, Subcentros y Centros Salud.

• Puesto de salud

Definición Conceptual y Capacidad Resolutiva.- Es una unidad de salud que realiza actividades básicas de: fomento, promoción y prevención de la salud, primeros auxilios, acciones básicas de saneamiento ambiental y actividades con participación de la

⁹⁹ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. *Manual Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural MAIS-FCI*.2009. Pág. 35.

¹⁰⁰ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. *Manual de Normas de Licenciamiento*. Abril del 2004.

¹⁰¹ CONASA, *Conjunto de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud*, 2006, pg. 25

comunidad, mantiene relación de dependencia técnica y administrativa, e informa sus actividades al Subcentro de Salud de la parroquia a la que pertenece; cumple con las normas y programas del MSP, que le corresponden a su nivel.

Tipo de Atención.- La atención es de tipo ambulatorio y lo realiza una auxiliar de enfermería. Recibe visita itinerante y periódica de la unidad que depende y su capacidad resolutive es reforzada con la referencia-contrareferencia.

Ubicación Geográfica y accesibilidad poblacional.- Se ubica en comunidades rurales, anejos o recintos con poblaciones menores a 2000 habitantes.

- **Subcentro de salud**

Definición Conceptual y Capacidad Resolutive.- Es una unidad operativa que realiza actividades básicas de: fomento, prevención, promoción y recuperación de la salud, incluyendo atención del parto normal de emergencia y atención odontológica; si existe el recurso; promueve acciones básicas de saneamiento ambiental y actividades de participación comunitaria; cumple con las normas y programas del MSP para su nivel. Su relación de dependencia y envío de la información es con la Jefatura de Área correspondiente.

Tipo de Atención.- La atención es de tipo ambulatoria, y lo brinda el equipo básico conformado por médico, odontólogo y un auxiliar de enfermería o enfermera, realiza referencia-contrareferencia en función de la complejidad de los casos y su capacidad resolutive; corresponde al primer nivel de prestación de servicios.

Ubicación Geográfica y accesibilidad poblacional.- Se ubica en cabeceras parroquiales con poblaciones mayores a 2.000 habitantes, el número de pobladores puede ser menor en el caso de las provincias Amazónicas y Galápagos

- **Centro de salud**

Definición Conceptual y Capacidad Resolutive.- Es la unidad operativa que brinda servicios integrados e integrales de: fomento, promoción, prevención, recuperación de la salud y atención odontológica; disponen de servicios auxiliares de diagnóstico como: laboratorio clínico y opcionalmente imagenología y promueve acciones de saneamiento ambiental y participación social. En función de la demanda y disponibilidad de recursos, algunos centros tienen camas de observación para la atención del parto normal e hidratación oral y otros cumplen funciones de control sanitario en el caso de ser Jefatura de

Área y en caso de ser tal, con la Dirección Provincial de Salud respectiva, a quien envía toda la información estadística; cumple con las normas y programas del MSP para su nivel, con énfasis en la referencia-contrareferencia.

Tipo de Atención.- La atención es de tipo ambulatoria y lo realiza un equipo de profesionales de la salud; corresponde al primer nivel de prestación de servicios.

Ubicación Geográfica y accesibilidad poblacional.- Se ubica en cabeceras Cantonales con poblaciones de hasta 30.000 habitantes.

b) Segundo Nivel

• Hospital básico

Definición Conceptual y Capacidad Resolutiva.- Unidad de salud que brinda atención ambulatoria, emergencia y hospitalización de corta estancia en: medicina general, gineco-obstetricia, pediatría y cirugía de emergencia; cumple acciones de fomento, protección y recuperación de la salud y odontología; dispone de auxiliares de diagnóstico como laboratorio clínico e imagenología. Su tamaño depende de las características demográficas y el perfil epidemiológico de su zona de influencia; su capacidad es de 15 hasta 50 camas de dotación normal. Cumple funciones de control sanitario en el caso de ser Jefatura de Área e informa a la Dirección Provincial de Salud correspondiente; forma parte y es el eje del sistema de referencia y contra referencia de los servicios del primer nivel.

Tipo de Atención.- La atención es de tipo ambulatorio y de hospitalización, realizada por un equipo de profesionales de la salud; atiende 24 horas al día, y corresponde al segundo nivel de prestación de servicios.

Ubicación Geográfica y accesibilidad poblacional.- Se ubica en cabeceras cantonales con poblaciones mayores a 30.000 habitantes, el número de la población puede ser menor en el caso de las provincias Amazónicas y Galápagos

• Hospital general

Definición Conceptual y Capacidad Resolutiva.- Unidad operativa que provee atención de salud ambulatoria de: especialidades, de referencia, de hospitalización en las cuatro especialidades básicas de la medicina con algunas subespecialidades de acuerdo al perfil epidemiológico de su área de influencia y emergencias; dispone de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, odontología, medicina física y de rehabilitación; y realiza

docencia e investigación. Excepcionalmente y en el caso de las provincias de amazónicas y Galápagos puede cumplir las funciones de Jefatura de Área.

Tipo de Atención.- La atención es de tipo ambulatorio, de hospitalización y las referencias de las áreas de salud; corresponde al segundo nivel de prestación de servicios, atiende 24 horas al día.

Ubicación Geográfica y accesibilidad poblacional.- Se ubica en las capitales de provincia y cabeceras cantonales con mayor concentración poblacional

c) Tercer nivel

- **Hospital especializado**

Definición Conceptual y Capacidad Resolutiva.- Unidad operativa que provee atención de salud ambulatoria: de especialidad, de referencia y hospitalización en una especialidad o subespecialidad, o que atiende a un grupo de edad específico, de acuerdo al perfil epidemiológico de su área de influencia; atienden a la población local o nacional mediante el sistema de referencia y contra referencia y puede ser agudos o crónicos.

Tipo de Atención.- Funciona las 24 horas del día. Corresponde al tercer nivel de atención, brinda atención ambulatoria y hospitalaria de la especialidad que practica y realizan docencia e investigación en salud.

Ubicación Geográfica y accesibilidad poblacional.- Se localiza en ciudades consideradas de mayor desarrollo y concentración poblacional

- **Hospital de especialidades**

Definición Conceptual y Capacidad Resolutiva.- Es la unidad de salud de referencia de más alta complejidad del Sistema del Ministerio de Salud Pública, destinada a brindar atención especializada de emergencias, recuperación y rehabilitación a los usuarios de las diferentes especialidades y subespecialidades médicas, es un establecimiento de pacientes agudos y atiende a toda la población del país a través de la referencia y contra referencia.




































Tipo de Atención.- la atención es de tipo ambulatorio y de hospitalización, desarrolla actividades de docencia e investigación en salud; corresponde al tercer nivel de prestación de servicios.

Ubicación Geográfica y accesibilidad poblacional.- Se ubica en las ciudades consideradas como polos de desarrollo y de mayor concentración poblacional.

2.2.2. Simbología de las unidades operativas del Sistema Nacional de Salud

Como se menciona en líneas anteriores esta simbología igual que la tipología y nivel de complejidad fue “difundida” para el sector salud el 25 de octubre del 2006, mediante Resolución de Directorio del Consejo Nacional de Salud del 25 de Octubre del 2006.

Gráfico 21: Simbología Unidad operativa de Salud

SERVICIOS INSTITUCION	I NIVEL	II NIVEL	III NIVEL
MINISTERIO DE SALUD	 P.S.  S.C.S.  C.S.	 HOSP. BASIC.  HOSP. GEN.	 HOSP.ESP.  HOSP. ESPC.
SEGURIDAD SOCIAL	 D.S.S.C.  Un.At.A  C.At.A	 HOSP. NV. I  HOSP. NV. II	 HOSP. TERCER NV.
FUERZAS ARMADAS	 DISPENSARIO  POLICLINICO	 CLINICA  HOSP. BRIGADA	 HOSP. GENERAL
POLICIA	 S.C.S.  C.S.	 HOSP. PROV.	 HOSP. NAC.
MUNICIPIO	 DISPENSARIO  C.S.	 HOSP. PATRONATO	
ORGANISMOS NO GUBERNAMENT.	 DISPENSARIO  COMITE	 HOSP. LOCAL	 HOSP.ESP.  HOSP. ESPC.
SERVICIOS PRIVADOS	 CONSULTORIO  C. MEDICO	 CLINICA-POLICLIN.	 HOSPITAL  CLIN. ESPC.

JCL/30-11-05

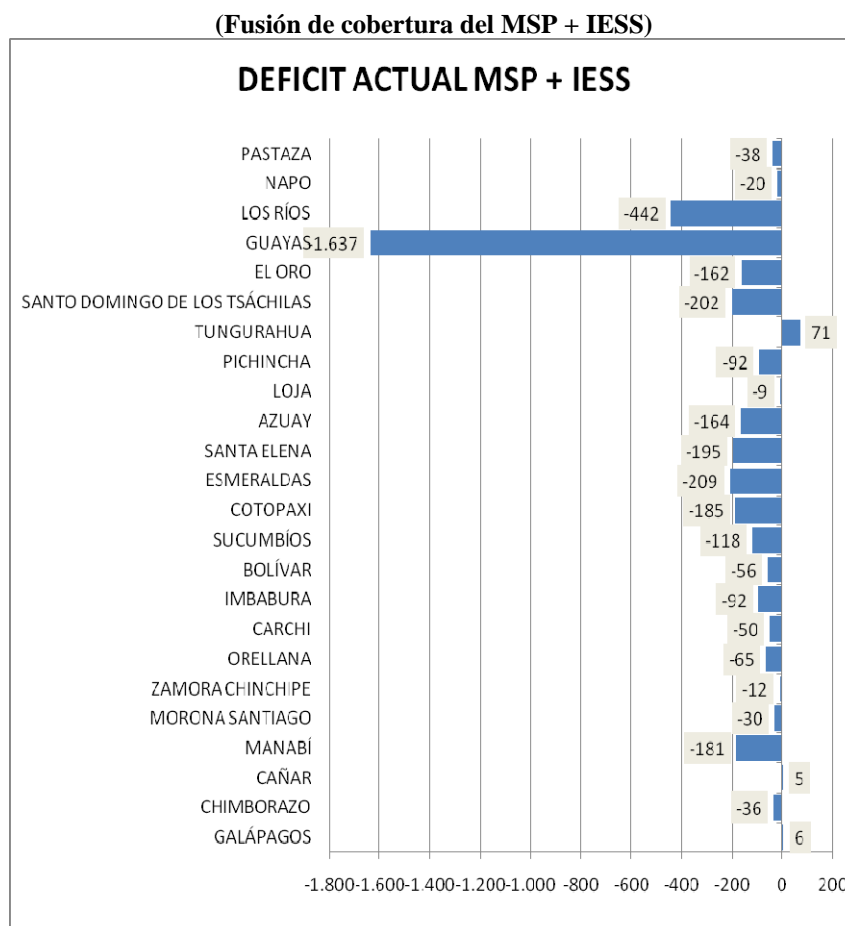
FUENTE: CONASA, Conjunto de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, 2006

En concreto, si bien el MSP cuenta con normas para el establecimiento de unidades de salud, en la actualidad el MSP no dispone de un **Plan de Inversiones** de infraestructura y equipamiento; mantenimiento, remodelación u otras necesidades en función de los

parámetros establecidos, que le permitan dimensionar los requerimientos presentes y futuros y, por tanto de garantizar equidad.

La inequidad en la asignación de recursos, también se puede observar en el déficit de camas hospitalarias en relación a la población ubicada en las provincias del país¹⁰². El Gráfico 22, muestra que las provincias de Guayas, Los Ríos y Manabí requieren de manera urgente la intervención de la Autoridad Sanitaria en materia de Infraestructura. Considerando que se estima una cama por 1.000 habitantes, si revisamos el dato de Santo Domingo de los Tsáchilas tenemos que 200 mil personas aproximadamente, no tendrían acceso a servicios públicos.

Gráfico 22: Sector Salud. Déficit de camas disponibles por 1.000 habitantes por provincia.



Fuente: MSP: Departamento de Estadística 2011.

¹⁰² Análisis de la dotación de camas disponibles x 1.000 habitantes por provincia. Se considera la dotación de camas disponibles, tanto del MSP como del IESS al 2009.

2.2.3. Licenciamiento de las unidades operativas del Primer Nivel de Atención

Para el año 2007, el 3% de las unidades operativas del MSP se encontraban licenciadas y, no se había iniciado el licenciamiento de las unidades de salud privadas.¹⁰³

El licenciamiento es el conjunto de requisitos mínimos que los servicios de salud requieren en términos de recursos humanos, infraestructura, equipamiento y cumplimiento de normas para atender y resolver los problemas de salud-enfermedad de la personas. A continuación se cita lo establecido por la Autoridad Sanitaria respecto al licenciamiento.

“Licenciamiento.- Es un procedimiento de carácter obligatorio por medio del cual la autoridad Sanitaria otorga el permiso de funcionamiento previa verificación del cumplimiento de los requisitos o estándares mínimos indispensables a las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas o privadas, según su nivel resolutivo.

Se aplica también a individuos, trabajadores y profesionales de la salud a los que les faculta la posibilidad de participar en una práctica, ocupación o actividad en salud, que de lo contrario sería ilegal.

*Su finalidad es la de **garantizar** que las Instituciones o servicios de salud a los que accede la población, **cumplan con requisitos mínimos en aspectos de recursos humanos, infraestructura, equipamiento y cumplimiento de normas para que aseguren la protección de la salud y seguridad pública y la conservación de este requisito renovado periódicamente cada dos años (¿) por parte de la organización de salud le garantiza seguir funcionando u operando y ofreciendo los servicios que requieren las personas.***

El licenciamiento tiene las siguientes características:

- *Tiene el carácter de oficial y es un procedimiento obligatorio.*
- *Establece los requisitos mínimos (estándares) indispensables.*
- *Se renueva periódicamente (cada 2 años).*
- *El cumplimiento de este es un requisito continuo que debe cumplir la organización/servicio de salud para seguir su funcionamiento.”¹⁰⁴*
(Negrillas añadidas para enfatizar)

¹⁰³ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. *Propuesta de articulación de la salud para la inclusión social. Lineamientos Generales.* Diciembre 2007. Ppt. 48

Los componentes del proceso de licenciamiento son infraestructura, equipamiento, normas y recursos humanos; estos se evalúan en términos de estándares mínimos de funcionamiento, a partir de la cantidad de ambientes, equipos, normas y personal, así como de la calificación funcional y del número de años. La recopilación de datos se puede apreciar en la Tabla 14.

Tabla 14: Licenciamiento: Componentes, estándar y datos recopilados

COMPONENTE	ESTÁNDAR MÍNIMO		DATOS RECOPIADOS	
INFRAESTRUCTURA – ÁREAS	NUMERO DE AMBIENTES O INSTALACIONES	NUMERO DE AMBIENTES O INSTALACIONES	CALIFICACIÓN FUNCIONAL	AÑOS DE CONSTRUCCIÓN
EQUIPAMIENTO	NUMERO DE EQUIPOS	NUMERO DE EQUIPOS	CALIFICACIÓN FUNCIONAL	AÑOS DE FABRICACIÓN
NORMAS	NUMERO DE NORMAS	NUMERO DE NORMAS	CALIFICACIÓN DE DISPONIBILIDAD	AÑOS DE ACTUALIZACIÓN
RECURSOS HUMANOS	NUMERO DE PERSONAL	NUMERO DE PERSONAL	CALIFICACIÓN DE PERFIL OCUPACIONAL	AÑOS DE VINCULACIÓN

Fuente: MSP. 2011. Gestión y Mejoramiento de los Servicios de Salud.¹⁰⁵

Elaboración: MSP. 2011.

Así, la pregunta que guía la investigación ¿Qué criterios técnico-políticos para la asignación de recursos, por parte del MSP, son necesarios para reducir la inequidad en materia de salud? Al parecer una parte de la respuesta está en el “*cumplimiento-incumplimiento*” de las normas establecidas por la Autoridad Sanitaria y, de acuerdo a los logros alcanzados en términos de licenciamiento (2007), parece ser que la Autoridad Sanitaria no los estaría cumpliendo. La segunda parte es, ¿Son los criterios “*políticos*” del momento los que interfieren en la correcta aplicación de los criterios técnicos para una equitativa asignación de recursos? Ó ¿Los equipos técnicos no informan a las autoridades sobre los criterios establecidos para la asignación de recursos?.

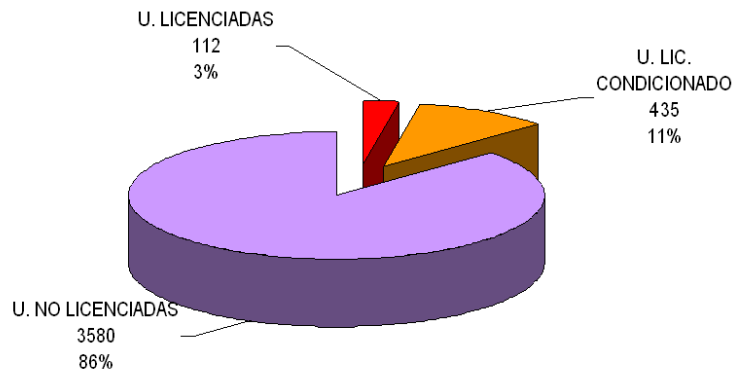
Al parecer existe una delicada línea entre el criterio técnico y el “*criterio político-partidista*”, que en última instancia termina afectando a la población en general y, particularmente a la población vulnerable.

Así el licenciamiento¹⁰⁶ de las unidades operativas de salud, podría tomar más años de los requeridos. Como se observa en el Gráfico 23, apenas el 3% de las unidades operativas del MSP se encontraban licenciadas al 2007.

¹⁰⁴ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. *Manual de Normas de Licenciamiento*. Abril del 2004. Pág. 4

¹⁰⁵ Proceso de Licenciamiento de Establecimientos Salud. Instructivo para el registro de datos. Fase 1. Establecimientos Ambulatorios). Pág. 2

Gráfico 23: Licenciamiento de unidades del Primer Nivel de Atención. 2007. (Porcentajes)



FUENTE: MSP, PROCESO DE LICENCIAMIENTO 2006.

NOTA: 1).- No se ha iniciado el proceso de licenciamiento en el sector privado. 2).- El licenciamiento de unidades del MSP es SOLO para el primer nivel de atención

Fuente: MSP. PROPUESTA DE ARTICULACIÓN DE LA SALUD PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL. Lineamientos Generales. Diciembre 2007. Ppt. 48

En esas condiciones es previsible que las unidades de salud del MSP y del resto del sector, no “*garanticen formalmente*” una atención de calidad, medida en términos de recursos humanos, infraestructura, equipamiento y cumplimiento de normas. Este elemento explica aún más la necesidad de generar mecanismos equitativos para la distribución y asignación de recursos en salud.

Por ello la propuesta de asignar recursos en función de un Conjunto de Prestaciones, producto de estimaciones realizadas o a su vez, emprender en estudios de igual naturaleza, lo único que genera es la oportunidad de que efectivamente el Estado garantice la equidad de la atención del proceso salud-enfermedad.

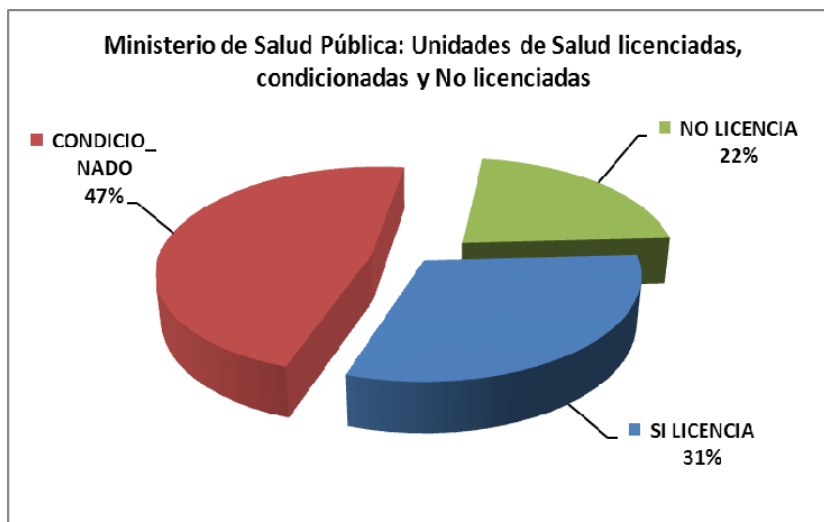
Finalmente, de los datos obtenidos a marzo del 2011 (Gráfico 21), la Dirección de Servicios de Salud, informa que al 2010, se ha licenciado el 31% de las unidades operativas de Salud, es decir, 545 unidades operativas.¹⁰⁷ Sin embargo, frente a la inquietud de ¿Cuántos recursos se requerirían para LICENCIAR el total de la unidades operativas del País? La respuesta todavía es incierta, o por lo menos está en proceso de determinarse.

¹⁰⁶ Conjunto de requisitos mínimos que los servicios de salud requieren en términos de recursos humanos, infraestructura, equipamiento y cumplimiento de normas para atender y resolver los problemas de salud-enfermedad de la personas

¹⁰⁷ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Dirección de Servicios de Salud. Proceso de Licenciamiento. Marzo del 2011.

A continuación, en Gráfico 24, se presenta la situación actual sobre licenciamiento de las unidades operativas del MSP, al 2010.

Gráfico 24: Licenciamiento del Primer Nivel de Atención. 2010



Fuente: MSP. 2011. Dirección de Servicios de Salud. Proceso de Licenciamiento.

Frente a esta realidad es imperioso en términos de Salud Pública, definir la prioridad de los recursos requeridos para LICENCIAR el Primer Nivel de Atención, como estrategia central que permita atender y resolver, como expresan los expertos, el 70-90% de los problemas de salud-enfermedad. La presente tesis propone un mecanismo de análisis, resta que la autoridad decida sobre el tema.

2.3. Medicamentos

El tema de medicamentos es un tema central en el campo de los servicios de salud, de los datos disponibles, publicados en el estudio de Cuentas Satélite de los Servicios de Salud del Ecuador. 2003-2005¹⁰⁸, se desprende que el gasto de los hogares en productos farmacéuticos para el año 2005 fue de 590 millones de dólares¹⁰⁹; es decir, 30% del gasto total en salud. Cabe mencionar que para el año de referencia, el gasto total de los hogares fue del 58%, le seguía en importancia el Gobierno General con el 25% y las sociedades no financieras¹¹⁰ con el 11%.

¹⁰⁸ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS-CONASA. *Cuentas Satélite de los Servicios de Salud del Ecuador. 2003-2005*. 2008.

¹⁰⁹ Si comparamos este dato con el gasto del 2003, tenemos que el mismo se incrementó en un 34%.

¹¹⁰ Las Cuentas Satélite en Salud identifica cinco tipos de unidades institucionales que generan servicios de salud: Sociedades no Financieras, Sociedades Financieras, Gobierno General, Instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares (ISFLSH) y Hogares para los que se elaboran una secuencia completa de cuentas.

Por otro lado, estudios especializados señalan que el 47.8% de la población se auto medica (CEPAR. ENDEMAIN. 2004)¹¹¹, así la acción de automedicación, le genera a la población un gasto de 280 millones de dólares para el 2005, sin que necesariamente aquello implique que los productos farmacéuticos que consume le resuelvan los problemas de salud por los cuales se auto medica.

En este campo se espera que la Autoridad Sanitaria imponga controles más rigurosos, no solo desde el punto de vista del gasto, sino sobre todo por los resultados negativos a la salud que podría generar la automedicación.

En ese contexto, para diciembre del 2009, el Ministerio de Salud Pública divulgó el Manual de Procesos para la Gestión del Suministro de Medicamentos¹¹², definiendo procesos como: Selección, Estimación de necesidades y adquisición, Recepción y almacenamiento, Distribución y, Dispensación.

De los referidos procesos nos interesa la “estimación de necesidades y adquisiciones”, como elemento central para reducir los niveles de inequidad, el mismo que pasamos a detallar.

Tabla 15: Programación de necesidades de medicamentos y adquisición¹¹³

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	RECURSOS UTILIZADOS	FRECUENCIA
1	programación de las necesidades de medicamentos	<p>Los programas de salud deben establecer los requerimientos de cada medicamento en base al Instructivo para la programación de necesidades de medicamentos considerando las particularidades de cada provincia. (perfil de morbilidad y consumos históricos)</p> <p>Se cuantifican los requerimientos por forma farmacéutica de acuerdo a las características de la población objetivo en el Consolidado de necesidades de medicamentos esenciales por programas de salud pública</p> <p>Se define la cantidad necesaria de cada</p>	Programas de Salud Pública: VIH/SIDA, tuberculosis, entre otros.	Consolidado de necesidades de medicamentos esenciales por programas de salud pública	Anual

¹¹¹ CEPAR. *Informe preliminar de ENDEMAIN 2004*. Pág. 6

¹¹² MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Acuerdo Ministerial 915 de 29 de diciembre del 2009.

¹¹³ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. *Manual de Procesos para la Gestión del Suministro de Medicamentos*. 2009. Pág. 12.

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	RECURSOS UTILIZADOS	FRECUENCIA
		medicamento para un periodo de un año, especificando por forma farmacéutica. A la vez se calcula el stock máximo y mínimo para procurar disponibilidad permanente y evitar desabastecimiento			
2	Determinación de especificaciones técnicas	Se elaboran las fichas técnicas de los medicamentos requeridos por cada programa, en las que se consta la descripción de sus especificaciones técnicas	Proceso de gestión de medicamentos	Lista de medicamentos esenciales. Documentos técnicos de soporte. Fichas técnicas de medicamentos.	De acuerdo al requerimiento
3	Autorización de compra	El programa envía la lista de requerimiento a nivel de la Dirección de la cual depende, solicitando se autorice y disponga al Comité Técnico la adquisición respectiva	Dirección correspondiente	Lista de requerimientos. Lista de precios referenciales.	Cuatrimestral y de acuerdo a requerimientos en casos de emergencias
4	Ejecución de compra	El Comité Técnico procede a la adquisición de medicamentos con observancia de la normatividad legal vigente	Comité Técnico de adquisición de medicamentos	Requerimientos legales y técnicos de acuerdo a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública.	Cuatrimestral y de acuerdo a requerimientos en casos de emergencias
5	Elaboración del Plan Anual de Compras (PAC)	En base a la programación cuatrimestral realizada, y cuantificada la necesidad para el próximo año se elabora el PAC y se remite a la Dirección de la cual depende el programa	Programas de Salud Pública. Proceso de Gestión de Medicamentos.	Información de necesidades de los programas. Existencias. Stock mínimo. Stock máximo. Puntos de reposición. Programaciones cuatrimestrales. Lista referencial de precios de los medicamentos. Presupuesto referencial.	Anual
6	Seguimiento y evaluación al proceso	Una vez finalizado el proceso de programación de necesidades de medicamentos y adquisición, se hace seguimiento y control utilizando los indicadores definidos en el instrumento, Indicadores de gestión del suministro de medicamentos.	Proceso de Gestión de Medicamentos.	Indicadores de gestión del suministro de medicamentos.	Anual

Fuente: MSP. 2009. Manual de Procesos para la Gestión del Suministro de Medicamentos.

Elaboración: MSP. 2009

Si bien se observa, para el caso de la adquisición de medicamentos el MSP dispone de herramientas y procedimientos sensibles y oportunos, sin embargo el tema no pasa por uno de programación, sino otra vez, por la asignación de recursos económicos, ya que a decir de sus técnicos, *“los recursos son asignados por la Dirección de Planificación y la Dirección Financiera al momento de hacer la proforma presupuestaria.”* Por tanto, la existencia de criterios y herramientas no son funcionales al momento de reducir la inequidad.¹¹⁴

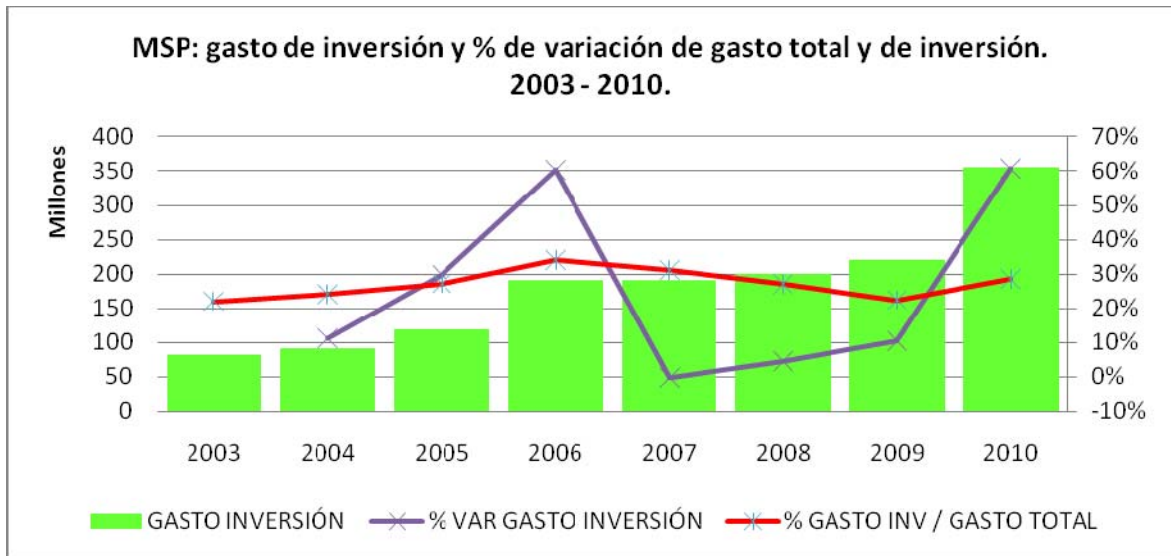
Al respecto en conversatorio mantenido con la Econ. Sara Naranjo, Subsecretaria de Planificación, manifestó que, *“por más programación que realice el MSP, los recursos económicos finalmente los asigna el Ministerio de Finanzas, bajo los criterios de pre-asignados e inversión”*.

- **Pre-asignaciones:** para gasto corriente – remuneraciones (partida 51), los cuales se regulan por ley, es decir, ajustes salariales anuales y que en promedio representan el 60% del total de recursos asignados a salud. A esto se añade un 10% de recursos corrientes denominados operacionales, básicamente para de pagos de servicios generales (partida 53, 57, 58, 59)
- **Inversión:** para gasto de inversión (partida 73, 75 y 84), los cuales se asignan en función de proyectos presentados a la Secretaria Nacional de Planificación (SENPLADES) y, que en términos generales significa el 30% del presupuesto regular del MSP.

En la actualidad el MSP ejecuta 40 proyectos por un valor de 260 millones de dólares. El crecimiento promedio anual del gasto de inversión es del 23%; se observa que la tasa de crecimiento de la inversión cayó en el año 2007 recuperándose paulatinamente en el 2008-2009 y aparentemente totalmente recuperada en el 2010. Sin embargo, se observa que en general durante el periodo 2003-2006 el presupuesto para inversión se incremento en un 131%, en tanto que para el periodo 2006 – 2010 el incremento fue del 85%. En el Gráfico 25, se puede observar el comportamiento del rubro inversiones en salud para el periodo 2003-2010.

¹¹⁴ En conversación mantenida con la Econ. Sara Naranjo, Subsecretaria de Planificación del Ministerio de Salud Pública, supo manifestar que la asignación de recursos a las unidades ejecutoras (Áreas de Salud y Hospitales) las realiza el Ministerio de Finanzas en aplicación de alguna fórmula y/o mecanismo. Normalmente se incrementan, dice, un 3.5% anual al presupuesto regular. Reunión: 16 marzo del 2011.

**Gráfico 25: Ministerio de Salud Pública. Gasto de inversión
(Periodo 2003-2010)**



Fuente: e-SIGEF 2011

Si bien se observa que el componente de inversión del MSP, pasó de 200 a 350 millones de dólares entre en 2008 al 2010, la inequidad en la asignación de recursos encontrada es persistente; per cápita de 4,1 dólares el mínimo y 105,73 dólares el máximo. Este hecho permite cuestionar la efectividad de los criterios técnicos y/o herramientas para la asignación de recurso al Primer Nivel de Atención.

2.4. Equidad en la asignación de recursos: áreas de salud

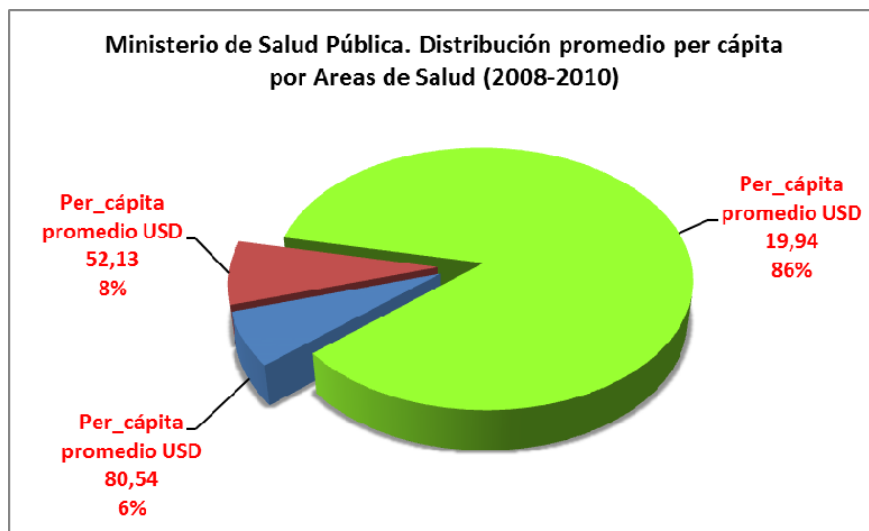
La existencia de criterios con enfoque de equidad, será determinante para garantizar la gratuidad y la universalidad que manda la Constitución de la Republica. Para analizar hasta qué punto la asignación equitativa de recursos contribuye a esta garantía, en este capítulo se revisa la asignación per cápita de recursos a las Áreas de Salud del Ministerio de Salud Pública. Esto nos permitirá determinar básicamente las áreas menos protegidas del sector y los requerimientos futuros para garantizar mínimamente los derechos consagrados en la Constitución y las leyes.

2.4.1. Asignación per cápita

Una primera entrada al análisis de la inequidad en la asignación de recursos al Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud Pública, es la distribución porcentual de los recursos a las 167 áreas analizadas, las cuales representan el 98.2% de las áreas existentes

a nivel nacional.¹¹⁵ En el Gráfico 26 se aprecia de manera inicial que el 86% de las Áreas de Salud reciben un promedio per cápita inferior a USD 20.

Gráfico 26: Distribución porcentual de Áreas de Salud según promedio per cápita asignado: 2008-2010



Para la estratificación del gasto promedio per cápita por Áreas de Salud, se consideró la ejecución presupuestaria promedio del periodo 2008-2010, la población 2009 establecida en el Sistema Regionalizado de unidades operativas del MSP, así como los costos promedios establecidos por el estudio CARE- JOHNS HOPKINS del año 2005,¹¹⁶ para brindar el Conjunto Garantizado de Prestaciones al Primer Nivel de Atención, fijado en USD 45.

El estudio realizado por CONSORCIO CARE-BLOOMBERG SCHOOL OF PUBLIC HEALTH DE LA UNIVERSIDAD JOHNS HOPKINS (CARE-JH) en la parte pertinente menciona: “... de acuerdo a la Ley del Sistema Nacional de Salud (LSNS) el aseguramiento es la garantía de acceso universal y equitativo de la población ecuatoriana al Plan Integral de Salud en cumplimiento del derecho ciudadano a la protección social en salud”.

Señala que desde septiembre del 2004 por encargo de la Vicepresidencia de la República y con el financiamiento del Proyecto Modernización de los Servicios de Salud “MODERSA” perteneciente al Ministerio de Salud Pública “MSP”, el Consorcio CARE - Universidad

¹¹⁵ El consolidado nacional de distribución de áreas y unidades operativas señala que existen 170 Áreas de Salud, sin embargo la información proporcionada para la construcción de bases de datos consta de 167. (Subsecretaría de Planificación del Ministerio de Salud Pública). Por alguna razón no consta información de las dos áreas de Galápagos y el Área No. 5 de Quito.

¹¹⁶ CONSORCIO CARE-BLOOMBERG SCHOOL OF PUBLIC HEALTH DE LA UNIVERSIDAD JOHNS HOPKINS. Documento de implementación de la propuesta del programa de aseguramiento en salud a nivel nacional. Archivo digital. Quito, julio del 2005

Johns Hopkins fue contratado para el Diseño e implementación de un Modelo de Aseguramiento Universal en Salud para la República del Ecuador, “*a fin de otorgar cobertura y acceso a los servicios de salud a todos los ecuatorianos, basados en los principios de equidad, solidaridad, y excelencia; calidad y eficiencia de los servicios de salud; y, mejorar la gestión del recurso humano*”.¹¹⁷

El estudio elaboró ocho productos que articulados entre sí refiere, constituyen el modelo de Aseguramiento Universal en Salud “AUS”, además de que, permiten establecer estrategias y directrices para la implementación del AUS en el corto, mediano y largo plazo.

El modelo tiene las siguientes características: a) Implementación por periodos de tiempo: hasta cubrir a todos /as los ecuatorianos/as y residentes extranjeros; b) Cobertura: Todos los ecuatorianos estarán asegurados; c) Financiamiento: se respetan los fondos actuales, se asignan recursos adicionales y racionaliza el gasto y, d) Red de proveedores: integra a todos los actores en una red coordinada.

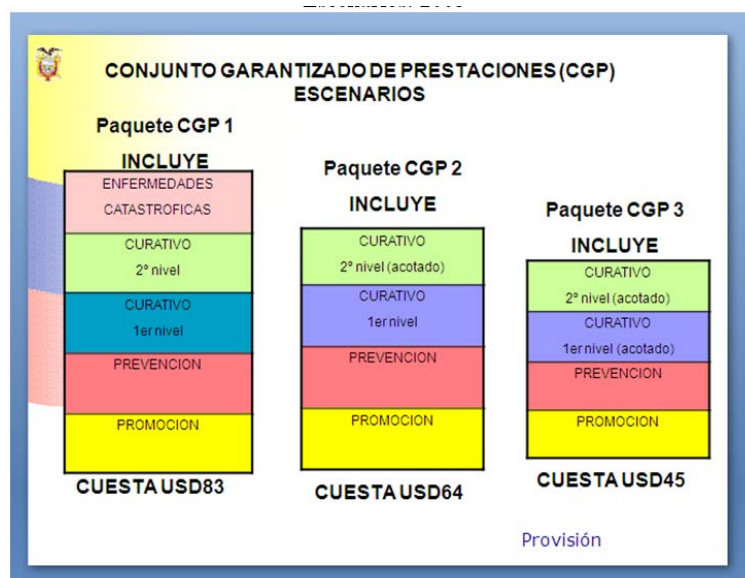
En definitiva el modelo AUS proponía cubrir con algún tipo de aseguramiento al 100% de la población de ecuatorianos y residentes extranjeros en el país hasta diciembre del 2015.¹¹⁸

Estos resultados son utilizados en el presente estudios básicamente por la disponibilidad de los mismos y, por la inexistencia de otro tipo de aproximaciones para la asignación de recursos al Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud Pública. El Gráfico 27, muestra los tres escenarios establecidos en el estudio citado.

¹¹⁷ CONSORCIO CARE-BLOOMBERG SCHOOL OF PUBLIC HEALTH DE LA UNIVERSIDAD JOHNS HOPKINS. *Producto 1.1*. Pág. 2. Archivo digital. Quito, julio del 2005

¹¹⁸ CONSORCIO CARE-BLOOMBERG SCHOOL OF PUBLIC HEALTH DE LA UNIVERSIDAD JOHNS HOPKINS. *Documento de implementación de la propuesta del programa de aseguramiento en salud a nivel nacional*. Archivo digital. Quito, julio del 2005

Gráfico 27: Valor del Conjunto Garantizado de Prestaciones. Escenarios. 2005



Fuente: Presentaciones AUS. 2007

La Tabla 16 muestra los valores desarrollados por el estudio CARE- JOHNS HOPKINS para el año 2005, tanto por prestaciones como por servicios¹¹⁹. Como se observa, el estudio determina valores para cubrir prestaciones/servicios de promoción y prevención, denominadas colectivas y, prestaciones/servicios individuales por grupos de edad (ciclos de vida). Otro elemento importante de las estimaciones realizadas es la incorporación de valores para medicamentos.

Tabla 16: Resumen: Costos unitarios Conjunto Garantizado de Prestaciones (CGP). 2005

Prestaciones/Servicios	Conjunto Garantizado de Prestaciones		
	Escenario 1	Escenario 2	Escenario 3
Colectivas	1,85	1,43	1,13
Promoción de la Salud	0,74	0,43	0,43
Prevención colectiva	0,11	1,13	1,43
Individuales	80,18	65,97	43,71
< 5 años	77,4	69,7	53,81
5 a 9 años	80,98	69,4	49,55
Adolescentes	37,07	35,5	22,13
MEF	35,77	35,9	33,15
20 a 64 años	18,53	40,5	16,72
> 65 años	189,65	67,5	52,35
Medicamentos todos los grupos	10,38	9,4	7,63
PER CÁPITA	82,03	67,39	45,14

Fuente: CARE - JOHNS HOPKINS. 2005

Elaboración: CARE - JOHNS HOPKINS. 2005

¹¹⁹ CONSORCIO CARE-BLOOMBERG SCHOOL OF PUBLIC HEALTH DE LA UNIVERSIDAD JOHNS HOPKINS. Producto 2.1. *Un plan de beneficios garantizados y explícitos de prestaciones de servicios de salud y medicamentos*. Julio 2005. Pág. 54

Una vez seleccionado el Conjunto de Prestaciones, se aprecia que el 85,63% de las Áreas de Salud del país, es decir 143 Áreas, tienen una asignación per cápita de recursos promedio de USD 19.94. Empero, este promedio US\$ 19.94, esconde ciertas Áreas de Salud que tienen USD 4,10 de gasto promedio per cápita en Salud, así como 84 Áreas de Salud que tienen menos de USD 20,00 per cápita.

En la Tabla 17 se presenta el resultado obtenido producto de parametrización de los valores determinados por el estudio CARE-JH en función de los valores asignados a las Áreas de Salud y la población bajo su jurisdicción territorial.

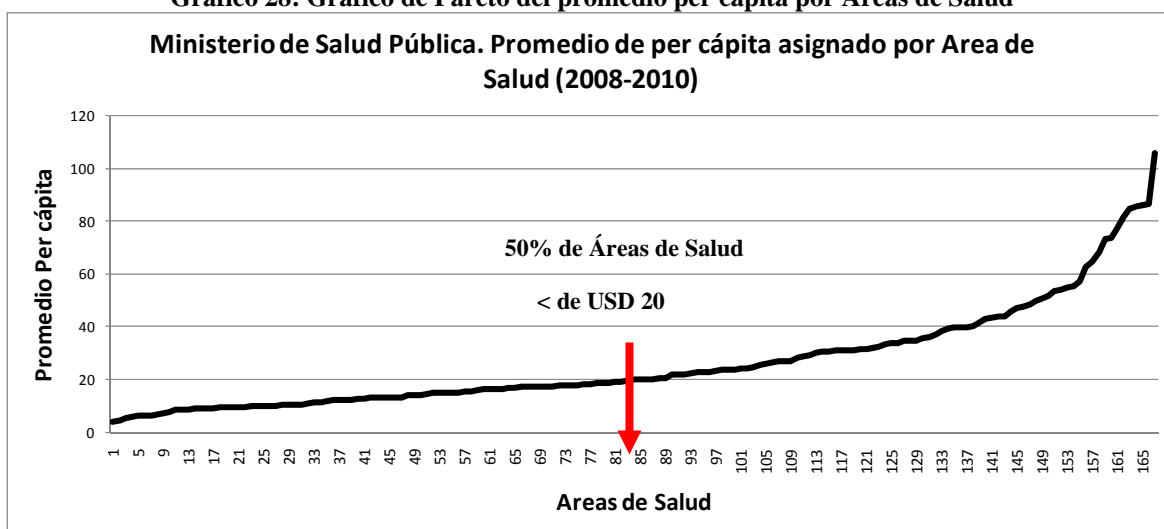
Tabla 17: promedio per cápita por Áreas de Salud, agrupadas por CGP

INTERVALOS	ÁREAS DE SALUD	% ÁREAS	POBLACIÓN 2009	Promedio de PER_CAPITA EJECUTADO
Per cápita promedio USD 80,54	11	6,59%	186.261	\$ 80,54
Per cápita promedio USD 52,13	13	7,78%	326.952	\$ 52,13
Per cápita promedio USD 19,94	143	85,63%	13.397.364	\$ 19,94
Total general	167	100,00%	13.910.576	\$ 26,44

Fuente: Ministerio de Finanzas. 2011. e-SIGEF. AUS. 2005.

Llama la atención los dos rangos superiores de áreas de salud, que totalizan 24 unidades (14%), las cuales cuentan con un per cápita superior a USD 52, es decir, el 160% de asignación más que las 143 áreas del grupo de menor inversión. En términos de población esas áreas representan al 4% y, reciben el 14% de los recursos asignados. Este hecho configura una situación evidente de inequidad en la asignación de los recursos. El esquema de Pareto que se presenta en el Gráfico 28, muestra el per cápita de recursos económicos que reciben las Áreas de Salud, evidenciando la inequidad en la asignación de recursos.

Gráfico 28: Gráfico de Pareto del promedio per cápita por Áreas de Salud



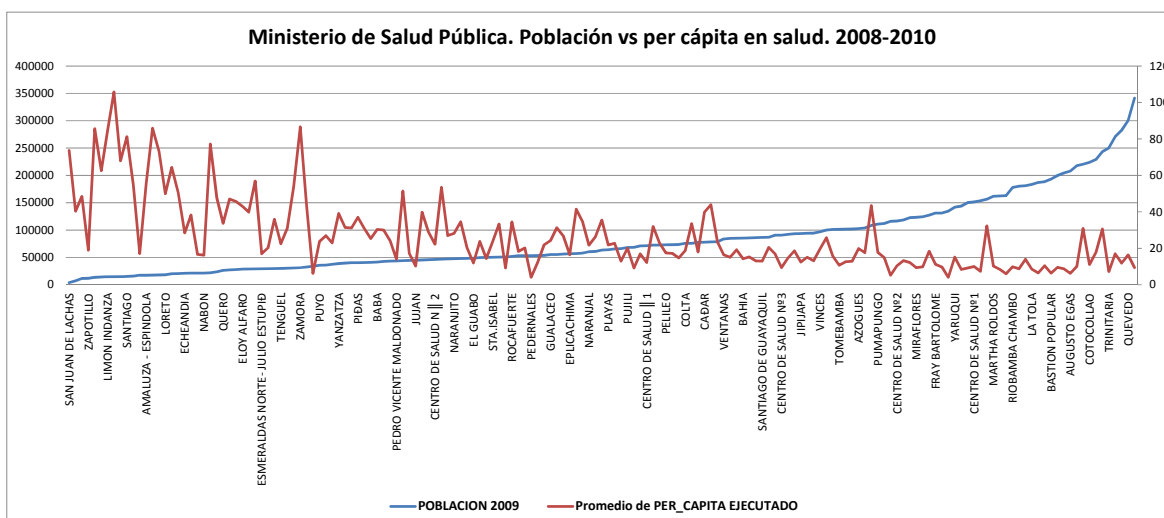
Fuente: Ministerio de Finanzas. 2011. e-SIGEF

Es importante mencionar que el análisis realizado corresponde a la asignación de recursos regulares que el Ministerio de Finanzas realiza a las Unidades Ejecutoras del Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud Pública, más los recursos transferidos por los cerca de cuarenta Programas que ejecuta el Nivel Central. Población y per cápita en salud

2.4.2. Población y per cápita en salud

El Gráfico 29, muestra la relación entre asignación de recursos y población. Se observa en él, que la asignación de recursos no tiene relación directa con la población asignada a las Áreas de Salud, observándose una importante disparidad y, por tanto, la sombra de la inequidad aparece una vez más.

Gráfico 29: Población vs per cápita en salud. 2008-2010



Fuente: Ministerio de Finanzas. 2011. e-SIGEF y, MSP, Departamento de Estadística. 2011

Considerando el promedio simple de la ejecución de recursos económicos asignados por el Ministerio de Finanzas (presupuesto histórico) para los años 2008, 2009 y 2010 y divididos para la población asignada por la Dirección de Servicios de Salud al 2009, a cada Área de Salud (Primer Nivel de Atención), se puede observar que la asignación de recursos económicos no tiene un patrón definido, ya sea por población o por un principio de igualdad u necesidades epidemiológicas, etc.

Esto significa que, una vez más, que la Autoridad Sanitaria Nacional, (MSP) tiene un panorama de inversión social complicado, que le hace muy difícil cumplir con el precepto de equidad, establecido en la Constitución de la República, según lo observamos en la disposición siguiente:

Artículo 32.- inciso segundo. *“La prestación de los servicios de salud se regirá por los **principios de equidad**, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”* (Negrillas añadidas para enfatizar).

CAPITULO III

3. EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y EL ORDENAMIENTO TERRITORIAL

3.1. Alcance conceptual del Ordenamiento Territorial

Ángel Massiris define al Ordenamiento Territorial (OT) como una *“Política de Estado y un proceso planificado de naturaleza política, técnica y administrativa, cuyo objeto central es el de organizar, armonizar y administrar la ocupación y uso del espacio, de modo que éstos contribuyan al desarrollo humano ecológicamente sostenible, espacialmente armónico y socialmente justo”*.¹²⁰

Así mismo sostiene que existen dos tipos de OT, uno activo y otro pasivo. El primero sostiene, se asocia con objetivos de desarrollo territorial a escalas nacional, regional y subregional y, que busca modificar los desequilibrios del desarrollo regional, a través de la intervención voluntaria y dinámica del Estado. El segundo criterio se asociaría con políticas de uso y ocupación del territorio, predominantes a escalas subregional y local; señala el referido autor, que este se relaciona con el uso de zonificaciones o regionalizaciones como estrategia para inducir nuevos escenarios de uso del territorio; éste se regularía con instrumentos punitivos y de estímulo. En todo caso señala Massiris, el OT es un proceso planificado, multidimensional, coordinado, prospectivo y democrático.

De lo expuesto se colige que el OT es un proceso racional, dirigido y motivado por el Estado en busca del desarrollo humano; por tanto, el OT recae fundamentalmente en las instancias gubernamentales, en plena coordinación y participación de la ciudadanía.

Por otro lado, Domingo Gómez Orea, señala que el OT se relaciona con el hecho de poner-ordenar cada “cosa” en su sitio; estas cosas señala, son las actividades humanas. En este contexto, el OT tiene como propósito el *“identificar, distribuir y regular las actividades humanas en el territorio con ciertos criterios y prioridades, configurando un sistema territorial armónico y funcional.”*¹²¹ Sostiene que el OT responde a cuatro preguntas:

¹²⁰ ANGEL MASSIRI. *Ordenamiento Territorial y Procesos de Construcción Regional*. En: <http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/geografia/masir/1.htm>. 2011. Acceso: 18.06.2011

¹²¹ DOMINGO GOMEZ. *Ordenación territorial, qué es y para qué sirve y cómo se hace*. Seminario Intencional Napo-Tena. Material del Taller. 11.02.2011.

¿Cuáles son las actividades a ordenar?, ¿Dónde se localizan? ¿Cómo se comportan? y, ¿Qué sistema territorial conforman? Con el propósito de conducir el Sistema Territorial hacia estados deseables con visión de largo plazo e interés público.

Es importante señalar que Domingo Gómez define al Sistema Territorial como una “*construcción social que representa el estilo de desarrollo de una sociedad*” la misma que es una expresión de las actividades de la población en el medio físico y de las interrelaciones que se dan a través de los canales de relación; estos últimos son transporte y comunicaciones, instituciones y leyes. En octubre del 2010, el referido autor señaló que:

*“Para entender el ordenamiento hay que entender el “sistema territorial”, que es lo que construye la sociedad, es decir, desde el paleolítico, cuando una persona buscaba los terrenos para las cuevas y los refugios...”*¹²²

Los autores citados refieren como propósito fundamental del OT el desarrollo humano y el interés público. De ahí la trascendencia del ordenamiento territorial como instrumento de gobernabilidad, cohesión social y eliminación de las inequidades en la asignación de recursos, caso que analiza la presente tesis. Queda claro entonces, que el Estado debe intervenir sobre el territorio, para garantizar un desarrollo humano equitativo, solidario y sostenible.

El inciso segundo del artículo 275 de la Constitución señala:

*“El Estado planificará el desarrollo del país para garantizar el ejercicio de los derechos... La planificación propiciará la equidad social y territorial, promoverá la concertación, y será participativa, descentralizada, desconcentrada y transparente.”*¹²³

Los resultados obtenidos en el análisis sobre la asignación de recursos al Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud Pública, se contradicen plenamente con el mandato constitucional referido en el artículo 275, ya que como se ha mencionado, la inequidad en la asignación de recursos encontrada es inequitativa (4 dólares per cápita la menor asignación y 105 la máxima).

¹²² ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR. 2010. *Análisis del Ordenamiento Territorial*. En: <http://www.asambleanacional.gov.ec/201010274582/noticias/boletines/domingo-gomez-orea-y-fernando-cordero-profundizan-analisis-del-ordenamiento-territorial.html>. Acceso: 18.06.2011

¹²³ CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR. Registro Oficial No. 449 - Lunes 20 de Octubre de 2008. Artículo 275.

Con los elementos expuestos y, en referencia al Ministerio de Salud Pública, el ordenamiento territorial se refleja en el Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y su Capacidad Resolutiva,¹²⁴ el mismo que debe responder a los criterios de equidad social y territorial, participación social, descentralización, desconcentración y transparencia, como lo establece la misma Constitución.

Seguidamente analizaremos la estructura del sistema organizado de la red de servicios del MSP, toda vez que es producto y resultado del “Ordenamiento Territorial” aplicado por las autoridades que han dirigido el sector público de la salud.

3.2. Ordenamiento Territorial del Ministerio de Salud Pública

Mediante Decreto Ejecutivo N° 3292 del 29 de abril de 1992, publicado en el Registro Oficial N° 932 del 11 de mayo de 1992, se establece la conformación de las Áreas de Salud como nivel básico de organización y operación regionalizada y descentralizada de los servicios del Ministerio de Salud Pública. En el mismo año con Acuerdo Ministerial N° 14122 de 20 de mayo de 1992, publicado en el Registro Oficial N° 950 del 4 de junio de 1992, se aprueba la redefinición de las jurisdicciones de las Áreas de Salud, precisando sus límites.

En los sucesivos se conoce que han existido por lo menos siete acuerdos Ministeriales que modificaron la estructura del sistema organizativo del MSP, que hasta el 2010 se denominada “Sistema Regionalizado de Servicios de Salud”.

Finalmente mediante Acuerdo Ministerial 303 de 19 de julio del 2010,¹²⁵ se promulga el Manual del Sistema Organizado de la Red de los Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades Operativas por Niveles, Sexta Edición 2010; el mismo que en esencia no modifica la anterior estructura organizacional por Áreas de Salud; es decir, su incompatibilidad con la distribución política administrativa del país establecida en provincias, cantones y parroquias, ya que como se manifiesta en capítulos anteriores, apenas 47 cantones se corresponden a las jurisdicciones territoriales asignadas a las Áreas de Salud.

Esta es una limitante, a la hora de generar análisis de mortalidad, egresos, inversión, cobertura por ejemplo. Dado que el INEC procesa los datos a nivel provincial, cantonal y

¹²⁴ La última revisión data del año 2010, sexta edición.

¹²⁵ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Acuerdo Ministerial 303 de 19 de julio del 2010.

parroquial, en tanto que el MSP procesa sus datos por Hospitales y Áreas de Salud; por tanto las unidades territoriales de análisis son diferentes.

Una revisión de la distribución de unidades operativas del Primer Nivel de Atención, indica que provincias como Guayas y Pichincha son las más afectadas en términos de asignación de unidades operativas, en términos de población. Por ejemplo Pichincha 17.8% de la población y se le asigna el 9.2% de las unidades operativas del Primer Nivel de Atención; el caso de Guayas es más grave aún considerando que en esa provincia vive el 24.5% de la población y se le asigna apenas 10% de las unidades operativas del país. Este hecho configura una vez más la persistente inequidad en la asignación de recursos. Ve Tabla 18.

Tabla 18: unidades del Primer Nivel de Atención por provincias y población. 2010.

PROVINCIA	ÁREA	CS 24	CS	SCU	SCR	PS	UM	UF	POBLACIÓN 2010
AZUAY	10		14	14	58	14	5	0	714.341
BOLÍVAR	4	3	1	7	26	14	1	0	185.049
CAÑAR	3	1	5	10	29	27	2	0	241.668
CARCHI	4	1	1	5	25	24	1	0	171.944
COTOPAXI	6	2	1	5	40	14	1	0	423.338
CHIMBORAZO	6		4	11	29	56	1	0	461.266
EL ORO	9	1	4	27	32	34	2	0	642.477
ESMERALDAS	9	3	4	13	64	22	1	0	460.670
GUAYAS	28	8	36	68	77	2	3	0	3.474.220
IMBABURA	4		1	13	36	9	1	0	426.631
Loja	13	2	4	20	48	50	1	0	446.804
LOS RÍOS	6	1	0	39	28	9	4	0	780.445
MANABÍ	12	8	14	72	80	5	2	0	1.388.895
MORONA SANTIAGO	7	1	2	7	29	42	1	1	137.258
NAPO	2		1	4	17	9	1	1	102.775
PASTAZA	2		1	5	15	25	1	0	81.417
PICHINCHA	22	3	19	83	64	6	2	0	2.527.021
TUNGURAHUA	7		5	9	40	32	2	0	528.613
ZAMORA	3		0	7	9	33	1	1	88.774
GALÁPAGOS	2		0	1	2	4	0	0	24.366
SUCUMBÍOS	2		1	9	19	18	1	0	176.496
ORELLANA	3	2	1	1	34	9	1	2	120.781
SANTA ELENA	4		1	4	18	0	0	0	270.122
TSACHILAS	2		2	10	14	0	1	0	328.215
	170	36	122	444	833	458	36	5	14.203.586

Fuente: MSP. 2010.

En resumen, el MSP cuenta con 170 Áreas de Salud, 2074 unidades operativas, de las cuales el 93% corresponden al Primer Nivel de Atención, es decir, 1934. En ellos se encuentran de acuerdo a su nivel de complejidad, de menor a mayor: puestos, subcentros urbanos-rurales y centros de salud. Cabe mencionar que por lo menos el 50% de las áreas cuentan con Hospitales Básicos como Jefaturas de Área. Ver Capítulo 3.

3.3. Área de Salud

El Ministerio de Salud Pública, en el instrumento denominado “Manual de Organización y Funcionamiento de las Áreas de Salud” define al Área de Salud como:

“La estructura técnica-administrativa y financiera básica del sistema nacional de salud; es el ente coordinador de los servicios de salud y es el lugar de articulación y síntesis entre tres elementos: las normas, elaboradas en función de rectoría por el nivel central, la experiencia del personal de salud como operacionalizador de las normas y las necesidades de la comunidad traducidas en demandas; es a este nivel que el enfoque multisectorial y la participación de los gobiernos seccionales tienen la posibilidad real y concreta de realizarse.”¹²⁶

Esta definición establece tres grandes grupos de acción así entendidos: el primero se relaciona con el cumplimiento de las **normas** lo cual garantizaría la calidad de la atención; un segundo grupo relacionado con la **experiencia** del personal que aún no cuenta con procesos de certificación profesional y; un tercero relacionado con las **necesidades** de la población, que a decir del IESS, aún existiría un 28% de la población ecuatoriana con “acceso limitado”.

Las Áreas de Salud son estructuras técnicas, administrativas y financieras desconcentradas, es decir reciben recursos y disposiciones del Nivel Central. Por otro lado, la definición de Área de Salud le asignaba características de multisectorial a través de la participación de los gobiernos seccionales, hoy en día la participación de los GADS está muy bien delimitada, tienen el mandato específico de construir y mantener la infraestructura física y los equipamientos de salud. Este enfoque contradice parte de la definición de Área de Salud y por tanto, debería rectificarse en los instrumentos del MSP.

Un elemento importante a considerar en la estructura y funcionamiento de las Áreas de Salud, es el hecho de que la sede del Área (jefatura) será la Unidad Operativa de mayor complejidad de la correspondiente área.¹²⁷

Así mismo, en el marco del “ordenamiento territorial” del MSP, es el hecho de que a partir del 13 de Octubre de 1999 mediante acuerdo ministerial N° 1726, el Ministerio de Salud

¹²⁶ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. *Manual de organización y funcionamiento de las áreas de salud.* 2000

¹²⁷ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. 1992. Acuerdo Ministerial N° 14122 del 20 de mayo de 1992, publicado en el Registro Oficial, del 4 de junio de 1992.

Pública desconcentra la administración y gestión de Personal, transfiriendo la facultad de actuar como autoridades nominadoras a las Áreas de Salud.¹²⁸

Finalmente si el inciso segundo del artículo 275 de la Constitución establece que el estado planificará el desarrollo, con criterios de equidad territorial y de manera participativa, descentralizada, desconcentrada y transparente, es preciso intervenir sobre el 47% de las unidades operativas que se encuentra bajo la categoría de Condicionadas (908 unidades de salud); es decir que no cumplen con los estándares mínimos para la atención a las personas. Sin considerar que de acuerdo a datos proporcionados por la Autoridad Sanitaria y de cumplir con las normas y criterios técnicos, se deberían cerrar el 22% de las unidades operativas del primer nivel de atención.

De las provincias de Manabí, Guayas y Loja, específicamente no licencian¹²⁹ el 18%, 16% y 13% respectivamente. Apenas el 4% de las unidades operativas de Pichincha no licencia; este hecho es relevante, toda vez que Guayas y Pichincha presentaban problemas de inequidad en la asignación de unidades de salud con relación a su población. A modo de conclusión, la intervención en Guayas, Manabí, Loja y Pichincha en términos de salud es emergente.

3.4. Reforma democrática del Estado

En los capítulos precedentes, se ha mostrado como la inversión pública en la salud, que se realiza mediante pre-asignaciones por parte del MSP y Ministerio de Finanzas a los diferentes niveles de atención, presentan un fuerte sesgo de inequidad. Consecuentemente, con esta forma de intervención, se está incumpliendo, de un lado, las disposiciones Constitucionales (universalidad, gratuidad y equidad) sustento ideológico de la propuesta política del Gobierno Central.

En lo correspondiente al presente tema, abordaremos la Reforma Democrática del Estado, desde su enfoque conceptual, debido a que el mayor avance que el MSP tiene sobre el tema, es la definición de los responsables y las sedes de las Zonas de Planificación,¹³⁰ así

¹²⁸ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. *Área de Salud No.2. Gualaquiza*. En: http://www.misereor.gob.ec/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=12&Itemid=12. Acceso: 19.06.2011

¹²⁹ El licenciamiento es el conjunto de requisitos mínimos que los servicios de salud requieren en términos de recursos humanos, infraestructura, equipamiento y cumplimiento de normas para atender y resolver los problemas de salud-enfermedad de la personas

¹³⁰ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Acuerdo Ministerial 320, de 4 de abril del 2011.

como la conformación de los Distritos Administrativos, los mismos que habrían sido consensuados con los Ministerios de Educación e Inclusión Económica y Social.¹³¹

La Reforma Democrática del Estado es una propuesta de la actual administración y que a decir de la SENPLADES, esta es una respuesta al “*fracaso de la agenda neoliberal*”. (SENPLADES. 2010)¹³²; así, la definición de una nueva estrategia de desarrollo y de un nuevo tipo de Estado se considera un objetivo prioritario.

*“Una estrategia que abarque desde la recuperación de las capacidades de regulación hasta el rediseño de un modelo de gestión descentralizado y participativo, pasando por la consolidación de un servicio civil eficiente y meritocrático”.*¹³³

Sostiene la propuesta, que la reforma del Estado es una “*estrategia de desarrollo que abandone la ‘ortodoxia convencional’ del consenso de Washington*”. De esto se desprende que busca esencialmente la desprivatización y la reforma institucional.

El componente operativo de la propuesta es la identificación en las instituciones, de sus funciones y facultades, estructurar una matriz de diferenciación funcional (competencias, atribuciones y facultades), a fin de distinguir los roles que deben cumplir las entidades del gobierno central y establecer su relación con otras entidades; en definitiva busca conformar “*un sistema de administración y de gestión que, lejos de duplicarse y contraponerse, se complemente y articule ordenadamente*”.¹³⁴

La Reforma Democrática crea siete sectores de coordinación y reformas institucionales en cada uno de ellos; señalan que a partir de un análisis particularizado de sus funciones, competencias y atribuciones, se procedió a agrupar este conjunto de entidades sobre siete (7) sectores de coordinación:

- Sectores Estratégicos;
- Política Económica;
- Desarrollo Social;

¹³¹ MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. Oficio Circular SAC-10-2011- 004987, de 05 de abril del 2011

¹³² SENPLADES. *Reforma Democrática del Estado. Rediseño de la Función Ejecutiva: De las carteras de estado y su modelo de gestión, y de la organización territorial*. En:

http://www.senplades.gov.ec/c/document_library/get_file?uuid=bf0ef6cb-e869-4938-9030-346ee61a78d3&groupId=18607. Acceso: 20.05.2011

¹³³ SENPLADES. *Reforma Democrática del Estado. Rediseño de la Función Ejecutiva: De las carteras de estado y su modelo de gestión, y de la organización territorial*. Pág. 13

¹³⁴ SENPLADES. *Reforma Democrática del Estado. Rediseño de la Función Ejecutiva: De las carteras de estado y su modelo de gestión, y de la organización territorial*. Pág. 15

- Producción;
- Seguridad Interna y Externa;
- Política; y
- Patrimonio Natural y Cultural.

3.4.1. Gestión estatal desconcentrada y descentralizada

Busca fundamentalmente, un “rediseño de la reorganización territorial” a fin de construir un Estado desconcentrado y descentralizado. Esta reorganización territorial permitiría “*modificar la gestión estatal y la distribución espacial/territorial del poder*” (SENPLADES. 2010). Lo cual implicaría:

- *“Desencadenar un nuevo proceso de desconcentración y descentralización que elimine la superposición de funciones en el territorio.*
- *Re-pensar el nivel intermedio de gobierno para facilitar la articulación entre las instancias centrales y locales.*
- *Construir unidades territoriales inteligentes con mayores posibilidades de planificación, desarrollo e integración territorial.*
- *Vincular los objetivos del desarrollo nacional con las expectativas locales de desarrollo.*
- *Racionalizar el uso de los recursos fiscales y su distribución territorial.”*¹³⁵

Con el propósito de definir un modelo de gestión territorial, se establecieron para cada entidad un conjunto de **competencias, atribuciones, facultades, productos y servicios** que brindarán a la población. Así mismo, con el objeto de “aterrizar la política pública” en el territorio, se generó una tipología de desconcentración, la cual se articula, de acuerdo a la propuesta, con el proceso de regionalización del territorio nacional.

3.4.2. Tipología de la desconcentración

La propuesta de “reforma democrática del Estado”, que se encuentra en ejecución, señala que una vez definidos las competencias institucionales y con el “*propósito de definir los ámbitos de acción que se desarrollarán a nivel nacional, en el territorio o aquellos que serán descentralizados a los gobiernos autónomos descentralizados o a instancias*

¹³⁵ SENPLADES. *Reforma Democrática del Estado. Rediseño de la Función Ejecutiva: De las carteras de estado y su modelo de gestión, y de la organización territorial.* Pág. 24

*organizadas de la sociedad civil” (SENPLADES. 2010), se requiere redefinir el accionar de las instituciones gubernamentales, a este proceso de lo definió como tipología para la desconcentración. Es así que se definieron cuatro tipologías de desconcentración administrativa. Estas son:*¹³⁶

- a) **Privativas.-** Establece competencias exclusivas del gobierno central en ciertos sectores como la defensa nacional, las relaciones internacionales, el registro de personas, la política económica, tributaria, aduanera, fiscal y monetaria; y el comercio exterior, entre otros. Estos sectores velan por los intereses estratégicos nacionales y por lo tanto no pueden descentralizar sus competencias a otros niveles de gobierno. Por esta característica, dichos sectores son reconocidos en la tipología de la desconcentración como sectores privativos y sus competencias se ejecutan desde el nivel nacional. La existencia de competencias privativas no excluye la necesidad de unidades desconcentradas para la prestación de servicios organizadas en función de las 7 regiones de planificación diseñadas por el gobierno nacional. Características: Las facultades de rectoría, planificación, regulación, control y coordinación se ejercen desde el nivel nacional. Carteras de Estado a las que se aplica esta tipología: Defensa; Relaciones Exteriores y Comercio Exterior; Justicia y Derechos Humanos, Gobierno y Policía; y Finanzas.
- b) **Alta desconcentración, baja descentralización.-** Los ministerios de este tipo deben aplicar un alto nivel de desconcentración de sus competencias para articular sus procesos, productos y servicios en los niveles territoriales más desagregados, incluso a nivel de distritos administrativos. Aquello no excluye la descentralización de importantes competencias de su responsabilidad, mas implica reconocer que su énfasis es la desconcentración para la garantía efectiva de derechos ciudadanos. Un ejemplo de este tipo es el Ministerio de Educación, en el que la prestación de los servicios desciende hasta los distritos y circuitos administrativos, los que permiten asegurar un servicio educativo vinculado a las necesidades de la localidad. Características: La rectoría, planificación, regulación y control se ejercen desde el nivel central; la planificación regional y la coordinación del sistema se ejercen desde el nivel intermedio o regional; y una importante coordinación y gestión desde

¹³⁶ Por tratarse de definiciones conceptuales, se toman textualmente lo definido en el documento Reforma Democrática del Estado. Págs. 25-28

el nivel local. Carteras de Estado a las que se aplica esta tipología: Trabajo y Empleo; Educación; Salud; Industrias.

- c) **Alta descentralización, baja desconcentración.-** Uno de los objetivos de la reforma del Estado es la construcción de un Estado profundamente descentralizado. Se parte de la premisa de que, con la clarificación de competencias y ámbitos de acción por niveles de gobierno y con la definición de mecanismos y espacios de articulación y coordinación entre las entidades sectoriales nacionales y los gobiernos autónomos descentralizados, se puede consolidar un Sistema Nacional de Competencias Públicas coherente y sólido. Por esta razón y buscando complementar lo definido por la Constitución, en este ámbito se ha ubicado a la gran mayoría de carteras de Estado en esta tipología, en la cual se establecen estructuras que presentan desconcentración a nivel regional y un alto proceso de descentralización para la prestación de productos y servicios a través de los Gobiernos Autónomos Descentralizados e incluso organizaciones de la sociedad civil. Características: La rectoría, planificación, regulación y control se ejercen a nivel central; la planificación regional y coordinación en el nivel intermedio; la planificación y la gestión se ejercen fundamentalmente desde en el nivel local. Carteras de Estado a las que se aplica esta tipología: Agricultura, Ganadería, Acuicultura y Pesca; Ambiente; Turismo; Cultura; Deporte; Desarrollo Urbano y Vivienda; Inclusión Económica Social; Planificación; Participación; Migración.
- d) **Sectores estratégicos.-** La Constitución define, a su vez, cuáles son los sectores estratégicos del Estado y la rectoría del gobierno central en los mismos. Es por esto que en estos sectores se prioriza la rectoría nacional, la regulación de las actividades públicas y privadas, y la promoción de una gestión eficaz y eficiente de las empresas públicas. Sin embargo, en estos sectores se pueden desarrollar diferentes e innovadoras modalidades de gestión pública local y diversos tipos de alianzas público – privadas. Características: La rectoría, planificación, regulación y control se ejercen desde el ámbito central. A nivel intermedio o regional se ejercen la regulación y planificación, y a nivel local diferentes modalidades de gestión para la prestación de los servicios públicos e incluso diversas modalidades de alianzas público-privadas. Carteras de Estado a las que se aplica esta tipología: Electricidad y Energías Renovables; Minas y Petróleos; Transporte y Obras Públicas; y Agua.

La Tabla 19, muestra una visión resumida de la tipología de la desconcentración definida por la SENPLADES.

Tabla 19: Tipología de la desconcentración

Tipo 1: Privativo	Carteras de Estado: Defensa, Relaciones Exteriores, Comercio Exterior; Justicia y Derechos Humanos, Gobierno y Policía; Finanzas
Tipo 2: Alta desconcentración baja descentralización	Carteras de Estado: Trabajo y Empleo; Educación; Salud; Industrias
Tipo 3: Alta descentralización baja desconcentración	Carteras de Estado: Agricultura, Ganadería, Acuicultura y Pesca; Ambiente; Turismo; Cultura; Deporte; Desarrollo Urbano y Vivienda; Inclusión Económica Social; SENPLADES
Tipo 4: Sectores estratégicos	Carteras de Estado: Electricidad y Energías Renovables; Minas y Petróleo; Transporte y Obras Públicas; Agua.

Fuente: SENPLADES. 2010.

Elaboración: SENPLADES. 2010.

Si bien los documentos de SENPLADES mencionan que la inclusión de ciertos ministerios en la Tipología 2, se debe “a su alto nivel de desconcentración con que aplican sus productos y servicios” y que incluso, podrían **descentralizar** importantes competencias; no es menos cierto que en la realidad, la Constitución **limitó** la participación de los Gobiernos Autónomos y Descentralizados a la construcción y mantenimiento de la infraestructura en salud.

De ahí que se entiende que la decisión de incluir al MSP en la Tipología 2, se debe a la importancia política y social del sector y, que por lo tanto, el Gobierno Central debe dirigirlo, orientarlo y controlarlo, a través, de las funciones de rectoría, planificación, regulación y control.

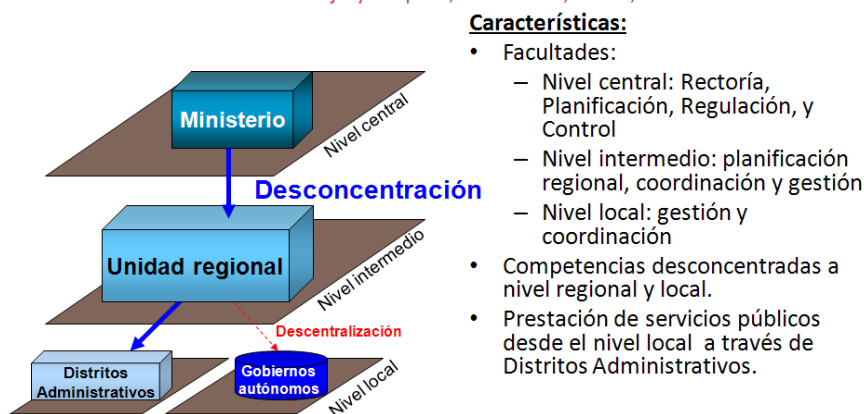
Como se señala en la definición de la Tipología 2, ésta busca clarificar competencias y ámbitos de acción por niveles de gobierno y la “*definición de mecanismos y espacios de articulación y coordinación entre las entidades sectoriales nacionales y los gobiernos autónomos descentralizados*”¹³⁷, con el objeto de consolidar un Sistema Nacional de

¹³⁷ SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO.. *Reforma Democrática del Estado. Rediseño de la Función Ejecutiva: De las carteras de estado y su modelo de gestión, y de la organización territorial.* 2009. Pág. 26

Competencias Públicas que sea coherente y sólido, según menciona el documento. El Gráfico 30, muestra cómo las carteras de Estado definidas en la Tipología 2, se articularían desde el nivel central, intermedio y local (articulación vertical).

Gráfico 30: Tipo 2: alta desconcentración baja descentralización

Carteras de Estado: Trabajo y Empleo; Educación; Salud; Industrias



Fuente: SENPLADES. 2010.

Elaboración: SENPLADES. 2010.

El concepto “alta desconcentración baja descentralización”; significa en concreto que el Gobierno Central, a través del Nivel Central del Ministerio de Salud Pública tiene las facultades de rector, planificador, regulador y controlador del sistema; en tanto que las facultades de gestión y coordinación están a nivel intermedio y local; conforme la propuesta de Reforma Democrática, regulada mediante Decreto Ejecutivo 357 de 20 de Mayo 2010. Se puede decir entonces que, a mayor desconcentración, mayor centralización. (Tabla 20).

Tabla 20: Facultades por tipología

TIPOS	FACULTADES						
	NIVELES	RECTORIA	PLANIFICACIÓN	REGULACIÓN	CONTROL	GESTIÓN	COORDINACIÓN
PRIVATIVO	CENTRAL	X	X	X	X	X	X
	INTERMEDIO						
	LOCAL						
ALTA DESCONCENTRACIÓN BAJA DESCENTRALIZACIÓN	CENTRAL	X	X	X	X		
	INTERMEDIO					X	X
	LOCAL					X	X
ALTA DESCENTRALIZACIÓN BAJA DESCONCENTRACIÓN	CENTRAL	X	X	X	X		
	INTERMEDIO		X				X
	LOCAL		X			X	X
SECTORES ESTRATÉGICOS	CENTRAL	X	X	X	X		
	INTERMEDIO		X			X	
	LOCAL		X			X	

Fuente: SENPLADES. 2010.

Elaboración: SENPLADES. 2010.

La “alta desconcentración y baja descentralización” propuesta en la Reforma Democrática del Estado, en términos de salud, deja de lado serias responsabilidades que los GADs deberían atender y resolver; hablamos de específicamente de actividades relacionadas a la promoción de la salud, así como la propia asignación de recursos al sector, desde sus presupuestos. Al respecto países como Brasil, orientan hasta el 15% de los presupuestos municipales al sector salud.

En ese contexto, el de los determinantes de la salud,¹³⁸ los municipios o GADs deberían ser actores centrales de la salud de la población, ya sea al colocar recursos adicionales, para mejorar los estilos de vida de la población, para mejorar el cuidado y respeto a la naturaleza, la producción de alimentos (seguridad y soberanía alimentaria), mejorar el poder adquisitivo de la población, generar empleo, intervenir sobre la infraestructura sanitaria, el sistema de ordenanzas (sobre drogas, higiene, salud ambiental, laboral), aspectos culturales como hábitos saludables, educativos que fomenten la salud, y religioso considerando las diferentes religiones y sectas. Sin embargo de estos elementos, la Constitución le asigna a los GADs únicamente la función de construir y mantener los equipamientos en salud, como consta en el numeral 7 del artículo 264.

“Planificar, construir y mantener la infraestructura física y los equipamientos de salud y educación, así como los espacios públicos destinados al desarrollo social, cultural y deportivo, de acuerdo con la ley.”¹³⁹

En concordancia con el precepto constitucional, el Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización, refiere:

*Es facultad exclusiva del gobierno central la rectoría y definición de las políticas nacionales de salud y educación. El ejercicio de estas competencias no excluirá la gestión concurrente con los gobiernos autónomos descentralizados en la **planificación, construcción y mantenimiento de la infraestructura física**, así como actividades de colaboración y complementariedad entre los distintos niveles de gobierno, en el marco de los sistemas nacionales correspondientes.*

¹³⁸ Determinantes de la salud: LALONDE. 1974. Cuatro factores intervienen en el estado de salud-enfermedad: “1) La biología humana (genética, envejecimiento); 2) El medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicológica y sociocultural); 3) El estilo de vida (conductas de salud) y, 4) El sistema de asistencia sanitaria.

¹³⁹ CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR. Registro Oficial No. 449 - Lunes 20 de Octubre de 2008. Artículo 264, numeral 7

*Corresponde a los gobiernos autónomos descentralizados municipales, en el marco de la planificación concurrente con la entidad rectora, **construir la infraestructura y los equipamientos físicos de salud** y educación, con sujeción a la regulación emitida por la autoridad nacional.*

*Cada nivel de gobierno será responsable del **mantenimiento y equipamiento** de lo que administre.¹⁴⁰ (Negritas añadidas para enfatizar)*

Si bien la decisión gubernamental es no descentralizar la salud, no es menos cierto que varias de las principales causas de muerte están asociadas a las acciones de los gobiernos locales; por ejemplo, la diabetes¹⁴¹ y la obesidad, están asociadas principalmente, con estilos de vida y, estos se encuentran en función de los espacios de recreación y goce, que los gobiernos locales deben crear para sus ciudadanos. Así mismo la accidentabilidad vial y sus consecuencias de muerte¹⁴² están también relacionadas con las competencias municipales, que hoy son responsables de la vialidad.¹⁴³

3.4.3. Regionalización – zonas de planificación

Mediante Decreto Ejecutivo No. 878 de 18 de enero del 2008, se establecen siete regiones las cuales se organizarían en función de cinco subsistemas: planificación, inversión, información, seguimiento y evaluación y, Reforma Democrática del Estado e innovación de la gestión pública. La última disposición Presidencial sobre el tema, se emite mediante Decreto Ejecutivo 357 del 20 de Mayo del 2010, en donde se establecen nueve zonas administrativas de planificación, las mismas que contiene a las provincias y cantones.¹⁴⁴

El establecimiento de las zonas de planificación, a decir de SENPLADES, tiene como propósito fundamental “...redistribuir el poder y la toma de decisiones, de acercar el Estado a la ciudadanía, de alentar el desarrollo de ciudades intermedias y nuevos polos de

¹⁴⁰ CÓDIGO ORGÁNICO DE ORGANIZACIÓN TERRITORIAL, AUTONOMÍA Y DESCENTRALIZACIÓN. Registro Oficial No. 303 - Martes 19 de Octubre de 2010 Primer Suplemento. Artículo 138

¹⁴¹ Diabetes mellitus, primeras causas de mortalidad. MSP. 2009.

¹⁴² Accidentes de transporte terrestre, tercera causas de muerte. MSP. 2009

¹⁴³ Esta responsabilidad esta dada desde el 29 de enero de 1948, fecha en la que se crea la Comisión de Tránsito de la Provincia del Guayas, mediante decreto LEY DE EMERGENCIA #140, publicada Registro Oficial #112 del 30 de Enero de 1948, cuando ejercía la presidencia de la República del Ecuador el Dr. Carlos julio Arosemena Tola.

¹⁴⁴ Decreto Ejecutivo 357 del 20 de mayo del 2010.

desarrollo, y de combatir el centralismo y las inequidades territoriales”.¹⁴⁵ Así como el de armonizar y coordinar las intervenciones públicas sobre el territorio.

Los criterios considerados son: físicos, económicos, sociales, demográficos, culturales y otros. Al respecto cabe señalar que, los criterios definidos como “otros” darían margen a que de manera coyuntural se incorporen otros criterios, que no necesariamente contribuyan al objetivo propuesto por la SENPLADES.

Con estos criterios se afirma iniciar el proceso de consolidación de un nuevo Estado; es decir, un estado desconcentrado y descentralizado, *“Con altos niveles de coordinación y representación, con una redefinición de su rol, sus estructuras y su distribución territorial, y con importantes niveles de autonomía territorial y política.”*¹⁴⁶

Si bien el proceso de regionalización propuesto por el gobierno está en construcción, no es menos cierto que analizados los resultados por lo menos el de asignación per cápita de recursos a las Áreas de Salud del país (equidad) para el periodo 2008-2010, no se evidencia avances concretos que fortalezcan la regionalización planteada; o en su defecto, la disparidad encontrada en la asignación de recursos es de tal magnitud, que urge tomar medidas que corrijan esta realidad, que de cualquier manera no favorece o se contradice con los principios de *“combatir las inequidades”* y *“Estado para la ciudadanía”*, propuesto por la *“Revolución Ciudadana”*.

A continuación en el Gráfico 31 se visualiza la regionalización de país, propuesto en la Reforma Democrática del Estado.

¹⁴⁵ SENPLADES. *Reforma Democrática del Estado. Rediseño de la Función Ejecutiva: De las carteras de estado y su modelo de gestión, y de la organización territorial*. Pág. 30

¹⁴⁶ SENPLADES. *Reforma Democrática del Estado. Rediseño de la Función Ejecutiva: De las carteras de estado y su modelo de gestión, y de la organización territorial*. Pág. 30

Gráfico 31: Regionalización – Zonas de Planificación



Fuente: SENPLADES. 2010.
Elaboración: SENPLADES. 2010.

El detalle de las provincias y cantones contenidos en las Zonas de Planificación se presenta en la Tabla 21.

Tabla 21: Zonas de Planificación. Decreto Ejecutivo. 357. Mayo del 2010

Zonas	Provincias	Sede ¹⁴⁷
Zona 1	Esmeraldas, Carchi, Imbabura y Sucumbíos	Ibarra
Zona 2	Pichincha (excepto el cantón Quito), Napo y Orellana	Tena
Zona 3	Pastaza, Cotopaxi, Tungurahua y Chimborazo	Riobamba
Zona 4	Manabí, Santo Domingo de los Tsáchilas	Portoviejo
Zona 5	Guayas (excepto los cantones de Guayaquil, Durán y Samborondón), Los Ríos, Península de Santa Elena, Bolívar y Galápagos	Milagro *
Zona 6	Azuay, Cañar y Morona Santiago	Cuenca
Zona 7	EL Oro, Loja, Zamora Chinchipe	Loja
Zona 8	Guayaquil, Durán y Samborondón	Guayaquil *
Zona 9	Distrito Metropolitano de Quito	Distrito Metropolitano de Quito

Fuente: Decreto Ejecutivo. 357. 20 Mayo del 2010

Mediante Acuerdo Ministerial 320 de 04 de abril del 2011, el Ministerio de Salud Pública, establece que la Subsecretaría de Salud Costa e Insular con sede en la ciudad de Guayaquil, coordine temporalmente la zona 5 y la zona 8, en tanto se instale la sede en la ciudad de

¹⁴⁷ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Acuerdo Ministerial 320 de 4 de abril del 2011.

Milagro. Así mismo se estableció las sedes donde funcionarán las demás zonas de planificación, que en su mayoría son las Direcciones Provinciales de Salud, excepto para las zonas 5 y 8. (Ver tabla 21).

Así mismo, el Acuerdo Ministerial 320 encarga funciones de coordinación a las sedes de las zonas de planificación, en los siguientes términos: (transcripción textual)

- *“Articular las actividades planes, programas y proyectos de su respectiva Zona de acuerdo a la jurisdicción territorial que les corresponda y elaborar informes sobre el avance de las mismas.*
- *Apoyar en la implementación y validación de la Estrategia Territorial Nacional (ETN)*
- *Realizar un diagnóstico de la oferta y demanda en salud en su respectiva Zona.*
- *Coordinar el levantamiento de la información para realizar el diagnóstico del Talento Humano de todas las instancias del Ministerio de Salud Pública en las provincias correspondientes.*
- *Coordinar la elaboración de inventarios de bienes inmuebles de todas las instancias del Ministerio de Salud Pública en las provincias correspondientes.*
- *Conformar y coordinar gabinetes de trabajo del Ministerio de Salud Pública a nivel zonal, los mismos que generarán agendas de trabajo articuladas con los planes de desarrollo de los Gobiernos Autónomos Descentralizados, dentro de su ámbito jurisdiccional que serán comunicadas al señor Ministro de Salud Pública, a la Dirección General de Salud y a la Subsecretaría de Planificación, y;*
- *Apoyar en la articulación y el fortalecimiento de la Red Primaria de Atención en Salud de su respectiva Zona.”*

Si bien podría estar implícita la conformación de equipos técnicos para la ejecución y cumplimiento de las funciones asignadas a las nacientes Zonas de Planificación, el acuerdo ministerial no los menciona; por tanto las funciones establecidas corren el riesgo de no ejecutarse y generar retrasos importantes en el establecimiento y funcionamiento de las Zonas de Planificación; peor aún cuando el referido acuerdo ministerial, no establece tiempos para el cumplimiento de las funciones establecidas para los coordinadores zonales.

El tema de los equipos técnicos y los tiempos de implantación, son de vital importancia, toda vez, que la SENPLADES. 2009, plantea que un Nuevo Modelo de Estado con énfasis en las estructuras zonales desconcentradas comprenden cuatro grandes desafíos: 1) la territorialización de la política pública para atender las necesidades específicas de los territorios, 2) el establecimiento de criterios de ordenación del territorio a partir de las

funciones y roles específicos, 3) el fomento de dinámicas zonales que aporten a la concreción del Plan Nacional de para el Buen Vivir y la estrategia de acumulación y redistribución en el largo plazo y, 4) propiciar una nueva estructura administrativa que articule la gestión de las intervenciones públicas en los territorios zonales.¹⁴⁸

La consecución de estos desafíos no se efectivizan con disposiciones generales, sino específicas y concretas, medibles y cuantificables, pero sobre todo con plazos.

Finalmente, si bien los el acuerdo ministerial 320 encarga a la Dirección General de Salud y a la Subsecretaría de Planificación el seguimiento y cumplimiento de las disposiciones emitidas, no queda claro el ámbito de acción de cada uno; potencialmente este hecho provocaría duplicidad de funciones.

El Nivel Central del MSP requiere a nuestro modo de ver, un equipo técnico, que coordine y articule el funcionamiento administrativo y operativo de las funciones asignadas a las Sedes Zonales de Planificación; así como diseñe, desarrolle e implante: 1) el rediseño institucional, en términos de rectoría, planificación, regulación, control, investigación y participación; 2) consolide el modelo de gestión, contenido en procesos de descentralización y desconcentración que propicie el desarrollo territorial equilibrado; y, 3) la generación de las denominadas Agendas Zonales. Estos elementos son claves para la implantación, funcionamiento y operación de las Zonas de Planificación.

Respecto a las Agendas Zonales, éstas tienen que identificar las especificidades y concordancias de cada territorio, con el objeto de impulsar acuerdos básicos para el desarrollo territorial, el ordenamiento territorial y la caracterización de los proyectos estratégicos para cada región y; principalmente *“la caracterización de los servicios públicos para propiciar la garantía de derechos en particular aquellos relacionados con salud, educación, nutrición, vivienda y necesidades básicas...”*¹⁴⁹

En ese sentido, el acuerdo Ministerial 320 deja de lado este requerimiento fundamental constante en el Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013, el mismo que señala que la planificación zonal *“implementa herramientas para la **coordinación sectorial que orientan el presupuesto, la priorización de la inversión pública, la cooperación***

¹⁴⁸ SECRETARIA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO. *Reforma Democrática del Estado. Rediseño de la Función Ejecutiva: De las carteras de estado y su modelo de gestión, y de la organización territorial.* 2009. Pág. 360

¹⁴⁹ SECRETARIA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO. *Plan Nacional para el Buen Vivir. 2009-2013.* 2009. Pág. 360.

internacional y, en general, de la acción estatal desconcentrada”. (SENPLADES. 2009),¹⁵⁰ que permita una acción estatal efectiva y eficiente y que fundamentalmente acerque a gobernados y gobernantes en los diferentes niveles administrativos de gobierno.

En conclusión refiere la SENPLADES, la Agenda Zonal permitirá disponer del modelo **territorial actual**, con sus problemas y potencialidades; el **sistema territorial futuro**, para analizar las alternativas y plantear el modelo territorial propuesto y; definir la **gestión** que identifique programas y proyectos para cada zona de planificación. En concreto la construcción de la Agenda Zonal, es un producto que debió haberse incluido en el Acuerdo Ministerial 320 del 4 de abril del 2011.

3.4.4. Reforma institucional: Ministerio de Salud Pública

Las líneas generales de la concepción de la Reforma Institucional del MS, se plasma en el documento denominado “Reforma Institucional del Ministerio de Salud y Adscritas” (MSP 2011),¹⁵¹ en el se plantea la reforma organizacional, a partir de los siguientes elementos: diagnóstico exprés (rápido) de la salud pública, el marco legal, su relación con el Plan Nacional del Buen Vivir, con la Estrategia Nacional Territorial y la nueva estructura planteada a partir de la Reforma Democrática Territorial.

El referido documento, se deja de lado, elementos importantísimos como el financiamiento, la participación ciudadana y el control social y el tema de las Superintendencias en salud, cuyo papel fundamental son la vigilancia, auditoria, intervención y control de las actividades que prestan las entidades públicas.

- **Diagnóstico exprés de la salud pública**

El diagnóstico exprés es una suerte de resumen que realiza la Autoridad Sanitaria Nacional en el 2011, a fin de enfocar la problemática de la salud pública en el país. El diagnóstico realizado se resume en los elementos que se detallan en la Tabla 22.

Tabla 22: Diagnóstico exprés del MSP. 2011

AMBITO	DIAGNÓSTICO EXPRÉS
SISTEMA DE SALUD SEGMENTADO	• Múltiples financiadores y proveedores, acción desarticulada
	• Parte de la Rectoría en manos del CONASA
	• Capacidad del MSP de liderar el sector salud es por el momento limitada

¹⁵⁰ SECRETARIA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO. *Plan Nacional para el Buen Vivir. 2009-2013.* 2009. Pág. 359.

¹⁵¹ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. *Reforma Institucional del Ministerio de Salud y Adscritas.* 2011. Formato Presentación Power Point. MSP, Subsecretaria de Planificación.

AMBITO	DIAGNÓSTICO EXPRÉS
BRECHAS Y BARRERAS	<ul style="list-style-type: none"> Brechas en la cobertura, escasez o ausencia de personal, calidad y capacidad resolutive heterogénea Barreras en el acceso: geográficas, culturales, por congestión, por desabastecimiento
ENFOQUE EN LO CURATIVO	<ul style="list-style-type: none"> Modelo de atención actual centrado en la enfermedad, el cuidado de episodios agudos y la atención hospitalaria Evidencia epidemiológicas hacia un aumento de la incidencia enfermedades crónicas degenerativas pero aun prevalecen enfermedades carenciales y transmisibles Acción mayor necesaria hacia determinantes de la salud
ATENCIÓN ESTANDARIZADA, PROGRAMAS VERTICALES	<ul style="list-style-type: none"> Modelo de Gestión centralista , numerosos programas verticales con gestión independiente desde lo nacional Poca adaptación en función de las características propias de los territorios
AUSENCIA DE INFORMACIÓN OPORTUNA PARA TOMA DE DECISIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Múltiples sistemas de información que no se comunican entre si Variables a veces no pertinentes, profusión de datos, poco información útil Se mezcla la información gerencial con la información sanitaria

Cabe mencionar que en el “diagnóstico exprés” realizado por la Autoridad Sanitaria Nacional, no se visualizan problemas como la inequidad, financiamiento, participación ciudadana, vigilancia y control; básicamente se aborda temas como barreras de acceso y de alguna manera del enfoque curativo del modelo de atención.

No se aborda por ejemplo, de gasto de bolsillo, de la importancia del Primer Nivel de Atención en la resolución de los problemas de salud-enfermedad, (70 a 90% de resolución), de la cobertura universal y gratuita, por mencionar algunos elementos establecidos en la Constitución.

3.5. Modelo de Gestión del Ministerio de Salud Pública

El marco legal y operativo del Modelo de Gestión propuesto por el MSP, se sustenta en lo establecido en los artículos 32, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365 y 366 de la Constitución de la República del Ecuador, así como en el Objetivo 3 del Plan Nacional de Buen vivir, concerniente a mejorar la calidad de vida de la población, la Estrategia Territorial Nacional y la Ley Orgánica de la Salud. A continuación repasamos los principales elementos.

3.5.1. Constitución de la República del Ecuador y Modelo de Gestión del MSP

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y

ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

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

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

Art. 363.- El Estado será responsable de: 1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario. 2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura. 3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud. 4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos. 5. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución. 6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto. 7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales. 8. Promover el desarrollo integral del personal de salud.

Art. 364.- Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos.

En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales.

El Estado controlará y regulará la publicidad de alcohol y tabaco.

Art. 365.- Por ningún motivo los establecimientos públicos o privados ni los profesionales de la salud negarán la atención de emergencia. Dicha negativa se sancionará de acuerdo con la ley.

Art. 366.- El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud. El Estado financiará a las instituciones estatales de salud y podrá apoyar financieramente a las autónomas y privadas siempre que no tengan fines de lucro, que garanticen gratuidad en las prestaciones, cumplan las políticas públicas y aseguren calidad, seguridad y respeto a los derechos.

Estas instituciones estarán sujetas a control y regulación del Estado.

Si bien el componente constitucional del Modelo de Gestión del MSP menciona varios artículos constantes en la carta magna, deja de lado elementos sustantivos como:

- **Financiamiento: Transitoria Vigésimosegunda.-** el presupuesto “... se incrementará cada año en un porcentaje no inferior al cero punto cinco por ciento del Producto Interno Bruto, hasta alcanzar al menos el cuatro por ciento.”¹⁵² La utilización de estos fondos, bajo el criterio de equidad, permitir anualmente mejorar las condiciones establecidas en el Primer Nivel de Atención.
- **Participación Ciudadana y Control Social. Artículo 95.-** “Las ciudadanas y ciudadanos, en forma individual y colectiva, participarán de manera protagónica en la toma de decisiones, planificación y gestión de los asuntos públicos, y en el control popular de los representantes y de las instituciones, del Estado y de la sociedad...”¹⁵³ Quizá retomar o fortalecer los Comités establecidos en la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, ó los Consejos Cantonales y Provinciales de Salud y, el mismo Consejo Nacional de Salud, serían la puerta de entrada para iniciar procesos serios de participación ciudadana y control social.
- **Régimen de Desarrollo. Artículo 276.-** relacionado con el fomento de “...la participación y el control social, con reconocimiento de las diversas identidades y promoción de su representación equitativa, en todas las fases de la gestión del poder público.”¹⁵⁴
- **Régimen de Desarrollo. Artículo 278.-** “Para la consecución del buen vivir, a las personas y a las colectividades, y sus diversas formas organizativas les corresponde: 1). Participar en todas las fases y espacios de la gestión pública y de

¹⁵² CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR. Registro Oficial No. 449 - Lunes 20 de Octubre de 2008. Transitoria vigésimosegunda.

¹⁵³ CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR. Registro Oficial No. 449 - Lunes 20 de Octubre de 2008. Artículo 95.

¹⁵⁴ CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR. Registro Oficial No. 449 - Lunes 20 de Octubre de 2008. Artículo 276.

la planificación del desarrollo nacional y local, y en la ejecución y control del cumplimiento de los planes de desarrollo en todos sus niveles; y,

- Los deberes y atribuciones establecidos para el **Consejo de Participación Ciudadana y Control Social, artículo 207 y 208**, relacionados a la participación ciudadana, control social, lucha contra la corrupción, rendición de cuentas, protección de las personas, transparencia, etc.
- **Superintendencias. Artículo 213**, referente “*a los organismos técnicos de vigilancia, auditoría, intervención y control de las actividades económicas, sociales y ambientales, y de los servicios que prestan las entidades públicas y privadas...*”

Por otro lado, la función de los Gobiernos Autónomos Descentralizados se reduciría a: “*Planificar, construir y mantener la infraestructura física y los equipamientos de salud... así como los espacios públicos destinados al desarrollo social, cultural y deportivo, de acuerdo con la ley.*”¹⁵⁵; cuando desde un contexto integrador sería la fuente natural del desarrollo distrital, provincial y regional.

La experiencia de países como Brasil debería ser estudiada con detenimiento, toda vez que desarrolla un proceso de descentralización basado en la responsabilidad de la Federación, Secretarías de Estado y Secretarías Municipales. El financiamiento tiene una variación porcentual del PIB, pero los estados aportan el 12% de su presupuesto y los Municipios con el 15%¹⁵⁶, según se desprende de la Enmienda Constitucional 29 del 13 de septiembre del 2000, que se cita a continuación.

“Art. 198. Las acciones y servicios públicos de salud integran una red regionalizada y jerarquizada que constituyen un sistema único, organizado de acuerdo a las siguientes directrices:

- *Descentralización con dirección única en cada esfera de gobierno.*
- *Atención integral con prioridad para las actividades preventivas, sin perjuicio de los servicios asistenciales;*
- *Participación de la comunidad.*

¹⁵⁵ CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR. Registro Oficial No. 449 - Lunes 20 de Octubre de 2008. Artículo 264, numeral 7

¹⁵⁶ MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. 2007. “O Sistema de Saúde do Brasil”. Gabinete do Ministro. Assessoria Internacional de Saúde. Adnei Pereira de Moraes. Brasília – novembro – 2007. Ppt. Pág. 39

El sistema único de salud será financiado, en los términos del art. 195, con recursos del presupuesto de la seguridad social, de la Unión, de los Estados del Distrito Federal y de los Municipios, a más de otras fuentes.”¹⁵⁷

En resumen, se entiende que la Federación Brasileña busca corresponsabilidad de las acciones de salud en todos los actores sociales y gubernamentales, es decir, los Gobiernos Autónomos Descentralizados para nosotros.¹⁵⁸

Seguidamente se presenta el gasto total en salud y per cápita para el año 2003, de algunos países. Ver Tabla 23.

Tabla 23: Brasil. Gasto per cápita público + privado en salud. 2003.

PAÍSES SELECCIONADOS	GASTOS TOTAIS PER CAPITA Público + Privado	GASTOS TOTAIS% DO PIB Público + Privado	GASTOS PÚBLICOS PER CAPITA União + Estados + Municípios
ESTADOS UNIDOS	5.711	15,2	2.548
SUIÇA	3.776	11,5	2.209
NORUEGA	3.809	10,3	3.189
DINAMARCA	2.762	9	2.292
ALEMANHA	3.001	11,1	2.348
SUÉCIA	2.704	9,4	2.305
FRANÇA	2.902	10,1	2.213
CANADA	2.989	9,9	2.090
JAPÃO	2.244	7,9	1.818
INGLATERRA	2.389	8	2.047
ITALIA	2.266	8,4	1.703
ESPAÑA	1.853	7,7	1.321
PORTUGAL	1.791	9,6	1.249
URUGUAI	824	9,8	224
ARGENTINA	1.067	8,9	518
COSTA RICA	616	7,3	486
ÁFRICA DO SUL	669	8,4	258
CHILE	707	6,1	345
BRASIL	597	7,6	270
CUBA	251	7,3	218
COLÓMBIA	522	7,6	439

Fuente: Ministério da Saúde do Brasil. 2007. “O Sistema de Saúde do Brasil”. Gabinete do Ministro. Assessoria Internacional de Saúde. Adnei Pereira de Moraes. Brasília – novembro – 2007. Ppt. Pág. 39.

Elaboración: ibídem.

De acuerdo a datos disponibles en el país, el gasto Público Total (MSP, IESS, SSC, ISSFA, ISSPOL) para el 2010 generaría un per cápita en salud de USD 192 en términos de presupuesto codificado y, en términos de ejecución de USD 120; bastante lejos de los USD 270 de Brasil para el año 2003.

¹⁵⁷ CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA FEDERAL DE BRASIL. 2000. Enmienda Constitucional 29. 2000. En: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/30/2000/29.htm>

¹⁵⁸ En el caso de la educación, la Federación aporta con el 18% y Estados y Municipios con el 25%.

3.5.2. Plan Nacional de Buen vivir (PNBV). Objetivo 3. Mejorar la calidad de vida de la población

La SENPLADES concibe que, la calidad de vida está vinculada a la creación de condiciones que satisfagan las necesidades materiales, psicológicas, sociales y ecológicas. La referida calidad de vida, se lograría a través del fortalecimiento de las capacidades y potencialidades tanto individuales como colectivas.¹⁵⁹ En ese contexto el MSP, recoge cuatro de las políticas fundamentales planteadas en el Plan Nacional del Buen Vivir, PNBV. 2009-2013:

Tabla 24: Políticas seleccionadas por el MSP

Política 3.1.	Promover el desarrollo sectorial, la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.
Política 3.4.	Asegurar la cobertura universal de la salud, con servicios de calidad que ofertan prestaciones con calidez, eliminando todo tipo de barreras que generan inequidad, exclusión y recuperando la salud como un derecho ciudadano
Política 3.5.	Fortalecer la predicción y prevención de la enfermedad, el desarrollo de capacidades para advertir, anteponerse y controlar la morbilidad, los riesgos ambientales, los accidentes, la violencia y las discapacidades
Política 3.6.	Fortalecer la promoción de la salud, promover la construcción de ciudadanía y una cultura por la salud y la vida

Fuente: PNBV. 2009

Elaboración: MSP. 01. 2011.

En este contexto, el MSP cuenta con las políticas necesarias y suficientes, así como los recursos económicos que el Gobierno Central viene ubicando en el sector desde el 2007; esta realidad le permitiría al MSP iniciar con un serio proceso de garantías explícitas en salud; es decir, equidad.

3.5.3. La Estrategia Territorial Nacional (ETN)

Por las características del MSP establecidas en la Reforma Democrática del Estado, es decir, tipología 2, alta desconcentración baja descentralización, el MSP se articula con la Estrategia Territorial 7, la cual tiene como objetivo “*Consolidar un modelo de gestión descentralizado y desconcentrado con base en la planificación articulada y la gestión participativa en el territorio*”;¹⁶⁰ a través de, la descentralización y desconcentración y el desarrollo de capacidades de gestión y planificación territorial.

¹⁵⁹ SECRETARIA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO. *Plan Nacional del Buen Vivir. Objetivo 3. Mejorar la calidad de vida de la población.* 2009. Pág. 177

¹⁶⁰ SECRETARIA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO. *Estrategia Territorial Nacional.* En: <http://blogpnd.senplades.gov.ec/?p=1832>. Acceso: 20.03.2011

Señala fundamentalmente que en el territorio es donde se expresan los fenómenos y resultados sociales como la inequidad, la misma que es producto de las decisiones económicas, la asignación de recursos y la escasa coordinación del gobierno central y los gobiernos descentralizados.

Descentralización y desconcentración

SENPLADES señala que la descentralización debe ser entendida como una estrategia de organización del Estado “... *para garantizar los derechos de la ciudadanía en cualquier parte del país, a través de la transferencia de poder político,... recursos y competencias...*” (SENPLADES. 2009) desde el Gobierno Central a los diferentes niveles de los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GADs).

Menciona que se trata de un proceso orientado a incrementar la eficiencia y la eficacia de la gestión pública, a profundizar el sistema democrático con un enfoque territorial y espacial, se trata dicen, de la distribución equitativa del poder estatal a todos los niveles de gobierno. SENPLADES, refiere así mismo que, la descentralización busca una gestión que responda a las diferencias y potencialidades geográficas, a la búsqueda de economías de escala, a una adecuada correspondencia fiscal, pero sobre todo, una verdadera respuesta a las necesidades de la población.¹⁶¹

Aquello demandaría, a decir de SENPLADES, fortalecer los GADs a fin de que puedan cumplir con los roles y competencias establecidas en la Constitución; articularse a los objetivos de desarrollo nacional establecidos en el PNBV y los propios de los GAD en los ámbitos provincial, cantonal y parroquial; para lo cual dice SENPLADES, “*es fundamental el respaldo político a la formulación, aplicación y concreción de los planes de desarrollo y de ordenamiento territorial, así como la implementación de espacios para la participación y la deliberación para la construcción del poder ciudadano.*” (SENPLADES. 2009)

Si bien la Estrategia Territorial Nacional (ETN) 7, aborda la descentralización y desconcentración, al menos en la versión disponible en la Web de la SENPLADES, no hace referencia al papel de la desconcentración en el desarrollo territorial del país.

¹⁶¹ SENPLADES. *Estrategia Territorial Nacional*. En: <http://blogpnd.senplades.gov.ec/?p=1832>. Acceso: 20.05.2011

Capacidades de gestión y planificación territorial

La principal deficiencia encontrada por SENPLADES respecto a la gestión del territorio por parte de los GADs, es la falta de calidad de los instrumentos, la escasa información a nivel desagregado, así como de la carencia de mecanismos de gestión, control y seguimiento y, respaldo político. Por otro lado se menciona que la planificación de los GADs no guarda *sindéresis* (coherencia) con las políticas territoriales del gobierno central por la falta de apropiación de los actores públicos y privados. (SENPLADES. 2009)

Así el PNBV sería el instrumento orientador de las políticas públicas, a través, del presupuesto, la inversión pública y el endeudamiento. En definitiva concluye SENPLADES, el ordenamiento territorial y la planificación del desarrollo es un proceso que determina productos integrados (competencias), que regulan la inversión pública y ordenan el territorio, esto “*sobre la base de una gestión cohesionada y una participación ciudadana directa*” en busca de la eficacia y la eficiencia.¹⁶²

Como se menciona en líneas anteriores, si bien SENPLADES menciona insistentemente que todas sus políticas apunta a que los servicios que entregan las instituciones públicas satisfagan las necesidades de la población, sin embargo queda claro que a la fecha, en el caso del MSP, aún no se puede visualizar los resultados esperados; más cuando los GADs, han sido relegados a la construcción y mantenimiento de infraestructura física.

3.5.4. La Ley Orgánica de la Salud

Respecto al instrumento jurídico denominado Ley Orgánica de Salud¹⁶³, en esta se define con bastante precisión su alcance y magnitud. Más allá de un análisis de la Ley, a continuación, se cita lo establecido sobre el derecho a la salud y su protección, toda vez que estos y otros elementos como la equidad, gratuidad, universalidad, participación ciudadana se encuentran en la Constitución.

*“Art. 1.- La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el **derecho universal** a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los **principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad,***

¹⁶² Así el proceso de la planificación para el desarrollo, estaría dado por un proceso continuo y cíclico de identificación, planificación, ejecución y monitoreo, evaluación y ajuste.

¹⁶³ LEY ORGÁNICA DE SALUD. Registro Oficial Nro. 423, Viernes 22 de Diciembre del 2006

participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético.

*Art. 2.- **Todos** los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, **se sujetarán** a las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la **autoridad sanitaria nacional.***

*Art. 3.- **La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.** Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado: y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.*¹⁶⁴(Negrillas añadidas para enfatizar)

A modo de conclusión, se evidencia perfectamente que la Constitución y la Ley garantiza la **equidad**; sin embargo del estudio realizado se desprende que el MSP no cuenta con las herramientas necesarias y suficientes que permitan explicitar éstos derechos. A esa medida, se insiste en lo fundamental de generar un mecanismo para la asignación de recursos para el Primer Nivel de Atención, que como se ha referido resuelven entre el 70 y 90% de los problemas de salud-enfermedad de la población.

3.6. Nueva estructura territorial del Ministerio de Salud Pública

Debido al nivel de complejidad de la prestación de servicios tanto colectivos como individuales de salud, en la “Reforma Institucional del Ministerio de Salud y Adscritas”¹⁶⁵, se establece que el MSP se organizará en tres niveles de desconcentración, que son: Nacional, Zonal, Distrital Plus y Distrital. Con esta organización el MSP tendría una mejor interrelación con el Gobierno Central y con los gobiernos autónomos descentralizados, GADs., en particular con los municipios, que tienen la atribución constitucional de crear y mantener la infraestructura de salud, así como de dotar varios servicios públicos, que tienen relevancia para la salud, como son el agua y el

¹⁶⁴ LEY ORGÁNICA DE SALUD. *Titulo Preliminar. Capitulo 1. Del derecho a la salud y su protección.* Ley No. 80. RO/ 670 de 25 de Septiembre del 2002.

¹⁶⁵ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. *Propuesta de Reforma Institucional. Ministerio de Salud Pública y Adscritas.* Enero del 2011. Presentación en Power Point.

alcantarillado. En el Gráfico 32 se puede observar la nueva estructura territorial planteada por el MSP.

Gráfico 32: Nueva Estructura Territorial del MSP



Fuente: Ministerio de Salud. 2011

Elaboración: Ministerio de Salud. 2011

Cabe mencionar que los Distritos Plus (D+), no corresponde a un nivel territorial distinto, sino a una tipificación de los distritos en función de características adquiridas (*presencia de hospitales provinciales y agencia de control, por ejemplo*) en base a la disponibilidad de recursos de mayor nivel. En este sentido, los distritos plus no serán adicionales, sino que están identificados dentro de los 128 Distritos previstos; adicionalmente se menciona que “*aquellos correspondientes a las antiguas cabeceras provinciales, podrán ser distritos plus*”.¹⁶⁶ La Tabla 25, muestra los productos y servicios en materia de salud, que fueron definidos por el MSP, en coordinación con la SENPLADES, así COMO la responsabilidad institucional para cada nivel.

¹⁶⁶ “Los distritos+ tienen las mismas competencias que los distritos regulares salvo en lo que corresponde a los equipamientos e instalaciones como por ejemplo a estructura hospitalaria de nivel provincial que les daría un plus en cuanto a las competencias que tienen que asumir. De la misma manera, dado que las entidades adscritas al ministerio se desconcentran solo hasta el nivel de las antiguas provincias, los distritos + gozaran de instalaciones de laboratorios y de la presencia de una oficina de la agencia de control. Estas atribuciones se sumaran a las atribuciones de un distrito “regular”. La figura de distritos+ también nos permitirá agilizar los procesos de reforma en el sentido que de manera inmediata, las actuales Direcciones Provinciales podrían pasar a constituir distritos plus, lo que correspondería a un funcionamiento transitorio mientras que se están haciendo los trámites legales necesarios para quitar el nivel provincial.” MSP. 2011.

Tabla 25: Productos y Servicios por Niveles (MSP)

NIVEL		FACULTAD	PRODUCTOS/SERVICIOS
CENTRAL rectoría y rol normativo		PLANIFICACIÓN, RECTORÍA REGULACIÓN CONTROL COORDINACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas públicas nacionales del sector. • Estrategias nacionales • Planes nacionales • Modelo de atención integral. • Red pública y complementaria • Lineamientos programáticos • Normas y estándares • Sistema de vigilancia sanitaria. • Sistema Nacional de compras • Sistema de información sanitaria y de gestión • Agenda Nacional de Investigación
NIVEL DESCONCENTRADO	ZONA Integración, coordinación, supervisión apoyo técnico	COORDINACIÓN, PLANIFICACIÓN CONTROL, GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Subsistemas de monitoreo y evaluación de la calidad de la atención. • Certificaciones para funcionamiento y comercialización de servicios y productos • Control del cumplimiento de normas y estándares • Sistema de Información regional • Modelo de sistema de redes zonales • Campañas zonales de educación en salud
	DISTRITO / DISTRITOS+ Ejecución	PLANIFICACIÓN GESTIÓN COORDINACIÓN CONTROL	<ul style="list-style-type: none"> • Planes distritales. • Red de salud funcionando articuladamente • Campañas de educación en salud y promoción de estilos de vida saludables • Provisión de servicios de atención individual • Provisión de servicios de salud colectivo • Sistema de Participación Ciudadana: • Reportes de Información distrital (Sanciones)
NIVEL DESCENTRALIZADO	GOBIERNOS AUTÓNOMOS DESCENTRALIZADOS (Municipio)	PLANIFICACIÓN GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de infraestructura , equipamiento y mantenimiento en • coordinación con la autoridad sanitaria • Provisión de servicios de salud en el nivel autónomo según el marco legal vigente • Sanciones municipales

Fuente: Ministerio de Salud. 2011

Elaboración: Ministerio de Salud. 2011

El Gráfico 33, el MPS expone el componente denominado “Territorialización de Políticas Públicas” y, en función de la inequidad encontrada en la asignación de recursos y, una vez analizado el referido componente se desprende que, este es un elemento fundamental a la hora de garantizar equidad en la prestación de servicios de salud.

Es decir, una vez que en el Plan Nacional de Buen Vivir (PNBV) se han definido las políticas y, el MSP ha selección de indicadores, por ejemplo los relacionados a la *inequidad en la asignación per cápita definidos en este documento*, que incluye la identificación de zonas críticas –Áreas de Salud-, se procedería con la intervención de carencias heredadas (inequidad en la asignación de recursos) y la Estrategia Territorial

Nacional (ETN)de planificación articulada y participativa del territorio para garantizar los derechos ciudadanos (equidad). Si la lectura es correcta, no será complejo para la Autoridad Sanitaria incursionar en la solución de problemas “heredados” y que perjudican el desarrollo y la cohesión territorial. Por ejemplo, la asignación igualitaria de recursos en términos de equidad.

Dicho de otra manera, en el caso concreto de la inequidad en la asignación de recursos para el Primer Nivel de Atención desarrollados en la presente investigación y, siguiendo el detalle del Gráfico 34, sobre territorialización de las políticas públicas, queda claro que las políticas están definidas, que los indicadores se encuentran seleccionados, que se han identificado las zonas críticas y que se encuentran definidas las prioridades de intervención.

Gráfico 33: Territorialización de Políticas Públicas. MSP



Fuente: Ministerio de Salud. 2011
 Elaboración: Ministerio de Salud. 2011

Por otro lado, en la Tabla 26, se puede observar los ámbitos de acción para el funcionamiento de la Agencia de Control de Establecimientos de Salud (ACES) la misma que tendrá facultades de planificación y coordinación, tanto a nivel nacional como zonal y de control a nivel de Distritos (local). Su rol será “*acreditar y fiscalizar los establecimientos que prestan servicios sean públicos o privados.*”¹⁶⁷.

Sin duda la incorporación de este ente en el sector, permitirá mejorar los niveles de licenciamiento de las unidades operativas tanto públicas como privadas, así como iniciar

¹⁶⁷ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. *Propuesta de Reforma Institucional Ministerio de Salud Pública y Adscritas*. Enero. 2011.

con procesos de auditoría económica, financiera y médica del sector. Este hecho es sin duda relevante.

Tabla 26: Agencia de Control de Establecimientos de Salud (ACES): Competencias por Facultad y Nivel de Gestión

Facultad	Desconcentración											
	Nacional				Zonal				Distritos			
RECTORÍA												
REGULACION												
PLANIFICACION	1				1							
COORDINACION	1				1							
GESTION												
CONTROL	1				1					1		

Competencia	
VIGILANCIA DE LA SALUD PÚBLICA	1

Fuente: Ministerio de Salud. 2011

Elaboración: Ministerio de Salud. 2011

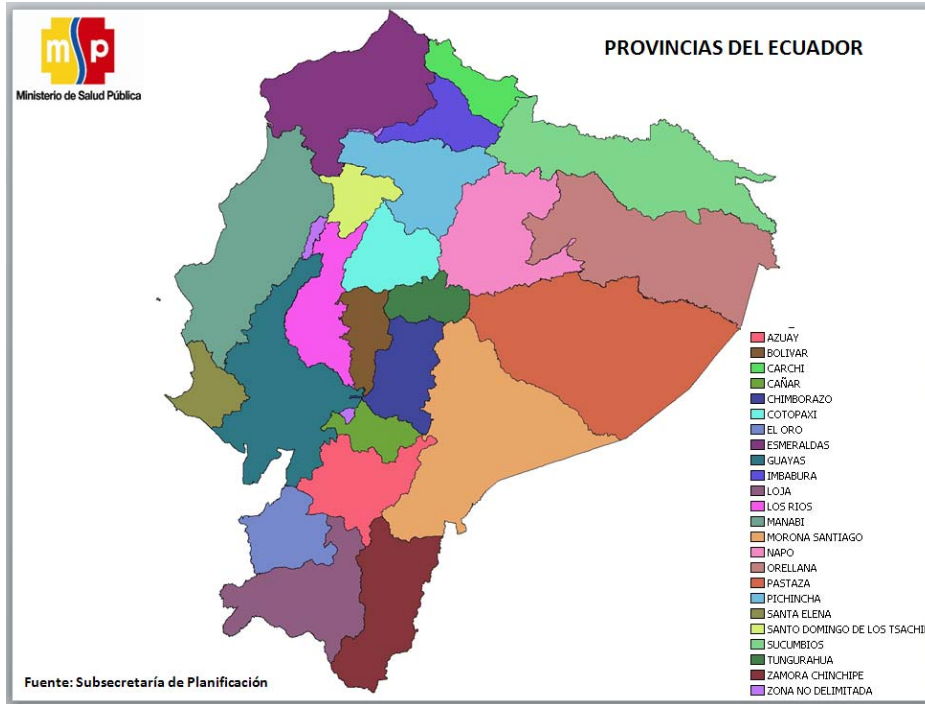
3.7. Memoria gráfica del Modelo de Gestión Territorial

El país tiene 34 provincias, las cuales se organizarán en nueve zonas de planificación.¹⁶⁸

En el Gráfico 35 se observa la división política administrativa del país.

¹⁶⁸ Decreto ejecutivo No. 357 del 20 de Mayo del 2010.

Gráfico 34: Zonas de Planificación

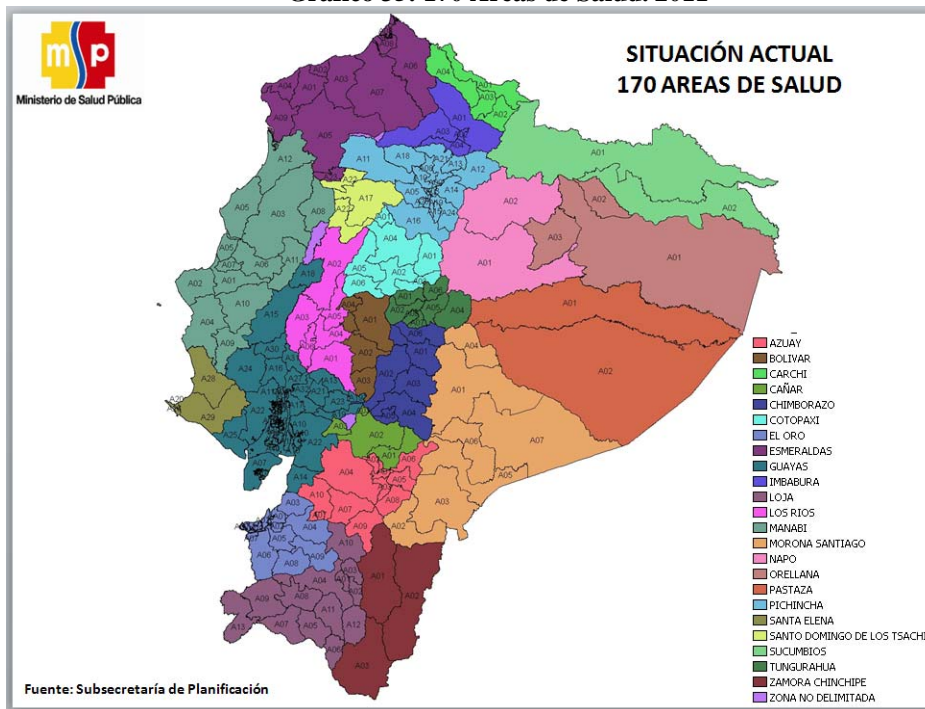


Fuente:

Ministerio de Salud. 2011
Elaboración: Ministerio de Salud. 2011

En la actualidad el Ministerio de Salud Pública se encuentra organizado en 170 Áreas de Salud. Las cuales el 50% dispone de Hospitales Básicos. Los mapas proporcionados por el MSP no cuentan con la provincia de Galápagos.

Gráfico 35: 170 Áreas de Salud. 2011

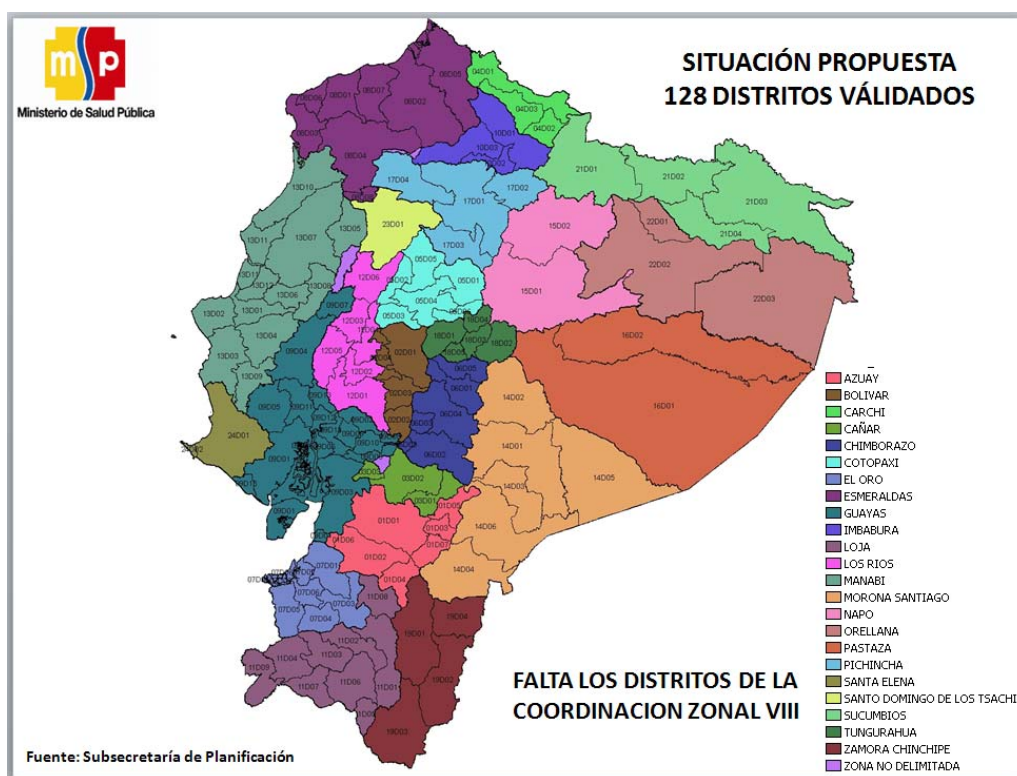


Fuente: Ministerio de Salud. 2011
Elaboración: Ministerio de Salud. 2011

El Modelo de Gestión Territorial propuesto, plantea el funcionamiento de 128 Distritos, incluidos Quito y Guayaquil (Ver Anexo No. 2), como unidades de administración y gestión de los servicios de salud, en coordinación (competencias concurrentes) de los GADs. Quizá el mayor logro de esta propuesta sea la organización y planificación territorial, como potencial avance en el marco del ordenamiento territorial de los servicios de salud y prestaciones de salud tanto individuales y como colectivos.

Como se menciona en párrafos precedentes, uno de los problemas que tiene la actual administración y gestión de las Áreas, es su escasa compatibilidad del concepto Áreas de Salud con unidad territorial (cantón-parroquia). El caso extremo es Guayaquil, en un solo cantón existen 12 Áreas de Salud y que en una sola parroquia existan hasta 4 áreas de salud, ó que apenas 47 cantones correspondan a un Área de Salud.

Gráfico 36: 128 Distritos de Salud



Fuente: Ministerio de Salud. 2011

Elaboración: Ministerio de Salud. 2011

Finalmente es importante mencionar, no como logro, sino como limitante para la construcción de una sociedad donde todos los niveles de gobierno actúen sobre el estado de salud-enfermedad de la población, las Competencias de Salud y Educación establecidas en artículo 138 del Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización, sobre la facultad exclusiva que tiene el gobierno central para la

definición de las políticas y asignación de recursos, aquello limita de manera contundente la participación proactiva y responsable de los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GADs).

“Artículo 138.- Ejercicio de las competencias de infraestructura y equipamientos físicos de salud y educación.- Es facultad exclusiva del gobierno central la rectoría y definición de las políticas nacionales de salud y educación. El ejercicio de estas competencias no excluirá la gestión concurrente con los gobiernos autónomos descentralizados en la planificación, construcción y mantenimiento de la infraestructura física, así como actividades de colaboración y complementariedad entre los distintos niveles de gobierno, en el marco de los sistemas nacionales correspondientes.

Corresponde a los gobiernos autónomos descentralizados municipales, en el marco de la planificación concurrente con la entidad rectora, construir la infraestructura y los equipamientos físicos de salud y educación, con sujeción a la regulación emitida por la autoridad nacional.

Cada nivel de gobierno será responsable del mantenimiento y equipamiento de lo que administre.” ¹⁶⁹ (Negritas añadidas para enfatizar)

Como se menciona en el desarrollo del documento, la legislación vigente no propicia una participación decidora por parte de los GADs en el campo de la salud, su accionar será muy específica, únicamente para “*construir la infraestructura física... con sujeción a la regulación emitida por la autoridad nacional*”, cuando para mejorar los determinantes de salud, se requiere asignar recursos adicionales, mejorar los estilos de vida de la población, mejorar el cuidado y respeto a la naturaleza, incrementar la producción de alimentos (seguridad y soberanía alimentaria), mejorar el poder adquisitivo de la población, generar empleo, intervenir sobre la infraestructura sanitaria, en el sistema de ordenanzas (sobre drogas, higiene, salud ambiental, laboral), aspectos culturales como hábitos saludables, educativos que fomenten la salud, y religioso considerando las diferentes religiones y sectas.

En resumen, los determinantes que intervienen en el proceso de salud-enfermedad de la población “**no deben**” ser abordado de manera aislada, sino de manera integral, ya que

¹⁶⁹ CÓDIGO ORGÁNICO DE ORGANIZACIÓN TERRITORIAL, AUTONOMÍA Y DESCENTRALIZACIÓN. Registro Oficial No. 303 - Martes 19 de Octubre de 2010 Primer Suplemento. Artículo 138.

según los define Lalonde, todos afectan el estado de salud-enfermedad de las personas. “1) **La biología humana** (genética, envejecimiento); 2) **El medio ambiente** (contaminación física, química, biológica, psicológica y sociocultural); 3) **El estilo de vida** (conductas de salud) y, 4) **El sistema de asistencia sanitaria.**”¹⁷⁰ De los factores mencionados, los Municipios conjuntamente con el Ministerio de Salud, deberían intervenir en todos los determinantes. Para ello sin duda se requiere una reforma Constitucional, pero sobre todo, comprender la interrelación del Estado y la sociedad.

¹⁷⁰ Citado en LUIS SAN MARTÍ SALLERAS, *Educación sanitaria*. Madrid. Ed. Díaz de Santos. 1985. Pág. 23.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación se presentan los hallazgos de la investigación exploratoria sobre “LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS Y LA EQUIDAD: EL CASO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR: 2008 – 2010”.

4.1. Resultados: Equidad en Áreas de salud con Hospital Básico

Las Áreas de Salud del MSP no tienen la misma estructura de conformación, funcionamiento y complejidad. Unas cuentan con un Hospital Básico y otras no, incluso cinco Áreas de Salud tienen un Hospital General (5 casos)¹⁷¹ y otras con Hospital de Especialidades (2 casos);¹⁷² Esto amerita la realización de un análisis separado de las Áreas de Salud con y sin Hospital Básico.

El presente estudio no toma en cuenta a las dos áreas de salud de Galápagos y de acuerdo a los datos del MSP- Planificación, “fusionó” el Área 5 y 6 de la provincia de Pichincha, por tema de organización analítica. En tal virtud el análisis se realiza sobre 167 Áreas de Salud, de las cuales 80, es decir, el 48% de las Áreas cuentan con Hospital Básico.

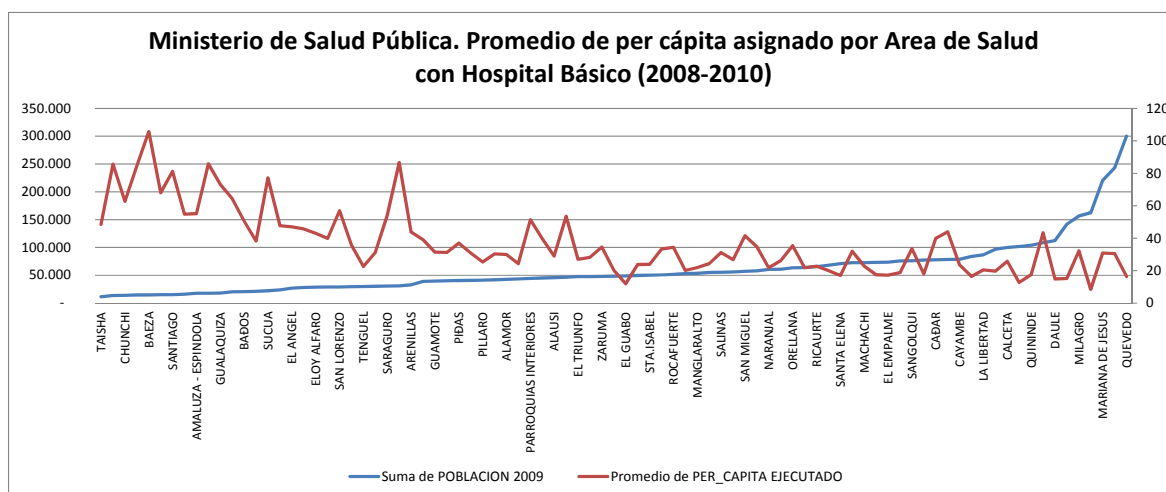
Como se puede observar en el Gráfico 24, la asignación de recursos no tiene relación con la población asignada al Área de Salud. Aquello sugiere la inequidad en la asignación de recursos, dado que como se mencionó en líneas anteriores, no se encuentra ningún patrón para la asignación de recursos.

En esta tipología, el Área de Salud de Chone de la provincia de Manabí recibe 8,5 dólares per cápita (162.422 hab.) y el Área de Salud de Baeza de la provincia de Napo recibe 105,73 dólares per cápita (14.816 hab.); es decir, 11.4 veces más. En el primer caso, la incidencia de la pobreza es del 69% y en el caso de Baeza del 62%. Ver Gráfico 37.

¹⁷¹ Se refiere a los cantones de Milagro, Morona, Orellana, Parroquias interiores de Pastaza y Zamora quienes sus Hospitales Generales (provinciales) operan como Áreas de Salud u Unidades Ejecutoras.

¹⁷² Se trata de las Maternidades del Guasmo y Mariana de Jesús de la Ciudad de Guayaquil.

Gráfico 37: Estimación de recursos per cápita asignados a las Áreas de Salud con Hospital Básico.



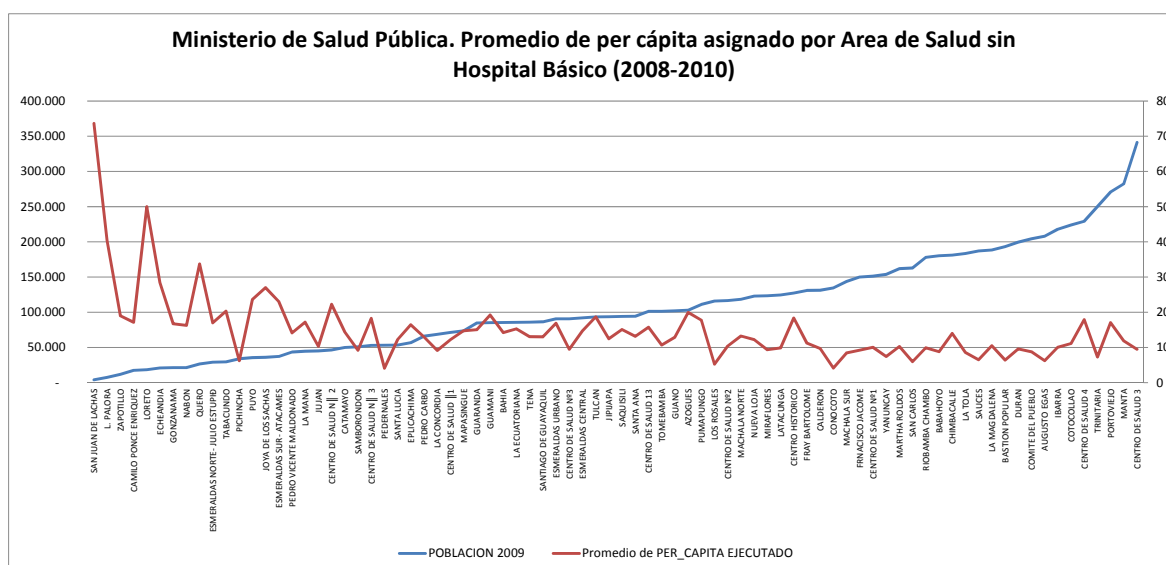
Fuente: Ministerio de Finanzas. 2011. e-SIGEF y, MSP, Departamento de Estadística. 2011

En el Anexo 3, se encuentra el detalle de la asignación per cápita promedio por Áreas de Salud que cuentan con Hospital Básico y en el Anexo 4, el detalle de las Áreas de Salud sin Hospital Básico.

4.2. Resultados: Equidad en Áreas de salud sin Hospital Básico

El Gráfico 38 muestra las áreas de salud (eje de las X) que no cuentan con Hospital Básico, con relación a la población asignada y el promedio per cápita ejecutado para el periodo de análisis (2008-2010).

Gráfico 38: Estimación de recursos per cápita asignados a las Áreas de Salud sin Hospital Básico.



Fuente: Ministerio de Finanzas. 2011. e-SIGEF y, MSP, Departamento de Estadística. 2011

Igual que en el caso anterior, en el Gráfico 38, se puede observar, que el patrón es el mismo, la asignación de recursos no tiene relación con la población asignada al Área de Salud y, por tanto, se evidencia que existe una ausencia de criterios a la hora de asignar de recursos económicos.

En cuanto a este tipo de Áreas *-sin Hospital Básico-* encontramos que el Área de Salud de Pedernales de la provincia de Manabí recibe 4,1 dólares per cápita (53.234 hab.) y el Área de Salud de San Juan de Lachas de la provincia del Carchi recibe 73,64 dólares per cápita (3.918 hab.); es decir, 16,9 veces más. En el primer caso, la incidencia de la pobreza es del 69% y en el caso de San Juan de Lachas del 78%.

Dados estos elementos, es importante preguntarse el grado de influencia que tiene la Autoridad Sanitaria respecto al Ministerio de Finanzas y SENPLADES, a la hora de asignar recursos económicos; de ahí que surge las siguientes interrogantes ¿Conoce el Ministerio de Finanzas, SENPLADES y el Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social (MCDS) sobre el grado de inequidad que genera la asignación que se realiza año a año? ¿Tiene planes el Ministerio de Finanzas, SENPLADES, el MCDS y el MSP para corregir esta inequidad en la asignación de recursos? Y, por otro lado, ¿Cuál es la estrategia que el MSP ha planteado para equiparar (para arriba) en términos de asignación de recursos a las Áreas de Salud? Ó ¿Qué criterios técnico-políticos para la asignación de recursos, por parte del MSP, son necesarios para reducir la inequidad en materia de salud?

Respecto a la última inquietud, en el proceso de investigación se solicitó a las respectivas autoridades del MSP, Subsecretaría de Planificación, Subsecretaría de Protección Social, Gestión de Servicios de Salud y Medicamentos, proporcionen los criterios técnicos y/o herramientas que utilizan para la asignación de recursos; proveyeron únicamente Normas y Manuales.

Adicionalmente, se mantuvo conversatorios con los responsables de planificación, medicamentos y servicios de salud, obteniendo como resultado que, si bien la el MSP cuenta con Normas y Manuales los mismos no se aplican, ya sea por decisión del Ministerio de Finanzas (*criterio de la subsecretaria de planificación*), por falta de recursos (*criterio de control y vigilancia sanitaria*), o por decisiones “políticas” a la hora de atender requerimientos de la población (*criterio de servicios de salud*).¹⁷³

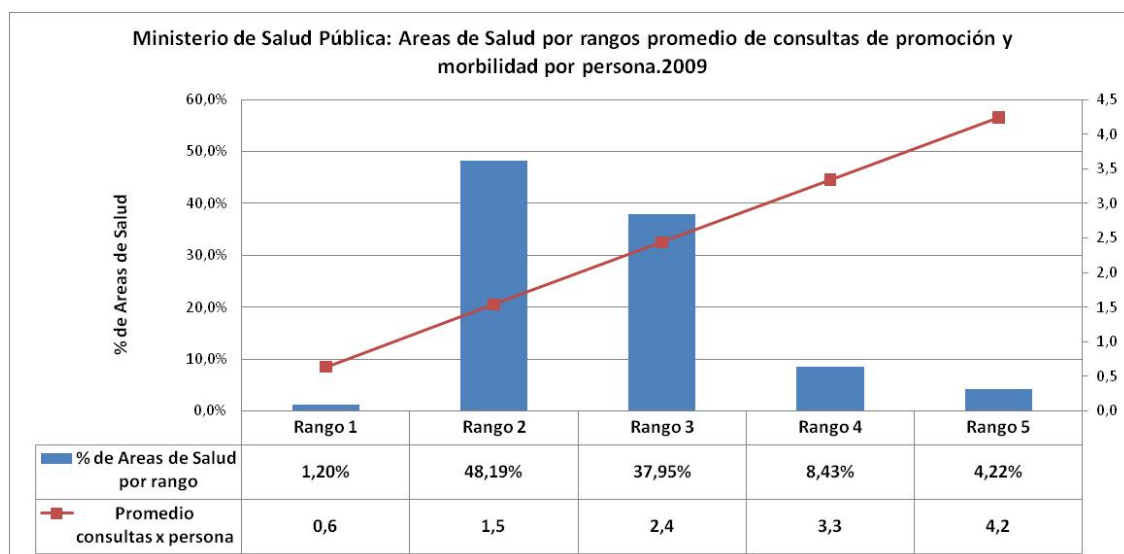
¹⁷³ Los funcionarios con quienes se mantuvo la reunión, solicitaron no se los mencione como referencia bibliográfica.

En ese contexto, ¿Es posible que se esté produciendo en el país la denominada “inversión invertida”?, es decir, que los incrementos en inversión social se estén dirigiendo a grupos poblacionales con mejores condiciones económicas.

4.3. Resultados: regresión lineal entre asignación per cápita de recursos y consultas promedio de promoción y morbilidad

Con el objeto de observar el comportamiento de las variables asignación per cápita de recursos y consultas promedio de la población, se elaboró un histograma a partir de la determinación de cinco rangos. En general se observa que el 48% de las áreas proporcionan 1,54 consultas por persona, le sigue en importancia el 38% de las áreas que brindan 2,44 consultas promedio año. Preocupa que el 1,2% de las Áreas, es decir, 2 áreas de salud, proporcionen menos de una consulta a la población asignada; esto es 0,63 consultas por persona; se trata de las Áreas de Salud La Tola y Comité del Pueblo de la capital de la República. Los resultados obtenidos se visualizan en el Gráfico 39.

Gráfico 39: Ministerio de Salud Pública: Histograma de consultas promedio por Áreas de Salud. 2009



En el caso de la ciudad de Guayaquil, considerando diez de las doce áreas de salud,¹⁷⁴ se desprende que el promedio de consultas por persona año es de 1,22. El promedio nacional es de 1,98 y el promedio de la provincia es de 1.47. En la Tabla 27 se observa los rangos establecidos para el análisis a nivel nacional.

¹⁷⁴ Se toma en cuenta únicamente las diez Áreas, en virtud de que las dos restantes cuentan con Hospitales de Especialidad, se trata de la Maternidad del Guasmo y Mariana de Jesús.

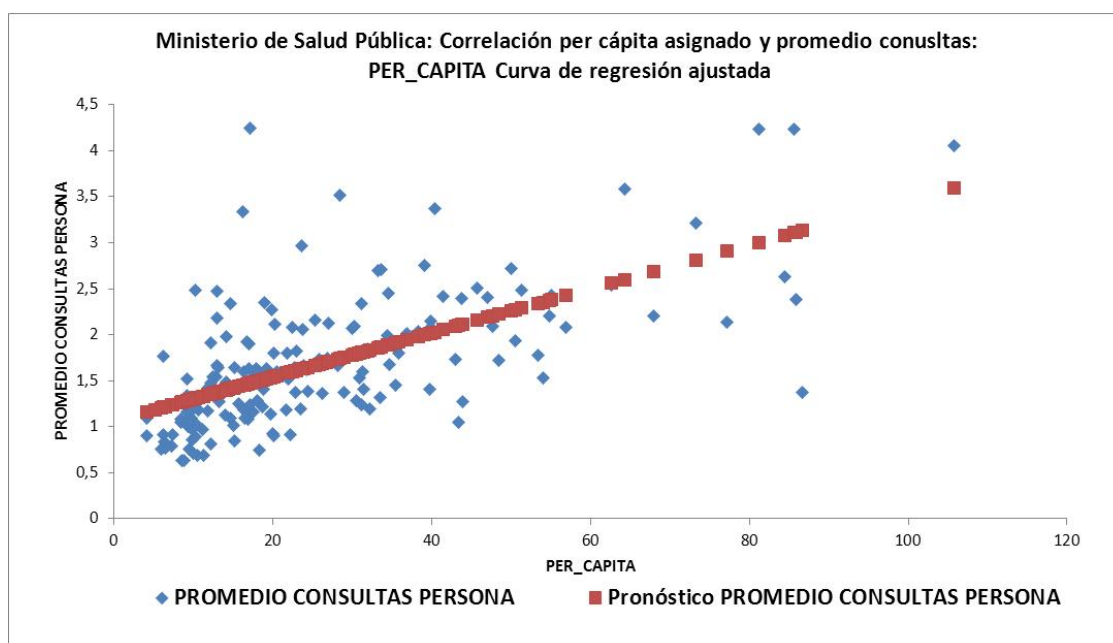
Tabla 27: Áreas de Salud agrupadas por consultas promedio. 2009

<i>Rango</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>% por rango</i>	<i>% acumulado</i>	<i>Promedio consultas</i>
Rango 1	2	1,20%	1,20%	0,637647223
Rango 2	80	48,19%	49,40%	1,538343974
Rango 3	63	37,95%	87,35%	2,439040726
Rango 4	14	8,43%	95,78%	3,339737477
Rango 5	7	4,22%	100,00%	4,240434228

Así mismo, se relacionó las variables asignación per cápita y promedio consultas año, a fin visualizar el grado de afectación de una variable respecto a otra, en este caso la asignación per cápita y el promedio de consultas brindadas por las áreas de salud.

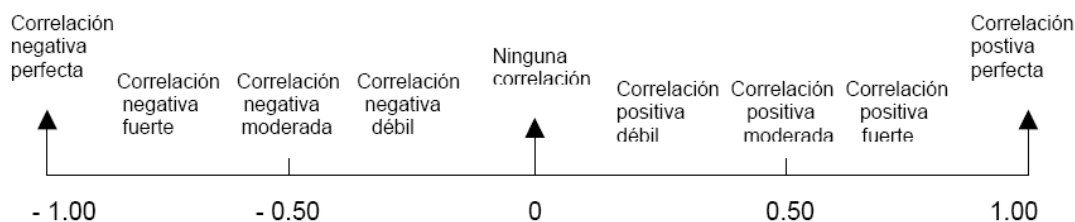
El coeficiente obtenido fue de 0,63; muestra una correlación positiva fuerte; lo cual significa que a mayor recursos per cápita asignados, mayor promedio de consultas año por persona y, a menor per cápita menor número de consultas. Como se puede observar en el Gráfico 37 la tendencia a incrementar el número promedio de consultas por persona (eje Y) se correlaciona positivamente con la asignación per cápita (eje X). En función de los datos obtenidos, tanto la correlación de datos como el histograma, nos permiten afirmar la persistente inequidad en la asignación de recursos al Primer Nivel de Atención.

Gráfico 40: Ministerio de Salud Pública: coeficiente de correlación entre asignación per cápita y promedio consultas año. 2009



El siguiente diagrama resume la importancia o relevancia del análisis del coeficiente de correlación entre dos variables:

Gráfico 41: Diagrama relevancia de correlación



4.4. **Discusión: La asignación per cápita de recursos y mortalidad general**

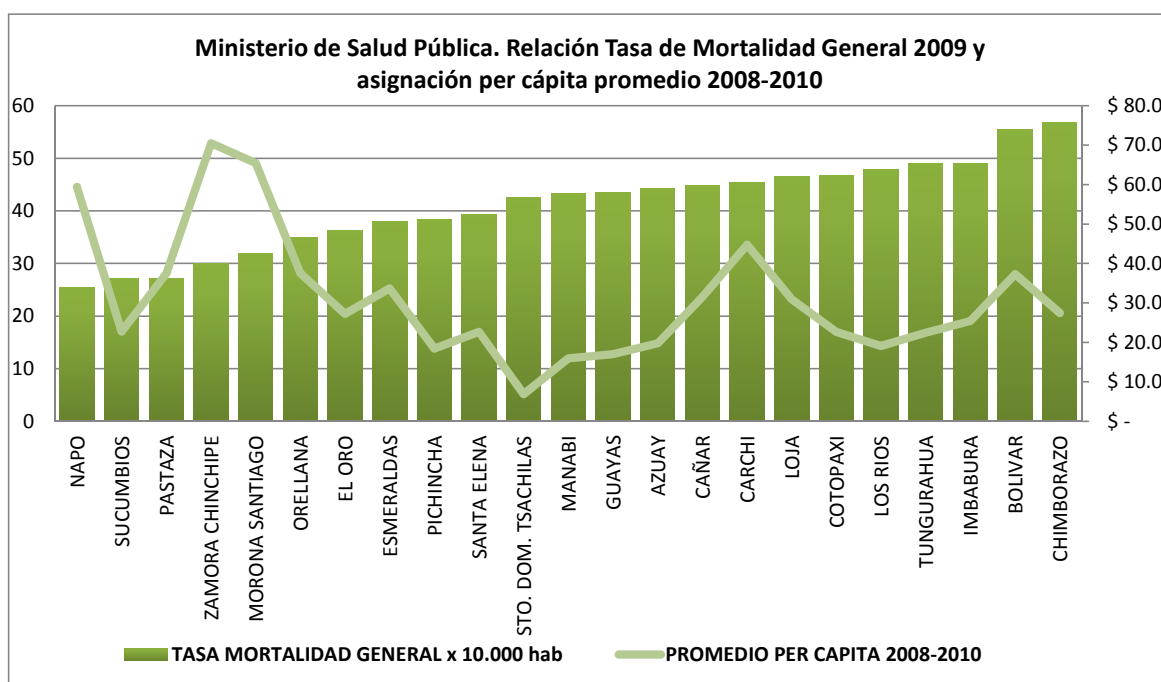
En función de la asignación per cápita obtenida para las Áreas de Salud del MSP, se procedió a estimar la asignación per cápita por provincias y compararlos con la tasa de mortalidad general x 10.000 habitantes.

Los indicadores mortalidad general x 10.000 hab y per cápita se visualizaron en un gráfico combinado. Los resultados obtenidos, comprueban una vez más que el patrón en la asignación de recursos es que no existe patrón.

Ubicadas de menor a mayor en términos de tasas de mortalidad general, se observa que la provincia del Napo con una tasa mortalidad de 25 recibe en promedio USD 59; en tanto que la provincia del Chimborazo con una tasa de 42 recibe en promedio USD 26, evidenciándose la inequidad. En general las provincias que reciben menos de USD 20 per cápita promedio son Santo Domingo con USD 6,9, Manabí con USD 15,9, Guayas con USD 17, Pichincha 18,4, Los Ríos USD 19,1 y Azuay con USD 19.8.

La provincia menos favorecida es la recientemente creada Santo Domingo de Tsáchilas con una asignación per cápita promedio de USD 6,9. Recibe 9 veces menos que la Zamaroa Chinchipe. Ver Gráfico 42.

Gráfico 42: Ministerio de Salud Pública: relación tasa de mortalidad general y asignación per cápita



Fuente: MSP. MORTALIDAD EN EL ECUADOR, 2009¹⁷⁵

El detalle de la asignación per cápita promedio por provincia y la tasa de mortalidad general x 10.000 habitantes se presenta a continuación.

Tabla 28: Áreas de Salud agrupadas por consultas promedio, 2009

PROVINCIA	TASA MORTALIDAD GENERAL x 10.000 hab	PROMEDIO PER CAPITA 2008-2010
NAPO	25.5	\$ 59.4
SUCUMBIOS	27.2	\$ 22.8
PASTAZA	27.2	\$ 37.5
ZAMORA CHINCHIPE	30.0	\$ 70.5
MORONA SANTIAGO	31.9	\$ 65.5
ORELLANA	34.9	\$ 37.5
EL ORO	36.3	\$ 27.2
ESMERALDAS	38.0	\$ 33.7
PICHINCHA	38.3	\$ 18.4
SANTA ELENA	39.4	\$ 22.7
STO. DOM. TSACHILAS	42.6	\$ 6.9
MANABI	43.3	\$ 15.9
GUAYAS	43.4	\$ 17.0
AZUAY	44.2	\$ 19.8
CAÑAR	44.9	\$ 31.5
CARCHI	45.5	\$ 44.8
Loja	46.4	\$ 30.9
COTOPAXI	46.8	\$ 22.7
LOS RIOS	47.9	\$ 19.1
TUNGURAHUA	49.0	\$ 22.4
IMBABURA	49.0	\$ 25.4
BOLIVAR	55.5	\$ 37.3
CHIMBORAZO	56.7	\$ 27.4

¹⁷⁵MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. *Mortalidad en el Ecuador 2009: defunciones según causa y sexo, porcentaje y tasas por provincia - CIE 10 lista corta*. 2009.

PROVINCIA	TASA MORTALIDAD GENERAL x 10.000 hab	PROMEDIO PER CAPITA 2008-2010
PROMEDIO PAIS	42.6	\$ 26.4

Fuente: MSP. MORTALIDAD EN EL ECUADOR. 2009

4.5. Discusión: Presupuesto del MSP e impactos en Salud

El concepto “Años de vida Potencialmente Perdidos”, AVPP, es un indicador muy utilizado en el sector salud. Fue desarrollado para predecir y evaluar las consecuencias económicas, sociales, etc., de la muerte prematura por lesiones o enfermedad en una población, por comparación con la productividad potencial de los fallecidos si hubiesen vivido sus plazos de vida normales.

Basado en el concepto Años de vida Potencialmente Perdidos (AVPP)¹⁷⁶ más la variable gasto per cápita en salud para el periodo 2001-2008, se procedió a estimar los porcentajes de variación de los impactos alcanzados medidos en términos de AVPP y defunciones, respecto a la variación de los recursos asignados al Ministerio de Salud.

Alberto Narváez (NARVÁEZ 2010), epidemiólogo, investigador del MSP, obtiene la tasa AVPP, a partir de las defunciones 2001-2008 y la esperanza de vida al 2006, para el Ecuador, según se muestra en la Tabla 29.

Tabla 29: Tasas defunciones, AVPP y per cápita en salud

Periodos	Tasa Defunciones *	Tasa AVPP *	Per cápita
Periodo 2001 - 2002	445	8.969	\$ 22,37
Periodo 2003 - 2004	375	7.228	\$ 29,25
Periodo 2005 - 2006	437	7.415	\$ 37,58
Periodo 2007 - 2008	431	6.877	\$ 49,35

Fuente: NARVÁEZ A. 2010. (Inédito)

*Tasa por 100.000 habitantes

A los resultados propuestos por el investigador, se agregó el per cápita bianual obtenido para los periodos estudiados y se estimó el porcentaje de variación de cada tasa, comparándola con el gasto per cápita en salud; los resultados se muestran a continuación (Tabla 30):

¹⁷⁶ Este indicador permite predecir y evaluar las consecuencias económicas, sociales, etc., de la muerte prematura por lesiones o enfermedad en una población, por comparación con la productividad potencial de los fallecidos si hubiesen vivido sus plazos de vida normales. Cálculo: se resta de 75 la edad de cada defunción por persona registrada, para el periodo 2001-2008. Se toma la sumatoria del total de AVPP de cada parroquia, cantón y provincia. La tasa se obtiene dividiendo la sumatoria de AVPP, para el total de población de cada parroquia, cantón y provincia por 100.000 hab.

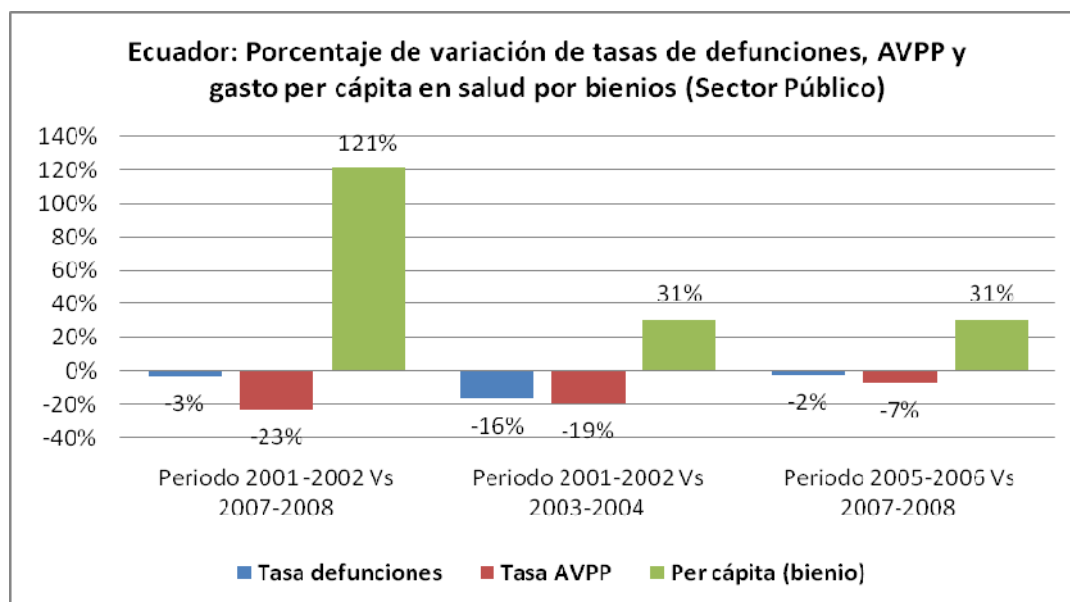
Tabla 30: Porcentaje de variación de tasa de defunción, AVPP y per cápita en salud

Variables	Periodo	Periodo	Periodo
	2001-2002 Vs 2007-2008	2001-2002 Vs 2003-2004	2005-2006 Vs 2007-2008
Tasa defunciones	-3%	-16%	-2%
Tasa AVPP	-23%	-19%	-7%
Per cápita (bienio)	121%	31%	31%

Fuente: NARVÁEZ A. 2010. (Inédito)

En la Tabla 30, se observa que en el rango de ocho años estudiados, al comparar el periodo bianual 2007-2008 con el 2001-2002, los recursos per cápita se incrementaron en un 121%, mientras que la tasa de defunciones se redujo en 3%; y, la tasa de AVPP en 23%. El resultado de estas mismas tasas, al comparárselas entre los periodos bianuales 2001-2002 y 2003-2004, se redujeron en un 16% y 19% respectivamente, en tanto que el per cápita en salud se incrementó en 31% en ese mismo periodo. Finalmente la comparación de los periodos bianuales 2005-2006 y 2007-2008, arrojan un incremento también del 31% del per cápita, sin embargo las tasas de defunciones y AVPP se redujeron en 2% y 7% respectivamente. (Gráfico 43)

Gráfico 43: Defunciones, AVPP y gasto per cápita en salud en porcentajes de variación (bienios)



El análisis muestra que el mayor incremento de los recursos para el área de salud en el país, no generó una reducción relevante en la tasa de defunciones, de manera específica. Esto, sin embargo, puede deberse entre otros elementos a la crisis que enfrentó la economía mundial durante la última década, (sobreproducción y reducción de la capacidad

adquisitiva de los trabajadores), al incremento del desempleo y a la reducción de las remesas, de los emigrantes ecuatorianos al exterior, todo lo cual habría, sin duda, generado una reducción de la capacidad adquisitiva de la población ecuatoriana. Los efectos combinados de la crisis económica, pudo haber afectado de manera negativa a los determinantes de la salud,¹⁷⁷ asociados a las defunciones, lo cual explicaría en parte el bajo impacto que los incrementos presupuestarios tuvieron en el índice de muertes.

Aunque exceden al objetivo y alcance de este trabajo, es pertinente dejar aquí planteadas, las siguientes inquietudes, que podrían ser materia de investigaciones específicas:

- ¿Disminuyó el gasto directo (gasto bolsillo) de los hogares en salud?
- ¿Si el gasto de bolsillo se redujo, en qué medida y magnitud esto beneficio a los grupos sociales ubicados en los quintiles de menor ingreso?
- Toda vez que la principales causas de muerte son intersectoriales (accidentes de tránsito, diabetes, hipertensión arterial, desnutrición), ¿Cuál es el rol del MSP en el marco de la promoción de la salud y coordinación intersectorial?
- ¿Es posible que se esté produciendo la denominada “inversión invertida”?, es decir, que los incrementos de inversión social se estén dirigiendo a grupos poblacionales con mejores condiciones económicas.

La respuesta a las situaciones planteadas, contribuirían de manera importante, a establecer la íntima relación que existe entre otros aspectos, calidad de vida, ingresos y capacidad de gasto, políticas públicas, y estado de la salud pública. Por lo que al objetivo de esta tesis corresponde, de los datos analizados y con la metodología utilizada, no se observa una relación directa entre incremento de la inversión pública y la reducción de las tasas de mortalidad. Aunque habría razones fuera del alcance del Estado, para que esto ocurra, sin embargo, la situación ameritaría un cambio de métodos y estrategias para mejorar el impacto de la inversión en la salud, de tal manera que se logren las garantías constitucionales relativas al Sumak Kausay, de las que la salud forma parte.

Por otro lado, es importante señalar que la actualización del ENDEMAIN y de las Cuentas Satélite de los Servicios de Salud, cuya última versión fue para los años 2004 y 2005

¹⁷⁷ Determinantes de la salud: LALONDE. 1974. Cuatro factores intervienen en el estado de salud-enfermedad: “1) La biología humana (genética, envejecimiento); 2) El medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicológica y sociocultural); 3) El estilo de vida (conductas de salud) y, 4) El sistema de asistencia sanitaria.

respectivamente, contribuirían a aclarar la situación real del sector de la salud en el país, revelando algunas de las inquietudes aquí planteadas.

Por otro lado, se debe reconocer que el problema de la salud-enfermedad no es una responsabilidad exclusiva del Ministerio de Salud, el proceso de salud enfermedad es producto del trabajo intersectorial; así lo plantea la OPS en el texto la “Renovación de la Atención Primaria de las Américas” de julio del 2007. (OPS: 2007):

“la creación y el mantenimiento de vínculos entre el sector público y el privado, tanto dentro como fuera de los servicios de salud, incluyendo, entre otros: empleo y trabajo, educación, vivienda, agricultura, producción y distribución de alimentos, medio ambiente, agua y saneamiento, protección social y planificación urbana”.¹⁷⁸ (Negrillas añadidas para enfatizar)

Aquello implica a priori, que la presencia de servicios de salud, profesionales, tecnología, etc., no necesariamente lograrían por si solos atender y resolver los problemas de salud-enfermedad, ocasionadas por la ausencia de agua y alimentación por ejemplo, generadores de enfermedades diarreicas y desnutrición, décima y décima cuarta causas de muerte infantil; las mismas que están directamente relacionadas con infraestructura sanitaria y alimentación, es decir, pobreza. Así lo reconoce el Plan Nacional del Buen Vivir planteado en el 2007.

*“El acceso deficiente a alimentación adecuada es especialmente pernicioso en la gestación y primera infancia, de manera que la principal causa de muerte en menores de 1 año, en 2007, es el crecimiento fetal lento (asociado directamente a mala nutrición durante el embarazo) que ocasionó el 14% de las muertes totales en este grupo de edad (SENPLADES. 2007).”*¹⁷⁹

Por tanto, es la generación de empleo, ingresos, la redistribución de la tierra, el agua, la renta, el crecimiento de la economía (PIB), los elementos que permitirán reducir la mortalidad general y de manera específica la mortalidad neonatal, por lo menos en un 14% como refiere la cita de la SENPLADES. Es decir, los logros esperados en salud, se alcanzarán a medida que el país practique y aplique criterios y/o herramientas técnicas orientadas reducir y eliminar la equidad.

¹⁷⁸ OMS/OPS. *La Renovación de la Atención Primaria en las Américas*. Julio 2007. Pág. 11.

¹⁷⁹ SENPLADES. *Plan Nacional para el Buen Vivir 2009 - 2013*. 2009. Pág. 179

CAPITULO V

5. PROPUESTA PARA REDUCIR LA INEQUIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Una vez definida y verificada la inequidad en la asignación per cápita de recursos al Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud, a continuación se plantea una propuesta que permita reducir la inequidad en la asignación de recursos a este nivel de atención.

Es preciso recordar que el Primer Nivel de Atención, es el conjunto de recursos y procedimientos tecnológicos, organizados de tal manera que permitan atender y resolver las necesidades básicas y más frecuentes del proceso salud-enfermedad de una población dada. Constituye la puerta de entrada y el primer contacto de las personas con el sistema de salud. En este nivel se encuentran los Puestos, Subcentros y Centros Salud.

Expertos como Díaz (DÍAZ. J. 2005) y Julio Suarez (SUAREZ. J. 2009), señalan que el Primer Nivel de Atención, es capaz de atender y resolver entre el 70 y el 90% de los problemas de salud-enfermedad de la población. En ese contexto, es necesario que los recursos (económicos, financieros, humanos, tecnológicos, infraestructura, etc.), se dirijan fundamentalmente a este nivel de atención y complejidad. Juan Díaz señala: *“El Médico de Familia resuelve entre el 80 y el 90 % de los problemas de salud y solo entonces, transfiere al resto del sistema a los pacientes cuyas alteraciones no son susceptibles de solución por el primer nivel de atención.”*¹⁸⁰

Por su parte, Suárez (Suárez, 2009), manifiesta que: *“Recursos concentrados en servicios curativos en detrimento de la prevención primaria y la promoción de la salud (se podría evitar hasta el 70% de las enfermedades y las muertes).”*¹⁸¹ Suarez sostiene que países que cuentan con sistemas universales de atención, obtienen mejores resultados, los mismos que se alcanzarían a través de Sistemas Nacionales de Salud, al que se accede sin la intermediación de los mecanismos de seguro –pago-. La otra cara de la moneda, dice, son los sistemas segmentados y fragmentados cuya esencia es la discriminación –sistema

¹⁸⁰ JUAN DÍAZ. et al. 2005. Caracterización del médico de familia. Artículo aprobado. 20 de mayo de 2005. Pág. 5

¹⁸¹ JULIO SUÁREZ. *Universalidad con Equidad en Salud. Desafíos para América Latina en el Siglo XXI.* abril del 2009, pág. 2

ecuatoriano-, en los que factores como la riqueza, tendrían una funcionalidad limitada frente a la atención de salud.

*“La riqueza económica de los países –dice Suárez- es un factor que puede favorecer la protección social universal en salud, cuando éstos dedican una parte suficiente para proteger a sus ciudadanos a través de un modelo de aseguramiento universal. Sin embargo, no basta la riqueza para lograr universalidad y mucho menos la equidad.”*¹⁸²

De aquí se puede colegir que, para garantizar la equidad de los servicios tanto individuales como colectivos de salud, se podría emprender en por lo menos dos acciones:

- a) Modificar la actual “estructura” de asignación presupuestaria de recursos al Primer Nivel de Atención.
- b) Asignación per cápita de recursos en términos de igualdad y equidad.

En este contexto, y con el propósito de operativizar estos enunciados, partiendo de la distribución de las actuales asignaciones per cápita a las Áreas de Salud y basados en la propuesta C-HJ, se estableció las brechas de financiamiento para alcanzar un criterio de equidad en la asignación de recursos; la misma se describe a continuación.

1.1. ¿Cómo promover la equidad en materia de salud?

Considerando el principio constitucional de equidad de los servicios de salud, tanto como los de integralidad en la promoción y prevención de los problemas de la salud y enfermedad y, considerando que en la presente tesis se ha determinado la inequidad en la asignación de recursos al Primer Nivel de Atención, a continuación se realiza una propuesta básica para la asignación de recursos económicos a las Áreas de Salud, en el marco del análisis realizado por CARE- JOHNS HOPKINS. Seguidamente se realiza una aproximación a las inversiones que debería realizar el Estado, toda vez que la disposición transitoria vigesimosegunda de la Constitución establece el incremento anual del 0.5% del PIB, que para el 2009 sería de USD 260 millones de dólares. Cito:

“VIGESIMOSEGUNDA.- El Presupuesto General del Estado destinado al financiamiento del sistema nacional de salud, se incrementará cada año en un

¹⁸² JULIO SUÁREZ. *Universalidad con Equidad en Salud. Desafíos para América Latina en el Siglo XXI.* abril del 2009. pág. 3

porcentaje no inferior al cero punto cinco por ciento del Producto Interior Bruto, hasta alcanzar al menos el cuatro por ciento.”¹⁸³

A partir de las premisas establecidas por CARE- JOHNS HOPKINS, se procedió a estimar el esfuerzo financiero que debería realizar la Autoridad Sanitaria y el Ministerio de Finanzas para en una primera etapa asignar recursos económicos necesarios y suficientes que le permitan a las Áreas de Salud cumplir con atenciones individuales y colectivas establecidas en su nivel de atención y complejidad. Es importante recordar que se refiere a las definidas por el estudio del consorcio CARE- JOHNS HOPKINS.¹⁸⁴

Considerando que el per cápita necesario para el primer nivel de atención es de USD 45, se estimó, se obtuvo que 143 Áreas reciben USD 19,94 promedio, 13 que reciben USD 52, 13 y 11 Áreas que reciben USD 80,54 promedio. En función de la población 2009 asignada a las Áreas de Salud se determinó que el país requiere 634 millones de dólares para garantizar el principio de equidad, de ellos para el 2010 se asignó regularmente 310 millones. Las estimaciones económicas requeridas se puede observar en la Tabla 31.

Tabla 31: Estimación de recursos para el Primer Nivel de Atención

INTERVALOS	ÁREAS DE SALUD	% ÁREAS	POBLACIÓN 2009	PER CÁPITA AJUSTADO	INVERSIÓN REQUERIDA	APORTE ADICIONAL DE LA EQUIDAD
Per cápita promedio USD 80,54	11	6,59%	186.261	\$ 80,54	\$ 15.000.912,16	\$ -47.272,99
Per cápita promedio USD 52,13	13	7,78%	326.952	\$ 52,13	\$ 17.044.954,03	\$ 71.206,12
Per cápita promedio USD 19,94	143	85,63%	13.397.364	\$ 45,00	\$ 602.881.357,76	\$ 380.413.805,10
Total general	167	100,00%	13.910.576		\$ 634.927.223,94	\$ 380.437.738,23

Fuente: Ministerio de Finanzas. 2011. e-SIGEF y, MSP, Departamento de Estadística. 2011. CARE- JOHNS HOPKINS. 2005

En resumen, la inversión de USD 380 millones de dólares adicionales, efectivizaría el principio de equidad consagrado en la Constitución, al menos para el Primer Nivel de Atención.¹⁸⁵

En términos de aritmética, si se requiere 635 millones de dólares y considerando que para el año 2010 se asignó 310 millones para las Áreas de Salud, significa que existiría un “déficit” de 325 millones; si a estos valores añadimos 260 millones que generaría la aplicación de la transitoria Vigésimosegunda establecida en la Constitución 2008, (dato al

¹⁸³ CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR. *Disposición Transitoria 22*. Registro Oficial No. 449 - Lunes 20 de Octubre de 2008

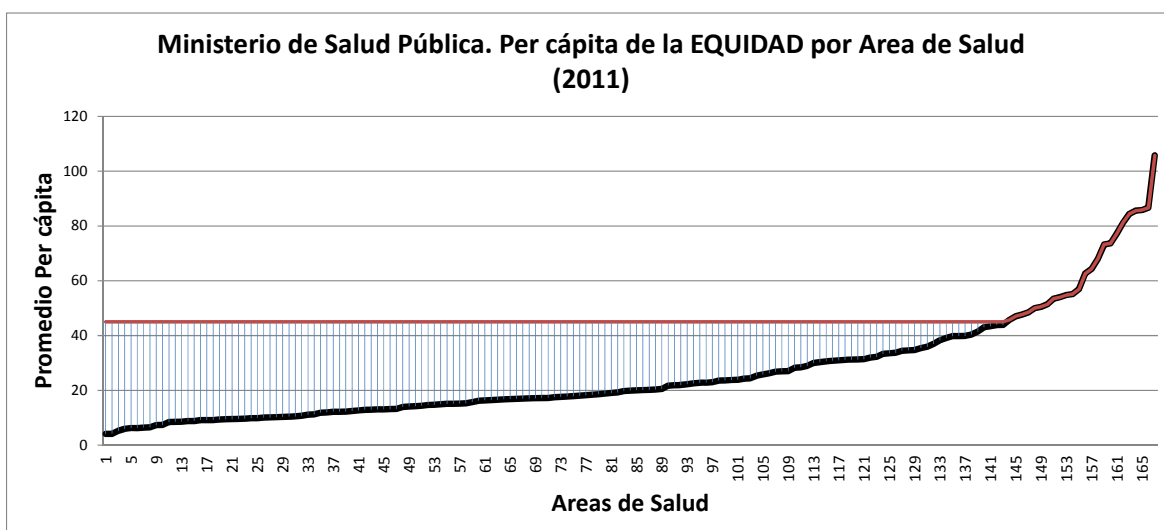
¹⁸⁴ El Plan de Beneficios o Conjunto Garantizado de prestaciones se encuentran como anexos de la presente investigación

¹⁸⁵ Siempre en el marco del estudio realizado por el consorcio CARE- JOHNS HOPKINS del 2005

2010) tendríamos un déficit de 65 millones; es decir, necesitaríamos una asignación fiscal adicional de 65 millones de dólares para garantizar un per cápita mínimo de USD 45,00 a la población ecuatoriana en materia de salud e iniciar el proceso de equidad con igualdad. El Conjunto Garantizado de Prestaciones propuesto por el estudio CARE- JOHNS HOPKIN, se puede revisar en el Anexo No.5.

A continuación en el Gráfico 44, se observa la brecha de financiamiento estimada para garantizar un per cápita de USD 45 a la población ecuatoriana, en función de la población asignada por la Dirección Nacional de Servicios de Salud del MSP.

Gráfico 44: Per cápita de la EQUIDAD en Salud



Fuente: Ministerio de Finanzas. 2011. e-SIGEF y, MSP, Departamento de Estadística. 2011. CARE- JOHNS HOPKINS. 2005

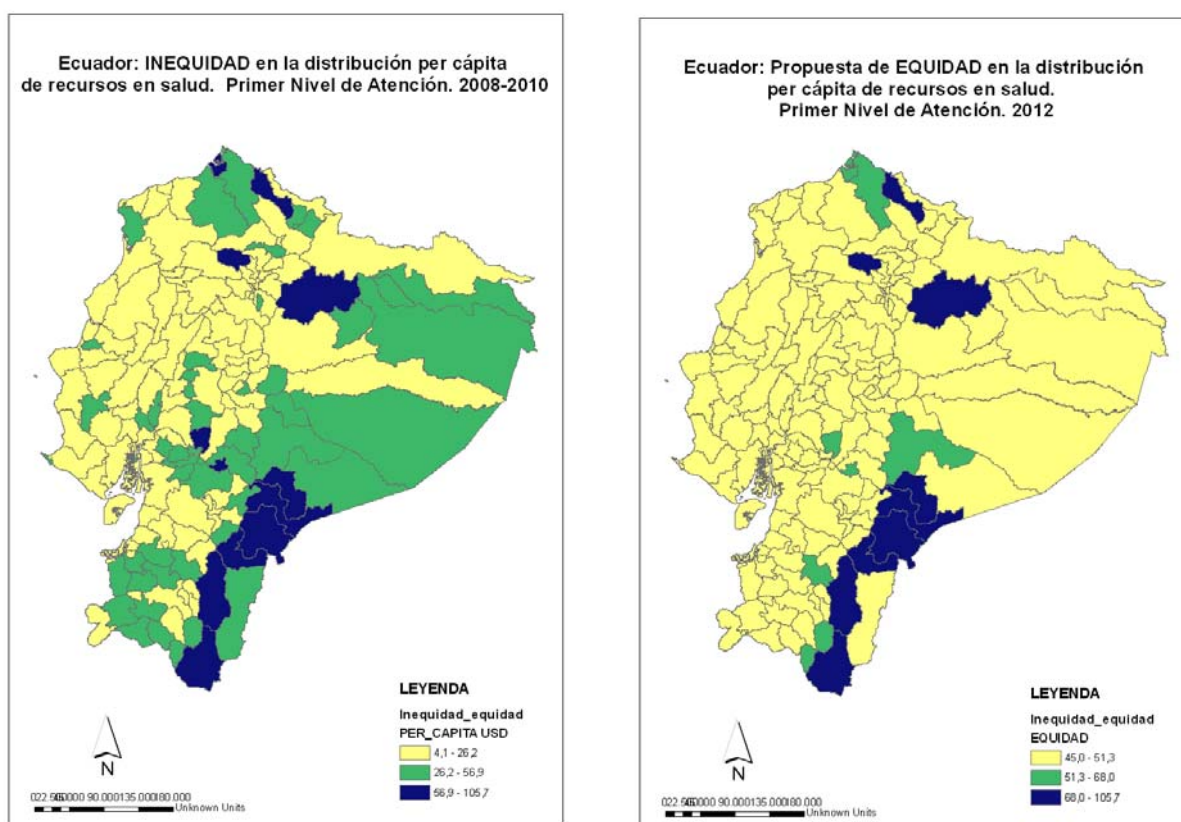
1.2. De la inequidad a la equidad: imagen objetivo

Una vez aplicada el nuevo mecanismo para la asignación de recursos para el Primer Nivel de Atención, podremos hablar de equidad. Queda claro, que en función de la relevancia que el Gobierno Central le ha dado al sector Salud, la factibilidad de aplicar la propuesta es altamente positiva.

Es importante mencionar que el principio de equidad no necesariamente equivale a igualdad, tanto es así que, de seguro existirán zonas del país que por sus características geográficas, epidemiológicas, culturales, etc., requerirán recursos adicionales, este proceso de análisis para asignar recursos adicionales deberá llevarse a cabo una vez que se haya aplicado el principio de equidad aquí propuesto.

Utilizando la herramienta GIS ArcMap y el método de clasificación de umbrales naturales (natural breaks o Jenks), por su característica de separar los grupos de datos donde las diferencias de valores son altas; se identificó las 106 Áreas que tienen una asignación per cápita entre USD 4.1 a 26.2 que representa el 63% del total del áreas; 49 Áreas que disponen de USD 26,8 a 56.9 dólares per cápita (29%) y 7 Áreas que tienen entre USD 62.6 a 105.7 per cápita (7%). Ver Gráfico 45.

Gráfico 45: De la INEQUIDAD a la EQUIDAD. Imagen objetivo. 2012



Ver mapas en tamaño A4 en Anexo 6-A y 6-B.

Base de datos para GIS ArcMap en ANEXO 6 - C

CONCLUSIONES

En el desarrollo de la presente tesis, se ha mostrado cómo la pobreza, el desempleo, las remesas de los migrantes, la falta de criterios técnicos y/o herramientas para la asignación de recursos y, la misma organización territorial del Ministerio de Salud Pública, limitan la consecución de garantías constitucionales sustentadas en el principio de equidad.

A continuación se describen las conclusiones obtenidas en el proceso de investigación, las mismas que tienen relación con los objetivos específicos planteados en la tesis:

1. Los indicadores macroeconómicos como pobreza, empleo y gasto social, son determinantes de las condiciones de vida, estado de salud y acceso a los servicios. Pese a las importantes asignaciones de recursos realizados por el Gobierno Central en materia de salud; se ha determinado significativas brechas de financiamiento en el Primer Nivel de Atención; la inequidad aquí encontrada es producto de la aplicación de criterios técnicos y/o herramientas que no se ajustan a los estándares establecidos por el mismo Ministerio de Salud Pública. Cabe mencionar que en el periodo de análisis, el presupuesto para el Primer Nivel de Atención, se incrementó de manera importante.
2. El MSP cuenta con áreas estratégicas para la garantizar la equidad en salud, esta no se cumple básicamente debido a: 1) La asignación histórica de recursos que realiza el Ministerio de Finanzas y SENPLADES, 2) El MSP no ha definido los requerimientos económicos en términos de licenciamiento y suministro de medicamentos en función de población y perfil epidemiológico, y; 3) La instancia destina proponer políticas de extensión de la protección social en el país, se ha centrado en ejecutar proyectos.
3. Una vez determinadas las inequidades en la distribución de recursos al Primer Nivel de Atención, la presente tesis toma como elemento referencial teórico el del estudio CARE-JOHNS HOPKINS del año 2005, el mismo que estima un per cápita de 45 dólares para cubrir el Conjunto Garantizado de Prestaciones para el Primer Nivel de Atención; los recursos para su aplicación se encuentran en la Transitoria Vigesimosegunda de la Constitución.

RECOMENDACIONES

- Actualizar de manera urgente y regular los análisis de Cuentas Satélites de los Servicios en Salud en el Ecuador y Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN).
- Implementar un sistema automatizado e informatizado de administración y gestión de las unidades operativas del país, donde el número de cédula de ciudadanía sea el número único de la Historia Clínica Única. Esto permitirá disponer de información rápida, ágil y sensible para la toma de decisiones en materia de salud, así como estimar coberturas, recursos requeridos, efectos, resultados, e impactos en salud de manera precisa y oportuna. Este tema podría recibir la cooperación técnica internacional.
- Definir mediante estudios especializados o actualización de estudios existentes, mecanismos para la asignación de recursos (económicos, humanos, infraestructura, tecnológicos, etc.) al Primer Nivel de Atención. La presente tesis plantea una metodología, le corresponde a la autoridad sanitaria realizar acciones categóricas que conduzcan a la reducción y eliminación de las inequidades encontradas en materia de salud.
- Si bien el interés gubernamental está en conformar la red integral de servicios del sector público, en el Primer Nivel de Atención lo determinante es que se asigne territorialmente las unidades de salud u equipos básicos de salud (E.BAS). De esta manera se atenderá y resolverá los problemas de salud-enfermedad en el marco de las relaciones intersectoriales, con una clara definición de roles y competencias sobre los denominados determinantes de la salud.
- Una vez que se conoce que el MSP ha establecido la metodología para establecer el tarifario de las prestaciones (costos de las prestaciones de salud), será urgente determinar los requerimientos de recursos para el Primer Nivel de Atención, esto podría ser en base a la actualización del estudio de evitabilidad elaborado por el Departamento de Epidemiología del MSP. El referido estudio si bien está en función de causas de mortalidad evitable, será conveniente definir las patologías

que ocasionan esa mortalidad, a fin de, determinar sus costos. Tal vez esa sería la primera gran actividad que realice el recientemente creado Departamento de Economía de la Salud.

- En términos de ordenamiento territorial, el MSP debe emprender en el estudio e implantación de lo que se podría denominar “Plan Maestro de Inversiones en Salud”, a fin de que los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GADs) cumplan con lo establecido en la Constitución y el Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización, promulgados en octubre del 2008 y octubre del 2010 respectivamente.
- La operación y funcionamiento de las Zonas de Planificación en materia de salud, requieren cumplir con las orientaciones/disposiciones emitas para la SENPLADES, una de ellas la construcción de las Agendas Zonales, las mismas que permitirán: 1) disponer del modelo **territorial actual**, con sus problemas y potencialidades; 2) generar el **sistema territorial futuro**, para analizar las alternativas y platear el modelo territorial propuesto y, 3) definir la **gestión** que identifique programas y proyectos para cada zona de planificación; es decir, la caracterización de los servicios públicos para la garantía de derechos, en este caso el derecho a la salud.
- Este elemento es fundamental en la lógica del Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013, pues éste señala que la planificación zonal es una herramienta que permite las **coordinación sectorial para orientar el presupuesto**, la priorización de la inversión, la cooperación internacional y una desconcentración efectiva, eficiente y que fundamentalmente acerque a gobernados y gobernantes en todos los niveles gobierno.

BIBLIOGRAFÍA

- ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR. 2010. *Análisis del Ordenamiento Territorial*. En:
<http://www.asambleanacional.gov.ec/201010274582/noticias/boletines/domingo-gomez-orea-y-fernando-cordero-profundizan-analisis-del-ordenamiento-territorial.html>. Acceso: 18.06.2011
- BANCO CENTRAL DEL ECUADOR. *Cuentas Nacionales*. En:
<http://www.bce.fin.ec/docs.php?path=/home1/estadisticas/bolmensual/IEMensual.jsp>. Acceso: 01.03. 2011
- BANCO CENTRAL DEL ECUADOR. *Evolución de la Economía Ecuatoriana. Junio 2010*. En:
http://www.bce.fin.ec/documentos/Estadisticas/SectorReal/Previsiones/IndCoyuntura/EvolucionEconEcu_06-10.pdf. Acceso: 19.09.2011
- BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. 2010. *Programa de Mejora de la información y de procedimientos de los Bancos en el área de remesas*. Ecuador. Abril 2010.
- CELADE. *La dinámica demográfica en América Latina*. Serie Población y Desarrollo No. 52. Santiago de Chile, mayo de 2004.
- CEPAL. *Anexo Estadístico Final. Evolución de algunos indicadores sociales de desarrollo. Contexto socioeconómico. 1980-2020*. En:
www.eclac.org/publicaciones/.../PSE2009_AnexoEstadistico-Final.xls. Acceso: 19.09.2011
- CEPAL. *Anexo Estadístico. Indicadores del mercado de trabajo. Distribución de la PEA ocupada. 2004-2009*. En:
www.eclac.org/publicaciones/.../PSE2010_AnexoEstadistico-Preliminar.xls. Acceso: 20.03.2011
- CEPAL. *Estadísticas para la equidad de género*. Cuaderno No. 92. Anexo estadístico. Segunda parte. Anexo 56. En:
www.eclac.org/publicaciones/xml/2/29382/Anexo3063.xls. 2007

- CEPALSTAT. 2010. Índice de concentración del Gini. En:
<http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idAplicacion=1&idTema=363&idioma=> Acceso: 07.12.2010
- CEPALSTAT. 2011. *Estadística de América Latina y el Caribe*. En:
<http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idAplicacion=1&idTema=4&idioma=>
- CEPAR. *Informe Final de ENDEMAIN 2004*. 2005.
- CEPAR. *Informe preliminar de ENDEMAIN 2004*.
- CÓDIGO ORGÁNICO DE ORGANIZACIÓN TERRITORIAL, AUTONOMÍA Y DESCENTRALIZACIÓN. Registro Oficial No. 303 - Martes 19 de Octubre de 2010 Primer Suplemento
- CONASA, *Conjunto de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud*, 2006.
- CONASA. *Cuentas Satélite de los Servicios de Salud del Ecuador*. 2008.
- CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ORGANIZACIONES EMPRESARIALES. *Situación socioeconómica*. Informe mensual No. 9. En:
http://cepcu.hispamat.com/Uploads/docs/Boletin_CEOE_09.09.pdf
- CONSORCIO CARE-BLOOMBERG SCHOOL OF PUBLIC HEALTH DE LA UNIVERSIDAD JOHNS HOPKINS. CONTRATO DE SERVICIOS DE CONSULTORÍA No. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA/MODERSA/CS/201/04- SERVICIOS DE CONSULTORÍA PARA EL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD PARA LA REPÚBLICA DEL ECUADOR. 2005
- CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR. Registro Oficial No. 449 - Lunes 20 de Octubre de 2008
- CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA FEDERAL DE BRASIL. 2000. Enmienda Constitucional 29. 2000. En:
<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/30/2000/29.htm>

- DACHS NORBERTO, *Inequidades en Salud. Cómo estudiarlas*, en Restrepo, H. E. y Málaga, H. Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable. OPS/OMS/Ed Médica Panamericana. 2000.
- DE UÑA MATEOS MIGUEL. *El desempleo como factor de stress psicosocial. Un estudio comparativo del comportamiento en dos comunidades*. Artículo. Sin fecha.
En:
http://www.google.com.ec/search?hl=&q=afectaciones+del+desempleo&sourceid=navclient-ff&rlz=1B7GGLL_esEC400&ie=UTF-8. Pág. 2. Acceso: 20.30.2011
- DÍAZ JOSE. et al. Caracterización del médico de familia. En:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000500016&lng=es&nrm=iso&tlng=es. Acceso: 22.04.2011
- DÍAZ JUAN. et al. 2005. Caracterización del médico de familia. Artículo aprobado. 20 de mayo de 2005.
- GOMEZ DOMINGO. *Ordenación territorial, qué es y para qué sirve y cómo se hace*. Seminario Intencional Napo-Tena. Material del Taller. 11.02.2011.
- INDEX MUNDI. *Cuadros de datos históricos anuales*. En:
<http://www.indexmundi.com/g/g.aspx?v=29&c=ec&l=es>. Acceso: 01. 01. 2008
- Información proporcionada en archivo digital por la Subsecretaria de Extensión de la Protección Social en Salud (SEPSS). Febrero del 2011.
- INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL, Dirección General de Salud Individual y Familiar. 2010
- INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL, *Dirección General de Salud Individual y Familiar, Seminario Internacional "Reformas de la Seguridad Social en Iberoamérica"*. Ppt., 20 octubre del 2010
- INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL. 2010. Resolución No. C.D. 308. Aprobado en sesiones del 11 enero y 10 de marzo del 2010.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS. Censo de Población y Vivienda (CPV) 2010. En: <http://www.inec.gob.ec/estadisticas/>. Acceso 20.09.2011

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS-CONASA. *Cuentas Satélite de los Servicios de Salud del Ecuador. 2003-2005*. 2008.
- JARAMILLO EDISON. Conversatorio. Técnico del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública. Marzo del 2011.
- LEY ORGÁNICA DE SALUD. Ley No. 80. RO/ 670 de 25 de Septiembre del 2002.
- LEY ORGÁNICA DE SALUD. Registro Oficial Nro. 423, Viernes 22 de Diciembre del 2006
- LINARES NIVALDO y LÓPEZ OLIVA. “*La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva*” *Revista Medicina Social. Volumen 3, número 3, septiembre 2008*. En: <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/issue/view/29>. Acceso 19.09.2011
- MASSIRI ANGEL. *Ordenamiento Territorial y Procesos de Construcción Regional*. En: <http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/geografia/masir/1.htm>. 2011. Acceso: 18.06.2011
- MÉXICO. Mimeo. En: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/del_r_ja/capitulo2.pdf. Sin fecha.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. 2007. “O Sistema de Saúde do Brasil”. Gabinete do Ministro. Assessoria Internacional de Saúde. Adnei Pereira de Moraes. Brasília – novembro – 2007.
- MINISTERIO DE FINANZAS DEL ECUADOR. Directrices *Presupuestarias para el año 2010*. Oficio Circular No. MF-SP-CDPP-2009-1372, de 30 de abril del 2009.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. *Manual Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural MAIS-FCI*. 2009.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y CONASA. *Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal*. Septiembre del 2008. ACUERDO Ministerial 474 de 20 agosto del 2008. PÁG. 14

- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. *Propuesta de Articulación de la Salud para la Inclusión Social, Lineamientos Generales, 2007*
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Acuerdo Ministerial 303 de 19 de julio del 2010.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Acuerdo Ministerial 320 de 4 de abril del 2011.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Acuerdo Ministerial 915 de 29 de diciembre del 2009.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Acuerdo Ministerial N° 14122 del 20 de mayo de 1992, publicado en el Registro Oficial, del 4 de junio de 1992.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. *Área de Salud No.2. Gualaquiza*. En: http://www.misereor.gob.ec/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=12&Itemid=12. Acceso: 19.06.2011
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. *Conferencia Fragmentación de los Servicios de Salud en el Distrito Metropolitano de Quito. Un Problema del Sistema Nacional de Salud Ecuatoriano*. Octubre del 2007.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. *Dirección de Servicios de Salud. Proceso de Licenciamiento*. Marzo del 2011.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. *Historia del Ministerio de Salud Pública*. 2011. En: <http://www.msp.gob.ec/index.php/Historia/>. Acceso: 26.09.2011
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. *Manual de Normas de Licenciamiento*. Abril del 2004.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. *Manual de organización y funcionamiento de las áreas de salud*. 2000
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. *Manual de Procesos para la Gestión del Suministro de Medicamentos*. 2009.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. *Mortalidad en el Ecuador 2009: defunciones según causa y sexo, porcentaje y tasas por provincia - CIE 10 lista corta*. 2009.

- MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. Oficio Circular SAC-10-2011- 004987, de 05 de abril del 2011
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. *Propuesta de articulación de la salud para la inclusión social. Lineamientos Generales*. Diciembre 2007.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. *Propuesta de Reforma Institucional. Ministerio de Salud Pública y Adscritas*. Enero del 2011. Presentación en Power Point.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Subsecretaria de Extensión de la Protección Social en Salud. *Plan Estratégico para la “Inclusión y Protección de la Salud”* 2009 - 2010. Junio del 2011.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. 2010. *Equidad en salud: un reto para Europa*. Madrid. N.º 1 - Enero-Febrero 2010. Ildefonso Hernández Aguado. Pág. 1. En:
http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol84/vol84_1/RS841C_1.pdf
- Nivaldo Linares y Oliva López. *“La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva”* Revista *Medicina Social*. Volumen 3, número 3, septiembre 2008. En:
<http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/issue/view/29>. Acceso 19.09.2011
- OMS/OPS. *La Renovación de la Atención Primaria en las Américas*. Julio 2007.
- OMS/OPS. *Macrodeterminantes de la inequidad en salud*. XXXV Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud. La Habana, Cuba. 2000.
- OMS/OPS. *Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*, 2008.
- PONCE JUAN y ACOSTA ALBERTO. *Pobreza en la “revolución ciudadana” O ¿pobreza de revolución?* Artículo. En:
<http://insumisos.com/LecturasGratis/pobreza%20en%20la%20revolucion%20ecuatoriana%202010.pdf> . Acceso: 15.03.2011

- PROYECTO SALUD DE ALTURA. 2008. Serie: Barómetro de Quito. “*El presupuesto del Ministerio de Salud Pública en el Distrito Metropolitano de Quito*”. En: En:
<http://www.saluddealtura.com/fileadmin/PDF/PUBLICACIONES/Barometro2.pdf>
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Equidad. Vigésima Segunda Edición. En:
http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=inequidad. acceso 19.09.2011
- Registro Oficial No. 349 de 5 de Septiembre del 2006
- Registro Oficial No. 149 del 16 de junio de 1967. Ley de Creación del Ministerio de Salud Publica, Decreto Legislativo 84
- REGLAMENTO A LA LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. Decreto Ejecutivo No. 3611. RO/ 9 de 28 de Enero del 2003.
- ROMERO CRISTINA, “*Análisis Estadístico Multivariado de las Principales Enfermedades Gastroéntericas en la ciudad Guayaquil*” (Tesis, Facultad de Ingeniería en Estadística Informática, Escuela Superior Politécnica del Litoral, 2001)
- SECRETARIA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO. *Estrategia Territorial Nacional*. En: <http://blogpnd.senplades.gov.ec/?p=1832>. Acceso: 20.03.2011
- SECRETARIA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO. *Plan Nacional para el Buen Vivir. 2009-2013*. 2009.
- SECRETARIA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO. *Reforma Democrática del Estado. Rediseño de la Función Ejecutiva: De las carteras de estado y su modelo de gestión, y de la organización territorial*. 2009.
- SECRETARIA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO. *Reforma Democrática del Estado. Rediseño de la Función Ejecutiva: De las carteras de estado y su modelo de gestión, y de la organización territorial*. Pág. 13
- SISTEMA INTEGRADO DE INDICADORES SOCIALES DEL ECUADOR. *Estudios e informes del SIISE. Informe número 4: ¿Quién se beneficia del gasto*

social en el Ecuador? ¿Desafíos para mejorar la equidad y la eficiencia del gasto social? 2000.

- SISTEMA INTEGRADO DE INDICADORES SOCIALES DEL ECUADOR. *Indicadores Temáticos. Pobreza. Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).* 2010
- SISTEMA INTEGRADO DE INDICADORES SOCIALES DEL ECUADOR. *Mapa de pobreza y desigualdad en el Ecuador. Tablas de Publicación.* .2006
- SUÁREZ JULIO. *Universalidad con Equidad en Salud. Desafíos para América Latina en el Siglo XXI.* abril del 2009.
- TRIBUNAL CONSTITUCIONAL. 2005. 4 de julio del 2005 - R. O. No. 52. En: http://www.derechoecuador.com/index.php?option=com_content&task=view&id=1029&Itemid=341
- UNICEF. *Indicadores demográficos.* En: www.unicef.org/spanish/infobycountry/ecuador_statistics.html#78 . Acceso 03.03.2010.
- UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. *Medición de inequidades en salud: una revisión de la literatura.* 2008. En: http://www.acoes.org.co/pdf/I_Cong_oral/Javier%20Hernando%20Eslava.pdf. 27.09.2011

ANEXOS

ANEXO No. 1: Proyectos de la Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud (SEPSS).

Protección Social

El Plan Estratégico de la Subsecretaría de la Extensión de la Protección Social en Salud, (SEPSS) señala:

“Para la revolución ciudadana es una exigencia universalizar el acceso a la salud, independientemente del nivel de ingreso, la situación laboral, económica, social, cultural, de género, generacional, ubicación geográfica o el tipo de riesgo que afecta a las personas”.

Seguidamente refieren que:

*“La salud es un derecho y como tal, se constituye en ámbito esencial de la protección social y en requerimiento sustantivo para implementar en el país un estado de bienestar y de “buen vivir”, derecho que la población estima se materializa cuando el Estado le garantiza, por una parte, el desarrollo de capacidades y un conjunto de beneficios destinados a mejorar sus condiciones y calidad de vida y, por otra, le asigna respuestas oportunas, con calidad y calidez a sus requerimientos”.*¹⁸⁶ (El subrayado no consta en el texto original).

En el Plan que orienta las acciones de la SEPSS, se reconoce que, *“pese a los importantes logros alcanzados, persisten barreras y desigualdades especialmente... en grupos poblacionales de los sectores rurales, urbano-periféricos, indígenas y afroecuatorianos”.*

187

Se reconoce así mismo que para *“satisfacer las expectativas y necesidades de salud se requiere de conceptos, herramientas, sistemas, procesos, estructuras, líneas de acción, recursos, etc., que incrementen la eficiencia, eficacia, efectividad...”*¹⁸⁸

Para lograr sus objetivos la SEPSS plantea un conjunto estrategias dirigidas a la población, a través del denominado Portafolio de Intervención de la SEPSS. A continuación se realiza una breve descripción de los componentes/proyectos que desarrolla la SEPSS: Modelo de Atención, Campaña de Solidaridad, Enfermedades Catastróficas, Enfermedades Críticas, Protección Social en la Frontera Norte y Fortalecimiento de los Servicios de Salud. De

¹⁸⁶ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud. *Plan Estratégico para la “Inclusión y Protección de la Salud”* 2009 - 2010. Junio del 2011. Pág. 5

¹⁸⁷ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud. *Plan Estratégico para la “Inclusión y Protección de la Salud”* 2009 - 2010. Junio del 2011. Pág. 5

¹⁸⁸ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud. *Plan Estratégico para la “Inclusión y Protección de la Salud”* 2009 - 2010. Junio del 2011. Pág. 3

acuerdo a la SEPSS, estos proyectos le permitirán cumplir con los “objetivos propuestos”, que como se menciona en párrafos anteriores no es función de la referida Subsecretaría. Es importante mencionar que si bien estos componentes tienden a mejorar las condiciones de vida de la población, en el proceso de investigación no fue posible identificar los criterios/herramientas para la asignación de recursos al Primer Nivel de Atención, tanto por los documentos recabados como por la falta de respuesta de la autoridad competente.

Modelo Atención Integral Familiar y Comunitario e Intercultural de Salud

Si bien la implantación del Modelo de Atención en el 2007 permitió la incorporación de profesionales a todos los niveles de atención y complejidad del MSP, no fue posible contar con el instrumento y/o herramienta que se utilizó para la asignación de recursos. Lo que si se conoce es que asignación de profesionales la realizó un grupo de expertos en servicios de salud y recursos humanos.

En la tabla que precede, se puede observar el resumen en matriz de marco lógico del referido componente.

Matriz Marco Lógico

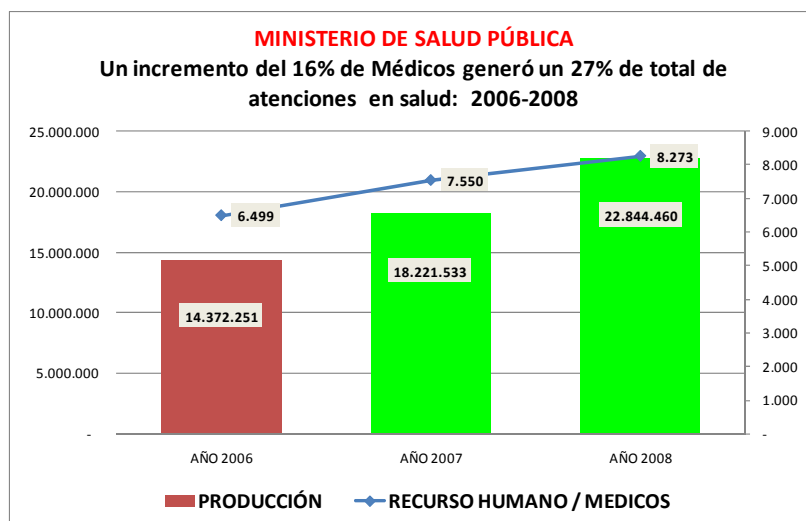
Resumen Narrativo de Objetivos	Indicadores Verificables Objetivamente	Medios de Verificación	Supuestos (o Riesgos)
FIN: Contribuir a mejorar las condiciones y calidad de vida de la población.	Reducción de la razón de mortalidad materna en 30%: línea de base del año 2004 (Objetivo 3, meta 3.4 del Plan Nacional de Desarrollo)	Registros estadísticos del INEC y del MSP	La población y las instituciones se ha organizado y participa activamente en la planificación integral de salud
	Reducción de la tasa de mortalidad infantil en 25%: línea de base del año 2004: (Objetivo 3, meta 3.4 del Plan Nacional de Desarrollo)	Registros estadísticos del INEC y del MSP	La población y las instituciones se ha organizado y participa activamente en la planificación integral de salud
Extender la protección social en salud a toda la población, con prioridad a la más vulnerable, fortaleciendo la implementación de un modelo integral e integrado de salud, definido a partir de las necesidades de la población (demanda) teniendo en cuenta el ciclo de vida mediante una programación territorial, con	Aumento del 15% de cobertura de los servicios de salud del primero y segundo nivel de atención, tomando como línea base el 2006	INEC/MSP: producción de los servicios de salud	El modelo dispone de los recursos necesarios
	N° de equipos EBAS conformados y funcionando, asignados considerado la población y el territorio.	Informes de la Subsecretaría de la Extensión Social en Salud.	Se asigna toda la viabilidad y factibilidad necesaria para ejecutar el componente familiar y comunitario del modelo integral e intercultural de salud

Resumen Narrativo de Objetivos	Indicadores Verificables Objetivamente	Medios de Verificación	Supuestos (o Riesgos)
<p>criterios epidemiológicos, de universalidad, enfoque familiar, interculturalidad y promoción de la salud; con participación comunitaria y articulación intersectorial.</p>			

Resultados

Un informe de resultados la SEPSS de octubre del 2009¹⁸⁹ señala “A inicios del año 2008 el MSP concreta la contratación de 4500 Profesionales, Médicos, Odontólogos, Enfermeras, quienes participan activamente dentro del Modelo de Atención Integral, Familiar, Comunitario e Intercultural”; referido como uno de los mecanismos para resolver las desigualdades e inequidades en la atención y promoción de la salud. Sin embargo el principal problema de esta estrategia podría centrarse en personal profesional y de apoyo no formado en atención comunitaria y la ausencia de criterios o carencias de personal para otorgar responsabilidad territorial a los equipos de salud conformados en cada provincia.

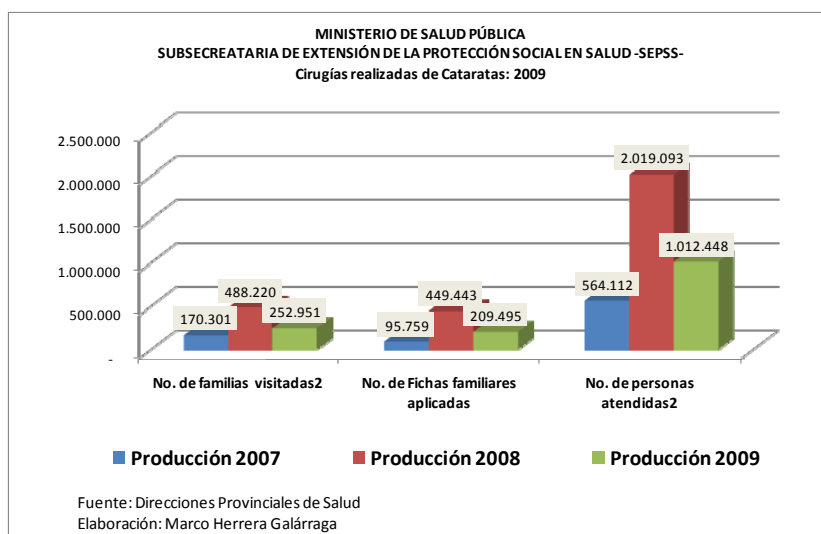
Efecto del incremento de médicos en el número de Atenciones



Fuente: SEPSS 2009
 ELABORACIÓN: SEPSS 2009

¹⁸⁹ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud. Octubre 2009.

Aportes del MAIS a agosto del 2009.



Fuente: SEPSS 2009
ELABORACIÓN: SEPSS 2009

Solidaridad con responsabilidad social en salud y Plan Visión

Matriz Marco Lógico

Resumen Narrativo de Objetivos	Indicadores Verificables Objetivamente	Medios de Verificación	Supuestos
FIN: Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población ecuatoriana.	Al finalizar el año 2009 la SEPSS habrá implementado una política de gestión que mejore la calidad de vida de su población.	Informes, Registros de atenciones, capacitaciones, reuniones.	Políticas públicas de Gestión continuas a nivel nacional.
PROPÓSITO (u Objetivo General): Extender la protección social en salud a la población del territorio nacional a través de la Campaña de Solidaridad y Responsabilidad Social.	Al finalizar el año se habrá mejorando el acceso geo, económico e institucional a los servicios de salud.	Informes, Registros de atenciones, capacitaciones, reuniones.	Políticas públicas de gestión continúa a nivel nacional.

Resultados

Se han se han realizado cerca de 10 mil cirugías de catarata y 2500 de pterigium; los resultados son altamente gratificantes; señala el informe que el impacto social es importante, estas personas ahora se valen por sí solas.

Resumen compra de servicios por parte de la SEPSS

COMPRA DE SERVICIOS: PLAN VISIÓN	2007	2008	2009	TOTAL	AHORRO FAMILIAR
CIRUGIAS DE CATARATAS	78,00	5.207,00	4.524,00	9809	4.708.320,00
CIRUGIAS DE PTERIGIUM	474,00	464,00	1.587,00	2525	1.136.250,00
TAMIZAJE ERRORES REFRACTIVOS ESCOLARES	-		110.944,00	110944	554.720,00
TOTAL	552,00	5.671,00	117.055,00		6.399.290,00

Fuente: SEPSS 2009

Elaboración: SEPSS 2009

Con relación a la Campaña de Solidaridad el informe señala que a partir de abril del 2008, con la declaratoria de gratuidad progresiva declarada por parte del señor Presidente de la República, el MSP se ha empeñado en resolver las denominadas “*patologías no resueltas por periodos anteriores, que por su costo estaban lejos de la población de escasos recursos*”.

Campaña de Solidaridad- (2008-2009¹⁹⁰)

TIPO DE CIRUGÍA	# DE PACIENTES ATENDIDOS 2008-2009	VALOR UNITARIO ESTIMADO MERCADO	AHORRO FAMILIAS (EN DÓLARES)
ARTROSIS DE CADERA (PRÓTESIS)	212	5000	\$ 829.000,00
ARTROSIS DE RODILLA (PRÓTESIS)	113	6000	\$ 518.500,00
CIRUGÍAS DE CORAZÓN	180	50.000	\$ 3.600.000,00
IMPLANTES COCLEARES	68	30.000	\$ 1.197.114,00
CIRUGÍAS DE CATARATAS	8721	485	\$ 3.665.380,00
HERNIO RAFIAS	1387	595	\$ 596.410,00
APENDICETOMÍA	1667	1000	\$ 1.320.264,00
HISTERECTOMÍA	400	800	\$ 231.600,00
PROSTATECTOMIA	385	1500	\$ 416.570,00
COLECISTECTOMÍA	5330	660	\$ 2.558.400,00
TOTAL AHORRO			\$ 11.267.858,00

Fuente: SEPSS 2009

Elaboración: SEPSS 2009

Inclusión en salud, las enfermedades catastróficas

Matriz Marco Lógico

Resumen narrativo de Objetivos	Indicadores Verificables Objetivamente	Medios de Verificación	Supuestos (o Riesgos)
FIN: Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas que padecen de enfermedades catastróficas	Incremento de la cobertura de atención a pacientes que sufren de enfermedades catastróficas durante el año 2009.	Estadísticas de Producción de Servicios del MSP Sistema Informático	Disponibilidad oportuna de recursos necesarios. Coordinación adecuada con el PPS

¹⁹⁰ Dato a septiembre del 2009

Resumen narrativo de Objetivos	Indicadores Verificables Objetivamente	Medios de Verificación	Supuestos (o Riesgos)
garantizando su desarrollo y disfrute pleno de sus derechos			
PROPÓSITO (u Objetivo General) Mejorar la inclusión y protección social de pacientes con enfermedades catastróficas, fortaleciendo la atención oportuna en los servicios de salud.	No. de pacientes atendidos por enfermedades catastróficas	Estadísticas Vitales del INEC Sistema informático Estadísticas de Producción de Servicios del MSP	Disponibilidad oportuna de recursos

Resultados

La Red de Protección Social, creada por el Gobierno financia el tratamiento de las enfermedades denominadas catastróficas a nivel nacional, las principales coberturas se relacionan con: malformaciones congénitas de corazón, comunicación interventricular; tetralogía de Fallot; insuficiencia renal; cáncer de útero, mama, ovario, estómago, colon, próstata, piel y leucemias. Trasplantes de hígado, riñón y médula; quemaduras graves, según su extensión y profundidad; discapacidades, con la entrega de prótesis de miembros superiores e inferiores, implantes cocleares y sillas de ruedas.

Los costos de tratamiento de esas enfermedades, son financiados por la Red de Protección Social, hasta el 100%. Estos recursos se destinan a la adquisición de insumos y materiales; al pago de exámenes de laboratorio y complementarios; medicamentos de alto costo, aparatos ortopédicos y accesorios para discapacidades, entre otros requerimientos que no se disponen en el sistema público de salud.¹⁹¹

Cirugías de cáncer atendidas mediante convenios¹⁹²

AÑO	CIRUGÍAS DE CÁNCER ATENDIDAS
2007	450
2008	2.118
2009	22.414

Fuente: SEPSS 2009
Elaboración: SEPSS 2009

¹⁹¹ La Red es parte de la política del Gobierno Nacional, basado en el artículo 50 de la Constitución.

¹⁹² Convenios entre el Ministerio de Salud Pública, SOLCA y el Programa de Protección Social del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES)

Atención Integral a Pacientes con Enfermedades Críticas

Matriz Marco Lógico

Resumen Narrativo de Objetivos	Indicadores Verificables Objetivamente	Medios de Verificación	Supuestos (o Riesgos)
FIN: Fortalecer la provisión de servicios del sector público para garantizar el acceso y la atención oportuna de calidad a las personas que padecen enfermedades críticas	Incremento del acceso y la atención oportuna de calidad a las personas que padecen enfermedades críticas durante el año 2009.	*Equipamiento instalado y funcionando *Informes técnicos de auditoría médica *Sistema de registro Informatizado	*Disponibilidad oportuna de recursos necesarios *Coordinación con otros procesos MSP
PROPÓSITO Extender la Protección Social en salud a toda la población ecuatoriana. Cubrir el tratamiento de la población ecuatoriana que padece enfermedades críticas	No. de atenciones a pacientes por enfermedades críticas	Sistema de registro Informatizado	Disponibilidad oportuna de recursos

Resultados

Nos se dispone de información sobre este componente

Fortalecimiento de la Protección Social en Salud y Desarrollo Integral de la Población de las Provincias de la Frontera Norte del Ecuador

Matriz Marco Lógico

Resumen Narrativo de Objetivos	Indicadores Verificables Objetivamente	Medios de Verificación	Supuestos (o Riesgos)
FIN La población de las provincias de la frontera norte del Ecuador incluidos Imbabura y Orellana han mejorado sus condiciones de salud.	Reducción de la tasa de mortalidad materna en 30%: línea de base: ¹⁹³	Registros estadísticos del INEC y del MSP	La población de las provincias de la frontera norte se ha organizado y participa activamente en la planificación integral de salud
	Reducción de la tasa de mortalidad infantil en 25%: línea de base: ¹⁹⁴		
PROPÓSITO Protección social en salud extendida a toda la población, con prioridad a la más vulnerable por	Aumento del 25% de cobertura de los servicios de salud del primero y segundo nivel de atención, en las	Informes de la Subsecretaría de la Extensión Social en Salud.	Los pobladores de las provincias de la frontera norte utilizan con seguridad los servicios de salud y saneamiento

¹⁹³ Línea base: Carchi: 103,6 x 100.000 n v* a 72,52 x 100.000 n v; Imbabura: 118,8 x 100.000 nv a 83,16 x 100.000 nv; Orellana: 113,3 x 100.000 nv a 79,31 x 100.000 nv; Esmeraldas: 172,9 x 100.000 nv a 121,03 x 100.000 nv; Sucumbi os: 150,2 x 100.000 nv a 105,14 x 100.000 nv; en el año 2.010 (Objetivo 3, meta 3.4 del Plan Nacional de Desarrollo)

¹⁹⁴ Línea base: Carchi: 29,1 x 1.000 nv a 21,82 x 1.000 nv; Imbabura: 11,7 x 1000 nv a 8,78 x 1.000 nv; Orellana: 17,0 x 1000 nv a 4,25 x 1000 nv; Esmeraldas: 13,5 x 1000 nv a 3,38 x 1000 nv; Sucumbi os: 8,0 x 1000 nv a 6,0 x 1000 nv; (Objetivo 3, meta 3.4 del Plan Nacional de Desarrollo)

Resumen Narrativo de Objetivos	Indicadores Verificables Objetivamente	Medios de Verificación	Supuestos (o Riesgos)
sus condiciones de acceso geo, económico y cultural, en las provincias de la frontera norte.	provincias del proyecto.		del cantón.
	100% de equipos EBAS conformados y funcionando en las provincias del proyecto.	INEC: producción de los servicios de salud.	

Resultados

El Proyecto cuenta con financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo por un valor de 100 millones de dólares. Al parecer, desde su planteamiento el proyecto ha sufrido cambios importantes en su estructura tanto operativa como directriz; su ejecución iniciaría en el primer trimestre del 2011.

Fortalecimiento de los Servicios de Salud en el marco de la Transformación del Sector Salud en el Ecuador

Fin del Proyecto: Contribuir a hacer efectivo el derecho ciudadano a la salud a través de la conformación, en un mediano plazo, de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

Propósito: Garantizar el acceso efectivo y progresivo de la población a servicios integrales e integrados de salud, a través del fortalecimiento de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) fundamentada en la Atención Primaria a la Salud (APS), sobre la base de la Transformación Sectorial de Salud en el Ecuador, la extensión de la protección social en salud, el Modelo de Atención Integral, la cohesión sectorial, institucional y social.

Matriz Marco Lógico

Objetivo	Resultado Esperado	Indicador	Fuente de verificación	Supuestos
Establecer una línea basal, partiendo de la evaluación de los atributos deseables de las RISS en el Ecuador	Identificación de la brecha que existe entre las características prevalentes en los servicios actuales y los atributos generales de una RISS	Línea basal como plataforma para el diseño del modelo de intervención para el logro de los objetivos estratégicos	Informes de resultado. Bases de datos sobre resultados y documentos primarios.	Existen las condiciones, en todos los niveles del MSP y en el resto de las Instituciones del Sector. La determinación del nivel de integración de las redes es pertinente, factible y deseable por el MSP...

Objetivo	Resultado Esperado	Indicador	Fuente de verificación	Supuestos
Diseñar un Modelo Operativo para la implantación de la RISS (cuyos atributos esenciales serán consensuados estrictamente en acuerdo con las autoridades del MSP)	Diseño de un modelo <i>ad hoc</i> que permita en un mediano plazo la operación de RISS en el Ecuador, basada en APS	El modelo diseñado cuenta con intervenciones específicas que permitan y faciliten el funcionamiento integrado de la RISS	Documento elaborado	Se logran los espacios participativos idóneos para la identificación y priorización de áreas de intervención. Las propuestas de áreas de intervención son utilizadas eficientemente por el MSP de Ecuador.

Resultados

Los principales resultados se resumen en la siguiente matriz:

Matriz Marco Lógico

OBJETO	RESULTADOS
Convenio de Cooperación Interinstitucional entre el Ministerio de Salud y la Junta de Beneficencia de Guayaquil (Maternidad Enrique Sotomayor)	Desde diciembre del 2008 se han atendido 5.295 personas (3.110 mujeres y 2.185 neonatos) El monto del convenio que terminó (2'500.000 USD) Actualmente, Asesoría Jurídica y Gestión Financiera del MSP están analizando la propuesta técnica para ampliar el convenio.
Convenio para la promoción de Cardiocirugía pediátrica entre el MSP y la JBG-Hospital Roberto Gilbert Elizalde	Desde agosto del 2008 se han realizado 172 atenciones a niños/as con patología cardíaca a quienes se le realiza: cateterismo diagnóstico, cateterismo terapéutico cirugías de corazón abierto y cirugías de corazón cerrado. Con la finalidad de optimizar la atención, asegurar equidad y eficiencia, se toma la decisión de suscribir un convenio tripartito entre el MSP – el PPS y la JBG-Hospital Roberto Gilbert Elizalde, dejando sin renovar el convenio anterior (MSP – JBG-Hospital Roberto Gilbert).
Convenios de Cooperación Interinstitucional entre el: MSP- PPS – SOLCA- Quito, Guayaquil y Cuenca	Desde diciembre del 2008 se atienden 1.510 pacientes con cáncer. Se dispone a SOLCA la atención gratuita a los pacientes que se encuentran bajo la línea de pobreza, con financiamiento de los fondos transferidos a través del Presupuesto General del Estado- Se elaboró de manera participativa (Ministerio de Finanzas, PPS, MSP), el instructivo de uso de los fondos transferidos a SOLCA, se envió a Asesoría Jurídica para que nos emita el aprobado Se dispone a las Direcciones Provinciales de Salud monitorear el cumplimiento de las disposiciones y los términos de los convenios
Convenio de Cooperación Interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública – el Ministerio de Inclusión Económica y Social y el Hospital Metropolitano	Con fecha 8 de septiembre se firma el convenio cuyo objetivo es realizar Transplantes de Hígado. Se solicita revisar los tarifarios y la estructura de costos. Se realiza una reunión para analizar los tarifarios y las premisas que guían el conjunto de prestaciones-

OBJETO	RESULTADOS
	Se analiza el protocolo clínico, quirúrgico, se solicita a la auditoría clínica aprobar el protocolos
Convenio de Cooperación Interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública y la Junta de Beneficencia de Guayaquil- Hospital Luis Vernaza y Hospital Roberto Gilbert Elizalde	El 23 de julio del 2007 se suscribe el convenio cuyo objetivo es “poner a disposición del MSP cien camas para hospitalización en el Hospital Luis Vernaza y 15 en el Hospital Roberto Gilbert, en las especialidades de medicina interna, cirugía general, traumatología, pacientes críticos de trauma y cardio-neurología. Se revisaron los tarifarios y la estructura de costos. Se acordaron los procedimientos administrativos y técnicos para la referencia, contra-referencia, auditoría y licenciamiento
Convenio de Cooperación Interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública, el Programa de Protección Social y la Junta de Beneficencia de Guayaquil – Hospitales Luis Vernaza y Roberto Gilbert Elizalde	El 13 de julio del 2009 se firma el convenio cuyo objetivo es atender a los pacientes “calificados por la Red de Protección Solidaria, referidos de hospitales públicos, con diagnósticos de malformaciones cardíacas congénitas e insuficiencia renal crónica, para procedimientos de cirugías cardíacas, hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal.” Se acordaron los procedimientos técnicos y administrativos de la referencia, contra-referencia, los protocolos y el tarifario

Fuente: SEPSS 2009

Elaboración: SEPSS 2009

ANEXO No. 2: Distritos Territoriales del Ministerio de Salud.

El listado adjunto contiene el detalle de los Distritos territoriales propuestos por el Ministerio de Salud, para la administración y gestión de los servicios de salud.

PROVINCIA	DPA_DESCAN	DISTRITO	POBLACION TOTAL POR DISTRITO	AREA TOTAL DISTRITO	POBLACION POR DISTRITO	PROY ECCI ON 2010	AREA CANT ON (KMD)	POBLACION POR CANT	ZONA	DIST RITO
AZUAY	CUENCA	01D01	495.776	3104	159,72	495.776	3104	159,72	6	7
AZUAY	GIRON	01D02	51103	2010	25,42	14.953	354	42,24		
AZUAY	PUCARA					11.506	736	15,63		
AZUAY	SAN FERNANDO					4.708	139	33,87		
AZUAY	SANTA ISABEL	01D03	58759	455	129,14	19.936	781	25,53		
AZUAY	CHORDELEG					12.904	105	122,90		
AZUAY	GUALACEO					45.855	350	131,01		
AZUAY	NABON	01D04	21809	926	23,55	17.969	633	28,39		
AZUAY	ONA					3.840	293	13,11		
AZUAY	EL PAN					3.654	132	27,68		
AZUAY	GUACHAPALA	01D05	41046	758	54,15	3.714	40	92,85		
AZUAY	PAUTE					27.458	271	101,32		
AZUAY	SEVILLA DE ORO					6.220	315	19,75		
AZUAY	CAMILO PONCE ENRIQUEZ	01D06	16.573	118	140,45	16.573	118	140,45		
AZUAY	SIGSIG	01D07	29.275	659	44,42	29.275	659	44,42		
BOLIVAR	GUARANDA	02D01	89.201	1892	47,15	89.201	1892	47,15		
BOLIVAR	CHILLANES	02D02	20.415	663	30,79	20.415	663	30,79		
BOLIVAR	CHIMBO	02D03	45617	835	54,63	16.394	261	62,81		
BOLIVAR	SAN MIGUEL					29.223	574	50,91		
BOLIVAR	CALUMA					12.099	177	68,36		
BOLIVAR	ECHEANDIA	02D04	29816	556	53,63	11.965	230	52,02		
BOLIVAR	LAS NAVES					5.752	149	38,60		
BOLIVAR	AZOGUES					73.628	611	120,50		
CAÑAR	BIBLIAN	03D01	104136	914	113,93	23.465	227	103,37		
CAÑAR	DELEG					7.043	76	92,67		
CAÑAR	CAÑAR					65.871	1798	36,64		
CAÑAR	EL TAMBO	03D02	80215	1912	41,95	9.341	64	145,95		
CAÑAR	SUSCAL					5.003	50	100,06		
CAÑAR	LA TRONCAL					50.116	320	156,61		
CARCHI	SAN PEDRO DE HUACA	04D01	57824	1897	30,48	7.708	69	111,71		
CARCHI	TULCAN					50.116	1828	27,42		
CARCHI	MONTUFAR					32.127	383	83,88		
CARCHI	BOLIVAR	04D02	47752	742	64,36	15.625	359	43,52		
CARCHI	ESPEJO					15.194	554	27,43		
CARCHI	MIRA					14.524	587	24,74		
COTOPAXI	LATACUNGA	05D01	174.376	1386	125,81	174.376	1386	125,81		
COTOPAXI	LA MANA	05D02	38.895	656	59,29	38.895	656	59,29		
COTOPAXI	PANGUA	05D03	24.074	722	33,34	24.074	722	33,34		
COTOPAXI	PUJILI	05D04	98759	1507	65,53	73.549	1302	56,49		
COTOPAXI	SAQUISILI					25.210	205	122,98		
COTOPAXI	SIGCHOS					25.097	1352	18,56		
COTOPAXI	SALCEDO	05D06	62.135	486	127,85	62.135	486	127,85		
CHIMBORAZO	CHAMBO	06D01	232965	1147	203,11	12.046	164	73,45		
CHIMBORAZO	RIOBAMBA					220.919	983	224,74		
CHIMBORAZO	ALAUSSI					48.938	1658	29,52		
CHIMBORAZO	CHUNCHI	06D02	63193	1931	32,73	14.255	273	52,22		
CHIMBORAZO	CUMANDA					10.737	159	67,53		
CHIMBORAZO	PALLATANGA					12.342	379	32,56		
CHIMBORAZO	COLTA	06D04	91322	2058	44,37	51.084	836	61,11		
CHIMBORAZO	GUAMOTE					40.238	1222	32,93		
CHIMBORAZO	GUANO					43.298	460	94,13		
CHIMBORAZO	PENIPE	06D05	50709	827	61,32	7.411	367	20,19		
EL ORO	CHILLA	07D01	130389	1396	93,40	3.257	332	9,81		
EL ORO	EL GUABO					50.197	608	82,56		
EL ORO	PASAJE					76.935	456	168,72		
EL ORO	MACHALA	07D02	266.023	330	806,13	266.023	330	806,13		
EL ORO	ATAHUALPA	07D03	48770	1215	40,14	6.696	278	24,09		
EL ORO	PORTOVELO					13.471	288	46,77		
EL ORO	ZARUMA					28.603	649	44,07		
EL ORO	BALSAS	07D04	40966	836	49,00	6.535	70	93,36		
EL ORO	MARCABELI					6.025	149	40,44		
EL ORO	PIÑAS					28.406	617	46,04		
EL ORO	ARENILLAS	07D05	82537	1170	70,54	27.467	808	33,99		
EL ORO	HUAQUILLAS					49.228	64	769,19		

PROVINCIA	DPA_DESCAN	DISTRITO	POBLACION TOTAL POR DISTRITO	AREA TOTAL DISTRITO	POBLACION POR DISTRITO	PROYECION 2010	POBLACION POR CANTON	POBLACION POR CANTON	ZONA	DISTRITO
EL ORO	LAS LAJAS					5.842	298	19,60		
EL ORO	SANTA ROSA	07D06	73.794	822	89,77	73.794	822	89,77		
ESMERALDAS	ESMERALDAS	08D01	188.694	1350	139,77	188.694	1350	139,77		
ESMERALDAS	ELOY ALFARO	08D02	39.945	4273	9,35	39.945	4273	9,35		
ESMERALDAS	MUISNE	08D03	29.992	1243	24,13	29.992	1243	24,13		
ESMERALDAS	QUININDE	08D04	105.638	3875	27,26	105.638	3875	27,26		
ESMERALDAS	SAN LORENZO	08D05	33.699	3051	11,05	33.699	3051	11,05		
ESMERALDAS	ATACAMES	08D06	36.195	509	71,11	36.195	509	71,11		
ESMERALDAS	RIOVERDE	08D07	26.505	1508	17,58	26.505	1508	17,58		
ESMERALDAS	LA CONCORDIA	08D08	58.113	323	179,92	58.113	323	179,92		
GUAYAS	GUAYAQUIL	09D01	2.306.479	4191	550,34	2.306.479	4191	550,34		
GUAYAS	ALFREDO BAQUERIZO MORENO	09D02	45645	511	89,32	22.595	219	103,17		
GUAYAS	SIMON BOLIVAR					23.050	292	78,94		
GUAYAS	BALAO	09D03	80866	2431	33,26	19.519	474	41,18		
GUAYAS	NARANJAL					61.347	1957	31,35		
GUAYAS	BALZAR					54.807	1186	46,21		
GUAYAS	COLIMES	09D04	94514	2138	44,21	23.801	758	31,40		
GUAYAS	PALESTINA					15.906	194	81,99		
GUAYAS	ISIDRO AYORA					9.301	487	19,10		
GUAYAS	LOMAS DE SARGENTILLO	09D05	66862	1489	44,90	16.050	67	239,55		
GUAYAS	PEDRO CARBO					41.511	935	44,40		
GUAYAS	DURAN	09D06	202.080	300	673,60	202.080	300	673,60		
GUAYAS	EMPALME	09D07	74.429	716	103,95	74.429	716	103,95		
GUAYAS	EL TRIUNFO					38.578	395	97,67		
GUAYAS	GNRAL. ANTONIO ELIZALDE	09D08	48411	549	88,18	9.833	154	63,85		
GUAYAS	MILAGRO	09D09	158.421	405	391,16	158.421	405	391,16		
GUAYAS	CRNEL. MARCELINO MARIDUEÑA	09D10	48407	479	101,06	12.499	254	49,21		
GUAYAS	NARANJITO					35.908	225	159,59		
GUAYAS	DAULE					96.919	462	209,78		
GUAYAS	NOBOL	09D11	151897	955	159,05	16.682	135	123,57		
GUAYAS	SANTA LUCIA					38.296	358	106,97		
GUAYAS	SAMBORONDON	09D12	51.422	368	139,73	51.422	368	139,73		
GUAYAS	SALITRE	09D13	73.254	393	186,40	73.254	393	186,40		
GUAYAS	SAN JACINTO DE YAGUACHI	09D14	47.630	510	93,39	47.630	510	93,39		
GUAYAS	PLAYAS	09D15	87.798	273	321,60	87.798	273	321,60		
IMBABURA	IBARRA					187.706	1093	171,73		
IMBABURA	PIMAMPIRO	10D01	221732	2327	95,29	16.412	449	36,55		
IMBABURA	SAN MIGUEL DE URCUQUI					17.614	785	22,44		
IMBABURA	ANTONIO ANTE	10D02	154618	572	270,31	44.157	82	538,50		
IMBABURA	OTAVALO					110.461	490	225,43		
IMBABURA	COTACACHI	10D03	45.580	1687	27,02	45.580	1687	27,02		
Loja	LOJA	11D01	193.047	1896	101,82	193.047	1896	101,82		
Loja	CATAMAYO					29.772	652	45,66		
Loja	CHAGUARPAMBA	11D02	44774	1078	41,53	8.709	313	27,82		
Loja	OLMEDO					6.293	113	55,69		
Loja	PALTAS	11D03	27.239	1155	23,58	27.239	1155	23,58		
Loja	CELICA					14.729	521	28,27		
Loja	PINDAL	11D04	39932	1361	29,34	8.106	202	40,13		
Loja	PUYANGO					17.097	638	26,80		
Loja	ESPINDOLA	11D05	17.784	516	34,47	17.784	516	34,47		
Loja	CALVAS					30.438	841	36,19		
Loja	GONZANAMA	11D06	52015	1776	29,29	16.525	698	23,67		
Loja	QUILANGA					5.052	237	21,32		
Loja	MACARA	11D07	29049	987	29,43	20.234	576	35,13		
Loja	SOZORANGA					8.815	411	21,45		
Loja	SARAGURO	11D08	30.906	1083	28,54	30.906	1083	28,54		
Loja	ZAPOTILLO	11D09	12.063	1213	9,94	12.063	1213	9,94		
LOS RIOS	BABA					42.138	517	81,50		
LOS RIOS	BABAHOYO	12D01	225241	1967	114,51	159.071	1087	146,34		
LOS RIOS	MONTALVO					24.032	363	66,20		
LOS RIOS	PUEBLOVIEJO	12D02	66533	714	93,18	35.235	336	104,87		
LOS RIOS	URDANETA					31.298	378	82,80		
LOS RIOS	MOCACHE	12D03	208094	873	238,37	40.097	568	70,59		
LOS RIOS	QUEVEDO					167.997	305	550,81		
LOS RIOS	QUINSALOMA	12D04	85204	815	104,54		283	0,00		
LOS RIOS	VENTANAS					85.204	532	160,16		
LOS RIOS	PALENQUE					24.740	580	42,66		
LOS RIOS	VINCES	12D05	98471	1277	77,11	73.731	697	105,78		
LOS RIOS	BUENA FE	12D06	96900	1559	62,16	56.720	581	97,62		
LOS RIOS	VALENCIA					40.180	978	41,08		

PROVINCIA	DPA_DESCAN	DISTRITO	POBLACION TOTAL POR DISTRITO	AREA TOTAL DISTRITO	POBLACION POR DISTRITO	PROYECION 2010	AREA POR CANTON	POBLACION POR CANTON	ZONA	DISTRITO		
MANABI	PORTOVIEJO	13D01	274.330	961	285,46	274.330	961	285,46	4	12		
MANABI	JARAMIJO	13D02	286244	1139	251,31	13.769	97	141,95				
MANABI	MANTA					221.280	303	730,30				
MANABI	MONTECRISTI					51.195	739	69,28				
MANABI	JIPIJAPA	13D03	94832	1896	50,02	75.703	1467	51,60				
MANABI	PUERTO LOPEZ					19.129	429	44,59				
MANABI	24 DE MAYO	13D04	95605	1805	52,97	32.554	526	61,89				
MANABI	SANTA ANA					52.416	1025	51,14				
MANABI	OLMEDO					10.635	254	41,87				
MANABI	EL CARMEN	13D05	80.537	1261	63,87	80.537	1261	63,87			4	12
MANABI	JUNIN	13D06	62266	784	79,42	21.275	246	86,48				
MANABI	BOLIVAR					40.991	538	76,19				
MANABI	CHONE	13D07	164559	4384	37,54	135.346	3037	44,57				
MANABI	FLAVIO ALFARO					29.213	1347	21,69				
MANABI	PICHINCHA	13D08	34.454	1075	32,05	34.454	1075	32,05				
MANABI	PAJAN	13D09	41.365	1088	38,02	41.365	1088	38,02				
MANABI	JAMA	13D10	77210	2486	31,06	23.276	579	40,20				
MANABI	PEDERNALES					53.934	1907	28,28				
MANABI	SAN VICENTE	13D11	82005	1107	74,08	21.994	709	31,02				
MANABI	SUCRE					60.011	398	150,78				
MANABI	ROCAFUERTE	13D12	72766	655	111,09	33.736	280	120,49				
MANABI	TOSAGUA					39.030	375	104,08				
MORONA SANTIAGO	MORONA	14D01	35.397	4654	7,61	35.397	4654	7,61	6	6		
MORONA SANTIAGO	HUAMBOYA	14D02	15990	3510	4,56	7.081	663	10,68				
MORONA SANTIAGO	PABLO SEXTO					1.410	1391	1,01				
MORONA SANTIAGO	PALORA					7.499	1456	5,15				
MORONA SANTIAGO	LOGROÑO	14D03	22349	2067	10,81	5.240	1171	4,47				
MORONA SANTIAGO	SUCUA					17.109	896	19,09				
MORONA SANTIAGO	GUALAQUIZA	14D04	22113	3262	6,78	18.148	2208	8,22				
MORONA SANTIAGO	SAN JUAN BOSCO					3.965	1054	3,76				
MORONA SANTIAGO	TAISHA	14D05	15.143	6150	2,46	15.143	6150	2,46				
MORONA SANTIAGO	LIMON INDANZA	14D06	26262	4409	5,96	10.959	1821	6,02				
MORONA SANTIAGO	SANTIAGO					9.362	1403	6,67				
MORONA SANTIAGO	TIWINTZA					5.941	1185	5,01				
NAPO	ARCHIDONA	15D01	87661	7451	11,76	24.092	3028	7,96				
NAPO	CARLOS JULIO AROSEMENA TOLA					3.822	502	7,61				
NAPO	TENA					59.747	3921	15,24				
NAPO	EL CHACO	15D02	15114	5091	2,97	7.965	3502	2,27				
NAPO	QUIJOS					7.149	1589	4,50				
PASTAZA	MERA	16D01	74630	20778	3,59	10.659	528	20,19				
PASTAZA	PASTAZA					59.979	19936	3,01				
PASTAZA	SANTA CLARA					3.992	314	12,71				
PASTAZA	ARAJUNO	16D02	6.787	8888	0,76	6.787	8888	0,76	3	2		
PICHINCHA	CAYAMBE	17D01	114325	1529	74,77	84.388	1191	70,85				
PICHINCHA	PEDRO MONCAYO					29.937	338	88,57				
PICHINCHA	MEJIA	17D02	150616	1621	92,92	73.557	1485	49,53				
PICHINCHA	RUMINAHUI					77.059	136	566,61				
PICHINCHA	PEDRO VICENTE MALDONADO	17D03	44192	2169	20,37	11.656	624	18,68				
PICHINCHA	PUERTO QUITO					20.001	695	28,78				
PICHINCHA	SAN MIGUEL DE LOS BANCOS					12.535	850	14,75				
PICHINCHA	Noroccidente	DMQ01	10.940	943	11,60	10.940	943	11,60	9	7		
PICHINCHA	La Delicia	DMQ02	508535	1145	444,21	340.193	615	552,77				
PICHINCHA	Norcentral					18.010	386	46,69				
PICHINCHA	Calderón					137.605	89	1549,85				
PICHINCHA	Parroquia Guayllabamba					12.727	55	231,91				
PICHINCHA	Norte	DMQ03	620740	159	3903,29	393.616	111	3549,80				
PICHINCHA	Centro					227.124	48	4717,40				
PICHINCHA	Eloy Alfaro	DMQ04	459.532	588	781,24	459.532	588	781,24				
PICHINCHA	Quitumbe	DMQ05	291.439	89	3280,53	291.439	89	3280,53				
PICHINCHA	Los Chillos	DMQ06	152.170	668	227,83	152.170	668	227,83				
PICHINCHA	Tumbaco	DMQ07	177588	695	255,68	80.276	92	871,27				
PICHINCHA	Aeropuerto					97.312	602	161,53				

PROVINCIA	DPA_DESCAN	DISTRITO	POBLACION TOTAL POR DISTRITO	AREA TOTAL DISTRITO	POBLACION POR DISTRITO	PROYECCION 2010	AREA POR CANTON	POBLACION POR CANTON	ZONA	DISTRITO
TUNGURAHUA	AMBATO	18D01	344.329	1018	338,24	344.329	1018	338,24	3	5
TUNGURAHUA	BAÑOS DE AGUA SANTA	18D02	19.311	1066	18,12	19.311	1066	18,12		
TUNGURAHUA	PATATE	18D03	72824	518	140,59	14.108	316	44,65		
TUNGURAHUA	SAN PEDRO DE PELILEO					58.716	202	290,67		
TUNGURAHUA	SANTIAGO DE PILLARO	18D04	41.860	447	93,65	41.860	447	93,65		
TUNGURAHUA	CEVALLOS	18D05	50289	338	148,78	8.239	19	433,63		
TUNGURAHUA	MOCHA					7.636	86	88,79		
TUNGURAHUA	QUERO					21.799	174	125,28		
TUNGURAHUA	TISALEO					12.615	59	213,81		
ZAMORA CHINCHIPE	YACUAMBI	19D01	31315	3153	9,93	6.060	1254	4,83	7	4
ZAMORA CHINCHIPE	ZAMORA					25.255	1899	13,30		
ZAMORA CHINCHIPE	CENTINELA DEL CONDOR	19D02	13939	2637	5,29	6.420	261	24,60		
ZAMORA CHINCHIPE	NANGARITZA					4.331	2023	2,14		
ZAMORA CHINCHIPE	PAQUISHA					3.188	353	9,03		
ZAMORA CHINCHIPE	CHINCHIPE	19D03	18035	3147	5,73	9.846	1156	8,52		
ZAMORA CHINCHIPE	PALANDA					8.189	1991	4,11		
ZAMORA CHINCHIPE	EL PANGUI	19D04	25489	1645	15,49	8.624	631	13,67		
ZAMORA CHINCHIPE	YANTZAZA					16.865	1014	16,63		
SUCUMBIOS	CASCALES	21D01	23552	4990	4,72	10.140	1250	8,11	1	4
SUCUMBIOS	GONZALO PIZARRO					9.531	2229	4,28		
SUCUMBIOS	SUCUMBIOS					3.881	1511	2,57		
SUCUMBIOS	LAGO AGRIO	21D02	92.424	3147	29,37	92.424	3147	29,37		
SUCUMBIOS	CUYABENO	21D03	17538	7498	2,34	9.092	3923	2,32		
SUCUMBIOS	PUTUMAYO					8.446	3575	2,36		
SUCUMBIOS	SHUSHUFINDI	21D04	44.047	2448	17,99	44.047	2448	17,99		
ORELLANA	LA JOYA DE LOS SACHAS	22D01	36.814	1195	30,81	36.814	1195	30,81	2	3
ORELLANA	LORETO	22D02	77462	9235	8,39	18.799	2151	8,74		
ORELLANA	ORELLANA					58.663	7084	8,28		
ORELLANA	AGUARICO	22D03	6.505	11248	0,58	6.505	11248	0,58		
SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS	ALLURIQUIN/LUZ DE AMERICA/ESFUERZO/T OACHI/PERIFERIA 1	23D01				335.712	3447	97	4	2
SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS	SAN JACINTO DEL BUA/VALLE HERMOSO/PUERTO LIMON/PERIFERIA 2	23D02								
GALAPAGOS	SAN CRISTOBAL	20D1	18640	6183,55	3,01	5.633	558	10	5	1
GALAPAGOS	ISABELA					1.619	4640	0,35		
GALAPAGOS	SANTA CRUZ					11.388	986	11,55		
SANTA ELENA	SANTA ELENA	24D01	111671	3597	31,05	111.671	3597	31,05	5	3
SANTA ELENA	LA LIBERTAD	24D02				77.646	25	3105,84		
SANTA ELENA	SALINAS					49.572	68	729,00		
ZONA NO DELIMITADA	EL PIEDRERO					7.199	170	42,35		
ZONA NO DELIMITADA	LAS GOLONDRINAS					5.218	125	41,74		
ZONA NO DELIMITADA	MANGA DEL CURA					22.730	488	46,58		

ANEXO No. 3: Áreas con Hospital Básico, gasto per cápita promedio. 2008-2010

Los valores expuestos, representa el promedio per cápita simple de los recursos ejecutados en el periodo 2008-2010 por las Áreas de Salud.

PROVINCIA	NOM_AREA	Promedio Per cápita
AZUAY	GUALACEO	24,29
	PAUTE	31,20
	SIGSIG	39,84
	STA.ISABEL	23,87
BOLIVAR	CHILLANES	64,34
	SAN MIGUEL	41,46
CARCHI	EL ANGEL	47,05
	SAN GABRIEL	39,79
CHIMBORAZO	ALAUSI	28,95
	CHUNCHI	62,63
	COLTA	18,80
	GUAMOTE	31,40
COTOPAXI	PANGUA	47,67
	PUJILI	20,04
	SALCEDO	26,26
EL ORO	ARENILLAS	43,86
	EL GUABO	11,98
	HUAQUILLAS	20,18
	PASAJE	43,91
	PIÑAS	36,97
	SANTA ROSA	31,98
	ZARUMA	34,58
ESMERALDAS	ELOY ALFARO	43,07
	LIMONES	68,00
	MUISNE	45,70
	QUININDE	17,61
	SAN LORENZO	56,90
GUAYAS	BALZAR	18,02
	DAULE	14,95
	EL EMPALME	17,22
	EL TRIUNFO	26,96
	GUASMO SUR	30,59
	MARIANA DE JESUS	30,92
	MILAGRO	32,24
	NARANJAL	21,76
	NARANJITO	28,24
	PLAYAS	21,86
	SALITRE	26,82
	TENGUEL	22,53
YAGUACHI	20,11	
IMBABURA	ATUNTAQUI	24,39
	COTACACHI	23,78
	OTAVALO	43,43
LOJA	ALAMOR	30,00
	AMALUZA - ESPINDOLA	55,15
	CARIAMANGA - CALVAS	31,18
	CATACUCHA	38,30
	MACARA	35,92
	SARAGURO	54,00

PROVINCIA	NOM_AREA	Promedio Per cápita
	VILCABAMBA	54,79
LOS RIOS	BABA	30,31
	QUEVEDO	16,39
	RICAURTE	22,79
	VENTANAS	16,47
	VINCES	19,73
MANABI	CALCETA	25,80
	CHONE	8,50
	EL CARMEN	12,68
	PAJAN	30,84
	ROCAFUERTE	34,44
MORONA SANTIAGO	GUALAQUIZA	73,26
	LIMON INDANZA	84,43
	MORONA	53,46
	SANTIAGO	81,24
	SUCUA	77,20
	TAISHA	48,47
NAPO	BAEZA	105,73
ORELLANA	ORELLANA	35,46
PASTAZA	PARROQUIAS INTERIORES	51,39
PICHINCHA	CAYAMBE	23,58
	MACHACHI	22,82
	NANEGALITO	85,59
	SANGOLQUI	33,56
	YARUQUI	15,19
SANTA ELENA	LA LIBERTAD	20,51
	MANGLARALTO	21,91
	SALINAS	31,26
	SANTA ELENA	16,99
SUCUMBIOS	SHUSHUFINDI	33,29
TUNGURAHUA	BAÑOS	50,51
	PELILEO	17,49
	PILLARO	25,34
ZAMORA CHINCHIPE	YANZATZA	39,10
	ZAMORA	86,63
	ZUMBA	85,85
CAÑAR	CAÑAR	39,86
	LA TRONCAL	34,73

**ANEXO No. 4: Áreas sin Hospital Básico, gasto per cápita promedio.
2008-2010**

Los valores expuestos, representa el promedio per cápita simple de los recursos ejecutados en el periodo 2008-2010 por las Áreas de Salud.

PROVINCIA	NOM_AREA	Promedio Per cápita
AZUAY	CAMILO PONCE ENRIQUEZ	17,13
	MIRAFLORES	9,36
	NABON	16,25
	PUMAPUNGO	17,78
	TOMBAMBA	10,71
	YANUNCAY	7,42
BOLIVAR	ECHEANDIA	28,45
	GUARANDA	15,07
CARCHI	SAN JUAN DE LACHAS	73,64
	TULCAN	18,66
CHIMBORAZO	GUANO	12,91
	RIOBAMBA CHAMBO	9,89
COTOPAXI	LA MANA	17,19
	LATACUNGA	9,86
	SAQUISILI	15,09
EL ORO	MACHALA NORTE	13,25
	MACHALA SUR	8,45
ESMERALDAS	ESMERALDAS CENTRAL	14,70
	ESMERALDAS NORTE- JULIO	
	ESTUPIÑAN	17,01
	ESMERALDAS SUR- ATACAMES	23,04
	ESMERALDAS URBANO	16,86
GUAYAS	BASTION POPULAR	6,40
	CENTRO DE SALUD 13	15,75
	CENTRO DE SALUD 3	9,49
	CENTRO DE SALUD 4	17,88
	DURAN	9,57
	FRANCISCO JACOME	9,19
	JUAN	10,32
	MAPASINGUE	14,72
	MARTHA ROLDOS	10,28
	PEDRO CARBO	12,97
	SAMBORONDON	9,18
	SANTA LUCIA	12,25
	SANTIAGO DE GUAYAQUIL	13,02
	SAUCES	6,51
TRINITARIA	7,29	
IMBABURA	IBARRA	10,05
LOJA	CATAMAYO	14,38
	CENTRO DE SALUD 1	12,22
	CENTRO DE SALUD N 2	22,28
	CENTRO DE SALUD N 3	18,26
	GONZANAMA	16,72
	ZAPOTILLO	19,01
LOS RIOS	BABAHOYO	8,80
MANABI	BAHIA	14,21
	JIPIJAPA	12,46
	MANTA	11,86
	PEDERNALES	4,10

PROVINCIA	NOM_AREA	Promedio Per cápita
	PICHINCHA	6,24
	PORTOVIEJO	17,05
	SANTA ANA	13,15
MORONA SANTIAGO	L. PALORA	40,37
NAPO	TENA	13,06
ORELLANA	JOYA DE LOS SACHAS	27,01
	LORETO	50,01
PASTAZA	PUYO	23,65
PICHINCHA	CALDERON	9,70
	CENTRO HISTORICO	18,36
	CHIMBACALLE	13,99
	COMITE DEL PUEBLO	8,80
	CONOCOTO	4,15
	COTOCOLLAO	11,13
	EPLICACHIMA	16,44
	FRAY BARTOLOME	11,25
	GUAMANI	19,24
	LA ECUATORIANA	15,27
	LA MAGDALENA	10,49
	LA TOLA	8,59
	PEDRO VICENTE MALDONADO	14,11
	SAN CARLOS	5,96
	TABACUNDO	20,30
SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS	AUGUSTO EGAS	6,24
	LA CONCORDIA	9,17
	LOS ROSALES	5,24
SUCUMBIOS	NUEVA LOJA	12,21
TUNGURAHUA	CENTRO DE SALUD N°1	10,04
	CENTRO DE SALUD N°2	10,43
	CENTRO DE SALUD N°3	9,48
	QUERO	33,72
CAÑAR	AZOGUES	19,92

ANEXO No. 5: Conjunto Garantizado de Prestaciones o Plan de Beneficios, 2005.

Los tres Conjuntos Garantizados de Prestaciones de Salud Universales (CGPS-U (1) o completo, (2) mediano y (3) básico, se diferencian fundamentalmente en la cobertura de las principales patologías, según frecuencia de ocurrencia en la mortalidad y morbilidad. Los paquetes de prestaciones serían básicamente iguales en términos de prestaciones colectivas, esto es en Promoción y Prevención, y se diferencian en el alcance de cobertura en número de patologías o causas de atención a cubrir.¹⁹⁵



¹⁹⁵ Información proporcionada en archivo digital por la Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud (SEPSS). Febrero del 2011.

Matriz No 2
Crterios y metodología para estructurar los tres escenarios
Plan de Beneficios

No	Criterio	CGPS ¹² – completo Escenario 1	CGPS –intermedio Escenario 2	CGPS- básico Escenario 3
1.	Permanencia de prestaciones colectivas de promoción y prevención colectiva	Si	Si	Si
2.	Permanencia de prestaciones individuales de prevención por grupo de edad	Si	Si	Si
3.	Permanencia de prestaciones dirigidas a la morbilidad sujeta a vigilancia epidemiológica	si	si	si
4.	Permanencia de aquellas prestaciones que se encuentran dentro del rango de solución del 75-80% de causas de mortalidad, morbilidad hospitalaria	Si	Solo el 60%	Sólo el 50%
5.	Prestaciones para enfermedades catastróficas prioritarias por grupos d edad	Si	Sólo el 50% relacionadas con (tumor de estómago, leucemia en menores 14 años, tumor en el cuello del útero, tumor de mama, tumor de próstata, anomalías congénitas del corazón).	Solo cáncer de cuello de útero y mama
6.	Se privilegia las, prestaciones preventivas y de promoción de accidentes de tráfico, suicidios y homicidios.	Si, pero también están planteadas prestaciones curativas de emergencias y hospitalización	Si, fracturas más frecuentes abiertas y cerradas	Si y se especifican sólo fracturas de huesos largos
7.	Prestaciones de enfermedades crónica de mayor frecuencia	Preventivas y curativas de primer, segundo y tercer nivel ambulatorio y hospitalario	Preventivas y curativas de primer y segundo nivel ambulatorio y hospitalario pero sin considerar complicaciones	IDEM
8.	Se mantiene la salud oral, se excluye endodoncias, se establece un conjunto mínimo básico.			
9.	Prestaciones destinadas a las patologías de salud mental más frecuente	Si	Sólo promoción y prevención	IDEM
10	Costo	Si	Se toman los costos del CGPS-CONASA	Si

Tabla No 4
Contenido del Plan de Beneficios de Salud Universal Garantizado
Tres Escenarios

No.	Prestaciones	CGPS-U Completo (1)	CGPS-U Intermedio (2)	CGPS-U Mínimo (3)
1	PROMOCIÓN DE LA SALUD	X	X	X
1.1.	HABITOS - COMPORTAMIENTOS SALUDABLES: alimentación y nutrición, salud bucal, no drogas, alcohol, salud sexual y reproductiva, salud infantil, accidentes, actividad física, salud mental, desarrollo personal.	X	X	X
1.2.	PARTICIPACION CIUDADANA EN SALUD: consejos, comités, clubes, proyectos comunitarios de servicios básicos, redes sociales.	X	X	X
1.3.	AMBIENTES - VIVIENDA SALUDABLES: salud ambiental hogar m servicios básicos, comunidad, escuelas, mercados.	X	X	X
1.4.	NORMAS DE CONVIVENCIA COLECTIVA Y EQUIDAD: equidad: identidad, derechos, trabajo, consumo, recreación, tiempo libre, etc.	X	X	

/

No.	Prestaciones	CGPS-U Completo (1)	CGPS-U Intermedio (2)	CGPS-U Mínimo (3)
2	PREVENCIÓN COLECTIVA	X	X	X
2.1.	Control de Vectores	X	X	X
2.2.	Visitas de Salud Integral: Fomento casa limpia e identificación de riesgo familiar.	X	X	X
2.3.	Asegurar condiciones saludables de servicios básicos.	X	X	X
2.4.	Prevención de Zoonosis.	X	X	X
2.5.	Detección, notificación y vigilancia de enfermedades Infecto- contagiosas y endémicas.	X	X	X
2.6.	Detección, notificación y vigilancia de enfermedades por plaguicidas.	X	X	X
2.7.	Vigilancia del cumplimiento de normas y reglamentos relacionados con el ambiente, seguridad e higiene en el trabajo.	X	X	X
2.8.	Planes de contingencia y evacuación en desastres naturales y/ o emergencias químicas.	X	X	X



No.	Prestaciones	CGPS-U Completo (1)	CGPS-U Intermedio (2)	CGPS-U Mínimo (3)
2.9.	Prevención de accidentes especialmente de tránsito.	X	X	X
2.10.	Prevención de fármaco - dependencias, sustancias psico-estimulantes (alcohol, tabaco, etc).	X	X	X
2.11.	Intervención y control de los medios de comunicación como generadores de conductas de riesgo psicosocial.	X	X	X
2.12.	Exámenes ocupacionales y periódicos a trabajadores expuestos a riesgos.	X	X	X
2.13.	Evitar exposiciones a toxinas ambientales y farmacológicas.	X	X	X
2.14.	Control sanitario: manipuladores de alimentos (bares estudiantiles), instituciones que albergan adultos mayores.	X	X	X
2.15.	Medidas de seguridad para prevención del maltrato y violencia.	X	X	X
2.16.	Ocupación del tiempo libre, apoyo técnico, psicológico y social a la familia y al paciente de tercera edad.	X	X	X



No.	Prestaciones	CGPS-U Completo (1)	CGPS-U Intermedio (2)	CGPS-U Mínimo (3)
3	PREVENCIÓN INDIVIDUAL	X	X	X
3.1	Recién Nacido	X	X	X
a.	Procedimiento para R.N, medición de APGAR, según riesgo (asfixia, prematurez, SDR, sepsis, bajo peso).	X	X	X
b.	Consulta a R.N.	X	X	X
c.	Tamizaje hipotiroidismo	X	X	X
d.	BCG: al R.N.	X	X	X
3.2	CONTROL MENORES DE 1 AÑO	X	X	X
a.	Consulta de crecimiento y desarrollo, estado nutricional (12), incluye pre y post consulta para consejería, complementación alimentaria, suplementación con hierro y Vit. A, inmunizaciones según esquema y estimulación.	X	X	X
3.3	CONTROL DE MENORES DE 1 a 5 AÑOS	X	X	X
a.	Consulta de crecimiento y desarrollo, estado nutricional (3) (2), incluye pre y post consulta para consejería, profilaxis parasitaria, complementación alimentaria, suplementación con hierro y Vit. A, inmunizaciones según esquema y estimulación.	X	X	X
g.	Topicaciones con fluor y profilaxis.	X	X	X
h.	Prevención del maltrato.	X	X	X
i.	Detección febriles.	X	X	X



No.	Prestaciones	CGPS-U Completo (1)	CGPS-U Intermedio (2)	CGPS-U Mínimo (3)
3.4	Control del niño de 5 a 9 años	X	X	X
a.	Control de crecimiento y desarrollo, estado nutricional, incluye pre y post consulta para consejería, inmunizaciones según esquema, profilaxis parasitaria, valoración de agudeza visual y auditiva.	X	X	X
3.5	Otras prestaciones preventivas escolares	X	X	X
a.	Detección y notificación obligatoria de Enfermedades Infecto-contagiosas y endémicas	X	X	X
b.	Detección de discapacidades.	X	X	X
c.	Prevención y detección del maltrato.	X	X	X
d.	Detección de sintomáticos febriles.	X	X	X
e.	Prevención de patologías alimentaria (anorexia, bulimia, obesidad).	X	X	X
f.	Enjuagues con fluor.	X	X	X
3.6	Control de adolescentes	X	X	X
a.	Consulta de atención integral al adolescente (1), incluye pre y post consulta para consejería, suplementación con ácido fólico y hierro, inmunizaciones según esquema, profilaxis antiparasitaria, valoración visual y auditiva.	X	X	X



No.	Prestaciones	CGPS-U Completo (1)	CGPS-U Intermedio (2)	CGPS-U Mínimo (3)
3.7	Otras prestaciones preventivas:	X	X	X
a.	Detección de sintomáticos respiratorios BAAR. SRS 15 (3).	X	X	X
b.	Detección de sintomáticos febriles.	X	X	X
c.	Atención Odontológica preventiva (enjuagues con fluor).	X	X	X
d.	Detección de patología alimentaria (anorexia, bulimia, obesidad).	X	X	X
e.	Detección de maltrato.	X	X	X
f.	Prevención sobre uso de sustancias psico-estimulantes (alcohol, tabaco, etc.).	X	X	X
g.	Topicaciones con fluor, profilaxis y sellantes.	X	X	X
3.8	Control Prenatal a embarazadas sin riesgo/con riesgo	X	X	X
a.	Control Prenatal: Inscripción antes de las 12 semanas de gestación y Controles subsecuentes a la embarazada incluye clasificación de riesgo obstétrico, valoración e Interpretación del estado nutricional - ganancia peso materno, pre y post consultas para consejería.	X	X	X
b.	Examen de laboratorio básico (1) (incluye biometría hemática -Hb, Ht- parcial de orina)	X	X	X
	Grupo sanguíneo (1)	X	X	X
	VDRL (1)	X	X	X
	VIH (1)	X	X	X



No.	Prestaciones	CGPS-U Completo (1)	CGPS-U Intermedio (2)	CGPS-U Mínimo (3)
	PAP Test si se capta antes de la 20 semana (1)	X	X	X
c.	Suplementación Hierro y ácido fólico	X	X	X
d.	Immunizaciones	X	X	X
	DT: (2) dosis	X	X	X
	TT (1)	X	X	X
e.	Atención Odontológica preventiva a embarazada: consejería, higiene bucal y profilaxis	X	X	X
f.	Entrega de alimentos a embarazadas de bajo peso (arroz, fréjol, harina maíz, carne enlatada, aceite).	X	X	X
g.	Vigilancia de la salud mental de la embarazada y atención al entorno psico-emocional de la adolescente embarazada.	X	X	X
3.9	Atención integral a la puérpera	X	X	X
a.	Consulta de atención puerperal según protocolo establecido incluye pre y postconsulta, Entrega de hierro, Acido Fólico y Vitamina A, Detección oportuna y referencia de morbilidad puerperal y visita de control (evento).	X	X	X



No.	Prestaciones	CGPS-U Completo (1)	CGPS-U Intermedio (2)	CGPS-U Mínimo (3)
3.10	Atención a la mujer en edad fértil	X	X	X
a.	Detección Oportuna de Cáncer (toma de muestra y lectura de citología vaginal)	X	X	X
b.	Inscripción y control subsiguiente en Planificación familiar incluye consejería en la corresponsabilidad y espaciamiento de los hijos, auto-examen de mama referencia a métodos permanentes	X	X	X
c.	Immunizaciones mujeres en edad fértil con TT en zonas endémicas y a grupos de riesgo y rubéola sarampión (>16a 39).	X	X	X
d.	Entrega de anticonceptivos apropiados según caso (elección usuario/a).	X	X	X
3.11	Otras prestaciones preventivas	X	X	X
a.	Detección y referencia a pacientes con riesgo de aborto, abortos en curso y complicaciones.	X	X	X
b.	Detección y notificación y referencia de enfermedades de transmisión sexual: gonorrea, sífilis y VIH.	X	X	X
c.	Detección de sintomáticos respiratorios.	X	X	X
d.	Detección de sintomáticos febriles.	X	X	X
e.	Ecografía pélvica.	X	X	X



No.	Prestaciones	CGPS-U Completo (1)	CGPS-U Intermedio (2)	CGPS-U Mínimo (3)
3.12	Mayores de 20 a 64 años	X	X	X
a.	Chequeo preventivo del adulto (hasta 64 años) incluye consulta médica, pre y postconsulta para consejería adulto y familia, tamizaje de hipertensión, detección de riesgo nutricional, examen de prostata -mama, inmunizaciones según normas,	X	X	X
b.	screening para depresión.	X	X	X
c.	Exámen clínico de mamas.	X	X	X
d.	Suplemento de Calcio y Vitamina D.	X	X	X
e.	Valoración auditiva.	X	X	X
f.	Valoración visual.	X	X	X
g.	Detección de sintomáticos respiratorios.	X	X	X
h.	Detección de sintomáticos febriles.	X	X	X
i.	Detección temprana de enfermedades según riesgo en chequeo y referencia si es necesario.	X	X	X
j.	Detección, notificación y referencia de enfermedades de transmisión sexual: gonorrea, sífilis y VIH.	X	X	X
k.	Vigilancia de la salud mental.	X	X	X
l.	Profilaxis dental: inspección bucal, limpieza, protección con fluor.	X	X	X
m.	Prevención de traumatismos y caídas.	X	X	X



No.	Prestaciones	CGPS-U Completo (1)	CGPS-U Intermedio (2)	CGPS-U Mínimo (3)
3.13	Mayores de 65 años	X	X	X
a.	Chequeo preventivo del adulto (hasta 64 años) incluye consulta médica, pre y postconsulta para consejería adulto y familia, tamizaje de hipertensión, detección de riesgo nutricional, examen de prostata- mama, inmunizaciones según norma.	X	X	X
b.	Screening depresión.	X	X	X
c.	Suplemento de Calcio y Vitamina D.	X	X	X
d.	Valoración Auditiva.	X	X	X
e.	Valoración visual.	X	X	X
f.	Detección de sintomáticos respiratorios.	X	X	X
g.	Detección de sintomáticos febriles.	X	X	X
h.	Detección temprana de enfermedades según riesgo en chequeo y referencia si es necesario.	X	X	X
i.	Detección, notificación y referencia de enfermedades de transmisión sexual: gonorrea, sífilis y VIH.	X	X	X
j.	Vigilancia de la salud mental.	X	X	X
k.	Profilaxis dental: inspección bucal, limpieza, protección con fluor.	X	X	X
l.	Prevención de traumatismos y caídas.	X	X	X
m.	Detección temprana de enfermedades en pacientes institucionalizados.	X	X	X



No.	Prestaciones	CGPS-U Completo (1)	CGPS-U Intermedio (2)	CGPS-U Mínimo (3)
4.	CURACIÓN	X	X	X
4.1	ATENCIÓN EMERGENCIAS	X	X	X
a.	Atención de urgencia y referencia a nivel hospitalario: a las personas de cualquier edad en forma continuada.	X	X	X
4.2	ATENCIÓN CURATIVA AMBULATORIA GENERAL	X	X	X
a.	Atención morbilidad en unidades de nivel primario, diagnóstico y tratamiento de la morbilidad más frecuente (diarreicas, respiratoria, transmisión sexual, osteomusculares, vectoriales, otras infecciosas -20 para cada grupo de edad, incluye pre y postconsulta, laboratorio e imagenología incluido según normadiagnóstico y prescripción de medicamentos.	20 patologías	15 patologías	10 patologías
b.	Control y seguimiento sistemático de crónicos según norma (5 controles año) y referencia a atención especializada hipertensión, diabetes, epilepsia, tuberculosis, etc.	X	X	X
c.	Atención primaria de la salud buco-dental: todos lo grupos.	X	X	X



No.	Prestaciones	CGPS-U Completo (1)	CGPS-U Intermedio (2)	CGPS-U Mínimo (3)
4.3	ATENCIÓN CURATIVA AMBULATORIA ESPECIALIZADA	X	X	X
	Consulta médica de las cuatro especialidades básicas de adultos/as y niños, incluye pre y postconsulta, laboratorio e imagenología incluido según normadiagnóstico y prescripción de medicamentos.	X	X	X
	Enfermedad periodontal a < de 14 años, restauraciones, y exodoncias todos los grupos.	X	X	X
4.4	ATENCIÓN CURATIVA AMBULATORIA DE ESPECIALIDADES	X	X	X
	Consulta médica de las especialidades no básicas de adultos/as y niños: oncológica, traumatología, oftalmología, otorrinolaringología, cardiología; incluye pre y postconsulta, laboratorio e imagenología incluido según normadiagnóstico y prescripción de medicamentos.	X	Oncología, Traumatología, Cardiología	Oncología
4.5	ATENCIÓN CURATIVA HOSPITALARIA GENERAL	X	X	X
	Atención de casos de control prenatal y parto de alto riesgo obstétrico 2 y complicaciones pre, post-parto, incluye control post egreso y contrarreferencia	X	X	X
	Hospitalización en las 4 especialidades: Pediatría, Gineco-Obstetricia, Cirugía y Medicina Interna; de patologías frecuentes infecto-contagiosas, digestivas, respiratorias, genitourinarias, circulatoria, vectoriales; control post egreso y contrarreferencia (evento)	X	X	X
	Cirugía abdominal: cesárea, apendicitis, hernias, colestectomía, fimosis, leiomioma del útero; incluye 1 control post egreso y contrarreferencia.	X	X	X



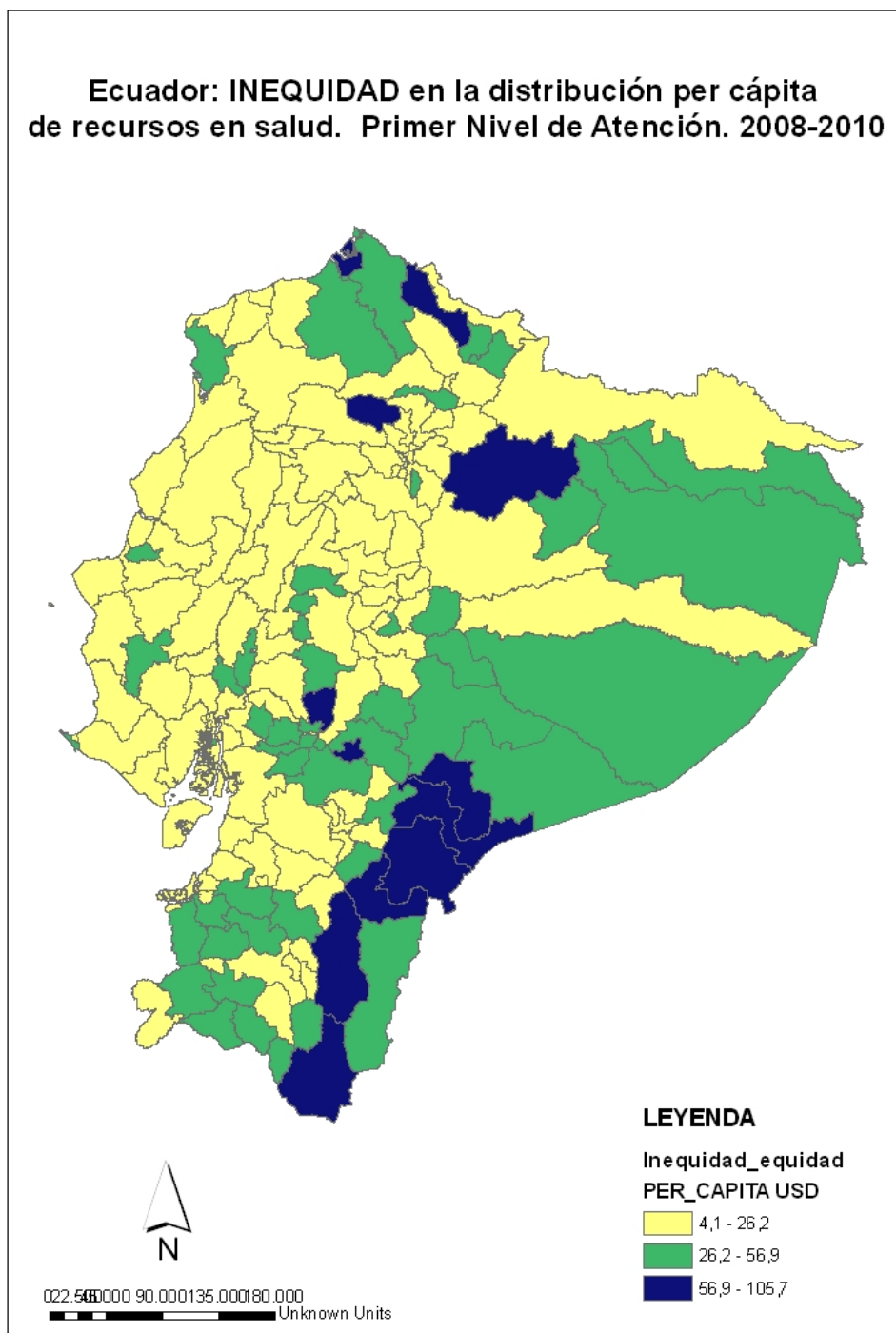
No.	Prestaciones	CGPS-U Completo (1)	CGPS-U Intermedio (2)	CGPS-U Mínimo (3)
	Fracturas de huesos largos sin complicación.	X	X	X
	Atención en hospitalización clínica aguda de mayor frecuencia (15) que requieren hospitalización todos los grupos de edad.	X	X	X
4.6	ATENCIÓN CURATIVA HOSPITALARIA ESPECIALIZADA	X	X	X
	Hospitalización en las especialidades no básicas; de patologías frecuentes referidas al periodo peri-natal, psicología, psiquiatría; incluye control post egreso y contrarreferencia (evento)/	X	X	X
	Cirugías:	X		
	Fracturas abiertas y complicadas.	X		
	Atención en Terapia Intensiva de mediana complejidad.	X		
4.7	ATENCIÓN CURATIVA HOSPITALARIA DE ESPECIALIDADES	X	X	
	Hospitalización en las especialidades no básicas; de patologías frecuentes politraumatismos, traumatismo intracraneal, infarto de miocardio, tumor maligno útero, mama, próstata, piel, estómago, leucemia, insuficiencia renal. Incluye control post egreso y contrarreferencia (evento).	X	Todo, menos patologías piel	
	Atención en Terapia Intensiva de alta complejidad.	X		
	Cirugías cardiovasculares, de corazón, neurológicas.	X		



No.	Prestaciones	CGPS-U Completo (1)	CGPS-U Intermedio (2)	CGPS-U Mínimo (3)
5.	REHABILITACIÓN	X	X	X
	Rehabilitación basada en la comunidad.	X	X	X
	Integración familiar y social.	X	X	X
	Rehabilitación temprana de discapacidades.	X	X	X
	Prótesis dental.	X		

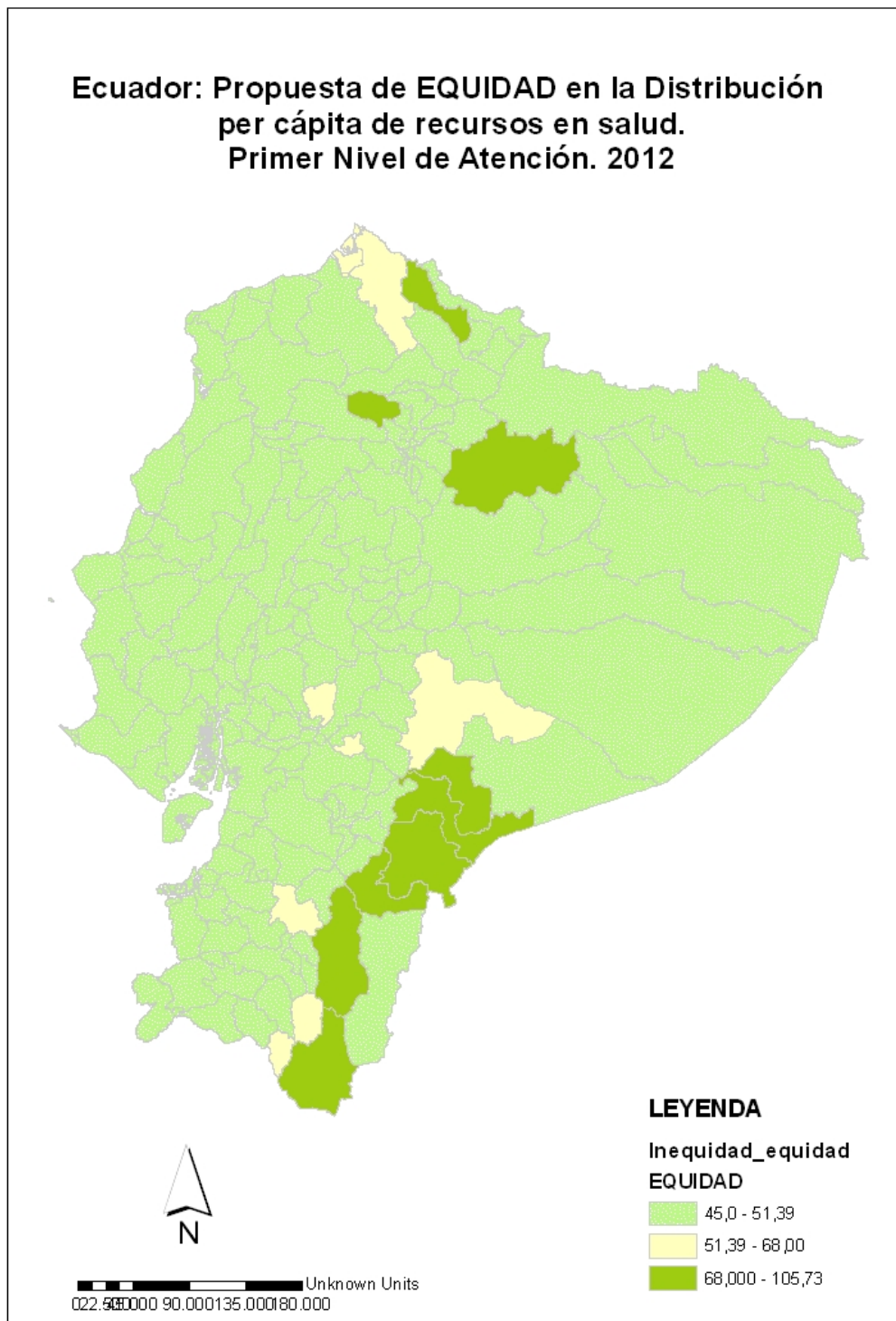
ANEXO No. 6 - A: Inequidad en la asignación de recursos.

Utilizando la herramienta ArcGis, y en función de los promedios simples de presupuesto asignado 2008-2010 y población de referencia de las Áreas de Salud, se observa en color amarillo las áreas que tienen entre USD 4,1 y USD 26, 2 de asignación per cápita; en tanto que en color azul las Áreas que tienen entre USD 56,9 y 105,7 de asignación per cápita, reflejando de manera gráfica la INEQUIDAD en la asignación de recursos.



ANEXO No. 6 - B: Equidad en la asignación de recursos.

Utilizando la herramienta ArcGis, y en función del Conjunto Garantizado de Prestaciones elaborado por CARE-JOHNS HOPKINS se puede apreciar en color verde limón, la asignación de 45 dólares per cápita para el Primer Nivel de Atención; es decir pasar de la inequidad a la equidad.



ANEXO No. 6 - C: Base de datos y variables de análisis

Para el análisis territorial, se trabajó en variables como: distribución geográfica de Áreas de Salud, población asignada a las Áreas, consultas de prevención y morbilidad, asignación presupuestaria 2008, 2009 y 2010 entre las más importantes. La información financiera relacionada a valores codificados y ejecutados se obtuvo del sistema eSIGEF del Ministerio de Finanzas del Ecuador (<https://esigef.mef.gov.ec/esigef/login/index.htm>). Las consultas de prevención y morbilidad se obtuvieron de la Producción Institucional del Ministerio de Salud Pública 2009.

La base de datos y el Shapefile constan como anexo digital de la presente tesis. También podrá solicitarlo al e-mail: gherrerag2000@yahoo.es.

La base en mención consta de las siguientes variables:

NOMBRE VARIABLE	DESCRIPCIÓN
COD_ARE	Código de área (.Shp)
DPA_PROVIN	Código de provincia
PROVINCIA	Provincia
NOM_AREA	Nombre del Área de Salud
CANTON=AREA	Correspondencia cantón Área de Salud
CANTON	Nombre del cantón
INC_POBREZA	Incidencia de pobreza
INC_EXT_POBREZA	Incidencia de la extrema pobreza
GINI	Incide de GINI
PER_CAPITA	Asignación Per cápita
COD_PROARE	Código de parroquia
TIPOLOGIA	Tipo de unidad operativa (unidad de salud)
PROMOCION 09	Consultas de promoción
MORBILIDAD 09	Consultas de morbilidad
EMERGENCIA 09	Consultas de emergencia
PROMOCION + MORBILIDAD (2009)	Consultas de promoción + morbilidad
promedio USD consulta	Promedio USD consulta
POBLACION 2009	Población asignada por el MSP al Área de Salud
UNIDAD EJECUTORA3	Nombre de la Unidad Administrativa Financiera (Área de Salud)
AÑO 2008	Presupuesto 2008
AÑO 2009	Presupuesto 2009
AÑO 2010	Presupuesto 2010
AÑO 208_e	Ejecución 2008
AÑO 209_e	Ejecución 2009

NOMBRE VARIABLE	DESCRIPCIÓN
AÑO 2010_e	Ejecución 2010
Per cápita 2008	Per cápita 2008
per cápita 2009	Per cápita 2009
per cápita 2010	Per cápita 2010
Total Suma de CODIFICADO 2008-2010	Total Suma de CODIFICADO 2008-2010
Total Suma de PAGADO 2008-2010	Total Suma de PAGADO 2008-2010
PROMEDIO CODIFICADO 2008-2010	PROMEDIO CODIFICADO 2008-2010
PROMEDIO EJECUTADO 2008-2010	PROMEDIO EJECUTADO 2008-2010
PER-CAPITA CODIFICADO	PER-CAPITA CODIFICADO
PER_CAPITA EJECUTADO	PER_CAPITA EJECUTADO
% DE EFICIENCIA DEL GASTO	% DE EFICIENCIA DEL GASTO
Variación 2010-2008	Variación 2010-2008
INTERVALOS	Rangos de asignación per cápita de recursos
VAR_INTER	Variación interanual 2010-2008