



## **ESCUELA DE JURISPRUDENCIA**

### **Tema:**

**EL PRINCIPIO DE EFICIENCIA EN EL DERECHO A LA SALUD:  
ANÁLISIS CONSTITUCIONAL DESDE LA PERSPECTIVA IUS -  
ECONÓMICA.**

**Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de  
Abogado.**

### **Línea de Investigación:**

Fundamentos y Principios del Derecho y sus Aplicaciones.

### **Autor:**

MARIA BELEN PALACIOS AMANCHA

### **Director:**

DR. RUBÉN CARLOS MÉNDEZ REATEGUI, PhD - DSc.

Ambato – Ecuador

Mayo 2017

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE  
AMBATO**

**HOJA DE APROBACIÓN**

**Tema:**

**EL PRINCIPIO DE EFICIENCIA EN EL DERECHO A LA SALUD:  
ANÁLISIS CONSTITUCIONAL DESDE LA PERSPECTIVA IUS -  
ECONÓMICA.**

**Línea de Investigación:**

Fundamentos y Principios del Derecho y sus Aplicaciones.

**Autora:**

**MARIA BELEN PALACIOS AMANCHA**

Maria Fernanda San Lucas. Mg. f. \_\_\_\_\_

**CALIFICADORA**

Eduardo Antonio Paredes Paredes. Mg. f. \_\_\_\_\_

**CALIFICADOR**

Edgar Washington Fiallos Paredes. Mg. f. \_\_\_\_\_

**CALIFICADOR**

Diego Gonzalo Coca Chanalata. Mg. f. \_\_\_\_\_

**DIRECTOR DE LA ESCUELA DE**

**JURISPRUDENCIA**

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr. f. \_\_\_\_\_

**SECRETARIO GENERAL PUCESA**

Ambato – Ecuador

Mayo 2017

## DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, María Belén Palacios Amancha, portador de la cédula de ciudadanía No. 1803710910, declaro que los resultados obtenidos en el Proyecto de Investigación que presento en el informe final, previo a la obtención del título de Abogada, son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto, y luego de la redacción de este documento, son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

María Belén Palacios Amancha

C.C: 1803710910

## AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por permitirme culminar una etapa mas de mi vida, día a día guías mis pasos con bendiciones.

A mis hermosos y ejemplares padres que son mi pilar y Fortaleza; mi principio y mi fin, gracias mamita porque me has demostrado que el amor lo puede todo y a ti papito por ser mi mas grande ejemplo de ser humano. Les Amo

Gracias al Dr. Rubén Méndez Reátegui que en su calidad de director de este proyecto de investigación, aporto en gran medida con sus conocimientos para que el mismo se desarrolle.

Gracias mil gracias a TI, por el simple hecho de confiar en mi.

**Ma. Belen**

## DEDICATORIA

*Dedicado a mis padres Guissela y Alfredo.*

*Sin su amor nada de esto seria posible.*

*Y a cada uno de los estudiantes de derecho, que tienen la misma ilusión de convertirse en grandes abogados de la Nación.*

**Ma.Belen**

## RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo evaluar el cumplimiento efectivo de los derechos constitucionales a la salud en Ecuador, desde una perspectiva ius-económica. Este documento brindará a los lectores la oportunidad de verificar si el principio de eficiencia entendido en términos ius- económicos se cumple o no, ya que se introduce una propuesta dentro del ámbito del Derecho Constitucional y el Análisis Económico del Derecho (AED). El presente proyecto se basó en la recopilación de la información bibliográfica y documental para explorar la situación del cumplimiento de los derechos constitucionales a la salud en el último quinquenio en el Ecuador, el análisis del marco jurídico ecuatoriano relativo a derechos constitucionales y a su vez estudiar comparativamente la generación de políticas públicas entre Ecuador y los países de la CAN, que faciliten el cumplimiento eficiente de los derechos constitucionales en el ámbito de la salud. Se aplicó el método deductivo con un enfoque epistemológico cualitativo, desde un paradigma crítico propositivo, con técnicas documentales para el análisis de fuentes bibliográficas para el marco teórico. La recolección de información de campo se realizó mediante la técnica de la entrevista que se practicó a profesionales del tema para poder llegar a conclusiones reales y precisas. Finalmente la investigación determina que el principio de eficiencia no cumple con su función dentro del sistema jurídico ecuatoriano, específicamente para dar cumplimiento a los derechos consagrados en la Constitución en materia de salud y establece recomendaciones para evitarlos.

**Palabras Clave:** Constitución ecuatoriana; derecho a la salud; principio; eficiencia; análisis económico de Derecho

## ABSTRACT

The objective of this research is to evaluate the effective compliance with constitutional rights to health in Ecuador from an us-economic perspective. This document will provide readers with the opportunity to verify compliance with the principal of efficiency as understood in us-economic terms through a proposal, made within the fields of Constitutional law and of Law Economics. Bibliographical and documentary information forms the basis of this project. This information made possible the analysis of compliance with constitutional rights to health over the last five years in Ecuador, and of the Ecuadorian legal framework as relating to constitutional rights in the area of health. In turn, the information gathered allowed for a comparative study to be carried out on the creation of public policy between Ecuador and the other nations in the Andean Community, which aims to facilitate the effective compliance with constitutional rights in the area of health. Research was performed in the critical, propositional paradigm using deductive methods and an epistemological, qualitative focus. Documentary research techniques were used in the analysis of bibliographical sources in the creation of this project's theoretical framework. Field data was gathered using interviews carried out with professionals in the area, who contributed greatly to research, allowing real and precise conclusions to be reached. Ultimately, this research determines that the principle of efficiency does not fulfil its legislative function within the Ecuadorian legal system, specifically in ensuring compliance with rights enshrined in the Ecuadorian Constitution relating to health. In addition, recommendations are made to ensure that constitutional rights to health are not violated in the legal system.

**Keywords:** Ecuadorian Constitution, rights to health, principle, efficiency, Law Economics

## TABLA DE CONTENIDOS

### **PRELIMINARES**

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD Y RESPONSABILIDAD .....	iii
AGRADECIMIENTO .....	iv
DEDICATORIA .....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>1</b>
1.1.Antecedentes .....	1
1.2.Problema.....	2
1.2.1.Descripción del Problema .....	2
1.3.Preguntas Básicas .....	2
1.4.Objetivos.....	3
1.4.1.Objetivo General .....	3
1.4.2.Objetivos Específicos.....	3
1.5.Pregunta de Estudio .....	4
1.6.Estado del Arte .....	4
1.7.Variables.....	9
1.7.1.Variable Dependiente .....	9
1.7.2.Variable Independiente .....	9
1.8.Desarrollo de los Fundamentos Teóricos .....	9
1.8.1.Derechos Humanos .....	9
1.8.2.Derecho a la salud.....	11
1.8.2.1.Plan Nacional del Buen Vivir.....	15
1.8.3.El desarrollo Humano y el acceso a los servicios de salud.....	16
1.8.4.Principio de Eficiencia.....	17
1.8.4.1.Eficiencia y Derecho.....	17
1.8.5.Eficiencia en la Cobertura de Derechos.....	22
1.8.5.Indicadores de Eficiencia de los Servicios de Salud Pública .....	23
1.8.5.1.Tipos de Indicadores.....	25
1.8.5.Economía de la Salud.....	26
1.8.6.Intervención del Estado en el Mercado de la Salud .....	28
1.8.7.Instituciones Económicas y Eficiencia .....	31
1.8.7.Análisis Económico del Derecho.....	32
1.8.8.Derecho Constitucional a partir del Análisis Económico .....	35

1.8.9. Políticas Públicas.....	36
1.8.10. Políticas Públicas Reactivas Proactivas e Intervencionistas.....	37
1.8.10. Políticas Públicas en los países miembros de la CAN.....	39
<b>POLÍTICAS PÚBLICAS DE BOLIVIA.....</b>	<b>44</b>
Líneas de Acción .....	47
<b>POLÍTICAS PÚBLICAS EN COLOMBIA.....</b>	<b>48</b>
<b>POLÍTICAS PÚBLICAS EN ECUADOR.....</b>	<b>49</b>
1.8.11 Inversión pública y crecimiento económico.....	51
1.8.12 La Inversión pública y la hipótesis de complementariedad .....	53
1.8.13 Gestión Pública.....	54
1.8.14 Teoría del Gasto Público.....	57
1.8.15 Conceptualización del gasto público.....	60
1.8.16 Salarios de Eficiencia.....	63
1.8.17 La inversión en salud como gasto público .....	64
1.8.17. Ecuador en la estadística la inversión pública en el sector de la Salud.....	66
1.8.17.1. Evolución del Presupuesto General del Estado 2012-2016.....	66
1.8.17.2. Inversión En el Sector de la Salud Ecuador.....	67
1.8.17.3. Inversión Histórica: Presupuesto Devengado .....	68
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>72</b>
<b>METODOLOGÍA .....</b>	<b>73</b>
2.1. Metodología de la Investigación.....	73
2.2 Métodos .....	73
2.2.1. General .....	73
2.2.2 Específico .....	74
2.3 Técnicas e Instrumentos de recolección de Información .....	74
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>75</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>75</b>
3.1. Análisis en Retrospectiva del Sistema de Salud Ecuatoriano.....	75
3.2. Análisis del Sistema de Salud ecuatoriano años 2012-2016 .....	77
3.3. Análisis de Sistema de Salud en los países de la CAN .....	81
3.4 Análisis Constitucional de la Salud .....	87
<b>CAPÍTULO IV.....</b>	<b>96</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>96</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>97</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>99</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>123</b>

## INDICE DE GRAFICOS

### Tablas

Tabla 1.1.Políticas Públicas de Salud en los Países Miembros de la CAN ..	<b>40</b>
Tabla 1.2. Evolución Del Presupuesto.....	67
Tabla 1.3.Inversion de Salud.....	68
Tabla 1.4.Inversion de Salud.....	69

### Graficos

Gráfico 1.1. Evolución Del Presupuesto.....	66
Grafico 1.2. Inversion en la Salud.....	67
Grafico 1.3. Inversión Histórica.....	68
Gráfico 1.4. Cifras en el Ecuador.....	70
Grafico 1.5. Consultas medicas.....	71
Grafico 1.6. Mortalidad.....	71
Grafico 1.7. Incrementos.....	72
Grafico 3.1.Foda.....	94



## **CAPÍTULO I**

### **1.1 Antecedentes**

La Constitución del 2008, al establecer a Ecuador como un Estado de Derechos y Justicia, le asigna al Estado una serie de deberes relacionados con el reconocimiento de derechos y garantías constitucionales. Pero más allá, para Ariño (2003), al reconocer la obligatoriedad e irrenunciabilidad de ciertos derechos económicos y sociales, la Constitución le impuso al Estado una importante carga económica y en conjunto con el principio de progresividad que es entendido como un mecanismo para lograr coberturas de tipo universal, para atender a la capacidad económica del Estado y para garantizar un mayor nivel de bienestar es evitar que la justicia constitucional reconozca, de manera extralegal, ciertos derechos incrementando el gasto del aparato Estatal, mismo del que no dispone.

En el presente trabajo se introduce un análisis de derecho constitucional económico sobre el derecho a la salud que consagra la Constitución del Ecuador del 2008, cuando la situación económica de un país decrece significativamente. De esta manera, se discutirá la viabilidad del principio de eficacia para la sostenibilidad y cobertura de la salud en el derecho constitucional, mediante un estudio ius-económico de la cobertura de salud en aras de identificar los efectos jurídicos del mismo, y esto se logrará mediante la evaluación del sistema jurídico

ecuatoriano, tanto en materia constitucional como económica, para que permitan al país poder enfrentar una recesión en su economía sin que esto signifique que la garantía de derechos se vea vulnerada. Se demuestra así la importancia del análisis jurídico mediante herramientas técnico económicas

## **1.2 Problema**

### **1.2.1 Descripción del Problema**

El problema de este tema de investigación aparece cuando un Estado es garantista de derechos –incluso extralegalmente– y se encuentra frente a una crisis económica y su normativa legal no es lo suficientemente flexible como para que las medidas económicas que se tomen afecten de manera directa a los derechos de los ciudadanos. En este caso preciso, es la salud que la Constitución ecuatoriana garantiza, de este modo se pone sobre el aparato gubernamental una gran carga al proclamarlo como un Estado de derechos y justicia, en donde los derechos de los ciudadanos están por encima de la ley.

### **1.3. Preguntas Básicas**

#### **¿Cómo aparece el problema que se pretende solucionar?**

Aparece frente al cuestionamiento que si el derecho a la salud que los ciudadanos poseen si se trata bajo el principio rector en esta materia de eficiencia.

### **¿Por qué se origina?**

No existe presupuesto suficiente para cubrir con las necesidades actuales de salud, y el marco legal en materia constitucional es muy rígido y al no poder gravar con más impuestos a la ciudadanía para evitar la evasión tributaria, existirían una baja cobertura eficaz del servicio público de salud.

### **¿Qué lo origina?**

Falta de planificación del Estado en su presupuesto económico, trata de cubrir derechos que no pueden ser satisfechos en su totalidad.

### **¿Cuándo se origina?**

A partir que los ingresos económicos que percibe el Estado no son los mismos con los que fue proyectado el sistema de salud pública, y el principio de eficiencia no se logra alcanzar.

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo General**

- Evaluar el cumplimiento efectivo de los derechos constitucionales a la salud en Ecuador, desde una perspectiva ius-económica.

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- Diagnosticar la situación del cumplimiento de los derechos constitucionales a la salud en el último quinquenio en el Ecuador.

- Analizar el marco jurídico ecuatoriano relativo a derechos constitucionales en el ámbito de la salud.
- Estudiar comparativamente la generación de políticas públicas entre Ecuador y los países de la CAN, que faciliten el cumplimiento eficiente de los derechos constitucionales en el ámbito de la salud.

### **1.5. Pregunta de Estudio**

En Ecuador los derechos constitucionales de las personas en el ámbito de la salud no se cumplen de manera eficiente, debido a la falta de recursos económicos disponibles en el Estado.

### **1.6. Estado del Arte**

Después de una revisión de literatura, es necesario reconocer que el nivel de bienestar que alcance una sociedad no depende únicamente de lo que estipule la Constitución sino de la capacidad económica efectiva de los ciudadanos para lograrlo, lo que a su vez determina la capacidad del Estado para crear mayor bienestar que reconozca y garantice derechos. (Castillo, 2012). Así se entiende el problema y se comprende la importancia del principio de eficiencia. García Villegas aduce que, en efecto, las Constituciones reconocen más derechos de los que pueden garantizar en ciertas circunstancias, porque es una declaración que señala el camino o, en términos actuales, es la hoja de ruta del accionar estatal pero que, a su vez, la eficiencia hace que sean reclamados los derechos

reconocidos y garantizados bajo la responsabilidad estatal de alcanzar mayores niveles de bienestar para reconocer y garantizar más derechos, hasta el máximo de los recursos de que se dispongan en cada momento.

Fernández-Espinar explica que una Constitución no es el producto de una racionalidad abstracta como se presumía en el siglo XVIII, sino que, en palabras de K.C. Wheare, en realidad una Constitución es el resultado de un polígono de fuerzas económicas, políticas y sociales, que actúan en el momento de su adopción, pues se adquiere una mayor complejidad para reflejar e incorporar valores o pronunciamientos ideológicos con mayor o menor extensión, sobre el orden económico-social, los cuales dejan de ser así componentes indiferentes o absolutamente autónomos.

La razón es bastante simple. Si no existe lógica entre el gasto que realiza el Estado y los derechos que se reconocen, el costo de éstos no podrá ser atendido con los recursos de que no se dispone, el gobierno tendrá que aumentar los impuestos y, así, se reducirá el bienestar de cada uno de los ciudadanos, pues tienen que satisfacer sus necesidades básicas y las de sus familias. Cuando la justicia constitucional ordena el reconocimiento de derechos afecta a todos los ciudadanos, no solo a uno.

Establecer de esta manera cómo funciona la Constitución nos permitirá determinar si los resultados son deseables o existe una alternativa para lograr comportamientos deseables de los ciudadanos en la sociedad.

En contraste, la Corte Suprema de la India utilizó la interpretación práctica de la Constitución de la India para proteger a los grupos más pobres y oprimidos de la población en varios casos de litigio en el interés público. Este es un buen ejemplo de aplicación real de la metodología de la economía constitucional. Ella establece la organización, atribuciones y relaciones entre los órganos del Estado, los derechos y garantías de las personas y los cuerpos intermedios de la sociedad, los sistemas para hacer efectiva la supremacía constitucional y el procedimiento de reformas parcial o total de la constitución. (Buchanan, 2002).

Lo que se manifiesta es que los objetivos del Estado son equilibrio del sistema, mayor desarrollo y redistribución, los cambios seguidos para atenderlos fueron conceptualmente modificados, pues aunque no se asegura ya que el Estado deba ser neutral, lo que propicia que se reduzca su funcionamiento, sin adoptar los cometidos propios de dirección del sistema económico y respeta la armonía entre la libertad y los objetivos indicados. (Mordeglia, 2011).

Dado que la salud es un derecho constitucionalmente garantizado, que puede, y en efecto es suministrado para algún grupo de la población sin costo alguno, las normas constitucionales incentivan a aquellos que pueden tener capacidades de pago y, por ende, que pueden pagar por el servicio a realizar todas las acciones posibles. Sin embargo, para recibir el servicio de manera gratuita se crean problemas de “free-rider”, es decir, se incentiva a los ciudadanos a recibir un servicio sin pagar por él, aprovechando que el servicio es público y debe ser suministrado. Pero además existe un problema oculto que se traduce en la mayor posibilidad de que estos grupos de población con capacidad de pago sean

acogidos por el sistema subsidiado de salud, dada su posición económica y política, en detrimento de aquellos ciudadanos que no tienen posición ni política ni económica. (Pyndik, 2001).

Hacer referencia al constitucionalismo es a la organización y a limitación del poder público mediante la existencia y vigencia de una Constitución. Ossorio (2003) establece que el constitucionalismo está referido a la existencia de una Constitución que se constituye en la norma más importante del ordenamiento jurídico, a la cual están subordinados el resto de normas y órganos de poder. De esa manera, el constitucionalismo es una forma de organización estatal a través de la existencia de una Constitución, donde tanto el pueblo como las y los gobernantes, están sometidos a su normatividad. Es decir que, mediante el constitucionalismo, tanto el poder constituyente como el poder constituido están regidos a un texto constitucional que va organizar el poder, limitándolo y reconoce los derechos fundamentales de los ciudadanos.

El constitucionalismo es una respuesta teórica y filosófica a una pregunta que se hicieron tanto políticos como juristas, la cual radicaba en cuál debe ser la legitimidad del ejercicio del poder político. Por siglos se pensó que la legitimidad del poder provenía de lo divino, hasta que, a partir del Renacimiento, muchos doctrinarios, como Maquiavelo, Hobbes, Locke o Rousseau, comenzaron a plantear nuevas formas de legitimidad del poder. Así, el constitucionalismo es una forma de racionalizar el poder, de legitimarlo a través de su sometimiento a una norma jurídica superior, una Constitución, por la cual las y los gobernantes sólo puedan actuar bajo los preceptos que la norma les autoriza. El constitucionalismo tiene como finalidad dar legalidad al ejercicio del poder público, mediante la

vigencia de un texto constitucional por el cual el poder deja de tener un fin en sí mismo, tal como sucedió en el absolutismo, para ser un garante de las libertades y los derechos fundamentales de las personas. (Becker, 1998).

Las nuevas perspectivas del constitucionalismo social deben tener en consideración la crisis del Estado social tradicional del siglo XX, donde las políticas sociales tienen el carácter de concesiones planificadas centralmente por la administración, con fuertes niveles de opacidad, privilegios, discriminaciones y fenómenos de corrupción, como asimismo, con formas distorsionadas partidocracias y la actuación de poderes invisibles e inmunes a los sistemas de adecuado control. Todo lo cual, lleva a elevar los costos y a reducir la eficiencia y eficacia de las intervenciones destinadas a potenciar y maximizar los derechos sociales. Asimismo, deben considerarse las crisis económicas de las últimas décadas, las transformaciones productivas y tecnológicas, la globalización del sistema económico, las desregulaciones y privatizaciones introducidas en la perspectiva neoliberal de las últimas décadas, la creación de macro poderes económicos opacos, de igual manera, la deslocalización y destemporalización de las relaciones laborales. (Rubio, 2007).

Para la visión liberal, los derechos fundamentales son los derechos civiles y políticos, ya que éstos tienen como finalidad preservar que el Estado pueda restringir la libertad de las personas; mientras que los derechos sociales no pueden ser fundamentales en tanto siempre dependen de la voluntad política y de los recursos financieros que tienen los Estados. Por su parte, para la visión socialista, los derechos fundamentales sólo serán los derechos económicos y

sociales, ya que son los centrales para desarrollar una sociedad justa en la cual todas las personas tengan el mismo acceso a los bienes materiales, especialmente los bienes de consumo, para dejar en un segundo plano a las libertades individuales, que solo determinan la felicidad individual de las personas. (Sotillo, 2015).

## **1.7. Variables**

### **1.7.1. Variable Dependiente**

El Principio de Eficiencia en el Derecho a la Salud

### **1.7.2. Variable Independiente**

Análisis Constitucional desde una Perspectiva Ius-económica

## **1.8. Desarrollo de los Fundamentos Teóricos**

### **1.8.1. Derechos Humanos**

Los Derechos Humanos son el conjunto de prerrogativas sustentadas en la dignidad humana, que es indispensable para el desarrollo holístico de la persona. Este conjunto de derechos se encuentra establecido dentro de los ordenamientos jurídicos de cada país, la Constitución que es la más alta norma que rige dentro de un Estado, tratados internacionales y las leyes. Cuando se trata de Derechos humanos los tratados internacionales tienen supremacía por sobre la Constitución, es decir se encuentra en un caso exclusivo.

Es así pues que la Declaración Universal de los Derechos Humanos en su primer artículo manifiesta, de manera clara y precisa, que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos (...)”, es decir, que ninguna persona sea cual fuere su posición social o económica gozará de derechos exclusivos, ya que todos merecemos ser tratados por igual hasta encontrar equidad mas no igualdad dentro de la sociedad.

El respeto hacia los derechos humanos de cada persona es un deber de todos. A lo que me refiero con esto es que no se encuentra apartado de nosotros, sino que, al contrario, debe ser un tema en cual todas las personas nos sintamos inmiscuidos. Más allá de eso todas las autoridades en el ámbito de sus competencias tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos consignados en favor del individuo.

De igual manera, la aplicación de los derechos humanos a la que se encuentran obligadas todas las autoridades se rige por los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

Los Derechos Humanos han sido clasificados bajo diversos criterios, así podemos encontrar clasificaciones que atienden a su naturaleza, al origen, contenido y por la materia a la que se refieren. Con un propósito pedagógico han sido clasificados en tres generaciones, esto en función al momento histórico en que surgieron o del reconocimiento que han tenido por parte de los Estados. Es conveniente indicar que el agrupamiento de los derechos humanos en generaciones no significa que algunos tengan mayor o menor importancia sobre otros pues todos ellos

encuentran en la dignidad humana el principio y fin a alcanzar. Así entonces en la primera generación fueron agrupados los derechos civiles y políticos; en la segunda generación los derechos económicos, sociales y culturales; y en la tercera generación se agruparon los que corresponden a grupos de personas o colectividades que comparten intereses comunes.

Actualmente es más aceptado clasificar los derechos humanos únicamente en civiles, económicos, sociales, culturales y ambientales. Es importante decir que dentro del conjunto de derechos humanos no existen niveles ni jerarquías, pues todos tienen igual relevancia, por lo que el Estado se encuentra obligado a tratarlos en forma global y de manera justa y equitativa, en pie de igualdad y dándoles a todos el mismo peso.

### **1.8.2. Derecho a la salud**

El artículo 3 de la Constitución de la República, en el numeral 1, establece que es deber primordial del Estado: «Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.» Como podemos observar la Constitución es la norma suprema del ordenamiento jurídico ecuatoriano, impone al Estado el deber de garantizar los derechos fundamentales de las personas entre los que menciona a la salud.

Así pues la sección séptima de la legislación planteada, para el derecho a la salud, menciona lo siguiente:

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. 32)**

El derecho a la salud no solo implica el hecho de que una persona se encuentre bien física y mentalmente, sino que además implica el ejercicio de otros derechos, que para muchos no estarían relacionados con el mismo, tal como lo prescribe el artículo tercero de la Ley Orgánica de Salud Ecuatoriana: “La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

La salud tiene una importancia vital para todos los seres humanos. Una persona con mala salud no podrá estudiar o trabajar adecuadamente y no podrá disfrutar completamente de su vida. Por lo tanto, el derecho a la salud constituye un derecho fundamental de todos los seres humanos. La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no consiste únicamente en la ausencia de enfermedad o discapacidad (“Constitución de la Organización Mundial de la Salud”, aprobada en 1946). El derecho a la salud, por lo tanto, está estrechamente ligado a otros derechos humanos fundamentales y su

materialización depende de la realización de estos otros, especialmente el derecho a al agua (que incluye el derecho al acceso al agua potable y a saneamiento adecuado) y el derecho a la alimentación.

El derecho a la salud otorga a las personas el derecho a acceder a los servicios de cuidado médico. Sin embargo, el derecho a la salud no significa el derecho a estar sano. El derecho a tener buena salud supondría que los países deberían asegurar una buena salud a todas las personas (obligación de resultado). Esta hipótesis es inconcebible en la medida en que una buena salud depende, principalmente, de factores biológicos y socioeconómicos que son independientes de la voluntad de los países o de las personas.

El derecho a la salud obliga al Estado a garantizar a los ciudadanos la posibilidad de poder disfrutar del mejor estado de salud posible. Esto significa que el estado de salud dependerá de cada uno y que el Estado debe asegurar el mismo acceso a la atención médica al conjunto de su población (obligación de medio).

De este modo, para Rodríguez (2014) el derecho a la salud se divide en varios derechos específicos que los países deben asegurar:

- El derecho a un sistema de protección de la salud.
- El derecho a la prevención y a tratamientos preventivos para luchar contra la propagación de enfermedades.
- El derecho al acceso a los medicamentos esenciales.
- La promoción de la salud materna e infantil.

- El derecho al acceso a los servicios de salud apropiados.
- Educación y la concienciación sobre la salud.

Es necesario establecer en los países que los servicios de salud que estén disponibles en cualquier circunstancia, accesibles para todos, de buena calidad y aceptables.

Como podemos identificar, el principio de eficiencia está íntimamente ligado con el servicio que brinda el Estado a la ciudadanía, mismo que se refiere a que debe ser de buena calidad y aceptables, y si el Estado no tiene el presupuesto adecuado para hacerlo no brindara a la ciudadanía, un servicio de salud optimo sin vulnerar derechos fundamentales.

La Constitución de la OMS (Organización Mundial de la Salud) afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”, es decir, que cuando el derecho a salud no está optimizado a su más alta calidad se vulnera derechos fundamentales, por lo tanto el Estado tiene una carga muy pesada para poder alcanzar todo aquello que ha promulgado mediante la Constitución de 2008 y la Ley de Salud; pues más allá de cubrir con derechos y necesidades de salud se vinculan con derechos como la educación que muy poco tienen que ver con la salud. Es decir que si un apersona no tiene acceso a la educación, no solo se vulnera su derecho a recibir educación gratuita hasta tercer grado mismo que está establecido en la Constitución sino que además violenta contra el derecho a la salud, y esto solo son dos de los muchos derechos que contempla, un adecuado acceso y servicio del mismo.

### **1.8.2.1. Plan Nacional del Buen Vivir**

A partir del año 2007 se creó un plan de Desarrollo llamado Plan Nacional del Buen Vivir, el mismo que estableció 8 objetivos principales sobre los cuales va a trabajar el Estado, protegiendo el cumplimiento de los derechos establecidos en la Constitución, así como la potencialización de recursos económicos y naturales para alcanzar una vida digna o el llamado buen vivir.

Este primer plan fue diseñado para ser cumplido dentro de los 5 primeros años de gestión del gobierno, a pesar de eso en el año 2013 se elaboró un nuevo plan 2013-2017 que permitirá seguir con el desarrollo de país en objetivos específicos que son derechos fundamentales, el cambio de matriz productiva y el incremento de inversión el sector público para satisfacer las necesidades de la ciudadanía para alcanzar una vida digna.

El Programa de Gobierno 2013-2017 plantea la desmercantilización del bienestar, la universalización de derechos, la recuperación del vínculo entre lo social y lo económico y la corresponsabilidad social, familiar y personal sobre la calidad de vida de las personas.

La salud se plantea como un instrumento para alcanzar el Buen Vivir, mediante la profundización de esfuerzos en políticas de prevención y en la generación de un ambiente saludable. Por su parte, la Revolución Urbana se establece desde el derecho a la ciudad y a su gestión democrática, así como desde la garantía de la función social y ambiental del suelo urbano y su equilibrio con lo rural, para el ejercicio pleno de la ciudadanía y la construcción de la vida colectiva. (Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017).

El objetivo N°3 del mencionado plan establece “Mejorar la vida de la población”, así pues se realiza un diagnóstico a la situación actual de la población en este

parámetro y se deduce que el logro más significativo alcanzado es la expansión considerable de la cobertura y la calidad en la salud pública. El personal promedio de salud por cada 10 mil habitantes ha subido de 37 a 50 médicos equivalentes entre 2001 y 2015 (Senplades, 2015). La mortalidad infantil se ha reducido aproximadamente a la mitad de su valor en 1990, con 26 casos por cada mil nacidos vivos al 2015 (INEC, 2015).

Persisten, sin embargo, varios problemas determinantes como por ejemplo la desnutrición crónica infantil, que reduce irreversiblemente el desarrollo intelectual y psicomotor de los niños menores de 5 años, continúa afectando al 26% de los niños en el país. Aunque han mantenido una tendencia en descenso, estos valores todavía se deben mejorar. Asimismo, el embarazo adolescente, estimado mediante la tasa de fecundidad para mujeres entre 15 y 19 años, ubica a Ecuador entre los países con problemas más severos en América Latina, y no se ha reducido significativamente desde 2007 (Senplades, 2015).

### **1.8.3. El desarrollo Humano y el acceso a los servicios de salud**

Ecuador por tradición ha estado acostumbrado a un modelo de desarrollo con pilares que se condicionan solamente al crecimiento económico. Así, de la misma manera, tiene características de adoptar medidas disfuncionales en cuanto a políticas públicas hablamos pues se establecía un sistema de salud enfocado en el bienestar de los grupos de poder privados. Sin embargo, como lo menciona (Lascano, 2014) tener acceso a un sistema de salud de calidad no debe ser considerado como un lujo sino al contrario es una libertad constituyente e instrumental de cada individuo y sociedad.

La salud es una fuerza dentro de las bases de los derechos humanos universales y está relacionado ampliamente con la equidad, la eficiencia y la justicia social, por lo que la falta de recursos económicos y la pobreza, que deben ser considerados como externalidades negativas y factores no incluyentes, violentan el cumplimiento de los derechos universales e indivisibles. Por ello, la pobreza no debe ser una barrera de acceso a ningún servicio o bien público, mucho menos al servicio de salud, que garantiza la calidad de vida y el desarrollo humano.

Tanto la salud como la educación deben ser dentro de cada Estado entendidos como derechos fundamentales que no deben ser por ningún motivo menos cavado ya sea por la condición social, la etnia, el sexo o la posición económica de cada persona ya que de manera progresiva como son entendidos los derechos humanos, estos no pueden presentar un retroceso a pesar de que el país no tenga los mismos recursos económicos ya que la ciudadanía siempre va a necesitar atención de salud, para una vida digna tal como lo establece la Constitución de la República y los Tratados Internacionales a los cuales están suscrito nuestro país.

#### **1.8.4. Principio de Eficiencia**

##### **1.8.4.1 Eficiencia y Derecho**

La eficiencia proviene del latín *effiientia* que en castellano tiene su traducción como acción, fuerza y producción, y desde una perspectiva neoclásica permanece como un contraste entre los costos y beneficios explícitos e implícitos del proceso de decisión-elección (Coase, 1960), es decir, que se deben lograr mayores beneficios ya sean estos de carácter público o privado, monetarios o no,

individuales o colectivos al menor costo posible o en otra perspectiva a un costo elevado siempre y cuando los beneficios sean superiores (Rojas et al 2012).

De esta manera se puede considerar a la eficiencia un término que complementa perfectamente a la eficacia, para lograr la optimización se la administración de recursos disponibles y así poder lograr una estimación cualitativa o cuantitativa que va a responder a la variable de maximización del bien común o de los servicios públicos. Se puede representar dicha relación mediante la siguiente formula

E=	$\frac{\text{Bien común (resultado de la gestión pública)}}{\text{Recursos Invertidos (Administración y Administrados)}}$
----	---

Tomado del Artículo Eficiencia en la Administración

Desde un enfoque de Análisis Económico de Derecho (AED), no es posible producir más de un bien considerado como la variable (X) sin que se obtenga menos de otro bien representado como (Y), por lo mismo la eficiencia puede adoptar los siguientes criterios, en función a como incorpora dicho costo de oportunidad en el análisis:

1. El Óptimo de Pareto establece, que ninguna persona puede estar en mejor condición sin generar un perjuicio o una vulneración de derechos a otro similar: esto implica una repartición de recursos en razón de aprovechamiento y es aplicable en observancia de la curva de la oferta y la demanda (Coloma, 1999), por lo cual una acción es eficiente si genera una mejoría neta a favor de al menos un individuo o agente sin generar ningún costo a tercero.

2. Según el criterio de Kaldor-Hicks, se estipula que una asignación es socialmente eficiente si aquellos que se benefician de una decisión tuvieran la oportunidad de compensar a quienes se ven perjudicados, y aun así encontrarse en una mejor situación (North,1993).
3. Existe también otro criterio de compensación formulado por Samuelson, en el cual las políticas públicas y su análisis, importa que la propuesta bajo análisis sea más eficiente no solo respecto de la situación inicial, sino también respecto de las políticas alternativas.

Es importante en este punto poder determinar lo que es un principio de derecho y siguiendo a lo que establece (Mordegaglia 2011), la base, el criterio o la justificación del mandato susceptible de aplicación, es decir, que es el fundamento inicial de regulación, así podemos diferir que la norma es el mandato en sí mismo, que se puede aplicar de forma inmediata que es la concreción del principio.

Podemos inferir de esta manera que el principio es el primer paso para obtener un norma ya que estos son generales y universales, son fundamentales ya que establecen las razones para una acción, establecen fundamentos de una acción, se puede explicar porque debe realizarse o evitarse un cierto comportamiento.

Posner sostiene que la eficiencia es un adecuado concepto de justicia, es decir, que mediante la eficiencia, que es un principio general del derecho, se podrán realizar normas más eficientes que beneficien a una parte de la población sin que esto signifique que otra parte de la población se vea afectado, es por ello que existe una gran relación entre eficiencia y equidad, es decir que una política

pública al igual que las normas jurídicas que prevén el marco jurídico de un Estado que regulan el accionar de la población buscan que el mismo sea eficiente y equitativo.

Las leyes deben ser eficientes, la función de las mismas no es declararlas si estas son de principios morales o de justicia, al contrario las leyes tienen la función directiva y lo que deben buscar es conseguir en plenitud o lo que más a esta se acerque a los objetivos que se establecieron inicialmente, es así como la perspectiva es vista desde la eficiencia. (Calsamiglia 2013).

A lo cual puedo acotar que las leyes son creadas dentro de un marco normativo de un Estado para establecer cuáles son las reglas a seguir para que se cumpla con los objetivos que se estipularon en el momento que fueron creadas, para lo cual se pretende que sean eficaces y que las mismas no contravenga ni violenten ningún derecho fundamental de los ciudadanos, y que por esta estipulación se el coste de la ley sea muy elevado, tanto en el costo social como económico plenamente dicho.

La eficiencia tiene una relación íntima con la eficacia, ya que mientras esta, en materia administrativa constituye la idoneidad de los medios que la Administración adopta a fin de la consecución de los fines que le son propios; la eficiencia exige que entre medios igualmente idóneos o eficaces se escoja al mejor de estos.

Jurídicamente la eficiencia es considerada como un principio porque en cada uno de los artículos de la constitución de la República que habla sobre derechos fundamentales, se plantea la obligatoriedad que tiene el Estado de cumplir con la prestación de estos servicios, deben ser bajo los principios de equidad, eficiencia, subsidiaridad, solidaridad, entre otros mencionados.

Así también pues la Ley de Modernización del Estado manifiesta en su artículo primero que “la ley tiene por objeto establecer los principios y normas generales a) la racionalización y eficiencia administrativa”, de esta manera se puede constatar claramente que la eficiencia es concebida como un principio general de derecho bajo el cual se garantiza el cumplimiento de los derechos establecidos en la Constitución y leyes pertinentes.

Dentro de estos también se incluyen a los principios constitucionales de eficacia, eficiencia y rendición de cuentas de las administraciones públicas se opte por aquellos que menores costes generen; podría decirse, por lo tanto, que eficacia es igual a eficiencia al menor coste posible. (Infesta, 2008)

En otras palabras, se espera que el Estado y, particularmente, la Administración, no sólo resuelva los problemas sino que lo haga oportunamente y con atención a una racional utilización de los recursos. Vale decir que se exige hoy la eficacia y la eficiencia en su labor. La innovación en el sector público es tanto o más compleja que en el sector privado, es urgente mejorar la gestión pública, para ello el fomento de los cambios tecnológicos, la disminución de la inercia burocrática gracias a la simplificación y rapidez de los trámites y el mejor aprovechamiento de los medios disponibles, el establecimiento de procedimientos administrativos ágiles y expeditos deben ir necesariamente acompañados por un cambio profundo en la forma de pensar de muchos funcionarios que se encuentran adaptados a un sistema que ha funcionado prácticamente de la misma manera por décadas. (Camacho, 2010)

Son muchas las dificultades para que la Administración de cumplimiento a las directivas obligatorias que se desprenden de estos principios, y por tanto de todo proyecto que intente trazar el camino para que este objetivo se materialice.

Presupuesto indispensable para avanzar en esta línea es la determinación del significado y alcance jurídicos de los principios de eficacia y eficiencia en cuanto a su condición de principios jurídicos parte de la propia eficacia jurídica del artículo que los establece y los transforma en elementos normativos de nuestro Ordenamiento. Asimismo, descubrir la significación que estos principios pueden tener a la luz de las diversas acepciones semánticas que a dichos vocablos se les puede atribuir y los condicionantes para su realización efectiva derivados del sujeto que debe cumplirlos (la Administración), en tanto sus fines, medios y acción están predeterminados por el Ordenamiento. En el objetivo de procurar avanzar en esta tarea se inscribe el presente trabajo y las reflexiones que seguidamente se exponen desde una perspectiva estrictamente jurídica. (Pantoja, 1988)

#### **1.8.5. Eficiencia en la Cobertura de Derechos**

La buena salud es fundamental para el bienestar humano y para el desarrollo económico y social sostenible. Los Estados Miembros de la OMS se han fijado el objetivo de desarrollar sus sistemas de financiación sanitaria para garantizar que todas las personas puedan utilizar los servicios sanitarios mientras están protegidas contra las dificultades económicas asociadas al pago de los mismos. La Organización Mundial de la Salud identifica con este informe lo que los países pueden hacer para modificar sus sistemas de financiación, de manera que

puedan avanzar más rápidamente hacia este objetivo, la cobertura universal, y mantener los logros que ya se han conseguido.

El informe está basado en las nuevas investigaciones y las lecciones aprendidas a partir de las experiencias de los países. Ofrece un programa de actuación para los países en todas las fases de desarrollo y propone formas en que la comunidad internacional puede apoyar mejor los esfuerzos de los países de ingresos bajos, para que logren una cobertura universal y mejoren los resultados sanitarios.

En el Ecuador el Ministerio de Salud Pública, se ha planteado ocho objetivos básicos, dos de ellos básicamente expresan su interés por incrementar la eficiencia en el sistema en general así pues el **objetivo 1 manifiesta que** “Incrementar la eficiencia y efectividad del Sistema Nacional de Salud”, y el objetivo número 7 correspondientemente manifiesta “Incrementar la eficiencia y efectividad de las actividades operacionales del Ministerio de Salud Pública y entidades adscritas.”, así podemos concluir que la eficiencia es un principio en el cual el Estado ecuatoriano se ha comprometido a cumplirlo, pero manejan de la mano lo que es la eficiencia y la efectividad, pues como hemos dicho anteriormente los principios van juntos para poder crear normas, en general un sistema normativo más equitativo y justo.

### **1.8.5 Indicadores de Eficiencia de los Servicios de Salud Pública**

Como sabemos los indicadores de salud permiten o representan medidas – resumen que engloban información relevante sobre los distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud, es decir

que como lo indica Galán Guajardo estos indicadores intentan reflejar la situación sanitaria de una población, permitiendo así vigilarla.

Con ello puedo manifestar que son instrumentos de evaluación que ayudan a determinar, directa o indirectamente el estado en el que se encuentra la prestación de un servicio en este caso el de salud por parte del Estado.

En el espacio específico de la salud en el glosario de los términos de la OMS, define al termino indicador de la siguiente forma

Variable con características de calidad, cantidad y tiempo, utilizada para medir, directa o indirectamente, los cambios en una situación y apreciar el progreso alcanzado en abordarla. Provee también una base para desarrollar planes adecuados para su mejoría. Variable susceptible de medición directa que se supone asociada con un estado que no puede medirse directamente. Los indicadores son a veces estandarizados por autoridades nacionales o internacionales. (OMS)

Por lo tanto, la variante que permite medir los cambios en una situación de salud, directa o indirectamente, y evaluar el grado en que los objetivos y metas de un programa se han alcanzado son los establecidos en la parte superior, ya que si queremos que si un sistema mejore debemos tener en cuenta que la calidad va a depender básicamente de la eficacia y eficiencia.

Murray y Frenk manifiestan en su escrito “Un marco de la OMS para la evaluación del desempeño de un sistema de salud” que la eficiencia está altamente relacionada con el desempeño de un sistema de salud, y que este desempeño debe evaluarse sobre la base de los objetivos (*goal performance*) y que debe tomarse como eficiencia el grado en que un sistema alcanza los objetivos propuestos, con los recursos disponibles.

Algunos autores señalan que este término tiene gran relación con dos términos similares que son: eficacia y efectividad. Así pues, el primer término es entendido

en el ámbito de la Salud Pública, como la expresión general del efecto de determinada acción cuyo objetivo es perfeccionar la atención médica. La efectividad es de mayor alcance y se define como la medida del impacto que dicho procedimiento tiene sobre la salud de la población.

#### **1.8.5.1. Tipos de Indicadores**

Avedis Donabedian nacido en Beirut, Líbano, el 7 de Enero de 1919, fue un físico y fundador del estudio de calidad en servicios de salud y los avances en medicina, fue reconocido como el creador del Modelo de Donabedian de calidad.

Donabedian fue el primero en establecer que existen tres elementos básicos para evaluar la calidad de atención en salud y estos son: la estructura, el proceso y los resultados. Este modelo se aplica hasta el día de hoy.

De esta forma, los indicadores de calidad miden la calidad de las características del marco en que se presentan los servicios y el estado de los recursos para prestarlos (Galán, 2012). Estos miden la calidad de las actividades que se realizan durante la atención al paciente y miden el nivel de éxito alcanzado en el paciente, es decir, si se ha llegado al objetivo o no durante el proceso, los mismos indicadores medirán la eficiencia y resultan complemento obligado de los indicadores de calidad.

Los indicadores de resultados son instrumentos que permiten evaluar el cumplimiento y los avances de los llamados Objetivos, aportando información relacionadas con los atributos deseables del sistema de salud. Actualmente son 57 indicadores divididos en 7 dimensiones.<sup>1</sup>

- Condiciones de salud, miden el estado de salud de la población

---

<sup>1</sup> Tomado de la Dirección General de Evaluación de Desempeño de la Organización Mundial de Salud

- Disponibilidad y Accesibilidad, la no existencia de barreras u obstáculos el acceso a servicios de salud.
- Calidad Técnica e Interpersonal, miden el grado en que los servicios de salud incrementan la posibilidad de resultados de salud deseados para individuos y poblaciones.
- Aceptabilidad, se refiere a la satisfacción de los usuarios con el servicio recibido.
- Eficiencia, denotan la capacidad de los servicios de salud para utilizar óptimamente los recursos disponibles sin disminuir los logros deseables y alcanzables. No implica necesariamente “ahorros ” sino uso racional de los recursos.
- Sustentabilidad, se refiere a la suficiencia y equilibrio de gasto en salud.
- Anticipatorios, miden los determinantes de las condiciones de salud, como estilos de vida y condiciones de vida y del ambiente.

De esta manera podemos observar que en este trabajo que además de la eficiencia ser un principio rector del sistema normativo ecuatoriano, además este puede ser considerado como un indicador o parámetro para evaluar el desempeño del sistema de salud ecuatoriano.

La ius-economía aplicada al derecho

### **1.8.5 Economía de la Salud**

Conceptos como eficiencia y equidad se constituyen en elementos claves al momento de tomar decisiones en el campo teórico de la economía de la salud. La eficiencia económica contiene el concepto de eficiencia técnica, aunque no

necesariamente implica eficacia y efectividad de un programa, proyecto o acciones de salud. El análisis médico-epidemiológico y el análisis económico de los procesos en salud son complementarios en la evaluación del sector.

La equidad tiene que ver con la igualdad en el acceso a la asistencia sanitaria y utilización de medios, e igualdad en la calidad de atención, se debe tener en cuenta barreras de accesos socioeconómicas y regionales. (Leenan, H. 1985)

La Economía de la Salud como parte de la Teoría Marginalista Neoclásica ha fundamentado sólidamente la imposibilidad de lograr eficiencia aún en equilibrios competitivos en los mercados sanitarios, pero aparece como carente de una estrategia teórica a la hora de prescribir soluciones adecuadas. La construcción de la teoría de los fallos del Estado “aunque permite contraponer un mercado imperfecto a una intervención estatal igualmente aquejada de defectos no posibilita prescripciones solventes sobre cambios eficientes en organizaciones e instituciones sanitarias”. (Ortún, 1991)

Es así que argumentos en pos de la equidad han contribuido al diseño de las políticas activas en el sector. La desigual accesibilidad de la población al Bien Salud, producto de la desigual distribución del ingreso, la definición por parte del Estado como Bien Preferente, la existencia de las llamadas enfermedades catastróficas en el sentido económico y de riesgo de mortalidad, son los argumentos a favor de la equidad que han contribuido al diseño de las políticas activas en el sector en la provisión de Bienes Privados por el Sector Público, más allá de las intervenciones fundamentadas en las ineficiencias del sistema cuando el mercado es el instrumento.

### **1.8.6. Intervención del Estado en el Mercado de la Salud**

Un mejor nivel educativo y de salud en la sociedad produce externalidades positivas. Esta es la razón principal que justifica la intervención del Estado desde el punto de vista de las fallas de mercado. Tanto la educación como la salud son bienes o servicios que se consideran privados, con lo cual no se puede argumentar la existencia de bienes públicos (como se encuentra en varios autores) como justificación a que el Estado se involucre. Dentro del conjunto de bienes privados, se puede decir que la salud y la educación son bienes preferentes. Esto significa, en términos de Stiglitz, que "... evaluar el bienestar de cada individuo de acuerdo con sus propias percepciones es un criterio inapropiado o inadecuado para juzgar el bienestar, ya que los consumidores pueden tomar decisiones "malas", aun cuando posean una información completa...".

Lo que la sociedad prefiere es que el Estado sea quien provea el servicio de la salud, siempre y cuando esté disponible para el conjunto, es decir, que sea de libre acceso para la sociedad. Sin embargo, hay que recordar que los mercados son imperfectos por lo que no existe un mercado de competencia perfecta.

De tal modo, se justifica la existencia de la intervención del Estado, sobre todo para atacar tres problemas fundamentales en la sociedad: equidad (problema de la distribución de los recursos), eficiencia (problemas en la asignación de recursos) y estabilidad macroeconómica (crecimiento y desarrollo a nivel país).

El concepto de equidad se refiere a contar con un sistema que resulte en sí mismo igualador de las oportunidades y que contribuya con sus resultados a equiparar oportunidades de las personas en las competencias por otros logros, tanto económicos como sociales y políticos.

En ese sentido, la equidad no resulta ser un estado de igualdad potencial sino un mecanismo de equiparación real de situaciones desiguales originadas en distintos campos, como el económico, el social y el geográfico. La igualdad, más que una propuesta niveladora es un proyecto que permite el igual acceso a las oportunidades de la población en general.

En estos términos, debe considerarse como parte del problema de equidad tanto la cuestión de la calidad (en el sentido de la equiparación de oportunidades) como la distribución del ingreso (en el sentido del acceso al servicio).

El principal problema en la actualidad es la eficiencia de la gestión pública, como lo plantean Milton Friedman y Rose Friedman, los servicios de sanidad sufren una “enfermedad” denominada “el mal de una sociedad sobre regulada”, en la cual se explica que el comportamiento racional de las personas que trabajan en el sector público promueve ineficiencia y poca rendición de cuentas que conspiran en contra de las políticas del Gobierno.

En cuanto a las formas de intervención del Estado, existe una clara diferencia que se debe mostrar con respecto al mercado de la salud, la demanda de servicios médicos depende (al menos, en parte) del estado de salud de los individuos, y este estado de salud puede ser entendido como una variable estocástica. En este contexto, los consumidores adversos al riesgo intentaran maximizar su utilidad.

En cuanto existe un conjunto de sucesos sujetos a una probabilidad de acontecimiento o no, existe un riesgo que puede ser asegurado. Este riesgo está correlacionado con el costo del servicio médico. En los últimos años tuvo lugar una gran inflación en este tipo de costos, con lo cual se incrementó la participación relativa de los seguros médicos, tanto públicos como privados, en el financiamiento de gastos médicos. Si el mercado de seguros médicos privados no fuera competitivo, en cuanto no asegure todos los posibles sucesos, el Estado podría intervenir establece, por ejemplo, la obligatoriedad de un seguro médico. El problema principal es cómo interviene el Estado para solucionar los problemas que surgen por incompetencia o ineficiencia, a continuación se plantean cuatro funciones fundamentales:

- Provisión
- Financiamiento
- Información
- Regulación

El Estado ejerce estas funciones en mayor o menor medida de acuerdo al sistema. Se entiende por sistema la totalidad de acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en salud y educación. Se trata de una respuesta social organizada para los problemas que surgen.

Entonces, el Estado realiza políticas dentro de estos mercados. Se entiende que una política es un esfuerzo sistemático para reducir problemas definidos implícitamente como públicos. Suele cuestionarse que, de incrementarse el

presupuesto destinado a salud, mejoraría la calidad. Sin embargo, se debe considerar que existe una diferencia entre “política” y “gasto”, aunque se requiera de una asignación de recursos.

Existe gran cantidad de investigaciones que sostienen la visión de que la falta de presupuesto no es el principal problema. Si el incremento en el gasto público no viene acompañado de políticas de estabilidad, control, seguridad y medidas a largo plazo, sólo se convierte en gasto.

Esto no quiere decir que un incremento de fondos no sea efectivo. La evidencia sólo implica que la mejora no puede realizarse simplemente con un incremento de recursos, se elimina el correspondiente cambio en la estructura institucional, e incluye la cuestión de los incentivos.

### **1.8.7 Instituciones Económicas y Eficiencia**

Para González (2012) cuando el sistema institucional de un país, es decir de una sociedad, se vuelve incapaz de acoplarse a nuevos tiempos y formas económicas o políticas, pierde eficacia y credibilidad. Tan importante es el sistema constitucional de una sociedad como su dinámica de cambio. Cuando hay que cambiar, en la sociedad no existe la posibilidad de llegar a acuerdos sin coste de negociación para todos los grupos y en las diferentes políticas. Sólo se minimiza los costes de transacción se realizan acuerdos beneficiosos para todas las partes y se alcanza la eficiencia. Las normas exceden el marco de una negociación y la hacen posible o no.

La existencia del Estado, como fruto de un contrato social, plantea la necesidad de que existan restricciones, constitucionales y no constitucionales, para que los gobiernos de turno no puedan actuar arbitrariamente. Entre estas restricciones se encontrarían las limitaciones garantistas de la estabilidad presupuestaria. En el ámbito político, la transparencia facilitará los cambios institucionales y, en concreto, el cambio constitucional. Permitirá que instituciones y actores económicos evolucionen hacia una mayor eficacia y hacia el crecimiento económico, como lo harán los cambios tecnológicos. Los cambios tecnológicos e institucionales se potencian mutuamente de forma que un cambio tecnológico posibilita cambios en la estructura social.

La existencia de instituciones y normas idénticas no presupone que sus eficiencias sean parecidas, como lo prueba el hecho de que Estados con idénticas reglas de juego exhiben diferentes niveles de eficiencia debido a la forma en la que se ejercen las normas de conducta. Esta eficiencia social estriba en la forma en la que la sociedad desarrolla sus posibilidades de cambio institucional y su adaptación continua a las nuevas realidades. Los desequilibrios en las transacciones (políticas, económicas) pueden estar reflejados la falta de libertad o de justicia y, en definitiva, las carencias institucionales.

#### **1.8.7. Análisis Económico del Derecho**

El Derecho puede ser analizado de manera interdisciplinar, es decir, que desde varias perspectivas no solamente las doctrinarias legales, la ciencia del derecho puede ser evaluada desde la economía, la psicología u otras ramas de las ciencias sociales que permitirán tener un resultado más amplio y extenso. Se

parte de la premisa que los individuos involucrados en los diferentes niveles de legisladores, funcionarios o servidores y administrados toman decisiones en función a los incentivos que enfrentan.

Coase, uno de los más grandes referentes del AED, manifiesta que en los costos de transacción y su relación con instituciones tales como empresas y el Derecho puede dar un injustificado pero fácil salto hacia el ámbito de lo normativo. Se introduce de manera no sistemática algunos criterios sobre cómo deberían asignarse los recursos cuando los costos de transacción son altos, la crítica propone que la utilización de la eficiencia, entendida desde la economía neoclásica, como único o más importante criterio respecto de cómo debe ser el Derecho.

Se mantiene en que las externalidades tienen una naturaleza recíproca “El problema se formula comúnmente como uno en el que A ocasiona daño a B y lo que tiene que decidirse es ¿Cómo se puede restringir a A?, la cuestión es evitar el mayor daño” (Coase, 1960).

Posner, contrariamente a la interpretación respecto de sus propias contribuciones, adopto este enfoque normativo: las decisiones judiciales y las leyes deben buscar la maximización del bienestar social. Y en su tratado (Posner, 1977) analiza las instituciones jurídicas más importantes ya no solo para mostrar su racionalidad económica, sino para diseñar las reglas “más eficientes”, es decir, las reglas que incrementen la torta que traducido a lenguaje jurídico es el bienestar social.

En este momento surge una interrogante ¿qué es una regla eficiente? ¿Cómo se logra incrementar el bienestar social? El enfoque que tiene el AED desde la perspectiva de Kaldor Hicks, una política sería eficiente, si contribuye a lograr el nivel óptimo de eficiencia, si los beneficios de aquellos que ganan con ella son

iguales o mayores que las pérdidas de los que han sido perjudicados, esto se concluye que los beneficios totales sean iguales o superiores a los coste totales.

Se resumen algunas críticas en los siguientes puntos:

- “Si creemos en una teoría de los derechos no podemos creer, al mismo tiempo; en la necesidad de inmolar estos derechos en beneficio de la maximización del bienestar de la Sociedad” (Monateri, 2001). Pero a pesar de esto, el AED no ha dado una justificación sobre la superioridad ética de la eficiencia social por sobre otros criterios normativos. Se ha devaluado el concepto de justicia como subjetivo, arbitrario, irracional o metafísico, mientras erige a la eficiencia como si fuese un criterio neutral, objetivo y no ideológico (Kennedy, 1998), pues se informa como deben ser las reglas o las decisiones, no se ha defendido la eficiencia en el ámbito propio del deber ser.
- El criterio de eficiencia tiene una relación bipolar con la libertad individual, el respeto a los contratos y la propiedad. Puede ser utilizado perfectamente para eliminar estas instituciones. Por ejemplo, mientras que en un contexto determinado, la teoría de la elección racional puede conceder que es mejor dejar amplias libertades a los individuos debido a que estarían en mejor posición para tomar las decisiones que les interesan, una teoría más elaborada acerca de la conducta humana puede hacer hincapié en que en ciertos ámbitos las personas cometen errores.
- El AED normativo presupone que es posible y deseable imponer regla jurídicas e instituciones de manera exterior, que den forma a los incentivos y elecciones de personas hacia resultados más eficientes.

### **1.8.8. Derecho Constitucional a partir del Análisis Económico**

La tajante separación entre derecho y economía ha sido aún más notoria en el ámbito del derecho constitucional por el fundamento histórico de la concepción del Estado en un momento determinado y la imposición de valores y principios en la sociedad que se consideran mínimos para la vida en comunidad e inmutables por ser el fundamento de la soberanía del pueblo, que es en quien está depositado el poder constituyente.

No obstante, tal separación radical de estas dos ciencias se ha visto superada gracias al análisis económico del derecho constitucional, disciplina que ha permitido analizar los procesos de creación, modificación y aplicación de las normas, los criterios microeconómicos que podrían explicar en gran medida la divergencia entre la teoría y la realidad; ello se materializa con la escuela de la elección pública, que ha construido varias tesis relacionadas con los problemas más importantes del Estado parte de la estructura del derecho constitucional. (Safar, 2001).

En este sentido podemos entender que la importancia de las instituciones en un mundo de transacción altos, así como se incrementa nuestro entendimiento de la racionalidad económica de muchas de las instituciones jurídicas existentes. Pero a pesar de esto hay ciertas interpretaciones de enfoque normativo en el AED, que erige a la eficiencia económica como el mayor criterio de “debe ser” para las leyes y decisiones judiciales. Se da muchos cuestionamientos al respecto de esto y deben ser resueltos en el campo constitucional desde una perspectiva económica, lo que no ha sucedido ni sucederá en tanto se siga pensando que la eficiencia en

sí misma es un criterio neutral y técnico, que no puede ser medido en cuanto a los derechos hablamos.

### **1.8.9. Políticas Publicas**

Las políticas públicas son reflejo de los ideales y anhelos de la sociedad, expresan los objetivos de bienestar colectivo y permiten entender hacia dónde se quiere orientar el desarrollo y cómo hacerlo, lo que se pretende conseguir con la intervención pública y cómo se distribuyen las responsabilidades y recursos entre los actores sociales.

El papel que juega la política pública al interior de una sociedad implica legitimar al Estado, no solo por su carácter instrumental en la provisión de servicios básicos o la administración de bienes públicos; estas son apuestas socio-políticas para resolver problemas públicos concretos, necesidades individuales y colectivas que son definidas por la misma sociedad. Así, la política pública juega un rol fundamental en la construcción de la realidad social. Su naturaleza pública la hace portadora de definiciones que son el resultado de las tensiones políticas que se dan en los escenarios públicos de discusión o al interior de las oficinas gubernamentales. (Torres – Melo, 2013)

De hecho, el proceso de una política pública expresa la utilidad del poder público para canalizar recursos sociales en procura de la satisfacción de las necesidades de los ciudadanos. Es un proceso colectivo para resolver los conflictos generados por la construcción social de lo que son los bienes comunes y su administración. (Santander, 2013).

Por lo tanto, puedo expresar que las políticas públicas no son solo documentos con listados de actividades y asignaciones presupuestales, su papel va más allá porque son la materialización de la acción del Estado, el puente visible entre el gobierno y la ciudadanía, es lo que permite que un plan creado por el gobierno de turno se vea plasmado en el reconocimiento y garantía de derechos constitucionales, es por ello que aquellas políticas deben plasmar las necesidades públicas que son cubiertas por el Estado.

#### **1.8.10. Políticas Publicas Reactivas Proactivas e Intervencionistas**

La gestión proactiva significa prever, anticipar y planear, para cambios y crisis. La gestión reactiva significa reaccionar a los cambios o crisis luego de que estas suceden. Esto quiere decir que la gestión reactiva se caracteriza por la falta de planeamiento.

Ahora bien, ¿es posible cumplir eficientemente con las tareas enumeradas en los párrafos anteriores, cuando se tiene una actitud reactiva y no proactiva o estratégica? La respuesta es no. Las conductas que se derivan de una actitud reactiva no permiten la innovación, la planificación estratégica, la adecuada asignación de recursos y dificultan la motivación de equipos, por cuanto un equipo para verse motivado debe ver en su líder capacidad de guiarles a un objetivo común, algo difícil si el líder guarda una actitud reactiva o incluso pasiva.

Es necesario en este punto, mencionar las reflexiones del catedrático de Psicología Social, Antonio Ares, quien plantea profundizar en los conceptos de pro actividad

y reactividad, introduce además un tercero: el de pasividad. (Parra, 2011) Así, entendemos por conducta proactiva la que se anticipa a un suceso con el fin de evitar unas consecuencias indeseadas, además de ser capaz de prevenir riesgos y vislumbrar oportunidades. Esta actitud lleva implícita una responsabilidad hacia el contexto que nos rodea, sea personal o profesional. La conducta reactiva, por su parte, “responde a contingencias”: actuamos cuando se nos ha presentado un problema que no podíamos prever. (Canales, 2002)

Ares Parra recomienda, no obstante, no tomar ambos conceptos como antagónicos, sino como complementarios. Tan importante es desarrollar una actitud proactiva y estratégica como tener desarrollada una capacidad de respuesta reactiva. No es lo mismo, en este sentido, la actitud pasiva, que sí es una actitud negativa frente a los problemas. Por tanto:

- (1) la conducta proactiva es opuesta a la pasiva, no a la reactiva y
- (2) la actitud reactiva, aunque adecuada, suele tener un alto coste puesto que nunca evita la aparición de un problema, sino que reacciona cuando éste ya ha sucedido.

Ante un entorno tan dinámico y cambiante como el que nos rodea, es necesario esforzarnos en desarrollar una actitud proactiva para evitar los costes derivados de la solución de los problemas que ya han aparecido.

A tenor de todo lo dicho, podría decirse que es posible ser eficaz con una actitud reactiva, por cuanto el responsable público puede tener la *habilidad de solucionar problemas*, pero si atenemos a la diferencia entre eficacia y eficiencia, no es posible ser eficiente con una actitud que no sea decididamente proactiva, pues

sólo la pro actividad reduce los costes de las actuaciones que se emprenden y ello es el núcleo del concepto de eficiencia.

Por último, es importante mencionar que la pro actividad como una competencia, y no como un rasgo innato de la personalidad, es posible desarrollarla. En este sentido, resulta indispensable que la formación de responsables y directivos públicos sitúe al desarrollo de la pro actividad en el centro de sus planteamientos.

(Baena de Alcázar, 2007)

#### **1.8.10. Políticas Publicas en los países miembros de la CAN**

**Tabla 1.1. Políticas Públicas de Salud en los Países Miembros de la CAN**

PAIS	POLÍTICAS PÚBLICAS									
<b>BOLIVIA</b>	Bono Juana Azurduy	Coordinación Nacional de Laboratorio	Campus Educativo	Programa Nacional de Salud Oral	Programa Nacional de Salud Renal	Unidad de Medicamentos	Unidad de Seguros Públicos de Salud	Programa SAFCI	Sistema de Información del Programa de Registro Único Nacional de la Persona con Discapacidad	Escuela Técnica de Salud Boliviano Japonesa de Coordinación Andina
<b>COLOMBIA</b>	Plan Decenal de Salud Pública	Promoción y Prevención	Vigilancia en salud Pública	Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI	VIH/SIDA	Fortalecer el aseguramiento	Garantizar la sostenibilidad financiera del SGSSS	Mejorar el acceso y la prestación de servicios de salud en el SGSSS	Implementar acciones prioritarias en salud pública	Política de salud sexual y reproductiva y la vigilancia epidemiológica de Enfermedades Transmisibles Sexualmente Transmisible (ETS)
<b>ECUADOR</b>	Programa de Control	Programa Ampliado de Inmunización	Estrategia Nacional	Encuesta Nacional	Atención integral	Detección e intervención	Detección e intervención temprana de	Disponibilidad asegurada	Programa Nacional	Campañas Varias

	de los Desórden es por Deficienci a de Yodo	es, PAI	l de Salud Pública para VIH/SID A	de salud y nutrición - ENSAN UT	l por ciclos de vida	ón temprana de los trastorno s del desarrollo	discapacida des auditivas en Ecuador	de insumos anticoncepti vos DAIA	al de Sangre	
<b>PERU</b>	Promoci ón de la salud y prevenci ón de la enferme dad	Atención integral mediante la extensión y universaliz ación del aseguramie nto en salud	Suministro y uso racional de los medicame ntos	Polític a de gestión y desarr ollo de recurs os human os con respet o y dignida d	Sistema Nacional coordinado y descentrali zado de salud	Impul sar un Nuev o model o de atenci ón integr al de salud	Moderniza ción del MINSAs y fortalecimi ento de su rol de conducció n sectorial	Financiami ento interno y externo orientado a los sectores más pobres	Democratiz ación de la salud	Prevenz ión y control de infeccio nes de transmis ión sexual

Elaboración: Propia

Como podemos observar, las reformas o cambios que se han realizado en el ámbito de la salud principalmente en las últimas dos décadas de los países miembros de la CAN (Comunidad Andina de Naciones), han generado cambios de gran importancia en las políticas y sistemas de salud. Desde la teoría hasta las estrategias que se utilizan para la formulación, implementación y evaluación de los resultados e impacto. Varios autores han propuesto la necesidad de desarrollar una línea de investigación que pueda generar un conocimiento acerca de la dinámica de salud, aspecto que ha pasado por alto las agendas de investigación de estos países.

En conjunto con los conceptos de varios autores y discusiones se asume que:

Las políticas públicas son procesos de construcción colectiva de iniciativas, decisiones y acciones, respaldadas y legitimadas por el estado, para dar respuesta a problemas socialmente reconocidos, en un contexto económico, social y cultural particular. (Molina, 2014)

En Quito, para el año 2012, los países miembros de la Comunidad Andina de Naciones (CAN), plantearon que se debe enfrentar de forma cooperativa y coordinada las amenazas a la seguridad, los recursos naturales, al medio ambiente y a la salud humana como factor principal.

Uno de los logros que tiene la CAN en sus 38 años de existencia, que no se circunscriben únicamente al campo mercantil, es que se cuenta con un Plan Integrado de Desarrollo Social para trabajar en temas de empleo, salud,

educación, etc., que se manifiesta en la Decisión 601, el Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores considera que la mayoría de la población de los países andinos se encuentran afectados por la pobreza, la desigualdad y la exclusión social, situación por la cual se impide el pleno desarrollo de los derechos y las responsabilidades ciudadanas.

El Informe sobre Desarrollo Humano PNUD menciona que los países miembros tienen un bajo porcentaje de población con acceso a medicamentos esenciales, situación que según la OMS es conocida como “de poco acceso”. Con ello podemos concluir que las limitaciones en la normatividad vigente vinculada con el Registro Sanitario, las políticas de aseguramiento en salud, la universalidad y la equidad en las prácticas sanitarias, es por ello que se vieron en la necesidad de establecer políticas nacionales y regionales que garanticen la disminución de inequidades.

Mediante la resolución 370, adoptada en la XXIII Reunión de Ministros de Salud del Organismo Andino de Salud, resolvieron incluir en la Agenda Social Andina las prioridades de salud de la Subregión, entre las que podemos mencionar:

- Proyecto “Programa de Vigilancia y Control Epidemiológico”.
- Proyecto “Fortalecimiento de Plan Andino de Salud en Fronteras”.
- Proyecto “Programa de Acceso a Medicamentos”.

## POLÍTICAS PÚBLICAS DE BOLIVIA

El 77% de la población boliviana no tiene acceso al sistema formal de salud. El 60% de esta exclusión esta explicada por barreras externas al sistema, mientras que el 40% por barreras internas, es decir, las externalidades que no son previstas en el momento de elaborar un presupuesto Estatal.

El acceso a la educación y agua son los principales factores externos, incluye la calidad de la vivienda, el nivel económico, ser indígena y vivir en el área rural. De otra mano se encuentran las barreras internas que son los recursos humanos y la infraestructura, la cobertura de los servicios de vacunación y la cobertura de la seguridad social.

Existe una distribución inequitativas de los servicios de salud mismo que determinan la exclusión y lo que es más preocupante la autoexclusión. La información del SNIS-VE demuestra que instituciones de salud de primer nivel se encuentran en el área rural mientras que los considerados de tercer nivel están totalmente concentrado en el área urbana, y lo que empeora el panorama es que las redes de servicio no poseen enlaces funcionales ni operativos.

Esto evidencia que un funcionamiento desarticulado y no sistemático de los niveles central y departamental del MSD con los niveles municipales, lo cual tiene como resultado la duplicidad de procesos administrativos, es decir, burocracia y la existencia de varios intermediarios, lo cual eleva el costo de transacción.

Los pocos indicadores que existen del manejo de medicamentos, son el porcentaje de gasto en medicamentos. Para el año 2014 este porcentaje alcanzó el 17%, que es inferior comparado con el 25% para América Latina y 29% para los países de ingresos medios bajos. A esto sumamos que el gasto público per cápita en medicamentos fue de \$3.08 en contra de gasto privado per cápita que fue de \$11, que se encuentra por debajo con el promedio de América Latina de \$25 el gasto público per cápita y \$49 del gasto privado per cápita.

Bolivia es uno de los países de América Latina y el Caribe con uno de los niveles más bajos de gasto en salud pública. Al igual que en mejora sanitaria, el segundo peor después de Haití.

Bolivia fue el primer país sudamericano en adaptar la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo al contexto nacional a través de la Declaración de Santa Cruz lo cual resultó en el establecimiento en Bolivia del Grupo de Socios para el Desarrollo (GRUS) y trece sub-grupos de trabajo sectorial. El GRUS es una instancia que agrupa a los países donantes y agencias de cooperación en el país para que, en el marco de la Declaración de París, se mejore la coordinación y armonización entre sus miembros y se contribuya al liderazgo del Gobierno en torno a un alineamiento con las Políticas del Plan Nacional de Desarrollo (PND).

El grupo de trabajo de Salud, uno de los 13 sub-grupos del GRUS, que nació en julio de 2007, surge como un mecanismo para generar alianzas estratégicas que mejoren la efectividad del apoyo de la comunidad internacional al Sistema

Boliviano de Salud, dentro del marco del Plan Nacional de Desarrollo (PND) y como un apoyo al PSD.

La Cooperación Internacional y el MSD mantienen una coordinación y dialogo permanente estableciéndose el Comité de Cooperación Interagencial de Salud (CCI) como la instancia de coordinación entre el MSD, como máxima autoridad y ente rector en el sector Salud, y la Cooperación Internacional en Salud.

La Cooperación Internacional y el MSD firmaron el 4/09/2012 un Código de Conducta que expresa el objetivo de establecer gradualmente un Enfoque Sectorial Ampliado (ESA) donde se fortalezca el liderazgo del MSD en la conducción de la políticas de salud así como en la toma de decisiones sobre asignación de recursos, se puede incrementar la coherencia entre políticas, gastos y resultados. Este enfoque implica el desarrollo de una política y estrategia sectorial integral y coherente, así como un marco común de gestión, planificación e información, lo que contribuye además a la reducción de los costos de transacción

Implementar el Enfoque Sectorial no debe reducirse a canalizar la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) en un conjunto de operaciones vía apoyo directo o sectorial, éstas son sólo modalidades o instrumentos. Es necesario un cambio en la forma de hacer cooperación, que parte de la institucionalización del Enfoque, la implementación de diálogo de políticas en el país socio, la complementariedad con otras actuaciones de la sociedad civil así como el refuerzo de las capacidades institucionales.

Esto implica establecer sinergias y aunar esfuerzos con otros donantes, estableciéndose un acuerdo conjunto con el país socio donde se marcan las “reglas del juego” y que permite medir avances en base a una matriz de

indicadores acordados de manera común y un análisis de riesgos compartido. El alineamiento sin armonización no soluciona el problema de la fragmentación de la AOD, por lo tanto éste es un principio esencial en cualquiera de los instrumentos.

La Cooperación Internacional, conjuntamente con el MSD, tiene muchos retos por delante para la implementación del Enfoque Sectorial, así como en la implementación de la política de salud, como:

- Integrar la SAFCI en el actual sistema de salud y reforzar el primer nivel de atención.
- Unificar criterios para poder aplicar los modelos de redes funcionales en cada departamento.
- Mejorar la capacidad de gestión autónoma del sector salud a nivel departamental y municipal.

#### Líneas de Acción

- Implementación de la política SAFCI.
- Centrar su acción en comunidades principalmente rurales.
- Articulación de la medicina “biomédica” con la tradicional.
- Temas prioritarios en salud.
- Enfoque de género y derechos.
- Capacitación de personal de salud, a la adecuación intercultural de servicios.
- Manejo Clínico de la enfermedad de Chagas.
- Saneamiento.

- Investigación.
- Fortalecimiento Institucional.

## POLÍTICAS PÚBLICAS EN COLOMBIA

El Ministerio de Salud Colombiano en su plan decenal de Salud implementó varias estrategias para mejorar la eficiencia en el servicio de salud mediante políticas públicas que las permitan realizar, así pues de esta manera se incluyeron las siguientes:<sup>2</sup>

- Gestión de tecnología médica: Este sistema permite evaluar la tecnología en servicios de salud IPS, así como de equipamiento médico.
- Cultura de calidad: Estrategias de comunicación asistencial, organizacional y necesidades del cliente, en si se da un cambio a la gestión organizacional.
- Medicina y Gestión: Metodologías para la elaboración de guías, así como la implementación de guías de práctica clínica mediante un programa de gestión de enfermedades crónicas.
- Seguridad al Paciente: Buenas prácticas para la seguridad del paciente, herramientas para la evaluación de incidencia o prevalencia y promoción de la cultura de seguridad del paciente.
- Mejora de la eficiencia: Revisión de utilización, mediante la metodología de análisis de Costos de no calidad y una Gestión por competencias.

---

<sup>2</sup> Ministerio de Salud Colombia, Políticas Publicas de Calidad de Salud en Colombia [http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/ix\\_conferencia/25sep/Politica%20Publica%20de%20Calidad%20en%20Colombia.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/ix_conferencia/25sep/Politica%20Publica%20de%20Calidad%20en%20Colombia.pdf)

- Sistema de información para la calidad: Cultura de medición, mejora de la calidad mediante el uso del cmi, implementación de mediación de salud y calidad de vida, implementación del sistema de GRD.

Para alcanzar un modelo integral de atención en la salud, se crea la Política Integral de Atención en la Salud, presentado por el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual expone el detalle del Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS, con el objetivo de establecer los pilares que permitan la acción coordinada de normas y acciones que propicie la efectividad del Sistema de Salud, mejora el acceso a la población en general, sin importar su ubicación geográfica dentro del país. Se enfatiza que el propósito es la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, lo cual requiere una armonización de objetivos y estrategias del Sistema alrededor del ciudadano como objetivo del mismo y del Estado como ente regulador.

## **POLÍTICAS PÚBLICAS EN ECUADOR**

Se desea lograr el pleno ejercicio del derecho a la salud y la seguridad social como un objetivo clave de desarrollo y de reducción de brechas de inequidad (género, social, indígenas, discapacidad), por medio de un sistema integral, universal y solidario de salud.

### **Intervención y Líneas de desarrollo**

Control social e incidencia sobre el gasto público en salud.

Articulación del asociacionismo y la colaboración profesional y social especialmente en el área rural y defensa del modelo de seguro social campesino.

Sensibilizar a la especialidad de Medicina Familiar y a las asociaciones de usuarios en esta estrategia y fomentar la colaboración mutua, y fortalecer la articulación de organizaciones sociales con su derecho a la salud.

Sensibilizar a los ayuntamientos en su rol de efectores de la mejora del sistema de salud en su área de influencia.

Promover la veeduría de los servicios públicos de salud de parte de las OSC para mejorar la prestación de servicios y constitución de instancias independientes de la sociedad civil.

Recuperación de saberes ancestrales como parte de nuevos modelos de desarrollo con una salud que no necesite medicina.

Promover modelos de desarrollo alternativos para generar una disponibilidad nacional de medicamentos genéricos para programas y patologías prevalentes, así como ampliar la lista de los gratuitos.

Capacitar a las OSC para la promoción social del ejercicio real del derecho a la salud con todos sus determinantes.

Sensibilizar y formar a la comunidad en la gestión comunitaria de farmacias, dispensarios, logística, seguimiento de stocks, etc.

Incentivar, motivar y premiar a las comunidades para el cuidado y la erradicación de criaderos de mosquitos (en base a incentivos agrícolas, financieros, recursos humanos, infraestructuras, dotaciones, etc.).

Campaña Nacional de sensibilización de comunidades libres de mosquito.

Campaña Nacional de erradicación de la desnutrición infantil.

Incentivar, motivar y premiar a las comunidades para el cuidado y la erradicación de la desnutrición infantil (en base a incentivos agrícolas, financieros, recursos humanos, infraestructuras, dotaciones, etc.).

### **1.8.11 Inversión pública y crecimiento económico**

Un tema constante dentro de la bibliografía del crecimiento económico endógeno es responder la compleja cuestión acerca de si el gasto público productivo (que se refleja en la denominada inversión pública) y la inversión privada son complementarios, sustitutos o, como se asume en otros modelos macroeconómicos sobre el crecimiento, independientes uno del otro.

Cabe indicar que este renovado interés se debe a los resultados obtenidos por Aschauer (1989 a), Barro (1990), Holtz-Eakin (1992), Devarajan y Zou (1994), Lin (1994), Olson (1996), Nazmi y Ramírez (1997 y 2003), Lächler y Aschauer (1998), Albala-Bertrand y Mamatzakis (2001), Ramírez (2007), entre otros, los cuales han intentado clarificar el potencial impacto del gasto público productivo en el crecimiento económico de largo plazo, a partir de situar a los determinantes de la inversión, pública o privada como generadores de riqueza, y no a los del ahorro, como tradicionalmente se asume en las economías de países en vías de desarrollo.

La racionalidad económica de lo anteriormente expuesto reside en la idea de que el gasto público productivo, al reflejarse en inversión pública, está dirigido a la producción de bienes y servicios que el sector privado no produciría por el incremento sustancial de sus costos o por los beneficios compartidos que

ocasionaría su adquisición. Sin embargo, este tipo de bienes denominados públicos son de importancia decisiva para el correcto funcionamiento de una economía de mercado porque ellos tienden a generar beneficios sociales.

Depende del tipo de gasto en inversión pública se puede generar un efecto indirecto sobre la formación de capital sino que también permite incrementar la demanda agregada de bienes y servicios producidos por el sector privado, e influye en las expectativas de los inversores privados sobre ventas y beneficios futuros.

Esto enlaza una nueva concepción acerca la función del Estado en la economía, los falsos dilemas sobre la lucha entre el estado y el mercado, pues lo que se postula es que más que la restricción de ahorro, la restricción que impera en una economía con insuficiente flujo de capital para generar mayor riqueza es su incapacidad para generar proyectos rentables de inversión, y es en este punto en particular donde la función del Estado tiene un papel de vital importancia. El Estado, utiliza el gasto público productivo, puede generar las condiciones humanas y físicas para emprender proyectos rentables de inversión, que tenderán por sí mismos a encontrar sus medios de financiamiento (interno o externo), genera recursos suficientes para pagarse solos, como requisito fundamental de su rentabilidad, provoca así un incremento de la riqueza neta de la población que se verá reflejado en un eficiente sistema de educación y salud pública.

En consecuencia, el crecimiento y la inversión dependen no tanto de la capacidad de generar ahorro *ex ante*, sino de que el gobierno y la sociedad, creen las condiciones propicias para la inversión productiva, lo cual implica que la eficacia

de las acciones de la política económica para impulsar el crecimiento económico depende no tanto de su efecto en el ahorro, sino del que tenga sobre la inversión. Se debe entender que la inversión comprende varios enfoques, como pueden ser en infraestructura o en capital humano. Las políticas creadas para mejorar un sistema de salud solo serán eficientes si existe el talento humano que las dirija y las encamine con orientación al éxito.

#### **1.8.12 La Inversión pública y la hipótesis de complementariedad**

El trabajo seminal de Arrow y Kurz (1970), despertó el interés en el análisis de la relación entre la política fiscal y la tasa de crecimiento de una economía. La principal contribución fue el desarrollar un modelo en el que los consumidores derivan su utilidad tanto del consumo privado como del acervo de capital público generado por los flujos de inversión pública.

Asimismo, los beneficios de la producción privada también son generados por el uso de dicho acervo. Sin embargo, para Arrow y Kurz toda la inversión pública es productiva, por lo cual no es necesario hacer una distinción entre gasto público productivo y no productivo, y dado que formulan un modelo neoclásico de crecimiento, dicho gasto público sólo afecta la tasa de crecimiento transicional de la economía mientras la tasa de crecimiento en estado estacionario permanece inalterada.

Con la aparición y desarrollo de la teoría del crecimiento endógeno (Romer, 1986; Lucas, 1988), se despertó el interés por desarrollar modelos en los que se

vinculara el gasto público con la tasa de crecimiento de largo plazo de una economía. A este respecto, Barro (1990), Aschauer (1989), introducen el concepto de gasto público productivo como un gasto que realiza el sector público en creación de infraestructura económica y que genera efectos en la producción misma o en la productividad de los factores de la producción, con la particularidad de que dicho gasto es complementario a la producción privada, por lo cual lo incluyen como un argumento de la función producción. Sin embargo, al igual que Arrow y Kurz para la inversión pública, Barro y Aschauer suponen que todo el gasto público incluido dentro de la función producción es productivo, se encuentra evidencia empírica para una relación positiva entre la inversión pública (como expresión nítida del gasto público productivo utilizado por ambos autores) y el crecimiento del producto.

### **1.8.13 Gestión Pública**

Es preciso que la administración pública sea entendida como la actividad que se desarrolla en los organismos del Estado para el cumplimiento de los fines del mismo, ésta interviene en la planeación, ejecución y control de las actividades de las organizaciones, en la obtención de los insumos que permiten la toma de decisiones y en la organización, y en la operación de los instrumentos para que tales decisiones se ejecuten. (Alzate, 2012)

Es decir que la gestión pública integral como lo entiende Nuñez (2014), está orientada a resultados es la articulación permanente y continua de los procesos de planeación, ejecución y evaluación de las acciones que el Estado emprende, tendientes a dar cumplimiento a los compromisos democráticamente concertados

y asumidos por los mandatarios electos para atender de forma integral, oportuna, transparente y eficiente las necesidades de la ciudadanía y dar cumplimiento a la función y competencias encomendadas por la Constitución y el sistema jurídico en general.

Es por ello que el concepto de gestión pública está directamente asociado a los resultados que logre una administración y se ha definido como un proceso integral, sistemático y participativo, que se articula en tres grandes momentos: la planificación, la ejecución y el seguimiento y evaluación de las estrategias de desarrollo económico, social, ambiental, físico, institucional, político y financiero sobre la base de unas metas acordadas de manera democrática.

La gestión pública debe buscar de manera eficaz y eficiente resultados frente a la reducción de la pobreza y el mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes y, en consecuencia, avanzar hacia un desarrollo integral sostenible.

- La planeación, es el primer momento de la gestión en el cual se identifican, ordenan y armonizan de manera participativa y concertada el conjunto de estrategias seleccionadas para alcanzar determinadas metas, según sea la problemática analizada, las potencialidades del desarrollo y los recursos disponibles. El Plan de Desarrollo es el instrumento básico del proceso de planeación, en el que se identifican los objetivos, estrategias y metas de corto, mediano y largo plazo que permitirán solucionar total o parcialmente la problemática de la entidad territorial.

- La ejecución, segundo momento de la gestión, es el proceso en el cual se realizan las estrategias de desarrollo identificadas y aprobadas en el Plan de Desarrollo, a través del presupuesto de rentas y gastos, de la contratación y de la realización de los programas y proyectos.

- La evaluación, por su parte se constituye en el tercer momento de la gestión, que consiste en hacer un seguimiento periódico, sistemático y continuo a las acciones de la administración, de acuerdo con los lineamientos, estrategias y metas del Plan de Desarrollo, con el fin de retroalimentar la gestión, realizar ajustes a los planes, permitir procesos de rendición de cuentas, y lo que es más importante, contar con argumentos para la definición de políticas públicas y la toma de decisiones.

Es decir que los administradores del Estado y servidores públicos deben estar conscientes que para elaborar y asear políticas públicas o planes intersectoriales, el Estado debe permitir que esta nueva gestión pública sea utilizada y plasmada para obtener mejores y mayores resultados a un bajo coste para el Estado, pues si se permite la introducción de nuevas estrategias que incluyan la asociación público-privada el Estado reducirá el gasto que realiza, y viéndolo desde una perspectiva costo beneficio, trae grandes hallazgos menor coste para el Estado con mayores beneficios para la ciudadanía de óptima calidad, siendo eficaces y eficientes en el servicio, sin menoscabar derechos si no cumpliendo con una cobertura de tipo universal y con estándares universales.

### 1.8.14 Teoría del Gasto Público

Durante varios años, el principal objetivo del estudio de la economía fueron las finanzas públicas, por lo que el estudio del gasto público recibía muy poca atención. Esta observación fue postulada por Samuelson (1954), en su clásico artículo "*A Pure Theory of Public Expenditure*". Justamente fue a partir de esta obra y de los trabajos de Richard Musgrave y otros importantes autores que la teoría de los bienes públicos recibió principal atención en los campos de la economía pues eran factores que debían ser estudiados en su conjunto por el impacto que generan en la economía de una nación.

La definición de la naturaleza de los bienes públicos que los distingue de los bienes privados, la formación de la demanda agregada y la provisión eficiente desde el punto de vista social, son resultados de estas contribuciones.

Si bien estos postulados ayudaron a comprender las propiedades de los bienes públicos no arrojaron luz sobre la dinámica que analiza este trabajo acerca del tamaño del Estado. Es decir, no existen consensos sobre el nivel de intervención que debería tener el estado para ser más eficiente.

Como ya se mencionó, no existe consenso entre los principales autores acerca de cuál debería ser el tamaño del sector público. Las posturas más extremas son aquellas que sostienen que el tamaño del Estado debe restringirse a su mínima expresión. En esta postura se encuentra J.M. Buchanan (1979) quien afirma en que los bienes públicos explican el gasto público en el equivalente al 10% del PBI. El resto del gasto existe porque los impuestos recaudados son de propiedad

común y tienden a beneficiar a grupos particulares. Una postura totalmente opuesta es la de R.A. Musgrave (1973), para quien lo importante no es el tamaño sino la composición del gasto, y si los fines lo justifican conviene efectuarlo. Esta diversidad de criterios se manifiesta en la estadística de los países desarrollados. Las economías europeas tienen, en promedio a un mayor gasto en proporción al PBI: 47% contra el 33% de EEUU y 35% de Japón.

En el campo de la economía positiva se pueden encontrar varios autores que intentan explicar resultados empíricos observados en lo referente al crecimiento del Estado, Adolph H. G. Wagner expuso sus ideas a lo largo de sus escritos durante más de cincuenta años. Una de las principales formulaciones que realizó fue: "a medida que aumenta el ingreso per cápita en los países en vías de industrialización, el Estado aumenta su participación en el Producto Bruto".

Además, mencionó tres razones para explicar este fenómeno. En primer lugar se produciría un aumento de las funciones administrativas y protectoras del Estado como consecuencia de la sustitución de la actividad privada por la pública. De igual forma sostuvo que el aumento de la densidad de población y la urbanización son causales del aumento del Gasto debido a la necesidad de regulación económica. En segundo lugar, Wagner manifestó que aumentarían los gastos culturales y de bienestar, especialmente los relativos a educación, salud y redistribución de la renta. Las razones que dio en este aspecto no fueron muy claras pero el resultado podría interpretarse en el sentido que estos bienes son superiores y, por lo tanto, su elasticidad con respecto al ingreso es mayor a la unidad. Por último, Wagner sugirió que el aumento de la industrialización daría

lugar a la aparición de grandes monopolios que requerirían la presencia del Estado para su regulación económica o bien para hacerse cargo de ellos.

Las ideas de Wagner correspondían a su concepción orgánica del Estado como una institución superior a los individuos que la componen. El éxito logrado en asociar estas ideas acerca del gasto con su nombre como “Ley de Wagner” obedece a que muchos de los estudios realizados parecen verificar sus hipótesis.

El problema principal que Wagner no contempló fueron los problemas de las Guerras. Cuando una sociedad mantiene problemas bélicos el gasto se incrementa en proporciones que no habían sido analizadas, al resultado que sobre el gasto producen estado de conmoción social lo denominó efecto desplazamiento. Sin embargo, se explica que una vez que las guerras terminan hasta puede llegar nuevamente a nivel de equilibrio pero quedaba en un nivel mayor del que comenzó. Wagner sostenía que “Bajo un estado de conmoción social, es posible para el gobierno aumentar los niveles de imposición, cuestión a la que normalmente la sociedad es renuente. Una vez que se vuelve a la normalidad el excedente financiero encuentra rápidamente destino”.

Otras teorías que cuentan con cierto consenso en la explicación del aumento del gasto público pueden encontrarse dentro del campo de Public Choice. Algunos autores sostienen que la explicación para el aumento del gasto puede encontrarse cuando se analiza la conducta de los funcionarios públicos. Esta teoría, a la que podemos denominar efecto burocracia, argumenta que los funcionarios actúan en su propio interés con una maximización de la cantidad de recursos que ellos

pueden manejar. Cuentan a su favor que disponen de información privilegiada, circunstancia que les posibilita lograr su propósito. Esta conducta maximizadora de los funcionarios se refleja en el agregado en una tendencia expansiva del gasto público.

La crítica que se formula a esta hipótesis es que si bien estas conductas pueden tener resultado en el corto plazo, en un período más largo encuentran obstáculos emergentes del financiamiento que deben encontrar.

Otra explicación para el crecimiento del gasto se encuentra en la creciente proporción del gasto que se destina a financiar transferencias de seguridad social. Este fenómeno encuentra su explicación en los mecanismos de decisión de las sociedades regidas por las reglas del voto mayoritario. Como el ingreso per cápita tiende a ubicarse por encima del ingreso del individuo mediano, se encuentra consenso a través del voto para aplicar políticas redistributivas. Estas presiones han aumentado lo largo del tiempo debido al empeoramiento en la distribución del ingreso que se verifica en muchos países, sobre todo en aquellos países en vías de desarrollo.

#### **1.8.15 Conceptualización del gasto público**

Entre los conceptos iniciales a tratar para entender la conceptualización del gasto público es acerca del significado de gobierno. Al respecto, podemos definir al gobierno por el carácter de las funciones que cumple: básicamente la misión fundamental es prestar servicios fuera del mercado para consumo colectivo y

transferir ingreso por medio del gasto público. En decir que existen dos formas de clasificar el gasto: 1) según su impacto económico, y 2) según el propósito del gasto. Así, los análisis tradicionales sobre los efectos de los gastos del gobierno sobre el resto de la economía se concentran en la clasificación económica más que en su clasificación funcional. En cuyo caso se tiene que el gasto público representa el costo de las actividades del sector público que comprenden la producción y el suministro de bienes y servicios y las transferencias de ingresos. El sector público proporciona dos tipos de bienes y servicios: los que pueden ser consumidos o usados directamente por la población en forma individual o colectiva (como el transporte público y la educación pública y los sistemas de salud), y los que mejoran la productividad de los factores de producción (puertos industriales). Los gastos de infraestructura, como las carreteras, son una combinación de ambos. Otros gastos públicos son transferencias a grupos u hogares como son los denominados subsidios.

Dado que el gasto en bienes y servicios incluye los costos administrativos e indirectos de funcionamiento del gobierno, este tipo de gastos son los que afectan la prestación eficiente, razón por la cual la productividad en el sector público puede ser medida mediante los programas de empleo público donde la remuneración de los empleados públicos es la principal influencia sobre la eficiencia del gasto público. Sin embargo, ello puede afectar la prestación eficiente de los servicios públicos. La inversión pública o gasto de capital debe ser un complemento y además debe respaldar las actividades determinadas por los mercados, en lugar de competir con ellos. Es decir, el sector público puede estar en cualquier actividad considerada estratégica, siempre y cuando la inversión

pública se dirija hacia aquellos grupos sociales que más lo necesitan y para mejorar la eficiencia de esa inversión.

En tal sentido, se resalta la importancia de la distinción entre el gasto público productivo y el gasto público improductivo. Para hacerlo se debe considerar las categorías de nivel, eficiencia y combinación del gasto público. El nivel se refiere al monto del gasto público, mientras que la eficiencia está relacionada con que el suministro de bienes y servicios, se minimiza tanto los costos financieros y administrativos como las externalidades negativas que puedan provocar el gasto público y su financiamiento al sector privado. Por su parte, la combinación o composición del gasto público se refiere a la combinación adecuada de productos y servicios del sector público.

El gasto público solo será productivo si incrementa la rentabilidad de la inversión en general promueve el crecimiento económico, importante mencionar que no se trata de una competencia con el sector privado, de tal forma que el gasto público improductivo es todo aquello que vaya en contra de lo mencionado.

En el estudio neoclásico, la investigación a destacar es el de Baxter y King (1993), el cual analiza los efectos de la composición del gasto del gobierno sobre el crecimiento y el bienestar, de este estudio se deriva que cambios permanentes en las compras gubernamentales tienen importantes efectos sobre la actividad macroeconómica cuando están financiadas por impuestos *lump sum* o impuestos de suma fija. Sin embargo, los efectos son cambios temporales. Esto se debe a que la decisión de financiar es cuantitativamente más importante que los cambios

en las compras gubernamentales, pues sólo la inversión pública tiene efectos sobre el producto y la inversión privada. Se debe tomar en cuenta que ante cualquier cambio en el gasto público este podría tener repercusiones sobre la inversión privada y por ende afectar la oferta de bienes y servicios privados.

#### **1.8.16 Salarios de Eficiencia**

Por salario de eficiencia se entiende que el salario recibido por los trabajadores es función de la eficiencia o productividad del trabajo. A la vez, los salarios estimulan la productividad de los trabajadores. Katz plantea que los modelos de salario de eficiencia han avanzado en la reciente literatura ya que proveen explicaciones coherentes al desempleo. La teoría de salarios de eficiencia también, como Katz menciona, provee una explicación potencial de las diferencias no competitivas de salarios a través de distintas formas e industrias para trabajadores con similar característica productiva.

Es decir, los salarios de eficiencia son claves para entender el desempleo o el nivel de eficiencia con la que los trabajadores desarrollan sus actividades diarias. Es así que, no solo hay una relación entre la productividad laboral hacia el salario sino que desde la productividad laboral depende el salario que debe percibir un trabajador. Desde un punto de vista lógico, se lo puede considerar como incentivos para aumentar el esfuerzo del trabajador y por ende el rendimiento y el crecimiento económico.

Ahora, pensemos porque la productividad es función del salario. Básicamente, hay cuatro puntos relevantes: en primer lugar, hay un efecto de nivel mínimo de vida, donde las personas necesitan un nivel de salario mínimo para poder satisfacer sus necesidades básicas y así, dado esto, decidir cuan productivos serán.

Otro punto importante es la motivación, que tiene que ver con el concepto de los incentivos. A mayor salario, los trabajadores estarán más motivados para hacer sus trabajos y serán más eficientes.

El riesgo que existe es el problema de riesgo moral, ya que el trabajador puede tener un salario dado y trabaja menos que la productividad asociada a dicho salario.

Cabe mencionar que el salario que perciba un trabajador debe estar acorde además de la productividad laboral, al tiempo de trabajo que una persona dedique a su actividad.

#### **1.8.17 La inversión en salud como gasto público**

La condición de mantener una buena estructura en el sistema de salud pública de un país, no es sólo una consecuencia, sino también una causa del desarrollo y el crecimiento socioeconómico, por lo que el sector sanitario no debe verse únicamente como generador de gasto, sino también como un sector de actividad que ejerce efectos beneficiosos en el conjunto de una economía. Es así que las inversiones destinadas a la mejora de la salud además de una obligación moral o social, son también un conjunto de políticas eficientes desde un punto de vista social y, sobre todo, económico.

El análisis del tamaño del sector público ha configurado un importante estudio en la literatura económica, es así de donde proviene la importancia de la inversión en salud como gasto público. La provisión de insumos médicos, la infraestructura física y social a través de la inversión pública y el gasto en bienes y servicios, además del talento humano, todo ello en su conjunto ayudan a manejar de manera eficiente los recursos presupuestarios.

Para realizar una breve descripción se puede observar como la salud pública ha crecido en los últimos 50 años en países desarrollados, esto en virtud de que con el paso del tiempo los países desarrollados han logrado destinar el 8% de su Producto Interno Bruto (PIB) a gastos sanitarios. Este gran volumen de gasto configura al sector sanitario como una de las industrias de servicios más importante en estos países con un crecimiento dinámico y que tiene que dar constante respuesta a nuevas necesidades y mayores exigencias por parte de los ciudadanos lo que determinará la demanda futura de recursos.

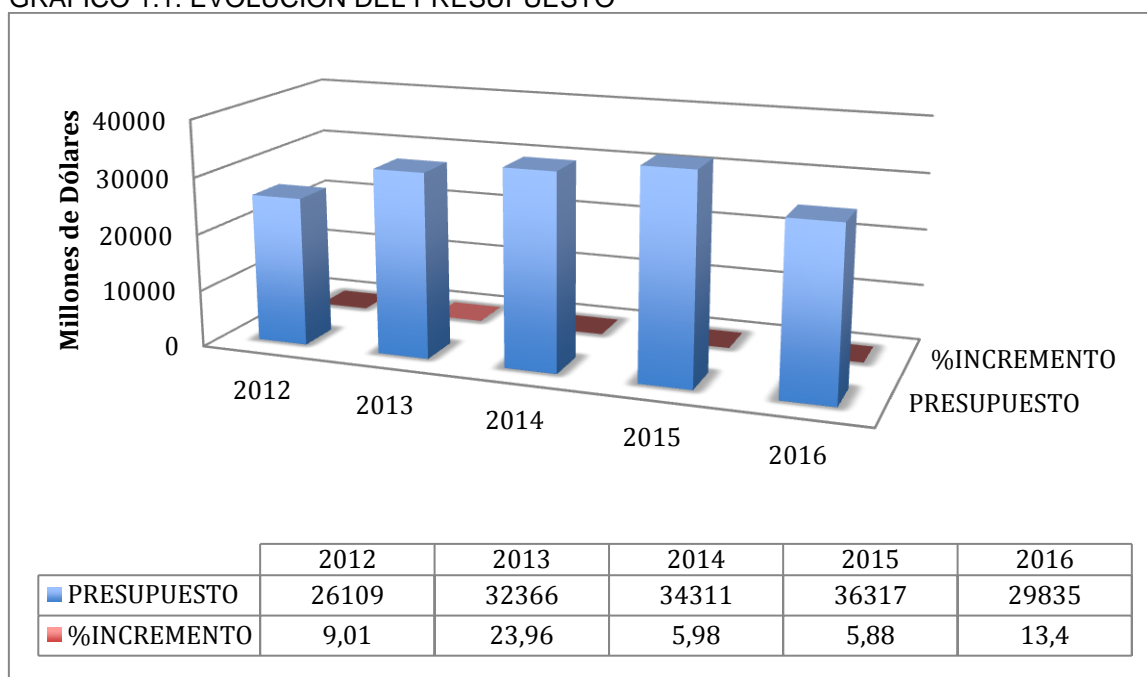
Es importante que se aclare que el sector salud de un país no debe ser visto como generador de gasto, sino como un sector de actividad que ejerce efectos beneficiosos en el conjunto de la economía. Por un lado, y bajo la perspectiva de sector de actividad económica, la red de salud pública ejerce efectos multiplicadores sobre otros sectores, creación de empleo y efectos redistributivos sobre la renta de los hogares. Por otro lado, existe un importante impacto de la salud.

### 1.8.17. Ecuador en la estadística la inversión pública en el sector de la Salud.

A continuación se presentara mediante gráficos la evolución del sistema de salud pública en diferentes aspectos en el Ecuador mediante datos que son proporcionados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC y el Ministerio de Finanzas del Ecuador.

#### 1.8.17.1. Evolución del Presupuesto General del Estado 2012-2016

GRAFICO 1.1. EVOLUCION DEL PRESUPUESTO



Elaboración: Propia

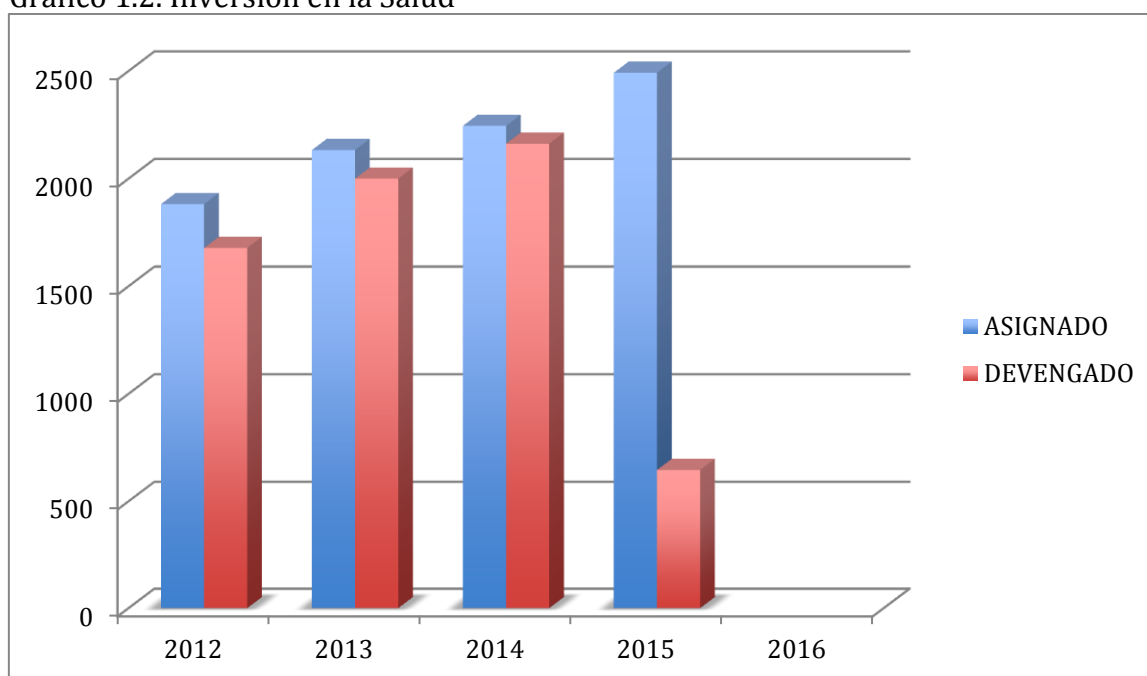
TABLA 1.2. EVOLUCION DEL PRESUPUESTO

	PRESUPUESTO	% INCREMENTO
2012	26.109	9.01
2013	32.366	23.96
2014	34.3	5.98
2015	36.317	5.88
2016	29.835	-13.4

Elaboración: Propia

### 1.8.17.2. Inversión En el Sector de la Salud Ecuador

Grafico 1.2. Inversión en la Salud



Fuente: Propia

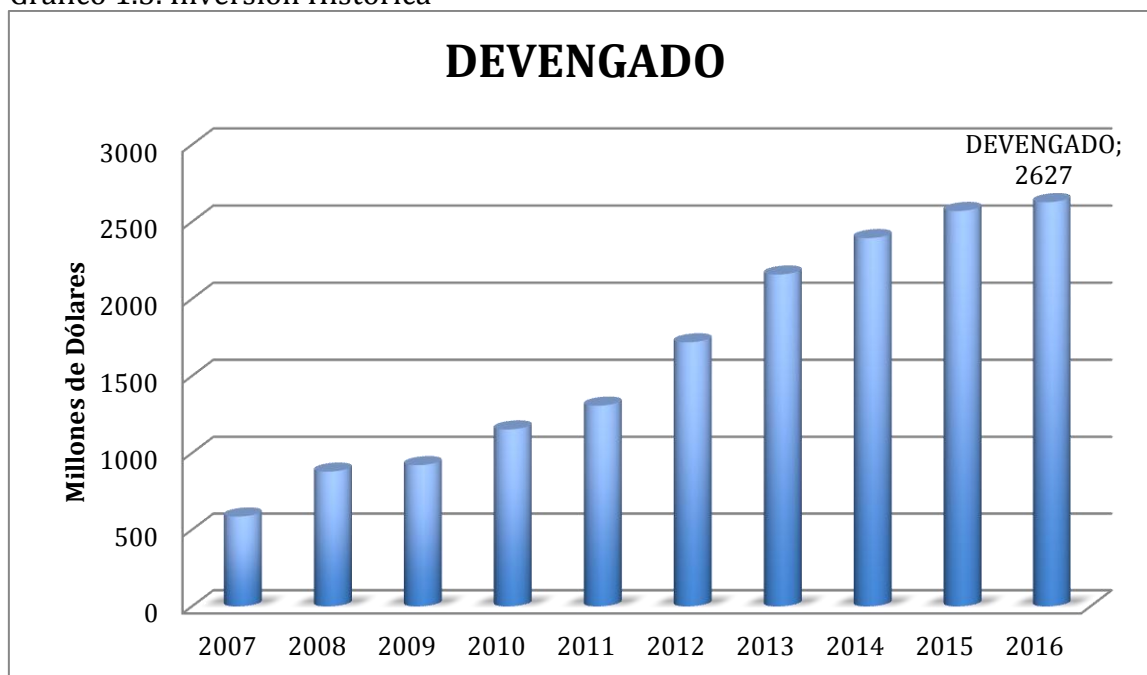
Tabla 1.3. Inversión de Salud

	ASIGNADO	DEVENGADO
2012	1881.061	1677.41
2013	2132.721	1999.41
2014	2245.022	2162.056
2015	2491.763	645.687
2016	2378.981	1856.98

Fuente: Propia

### 1.8.17.3. Inversión Histórica: Presupuesto Devengado

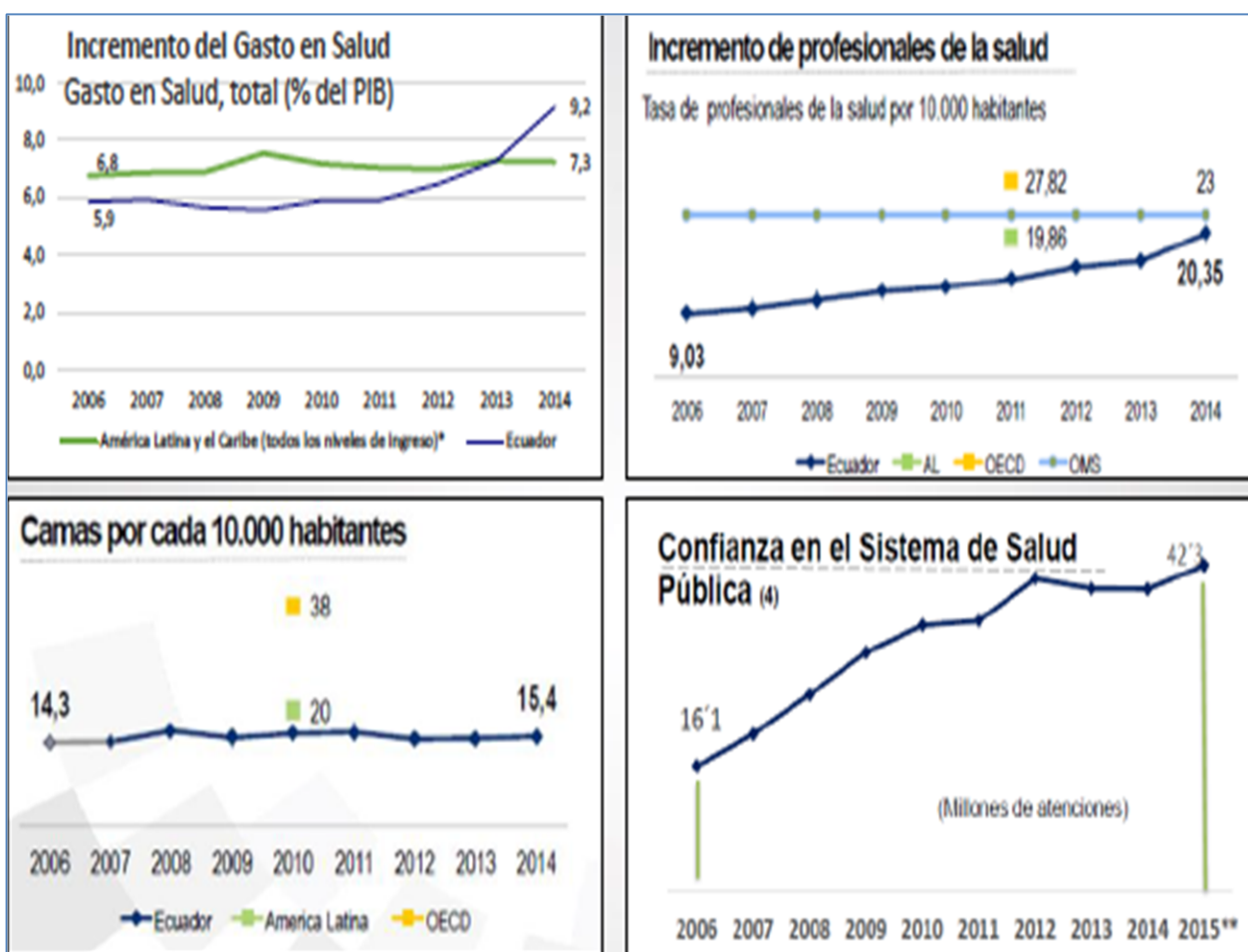
Grafico 1.3. Inversión Histórica



Fuente: Propia

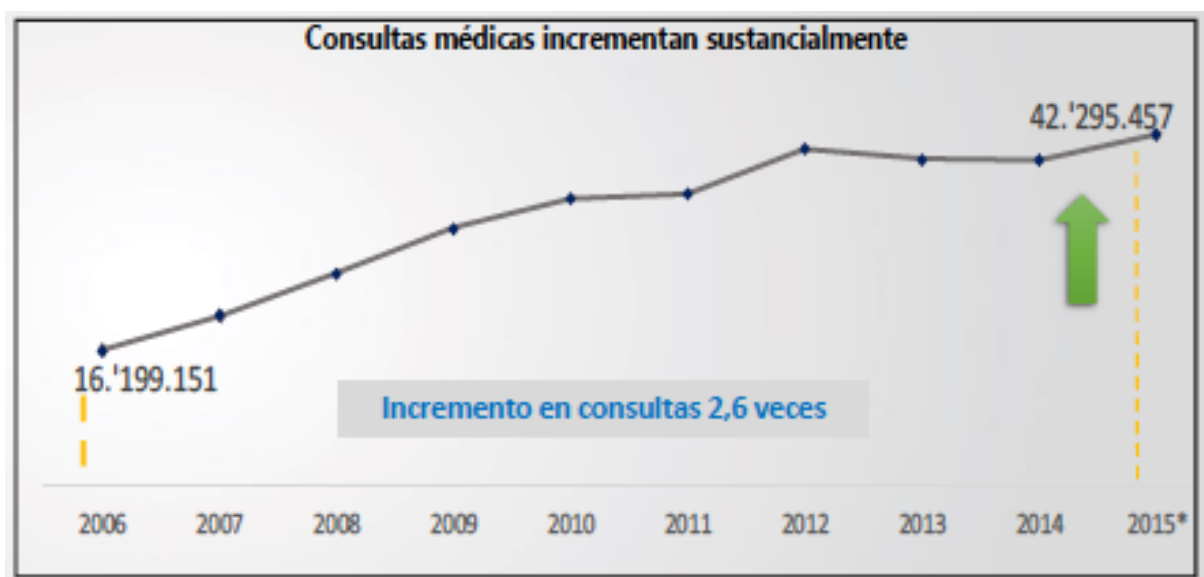


Gráfico 1.4. Cifras en el Ecuador



Elaboración: Fuente Propia

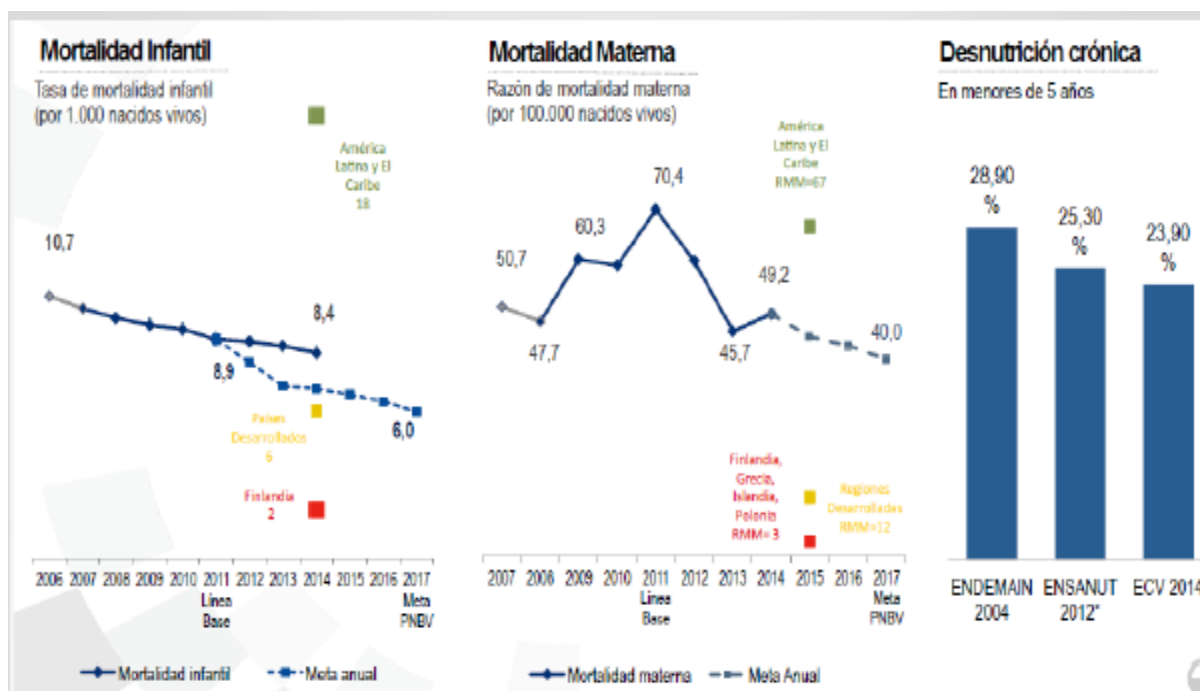
Grafico 1.5. Consultas medicas



Elaboración: Fuente Propia

La producción de los establecimientos de salud ha pasado de 16 millones de consultas en el año 2006 a un aproximado de 45 millones en el año 2016.

Grafico 1.6. Mortalidad



Elaboración: Fuente Propia

Grafico 1.7. Incrementos



Como retos se establece que debe existir una ley de Seguridad Social que permita la consolidación de la red pública integral de salud, pero todo esto dependerá de la sostenibilidad financiera que establezca el gobierno mediante sus políticas públicas introducidas mediante un marco jurídico flexible y que se pueda adaptar a cada una de las situaciones que se presenten sin que esto traiga vulneración de derechos constitucionales.

## **CAPÍTULO II**

### **METODOLOGÍA**

#### **2.1. Metodología de la Investigación**

La presente investigación se desarrolló con un enfoque epistemológico cualitativo, desde un paradigma crítico propositivo y la modalidad bibliográfica- documental, ya que en la investigación se utilizó la Constitución de la República del Ecuador, Código de la Salud, leyes además de documentos válidos y confiables que contienen los presupuestos estatales de los últimos cinco años como fuentes primarias y libros, textos, revistas, internet, entre otros, que constituyen información secundaria para obtener información sobre los objetivos relacionados a la garantía constitucional de cumplimiento del derecho de la salud y de esta manera poder determinar si la inversión del presupuesto anual estatal en el ámbito de servicio de salud es proporcionalmente directo al principio de eficiencia.

#### **2.2 Métodos**

##### **2.2.1. General**

El método general aplicado a la investigación fue el método es deductivo, ya que se partió de un principio general que se traduce en una premisa superior que al ser sometido al tratamiento de reflexión y análisis al se puede llegar a concluir que el principio de eficiencia no se cumple en el derecho de la salud a pesar de que

los niveles de inversión han ido incrementando, pero no llegan a cubrir con todas las prerrogativas que establece la Constitución.

### **2.2.2 Específico**

El método específico empleado en la investigación fue el colativo-comparativo, que se enfoca en coleccionar todo el material relevante y ofrece una visión diferente al derecho el cual permitió conocer el grado de cumplimiento del principio de eficiencia del derecho de la salud y se realizó una comparación sistemática de las políticas públicas de los países miembros de la CAN y que permitió arribar a una generalización sobre el cumplimiento eficiente de los derechos constitucionales en el ámbito de la salud.

### **2.3 Técnicas e Instrumentos de recolección de Información**

Dentro de la investigación, la técnica utilizada fue la entrevista mediante un cuestionario estructurado, con preguntas previamente elaboradas aplicado a expertos en la problemática planteada, es decir, dentro del ámbito constitucional económico.

## **CAPÍTULO III**

### **RESULTADOS**

#### **3.1. Análisis en Retrospectiva del Sistema de Salud Ecuatoriano**

En el año 2000, el 45% de la población, después del feriado bancario de 1999 y la dolarización que se presentó, se encontró en la pobreza, motivo por el cual la migración a otros países especialmente Estados Unidos y España aumentó en considerable medida para la mejora de oportunidades tanto laborales como sociales. En 2001, la pobreza en el Ecuador medida según el consumo realizado se mantenía en un 45% es decir que 5.2 millones de ecuatorianos eran pobres, convirtiéndose en la parte de la población con más vulnerabilidad a no obtener los servicios de salud necesarios para una vida plena, durante el gobierno de Jamil Mahuad 30% de la población no tuvo acceso oportuno a los servicios de salud y casi dos tercios no tuvieron un plan de aseguramiento.

De esta manera, y en estas circunstancias, se limitó la inversión en infraestructura, equipos con tecnología nueva y avanzada, medicamentos e insumos, sueldo y salarios dignos para los profesionales de la salud y es muy claro que los niveles no satisfacían la necesidades de la población, sobre todo de la zona rural en donde las necesidades básicas insatisfechas fue de 79% y en la zona urbana 39%, lo que se identifica a simple vista que la desigualdad en el

acceso entre los dos grupos sociales era inmensa y esto ubicaba en el Ecuador con un coeficiente de Gini de consumo de 0.46, es decir, que se aclaró la mala distribución de los ingresos a nivel nacional no solamente estaban afectando a la calidad de vida si no que también al desarrollo humano del país.

El poco interés por incrementar la inversión pública en salud tuvo como consecuencia obvia y clara la mayor incidencia de enfermedades como la malaria, la tuberculosis, el dengue entre otras, impidiendo la inclusión social, la educación, la vida laboral, un estado mental sano y hasta se aumentó la tasa de mortalidad. Es decir que solo las personas que tenían recursos económicos altos eran capaces de acceder a un servicio de salud óptimo y de calidad todo eso claro esta ofrecido por instituciones privadas.

Ciertamente a partir del año 2006, el incremento en la inversión en salud pública fue notable, pues los grupos sociales históricamente marginada, apoyo una reestructuración del Estado, con políticas sociales y económicas que se centralizaban en el cumplimiento de los derechos humanos, y que se dio paso a los grupos más vulnerables atención prioritaria.

Así pues, en el año 2008, después de la promulgación de la Constitución de Montecristi, el Sistema Nacional de Salud se empoderó y articuló el debilitado sistema de salud pública. El objetivo fue garantizar el derecho a la salud completa y efectivamente para toda la población, y considerar a la salud como un derecho y eje estratégico para el desarrollo del país.

Existió un enfoque de universalidad y gratuidad de los servicios públicos de salud, es decir, que se pretendía una disminución en la falta de equidad tanto sociales como económicas, todo esto causado por la falta de recursos económicos o de su situación geográfica o étnica. El Ministerio de Salud Publica tenía claro el objetivo

de distribuir los recursos de manera equitativa, y eficiencia con mayor atención a los grupos vulnerables y que tengan riesgo ya sean ambientales, sociales, económicos, étnico-culturales y geográficos.

Fue de gran importancia la implementación del Plan Nacional del Buen Vivir, que como su nombre mismo lo explica trata de alcanzar el Buen Vivir, término que hasta el momento es centro de debate, pues no se explica con claridad a lo que el término se refiere o pretende alcanzar ya que cada una de las personas va a tener un concepto muy diferente o abstracto de lo que este trata, sin embargo el Objetivo número tres proyecta el mejoramiento de la calidad de vida de la población a través de la Política 3.3., con lo cual la salud es considerada como un parámetro para mejorar la situación y calidad de vida de la población.

El presupuesto estatal fue duplicado en comparación con el régimen anterior de gobierno, lo cual permitió una mejora en la infraestructura, equipos, medicamentos, talento humano y alza de salarios para los mismos, también se dio un incremento en las atenciones médicas y ayudar a la publicidad entre la población de lo que es la salud preventiva que obviamente da un menor coste al Estado que una enfermedad en avanzado.

### **3.2. Análisis del Sistema de Salud ecuatoriano años 2012-2016**

Garantizar la mayor cantidad de derechos mediante su reconocimiento y que los mismo sean pagados por el Gobierno de turno e incluso personas que tienen las posibilidades económicas acceden a estos servicios, por lo tanto las constituciones actuales garantistas de derechos más allá de los que su techo presupuestario se los permite se han convertido en un mecanismo de captación de seguidores que

permiten que una persona se mantenga en el poder, ya que se utiliza la lógica que si protege mis derechos fundamentales como salud y educación es un buen partido al cual se apoya, y deja de un lado el verdadero sentido de las constituciones que tratan de proteger derechos.

La riqueza no es un valor pecuniario ni algo que puede ser exigible con suma de dinero, ya que como lo menciona el ex Presidente Pepe Mujica cuando compramos un bien no estamos comprando con dinero si no con todo ese esfuerzo y trabajo que realizamos para conseguirlo y ese es el verdadero valor que le damos a nuestra riqueza personal, mismo que no siempre se verá reflejado en la riqueza social, pues esta busca justicia como fin mismo de su actividad al igual que el derecho y si no existirían ninguna de estas variables no existiría el derecho y mucho menos el análisis económico del derecho, ni estaría en este momento escribiendo este trabajo, la riqueza es un valor intrínseco de cada persona que tuvo que realizar elecciones entre una riqueza máxima y *mixim* y que el resultado de la misma me da un beneficio personal que es lo que todos aquí buscamos, es por eso que la idoneidad de sociedad no existe, pues ante la justicia siempre prevalecerá el bienestar personal y de este se derivara nuestra riqueza.

La lista "*Best and Worst*" de la agencia de información Bloomberg, de agosto de este año, ubica al Sistema Público de Salud ecuatoriano en el puesto número 20 a nivel mundial en cuanto a su eficiencia.

Para la elaboración de la lista, la empresa especialista en procesamiento y generación de datos, clasificó a cada país en base a tres criterios: la esperanza de vida, el costo per cápita de la atención (porcentaje del PIB utilizado en salud, por persona) y el gasto absoluto (tomando en cuenta los servicios preventivos y

curativos de salud, la planificación familiar, las actividades de nutrición y ayuda de emergencia). Se incluyeron los países con poblaciones de al menos cinco millones, con PIB per cápita de por lo menos \$ 5.000 y esperanza de vida de al menos 70 años.

Dentro de la clasificación de la base de datos Bloomberg, el sistema de salud de Ecuador es el segundo en Sudamérica después de Chile.

Esta ubicación se logra gracias a las nuevas políticas públicas y al aumento en la inversión en el sector salud, desde el 2007 hasta el 2012, ha invertido \$7.173 millones de dólares. Este monto representa tres veces más que los cuatro gobiernos anteriores juntos y significa enormes esfuerzos por conseguir una verdadera gratuidad de la salud pública.

Algunos de los ejes en los que el Ministerio de Salud Pública se ha destacado durante la actual administración son:

La construcción, remodelación y ampliación emergente de la infraestructura física de hospitales y centros de salud a nivel nacional.

Hasta el 2015, se ha intervenido en 212 unidades y para el 2016 se tenía previsto edificar 60 nuevos hospitales en todo el territorio. Por primera vez, se hace una planificación territorial de la infraestructura en función de las características geográficas y demográficas, de un análisis de oferta y demanda, con participación social y tomando en cuenta que se garantice que la ciudadanía cuente con una unidad de atención máximo a una hora de distancia. Así mismo se ha equipado a las casas de salud con tecnología de punta.

La ampliación de la jornada laboral de los profesionales públicos de la salud, a 8 horas diarias y el aumento en las remuneraciones, un plan estratégico para dotar al país de profesionales especializados, a través de un programa de formación

continúa con becas para postgrados, así como la captación hasta el momento de 596 profesionales emigrados que han retornado a prestar sus servicios en el sistema.

100% de avance en la vacunación de niños menores de un año; 95% de avance en la vacunación de niños de 1 a 11 años; 80% vacunación a mujeres embarazadas y varias campañas de vacunación que han logrado reducir el 35% de la mortalidad por diarrea y notablemente el número de hospitalizaciones.

La tasa de desnutrición crónica se redujo en 3,2% del 2006 al 2010 y se ha reducido la incidencia de varias enfermedades producidas por vectores como el dengue.

Entre las actividades de prevención están: programas de tamizaje neonatal que diagnostica precozmente la aparición de enfermedades genéticas; programas de nutrición infantil, de espacios libres de humo de tabaco y de fomento a la lactancia materna y planificación familiar; toda la ciudadanía tiene acceso gratuito a asesoría en salud sexual y reproductiva en todas las unidades operativas a nivel nacional, gracias a la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar (ENIPLA).

La aplicación del Sistema de Referencia y Contra Referencia como parte del nuevo Modelo de Atención Integral de Salud, ha permitido descongestionar la atención en los servicios y se evidenció en 2015, un notable incremento en el total de casos atendidos en el primer nivel de atención que comprende centros de salud, unidades móviles y hospitales básicos. Así de 28.875.044 de casos atendidos en 2011 aumentó a 34.322.990 en 2012, es decir, 5.447.946 de casos incrementados en el mismo período.

Gracias al trabajo del Instituto Nacional de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células el 94% de ecuatorianos mantienen su condición de donante y 1.763 trasplantes han sido realizados en el Gobierno actual.

### **3.3. Análisis de Sistema de Salud en los países de la CAN**

Los países de la región andina Colombia, Ecuador, Perú y Bolivia, tienen una historia en común y unos sistemas políticos similares. Presentan también importantes diferencias en cuanto a las formas de inserción en la política y la economía internacional, su grado de desarrollo, sus tendencias epidemiológicas y su situación de salud. De esta historia común y de esta diversidad social se desprenden realidades políticas y sanitarias heterogéneas y procesos de integración complejos. Algunas de estas características y diferencias pueden ser ilustradas.

Un referente crucial de la integración andina está en directa relación con los sistemas nacionales de salud, cuya diversidad debe destacarse. El análisis comparado de esta diversidad permite agrupar los países por medio de unas categorías claves.

Con base en el criterio de fuentes de financiamiento, los sistemas de salud de los países andinos conforman dos grupos: aquellos que combinan cotizaciones y aportes del Estado, como Colombia y Ecuador, y los que utilizan principalmente las cotizaciones, como Bolivia, Perú y Venezuela. La cobertura no es universal en ninguno de los países andinos considerados. Hacia los años 2012-2016, la cobertura en servicios era de 66% en Bolivia, 73% en Ecuador, 71% en Perú y de más del 90% en Colombia, pero con un nivel de aseguramiento de sólo 54%. Por su grado de unidad, se consideran segmentados sin coordinación los sistemas de

salud de Bolivia, Ecuador, Perú y Venezuela; y coordinado sin integración, el sistema de Colombia. En cuanto a la separación de funciones financiamiento, aseguramiento, provisión, supervisión, Colombia la ha puesto en práctica y Perú lo ha hecho parcialmente. Pero, Bolivia, Ecuador y Venezuela no han introducido la separación de funciones. Por último, Colombia y Bolivia tienen un alto grado de descentralización en salud, mientras que Ecuador, Perú y Venezuela presentan un grado bajo.

Esta diversidad de sistemas de salud, ligada a los caminos de desarrollo que ha escogido cada país, introduce dificultades para avanzar en procesos de integración en las políticas y sistemas de salud, y para visualizar los efectos positivos y negativos de las diferentes opciones. En realidad, los procesos de integración no han incluido los sistemas de salud y, por tanto, no los han puesto a prueba, en una perspectiva de mejorar su cobertura y equidad. Es más, la capacidad de respuesta y de adaptación de los sistemas de salud en los procesos de integración no ha sido adecuadamente estudiada.

Los procesos de integración en la Región Andina son de vieja data. Si bien se han logrado progresos limitados en aspectos económicos de producción y comercio, aún resta un largo trecho para acercarse al estado de comunidad económica. En otros aspectos laborales, servicios, fronteras, recursos humanos, etc., los avances han sido modestos y desiguales. Aunque los países expresan con frecuencia la voluntad de concertar esfuerzos para atacar problemas que comparten su origen territorial o sus determinantes sociales y culturales, la participación del sector salud en los procesos de integración ha sido marginal.

La integración en salud en la Región Andina tiene un alcance limitado y ha dejado de lado aspectos como el seguimiento de los sistemas nacionales de salud, la

salud fronteriza y el acceso transfronterizo a servicios de salud, las agendas de investigación en salud y en integración regional, trabajo y recursos humanos. Es también notorio que no se ha generado capacidad para prever los impactos positivos y negativos de los tratados de libre comercio, la integración económica y en otros ámbitos, sobre la salud de las poblaciones, la salud pública, la equidad en el gasto y el acceso, las licencias y la producción de medicamentos, etc., y por ende, en la preparación de medidas atenuantes. Por tanto, no se ha generado capacidad anticipatoria para prever y afrontar los efectos indeseables de la integración en los sistemas y políticas de salud.

Periódicamente, los procesos de integración entran en crisis debido a los desequilibrios comerciales, los acuerdos bilaterales o multilaterales con otros bloques o países, o los conflictos políticos y económicos entre países fronterizos, aspectos que no son exclusivos de la Región Andina. Cabe mencionar las políticas proteccionistas y las devaluaciones que han practicado algunos países y afectan a sus vecinos (por ejemplo, Brasil en el gobierno de Cardoso frente a Argentina), los conflictos fronterizos en torno al desarrollo industrial y su impacto ambiental (Argentina y Uruguay) o los repetidos intentos y acuerdos bilaterales que llevan a cabo los países que forman parte de la Comunidad Andina de Naciones y el MERCOSUR con la UE, Estados Unidos y otros países (recuérdese el conflicto reciente en la Comunidad Andina de Naciones y el retiro de Venezuela, motivado, según lo expresan sus líderes, por el acuerdo de TLC de Colombia y Perú con Estados Unidos).

Ecuador tiene una distribución demográfica con un 63,5% de la población entre 15-64 años y un 30,1% entre 0 y 14 años, y cuenta con una tasa de crecimiento

del 1,42%, una tasa de mortalidad infantil del 19,06 (x 1000 nacimientos) y de mortalidad materna de 140 muertes (x 100.000 nacidos vivos). (INEC, 2011) El perfil epidemiológico del Ecuador combina enfermedades de la pobreza, con enfermedades crónicas y una carga de la violencia. En 2011, las principales causas de mortalidad fueron: Diabetes Mellitus, enfermedades hipertensivas y cerebrovasculares, demencia y la enfermedad de Alzheimer, los accidentes de transporte por tierra, influenza y neumonía, agresiones (homicidios), cardiopatía isquémica, cirrosis y otras hepatopatías y enfermedades prevenibles con vacunación. El sistema de salud de Ecuador está compuesto por dos sectores, público y privado.

Entre los años 1980 y 1990, se implementó en muchos países de América Latina la reforma del sector salud lo que llevó a la reducción del gasto público en ese ámbito, con limitaciones en la oferta pública para el control de la enfermedad, y un paquete mínimo de servicios, y con un crecimiento concomitante del sector privado. A primera vista, Ecuador parecía seguir un patrón diferente: gracias a las masivas movilizaciones de las organizaciones sociales (CONAIE, Seguro Social Campesino, FENOCIN, entre otras) no se implementó de manera formal, a pesar de los muchos planes para reformar el Ministerio de Salud y el Seguro Social de Salud. No obstante, muchos elementos de la reforma neoliberal del sector de la salud están presentes, tales como la reducción severa de los presupuestos públicos, el seguro de salud con cobertura limitada para grupos específicos, y la subcontratación de proveedores privados. Con todo el sector de la salud sigue siendo segmentado y fragmentado, lo que en parte explica el difícil acceso al sistema de salud y el mal estado de salud de la población.

El gobierno de Correa preparó un plan a largo plazo para reorientar las políticas de salud y fortalecer el sistema de salud pública hacia la construcción de un sistema de salud nacional integrado y único, pero su aplicación es extremadamente lenta. (De Paepe et al, sin fecha; Tejerina Silva et al, 2009) Al principio de esta década se instauró por ley, garantizar servicios de salud gratuitos, así como estrategias para aumentar la cobertura de salud, incluyendo la contratación de un gran número de nuevo personal de la salud y la inversión en infraestructura y equipamiento. La inversión en salud ha aumentado desde 614 millones de dólares de 2007 a 1243 millones en 2010. La inversión total ascendió a 3,433 millones. (Informe del Taller, 20/05/2015) Hubo inversiones importantes en infraestructura hospitalaria. En la nueva Constitución, se estableció como un derecho constitucional a existencia de un sistema de salud público. El Ministerio de Salud Pública (MSP) ha actualizado recientemente su estructura organizacional, en consonancia con el nuevo modelo de atención integral que abarca a la familia, la comunidad y la salud intercultural (MAIS). Igualmente, el "Bono de desarrollo humano" (BDH) exige a las madres beneficiarias que acudan con sus hijos al sistema preventivo de salud pública. (Informe del Taller, 20/05/2015) Las OSC activas en el sector de la salud opinan que el impacto de esta medida hasta entonces ha sido bastante limitado.

Se ha indicado a menudo que ha habido falta de planificación para canalizar el presupuesto para el sector salud y que no siempre contribuyó a las condiciones prioritarias de la salud como prevención y promoción, sino que más bien favoreció al sector privado (más caro). Así, gran parte de la inversión en el sector salud respecto a los medicamentos, insumos y equipos para consolidar monopolios privados en el sector. (Salud y Derechos, 2015) Además, a pesar de la gran

inversión en el sector salud, indicadores importantes de mejora de la calidad de vida no se han visto afectados, así: en un promedio para los años 2012 y 2013, la Mortalidad Materna es significativamente más alta en aquellas mujeres autodefinidas o caracterizadas por sus familiares como indígenas y afro ecuatorianas, con razones promedio para los dos años que varían entre 117,1 indígenas, y 186,5 afro ecuatorianas x 100.000; mientras que entre las mujeres montubias, mestizas o blancas, para esos mismos años, las cifras oscilan entre 27,2 y 48,6 x 100.000 . Asimismo, a pesar de la inversión social importante, la desnutrición crónica cayó apenas 1,5% en los periodos de gobierno del economista Rafael Correa. (Noboa, 2015)

La falta de información oficial que se agudizó con el Gobierno actual, toda vez que no es posible obtener datos sobre Mortalidad Materna, vigilancia epidemiológica, transmisión de VIH sin que sean monitoreados por la Secretaría de Comunicación; es una fuerte debilidad en el sistema de salud público: con la poca información “independiente” es dificultoso evaluar el sistema, o los efectos de las decisiones tomadas.

Finalmente, la crisis económica se considera una amenaza para el sistema de salud, ya que afectará directamente al cumplimiento de las inversiones con menor presupuesto público. Por otro lado, el TLC con Europa o cualquier TLC, es de alto riesgo para la salud global, por el tema de las patentes y por la posibilidad de que empresas transnacionales entren en la competencia del mercado.

La regulación actual del sistema de Salud en cuanto al Régimen Contributivo promueve la existencia de fallas de Mercado derivadas del poder de Mercado, las cuales se crean paradójicamente por una preocupación del regulador por la calidad en la prestación del servicio y de la simetría de la información, originadas

en la captura de la decisión de riesgo propias de los costos de agencia de intermediación y la integración vertical. Estas fallas no solo generan Fuertes ineficiencias al Sistema de Salud sino que permite ilegítimas costas de la indebida provisión de los servicios d salud para los usuarios.

Sin un Estado regulador o con una regulación que promueva las fallas de mercado antes de reducirlas o aviarlas, se corre el riesgo de que la entrada de capital privado en sectores tan sensibles como el de la salud genere un desarraigo institucional del Mercado que en contraste con el interés general ceda ante intereses privados.

### **3.4 Análisis Constitucional de la Salud**

Son claves los artículos 358 al 366 en la Constitución de la República sobre la salud, pues aquí se proclama el derecho a la protección de la salud y se establecen los derechos y deberes de todos los ciudadanos al respecto, o sea que, hoy lo que se exige de los poderes públicos y privados es que presten un mejor servicio en esta materia, en atención fundamentalmente al respeto de la dignidad del ser humano, que como he manifestado en líneas anteriores, es la principal característica del Estado constitucional de derechos y justicia.

Recordemos que el Art. 32 de la Constitución de la República, trata sobre el derecho a la salud, al manifestar lo siguiente:

“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”.

De tal manera, el Gobierno tiene la obligación de cuidar la salud del pueblo ecuatoriano. Obligación que solo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptados, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena manifestación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar.

La salud es un concepto complejo que comprende: aspectos objetivos y subjetivos, formales e informales, que se modifican con el tiempo a la vez que se modifica la cultura y las condiciones sociales y ambientales de la sociedad.

La OMS señala con razón “Que el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano y que los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual solo puede

ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas”, y agrega que la salud no solo es una meta social deseable por sí misma, sino que también se reconoce como un elemento indispensable para el desarrollo económico social de un pueblo, de este modo la salud y el desarrollo, no se contemplan como fenómenos unidireccionales, sino más bien como elementos interactivos con implicaciones de largo alcance. Por esta razón la Asamblea Mundial de la Salud en la 23va asamblea de mayo de 1970 señaló “El análisis y la evaluación de datos sobre el estado de salud de la población mundial y sobre las condiciones de higiene del medio, cuya protección y cuyo mejoramiento son indispensables para la vida y la salud de la generación actual y de las venideras, con objeto de determinar las tendencias generales de la situación sanitaria del mundo y el establecer una estrategia adecuada respecto a las orientaciones más eficaces a largo plazo para el desarrollo de la acción sanitaria y para el progreso de las ciencias médicas”.

De todo lo anotado se desprende, que el vehículo más importante para alcanzar un nuevo orden sanitario, es la atención primaria de la salud, que no ha de considerarse como algo aparte del sistema general de atención de salud, ni con una solución milagrosa polivalente de todos los problemas de asistencia médico sanitaria, ni tampoco ciertamente como el único instrumento creador de la salud para todos.

La Corte Constitucional de transición, en la sentencia 0012-09-SIS-CC, publicado en el Registro Oficial Suplemento No. 58 del viernes 30 de octubre de 2009, ha manifestado que el derecho a la salud es de carácter justiciable, a raíz del

incumplimiento de la resolución No. 0244-2008-RA del 14 de julio de 2008, dictada por la Tercera Sala del ex Tribunal Constitucional y en dicho fallo se determina que dicho incumplimiento realmente existió y en qué consiste la reparación integral de los daños causados. Más aún reconoce a la salud como un derecho constitucional y se percató de la necesidad de determinar con claridad el titular de dicho derecho, el deudor de las obligaciones, en estos casos positivos y negativos, además el alcance de sus obligaciones, restricciones y limitaciones. En resumen señala que el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social es responsable de aportar sistemas y programas de salud a sus jubilados y asegurados, por lo que cuenta con sinnúmero de dispensarios médicos y hospitales, debiendo abstenerse de impedir el acceso a dicho servicio, por lo que también cuenta con una Comisión Especializada para reembolso de gastos, que, por motivos fortuitos, los asegurados se vean en la obligación de contraer en razón de preservar su salud (El texto de la sentencia mencionada consta al final del presente trabajo).

Insisto que la OMS señala “Que la salud no es meramente la ausencia de una enfermedad determinada, sino un estado de completo bienestar físico, mental y social, definición aceptable, pero que no cabe llegar a sus últimas consecuencias: muchos individuos, sin duda sanos, no se adaptan rigurosamente a aquella definición.

Entre salud perfecta y estado de enfermedad existen numerosos estados intermedios. Con todo se puede admitir que la salud es la normalidad de la vida, y que ésta consiste en la adaptación y armonía entre el individuo y el cosmos”.

Agrega “La línea divisoria entre salud y enfermedad es convencional; existen en el estado normal unos límites en las constantes ideológicas del medio interno, que por su variabilidad expresan lo que dejamos apuntado [...] Cuando en un individuo, por cualquiera de estas causas, se establece una dolencia, se dice que está enferma; esto es sufre una enfermedad”.

La Revista Vanguardia No 272, del 09 de enero de 2011, señala que la Organización Mundial de la Salud editó el Gran Mapa de la Salud de 2010, donde se recopila la información de los 193 estados miembros en todo el mundo; y en dicho documento se muestra la relación entre la situación de la salud y la inversión que hacen los estados, ONG's y sectores privados, haciendo énfasis en el interés de la salud infantil, sobre las tasas de mortalidad, tuberculosis, VIH, difteria, malaria [...].

Se aclara que uno de los objetivos de la OMS es establecer la importancia que las sociedades dan a la salud y la inversión o el gasto en la infraestructura, aclarando que la media mundial se encuentra en una inversión de entre 500 y 1.500 dólares de per cápita, lo cual se traduce en una esperanza de vida al nacer entre los 70 y 77 años, especialmente en América; pero también hace hincapié que no todos los países gozan de una calidad de vida digna, y todavía hay niños que mueren de hambre en el mundo, por lo que hay que establecer estrategias a futuro, que mejoren la salud y calidad de vida mundial.

En el Suplemento del Registro Oficial No. 300 del día jueves 14 de octubre de 2010, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, dicta una resolución, sobre el

tarifario del seguro general de salud individual y familiar para la atención médica de los asegurados, estableciendo las tarifas que se deben pagar sobre varios servicios médicos y odontológicos.

Hay que recordar que la Seguridad Social está garantizada como derecho en los Arts. 367 al 374 de la Constitución de la República, y en él se establece la responsabilidad y las funciones del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, recalcando que el sistema de seguridad social es público y universal, y que se guiara por los principios del sistema nacional de inclusión y equidad social y por los de obligatoriedad, suficiencia, integración, solidaridad y subsidiaridad, conforme tengo manifestado en páginas anteriores.

Es menester señalar, que hoy se dice que la dignidad humana es la estructura intocable en sus cimientos y que sólo se ha maquillado a los fenómenos sociales con un discurso que no llega a respetar la dignidad humana; y esto esperemos que no suceda en el gobierno de la revolución ciudadana, toda vez que el pueblo ecuatoriano el 28 de septiembre de 2008 se pronunció por un proceso de cambio en el país, al haberse aprobado la Constitución de la República en el Registro Oficial 449 del 20 de octubre de dicho año, en el cual conforme señalo en líneas posteriores la salud es uno de los derechos primordiales que garantiza la nueva Constitución.

En conclusión, hay que señalar que en el sector de la salud y la familia se encuentran algunos de los nuevos programas de salud más importantes, toda vez que influyen en la morbilidad del individuo y de la colectividad, de tal modo que la

salud depende en gran parte del medio social y físico de la familia y de su estilo de vida y su comportamiento.

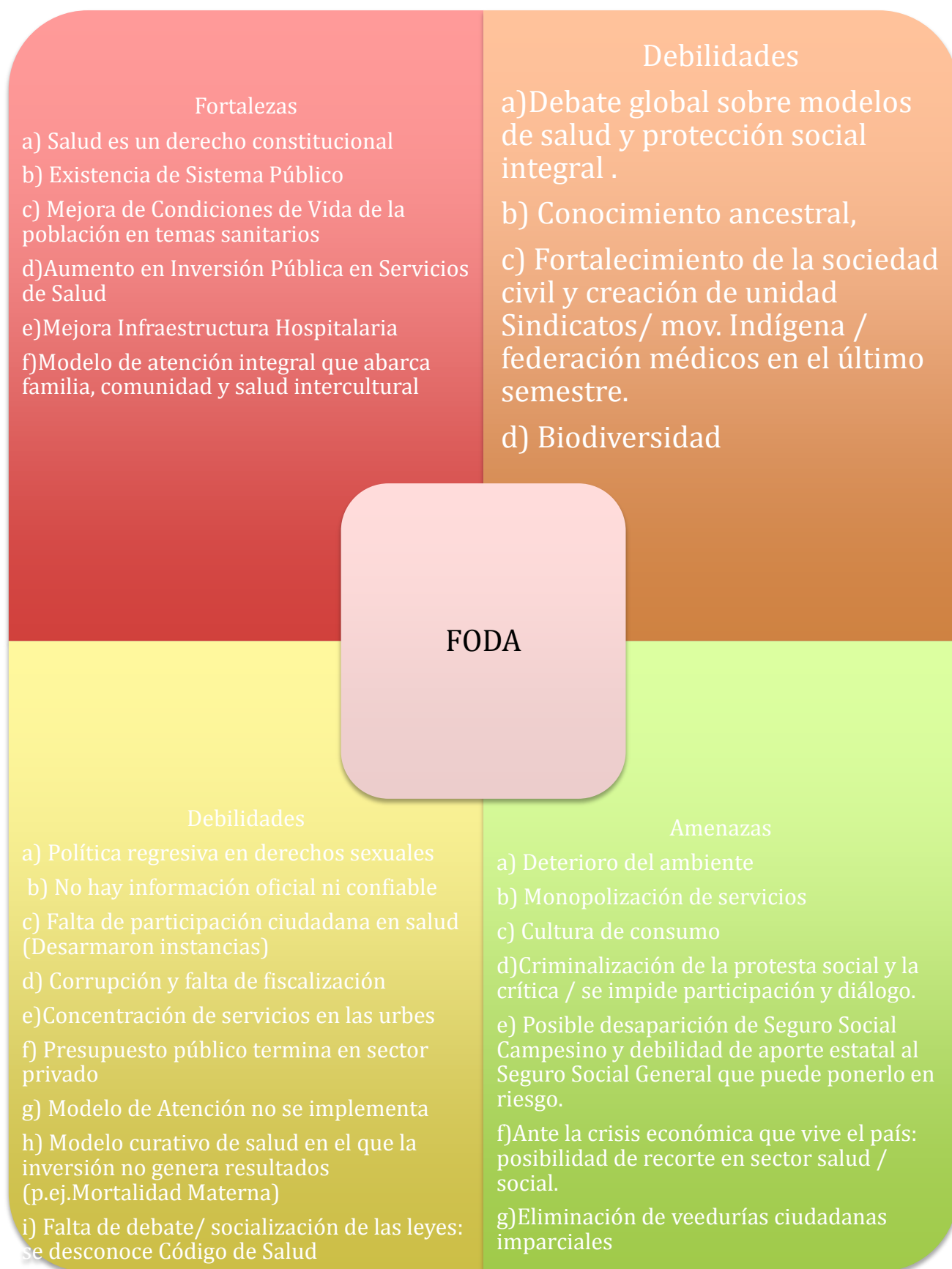
En primer lugar hay que señalar que las distintas administraciones públicas, de acuerdo al ordenamiento jurídico del país, son instrumentos al servicio de los ciudadanos, porque su funcionamiento y procedimientos, garantizan la adecuada gestión de los asuntos públicos; y la salud, al ser un valor esencial en la vida de toda persona, debe estar considerada de esta forma en el dispositivo asistencial que cuida de su protección y tutela, de manera que se acentúen las garantías para un ejercicio efectivo de ese derecho constitucional a la protección de salud, que está regulada en la Constitución de la República, en los Arts. 32, 358 al 366; además sobre la seguridad social tratan los Arts. 367 al 374.

Vale la pena mencionar nuevamente como lo hago en varios trabajos que he publicado, que existen valores éticos que debemos cumplir todos los funcionarios públicos como son el de libertad, objetividad, verdad, buena fe, interés social, común y público e información. Pues la actividad pública, al comportar el ejercicio de actividades administrativas, debe ser expresión de actitudes objetivas presididas por la ética pública y también por la ética que afecta comportamiento de los ciudadanos. Mas aún recordemos que el Art. 21 del Código Orgánico de la Función Judicial, dispone el principio de probidad, al señalar que “La Función Judicial tiene la misión sustancial de conservar y recuperar la paz social; y garantizar la ética laica y social, como sustento del quehacer público y el ordenamiento jurídico”, de lo cual se colige que el servidor público, en este caso el de salud, debe seguir el camino de la rectitud en su quehacer diario y como tal su dedicación debe estar orientada al ciudadano como usuario de los servicios

públicos, y especialmente en este caso el de la salud, el cual por ser un derecho fundamental, debe contar con garantías de seguridad y confianza.

Hay que señalar que la promoción y fomento de la salud son aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención de carácter educativo e informativo, individual o colectivo, tendientes a crear o reforzar conductas y estilos de vida saludables, y a modificar o suprimir aquellos que no lo sean. Sin embargo, también están orientadas a informar sobre riesgos, factores protectores, enfermedades, servicio de salud, derecho y deberes de los ciudadanos en salud, como también a promover, estimular, incentivar y concretar la participación social en el manejo y solución de sus problemas.

Grafico 3.1.Foda



Elaborado por: María Belén Palacios A.

## **CAPÍTULO IV**

### **CONCLUSIONES**

- Debe existir un marco jurídico estatal que permita la garantía de acceso a los servicios públicos de manera eficiente, eficaz y oportuna.
- El Estado en una situación de crisis no puede ni debe disminuir el presupuesto de inversión en el campo de salud y educación, pero esta inversión debe ser más óptima.
- Referente al primer objetivo específico, se ha visto que la mejora tanto e infraestructura como en inversión ha sido alta en nuestro país durante el último quinquenio pero esto no quiere decir ni es equivalente a que el derecho constitucional de salud no se encuentre vulnerado por la falta de eficiencia el servicio.
- El marco jurídico constitucional del Ecuador en materia de salud es amplio y de una cobertura de tipo universal incluso prometiendo cosas que tal vez no se puedan cumplir o que hasta el omento no han sido cumplidas, es importante que las leyes que se crean vayan de la mano no solo de la constitución si no del sistema en general.
- Finalmente las políticas públicas de los países miembros de la CAN no difieren de las aplicadas en el Ecuador, mucho menos entre ecuador y Bolivia que son copias casi idénticas, son políticas que se aplican al momento es decir intervencionistas. Lo que marca una diferencia entre Colombia y Perú es que están abiertos a la inversión extranjera que permite que exista cobertura de salud de tipo privada y no dependa el pueblo de un sistema de salud público.

## RECOMENDACIONES

- Los derechos tanto de salud como de educación nunca deben ser mermados por crisis económicas o por disminución en el presupuesto estatal ya que son pilares y ejes transversales de un Estado de Derechos y Justicia.
- No debe disminuirse el presupuesto de la salud lo que debe buscar es que con el mismo presupuesto ampliar la cobertura de salud en lugar de que llegue a 1 o 2 millones de personas ojala que lleguen a 4 o 5 millones de personas con el mismo presupuesto de esa manera no se ha reducido el presupuesto pero se la ha vuelto más óptimo y eficiente, porque el costo por persona por paciente si es preventiva la medicina. El costo por la persona que ha sido prevenida de alguna enfermedad realmente ha sido más económico para el Estado ecuatoriano, debe racionalizar el uso de recursos volviéndolos más óptimos gerenciándolos de mejor manera el sistema de salud y el presupuesto de salud para que llegue a más personas.
- Disminución de brecha entre el sector rural y urbano, pues es evidente que el acceso que tienen las personas que viven en la ciudad es más elevado al de las personas ubicados en sectores rurales, el costo de acceso debe ser el mismo para que pueda existir una equidad mas no igualdad entre las personas
- Instrumentos de óptima calidad con profesionales de calificados y salarios eficientes.

- Recursos, bienes y necesidades. Recursos suficientes, con bienes necesarios y de óptima calidad que satisfagan desde las necesidades más básicas hasta las más altas de todos quienes tiene acceso al sistema de salud.
- Políticas intersectoriales y la consolidación del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, las políticas públicas deben cumplir dos roles específicos que sean eficientes es decir en el momento oportuno y óptimo; y que estas no vulneren ni dejen fuera a ningún grupo vulnerable de atención prioritaria, es decir, que no se incumpla con lo establecido en la Constitución, siendo el derecho a la salud un punto clave y eje de desarrollo de muchos otros derechos humanos.
- Entre abogados y economistas hasta hace muy poco se han dado las espaldas, ya que se entendía o se creía que las ciencias económicas y el derecho no iban de la mano, sin embargo en las últimas décadas a partir de los años 80 los abogados y estudiantes de derecho hemos visto la necesidad de ocupar herramientas jurídicas que permitan medir o valorar el impacto que tiene un sistema jurídico y las normas que en si lo componen dentro de una sociedad, para así poder evitar la vulneración de derechos y el aprovechamiento y mejoramiento de políticas públicas que permitan el adecuado acceso a los derechos que consagran especialmente la Constitución para que esto no se encuentre solamente en el papel si no que se vean plasmadas y aterrizadas en la vida diaria de los ciudadanos.

## ANEXOS

### 1. Entrevista Economista Diego Proaño

Decano de la Facultad de Auditoria y Contabilidad UTA

PREGUNTA	RESPUESTA
<p>1. ¿Es económicamente positivo para el Estado dar todo y para todos gratis en el ámbito de la salud? Desde un análisis Costo – beneficio</p>	<p>Creo que no es tan optimo que el Estado sea el proveedor de todo , aun siendo el sector de salud un sector tan vulnerable que reconoce la Constitución de la Republica, un sector donde está obligado el Estado a dotar el de este servicio a la población , debe optimizar porque debemos recordar que poseemos recursos muy limitados y necesidades de la población en salud ilimitados , de manera que yo considero que debe optimizar los recursos, es decir que el presupuesto que asigna a la salud anualmente que es el 2% debe ser optimizado, para que con un presupuesto gerenciando de mejor manera a través de los mecanismos y entidades de salud pública puedan dar más atención del servicio de salud pública a la mayor cantidad de gente, no es necesario ampliar</p>

	<p>más ni que el Estado se cargue del 100% de la obligación para poder dotarles absolutamente de todo a todos porque eso también le volvería ineficiente al Estado en el sector de la salud.</p>
<p>2. Los bienes públicos poseen dos características básicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NO existe rivalidad en su consumo</li> <li>• No existe la posibilidad de excluir a nadie de su consumo</li> </ul> <p>¿Considera usted que se está cumpliendo con estas características en el ámbito de la salud?</p>	<p>En el caso ecuatoriano en los últimos años SI, porque hemos visto que el sector de salud es bastante exclusivo , ahora podeos ver primero la calidad de salud ha mejorado la infraestructura hospitalaria, la calidad , el personal dl sistema de la salud se ha incrementado , el presupuesto de la salud es mayor, por lo tanto se ha vuelto más inclusivo, para la gente que realmente necesita y eso es muy bueno para la economía de cierta manera si es que se focaliza mejor la prestación de servicio de salud a quienes más necesitan finalmente es como un ahorro que les permite , una tranquilidad de que si les sucede algo el sistema de salud pública es muy bueno para que puedan acceder libremente y ojala que quienes tienen las posibilidades den el espacio para quienes no tengan y utilicen ese espacio y recursos verdaderamente en ellos.</p>

<p>3. ¿Existe una adecuada interacción entre recursos, bienes y necesidades en el sector de la salud? ¿Quién regula el Estado o el mercado?</p>	<p>El Estado, en el Ecuador es regulado por el Estado porque naturalmente la salud es una necesidad familiar publica que debe ser atendida por el Estado y claro hay la salud privada también creo que el sistema de salud en general debe estar regulado no controlado por el sector público, por las entidades , debe haber una ley para el tema de salud debe haber un Ministerio que regente el tema de salud , debe haber muchas subsecretarias que cubran todo aquello, entonces el llamado a esto es el Estado, no se puede permitir que sea como un negocio , como una mercancía , en donde el sector privado el mercado sea quién ponga el precio porque no se puede negociar con la salud ni con la vida de las personas de tal manera que el obligado en cualquier modelo económico a proveer el sistema de salud es el Estado.</p>
<p>4. ¿Cómo emplear recursos escasos para producir bienes y servicios suficientes para satisfacer necesidades</p>	<p>Bueno un país como el Ecuador primero dolarizado en donde el Banco Central no tiene la capacidad de emitir dinero y sacar a circulación como antes lo hacía u otros países si lo pueden hacer, segundo no teniendo dinero propio no puede devaluar su moneda como lo hace Colombia, Perú , lo han hecho todos los países de</p>

ilimitadas?	<p>Sur América y abaratan sus costos de bienes y servicios casa adentro, entonces que nos queda a nosotros cuando tenemos una moneda ajena y cuando esta es sobrevaluada , es carísima, nadie puede acceder a nuestro mercado más que nosotros que ganamos en dólares, que se puede optimizar sabiendo que el ingreso petrolero ha disminuido que es una fuente de casi el 50% del presupuesto general del Estado, se debería dar prioridad , aquí hay dos sectores muy importantes de la economía nacional para las familias la salud y la educación , creo que son dos cosas que no se deben topar y ante cualquier vicisitud disminuir el presupuesto general del Estado el ámbito de la salud no puede ser topado para nada el sacrificio debe irse para otro tipo d sectores seguramente para la inversión social o para la inversión en obra pública pero no en el ámbito de la salud de tal manera que aun con reducción de presupuesto estatal con menos ingresos del gobierno el sector de la salud debe ser optimizado es decir con pocos recursos hay que buscar que se optimicen de mejor manera que con esos mismos recursos volverles más productivos más eficientes y pueda llegar a mayor número de gente.</p>
-------------	--

<p>5. ¿Cuáles serían los criterios de racionalización para disminuir la inversión del presupuesto anual del Estado que es asignado a la salud?</p>	<p>Bueno, yo insisto no debe disminuirse el presupuesto de la salud lo que debe buscar es que con el mismo presupuesto ampliar la cobertura de salud en lugar de que lleve a 1 o 2 millones de personas ojala que lleguen a 4 o 5 millones de personas con el mismo presupuesto de esa manera no se ha reducido el presupuesto pero se la ha vuelto más óptimo más eficiente porque el costo por persona por paciente si es preventiva la medicina , el costo por la persona que ha sido prevenida de alguna enfermedad realmente ha sido más barato para el Estado ecuatoriano, debe racionalizar el uso de recursos volviéndolos más óptimos gerenciandolos de mejor manera el sistema de salud y el presupuesto de salud para que llegue a más personas.</p>
<p>6. ¿Qué considera más importante eficiencia o equidad en el cumplimiento del derecho de salud?</p>	<p>Yo considero que deben ir los dos , pero para que vayan los dos o se puedan cumplir los dos el sistema primero debe ser eficiente , si desperdiciamos los recursos es decir si le volvemos ineficiente nunca podemos darle equidad a la sociedad seguramente mucha gente se va a quedar sin atención de salud , entonces como hacer para que todas las personas que verdaderamente necesitan de la salud pública a</p>

	<p>menor costo o con subsidios pueda llegar a ellos es volviéndole al sistema eficiente ¿cómo volverlo eficiente? Utilizado los pocos recursos que tenemos porque no podemos ampliar los recursos ya que no nos da el presupuesto estatal entonces eso que la eficiencia consista en optimizar el presupuesto es decir gastar menos recursos pero atender a más personas luego de eso una vez que le presupuesto se ha vuelto eficiente ahí si podemos hacerlo más inclusivo más equitativo para que sean más beneficiarios.</p>
<p>7. ¿Qué tipo de externalidades tanto positivas como negativas deben ser tomadas en cuenta al momento de crear políticas públicas para la salud?</p>	<p>Bueno hay algunas externalidades que ya hemos visto en estos dos últimos años en el país, por ejemplo los fenómenos naturales esas son externalidades que no son consideradas en los presupuestos estatales pero que son verdaderos y que tarde o temprano llegan y que los gobiernos tienen que invertir en eso a pesar que no estaban considerados dentro de sus presupuestos, una pandemia aquí hemos vivido el SICA el Chicungunya , el paludismo, el dengue que tampoco han sido considerados en la parte presupuestaria pero que llego a la economía nacional, a la gente , como política de salud pública tenía que atender a la gente que tenía</p>

	<p>esos problemas, entonces esas deberían ser las externalidades además hay otras externalidades muy fuertes el precio del petróleo, la devaluación del dólar, la debilidad de los gobiernos , la poca gobernabilidad que tiene el gobierno, todo eso se considera como externalidades y el rato de hacer política pública de poner presupuesto para la salud pública se deben considerar esas como variables que de todas maneras poco o mucho terminaran afectando al sector de la salud publica</p>
--	--

## **ANÁLISIS**

Desde la perspectiva del Economista Diego Proaño el sistema de salud ecuatoriano en los últimos años ha recibido gran atención por parte del Estado, pues puso como pilares fundamentales de su plan de gobierno a la educación y la salud, sin embargo de esto se reconoce la gran labor que se ha venido efectuando a pesar de las múltiples inconveniencias que han surgido , por las externalidades que no se tomaron en cuenta para realizar el presupuesto estatal anual, no se debe nunca menoscabar el acceso a la salud sobre todo de los grupos más vulnerables de la salud ya que debemos entender que la eficiencia consiste que con los Mismo recursos lograr que mayor número de personas tengan acceso a este servicio.

## 2. Entrevista Ab. Marcelo Espinel

Fundación Desarrollo y Ciudadanía

FUNDAMEDIOS

PREGUNTA	RESPUESTA
1. ¿Cómo calificaría el esquema de salud vigente en Ecuador?	Sin duda ha existido un incremento bastante alto alrededor respecto de la cantidad de dinero que se ha invertido en los últimos diez años pero esta inversión va de la mano con una mayor imposición tributaria hacia la ciudadanía y adicionalmente de mayores ingresos petroleros se debería analizar en este caso si es que este dinero fue utilizado únicamente para mejorar la infraestructura en salud o para mejorar la calidad de atención en salud , a que me refiero tal vez invertimos este dinero en médicos que atiendan a los ciudadanos mejor capacitados , mas

	<p>médicos en vez de más hospitales , entonces sí creo que es necesario un análisis más profundo de cómo se invirtió este dinero en salud para determinar el verdadero impacto.</p> <p>Netamente relacionado en el tema presupuestario habido un aumento tangencial de infraestructura hospitalaria en el Ecuador pero también deberíamos analizar si los procesos contractuales se elaboraron de manera adecuada son varias denuncias de adquisición de equipos que hasta la fecha no funcionan o por ejemplo adquisición de medicinas, ambulancias que no fueron realizadas en el costo real mismo que se consideró como un mayor gasto para el Estado.</p>
2. La Constitución ecuatoriana en	Creo que ese es un gran

<p>el artículo 32 menciona que la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. ¿Cuál es su criterio frente a este postulado?</p>	<p>avance en nuestra constitución debemos comprender que la salud no se refiere únicamente a la situación física biológica de los individuos sino que también tienen muchos más componentes que son necesarios para garantizar calidad de vida plena plenitud en la vida de los individuos, y esto se refiere a la actividad física , al desarrollo emocional, a la estabilidad mental de los ciudadanos y creo que esta visión más integral que corresponde en la salud está de acuerdo a lo que se desarrolla la sociedad y precisamente ese es el rol que tiene las leyes.</p>
<p>3. ¿Cree usted que la privatización en el sistema de salud como es el caso de Chile, mejoraría la garantía de derechos constitucionales en el</p>	<p>Bueno, yo creo que sí, que si es necesario privatizar los servicios de salud sin que eso implique la responsabilidad que tiene el Estado de facilitar que</p>

Ecuador?	<p>los sectores menos favorecidos de la sociedad puedan acceder a estos sistemas de salud, porque creo que es una buena alternativa? Porque precisamente la libre competencia es lo que hace que los precios bajen y la calidad aumente , creo que se ha demostrado a nivel mundial que los Estados no siempre son buenos otorgando servicios y sería algo bastante interesante que así como se ha planteado el caso chileno también se puedan ver otras experiencias en las cuales las empresas privadas otorgan los servicios de salud y estos deben ceñirse a los parámetros establecidos por los Estados , de manera transparente pero sobre todo también los Estados deben buscar que los sectores de la sociedad menos</p>
----------	--

	favorecidos puedan acceder a estos servicios mediante diferentes mecanismos de compensación o ayuda .
4. ¿Qué logros y que falencias cree que muestra la Constitución actual en cuanto al derecho de la salud?	Yo realmente no veo una falencia en relación de la Constitución del 98 y la actual respecto de los derechos de la salud más bien la interrelación que se establece entre el derecho a la salud y otros derechos veo que es un avance pero que también obliga al Estado en este caso a llevar a la realidad este garantizo mucho más amplio que establece nuestra constitución actuar de una manera mucho más coordinada y precisamente buscará desarrollo integral del ciudadano entendiendo que la salud incorpora todos estos componentes
5. ¿qué acciones debería tomar el	Creo que hay que partir hacia

<p>Estado para la distribución de los recursos escasos que permita maximizar el nivel agregado de salud y así evitar una vulneración de derechos en rango constitucional?</p>	<p>dos lados , el primero es que nuestra Constitución claramente establece esta obligación de utilizar ingresos permanentes para gastos permanentes y d manera muy excepcional utilizar ingresos no permanentes para egresos no permanentes , entonces la salud es uno de los sectores que económica y presupuestariamente más bien está blindado por nuestra constitución pero precisamente creo que la alta carga tributaria que se ha generado en los últimos anos está destinada también para sostener este nuevo sistema de salud que tenemos en el país que precisamente aumentado su número de médicos, de infraestructura misma que requiere de mantenimiento y con el pasar del tiempo es un</p>
---	---

	<p>gasto bastante alto que si no es manejado de manera adecuada en posibles crisis futuras podría dar problemas , cuando nosotros adquirimos bienes grandes nosotros necesitamos bastante dinero para mantener esos bienes grandes tal vez una salida seria privatizar parcialmente ciertos sectores de la salud recordando siempre que la privatización debe ir de la mano de ciertas compensaciones para los grupos menos favorecidos.</p>
<p>6. ¿Considera Ud. posible que exista una garantía total y universal de este derecho? En caso de ser negativa la respuesta ¿se estarían violando derechos constitucionales?</p>	<p>La normativa es clara, el Estado está en la obligación de garantizar el derecho a la Salud, no existe ninguna causal o excusa en la cual el Estado se vea no obligado a cumplir con esta disposición constitucional y que no solo es de este rango sino que también</p>

	<p>se encuentra contenido en tratados internacionales que el Ecuador ha ratificado es por eso que el Estado tendrá que en el caso de que exista alguna restricción presupuestaria buscar el mecanismo para garantizar este derecho humano.</p>
--	--

## ANÁLISIS

De la entrevista se puede desprender que ha existido un gran aumento de inversión en el ámbito de salud pública, sin embargo de esto hay que mencionar que es más importante que lo que se plasmó en la Constitución actual se vea materializado y se pase a la acción mediante políticas públicas eficientes, que den cobertura de salud a los grupos más vulnerables, y una de esas posibilidades es la privatización siempre y cuando el Estado ayude a estos grupos de zonas rurales o escasos recursos económicos tener acceso al mismo. El Estado siempre debe garantizar los derechos sea cual sea la situación en la cual se encuentre.

### 3. Entrevista Ab. Giuseppe Cabrera

Diplomado en Defensa Internacional de Derechos Humanos-  
Universidad de Zaragoza

Líder Emergente- Victoria Edwards Academia de Ciencias y Artes  
Políticas de Washington

Articulista Diario La Hora y Periódico En line la Republica

Director del Programa “Zona Franca”

PREGUNTA	RESPUESTA
<p>1. ¿Cómo calificaría el esquema de salud vigente en Ecuador?</p>	<p>Creo que el sistema de salud debería ser una de las prioridades que mantenga cualquier gobierno, yo siempre he creído que existen tres ejes fundamentales que tiene que tener un Estado que es salud, seguridad social y empleo y educación entonces estos tres ejes deberían ser captados por el Estado desde mi visión ideológica el tema de la salud habido avances , avances progresivos sobre todo económicamente en el presupuesto pero han sido</p>

	<p>marginales en relación a la cantidad de recursos que ha ingresado al Estado, más o menos se habla de 200 millones pero este Estado ha manejado más de 10 mil millones de dólares . Se ha centrado mucho en la infraestructura , hospitales enormes lo que es bueno, pero el problema es que no hay la dotación suficiente , no existen medicamentos conozco esto de primera mano que incluso los pacientes tienen que ir a comprar a fuera, por otro lado la falta de médicos especialistas , recién esta semana el Estado anuncio que existe una demanda por parte del sistema de salud muy grande de necesidad de médicos especializados, porque hay gran cantidad de médicos en áreas general pero</p>
--	--

	<p>esta falta de especialidad es culpa del gobierno que no ha buscado especializar a los médicos para así tener muchas más amplitud y cobertura de salud mejor para los ciudadanos.</p>
<p>2. La Constitución ecuatoriana en el artículo 32 menciona que la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. ¿Cuál es su criterio frente a este postulado?</p>	<p>Creo que más allá de posturas ideológicas que creen que el Estado no debería hacerse cargo de la salud , considero que esa bien que en la Constitución se tome en cuenta pues los derechos de la salud y todo esto que es la categoría de los derechos sociales, culturales, económicos que son derechos que se le pide al estado como una garantía pero que no se puede demandar diferente es el derecho a la libertad a la vida que se puede exigir al Estado, pero estos derechos dentro de la teoría de derechos fundamentales deben</p>

	<p>ser exigidos por la población en la medida que el Estado pueda cubrir estas demandas, El Estado ecuatoriano todavía es un Estado pobre de las tres economías más pobres de Sudamérica con Bolivia y Paraguay, entonces la demanda ciudadana tienen que ser en consideración a la capacidad del Estado de cubrir las mismas, pero a mi modo de ver está bien que se cubra con esto.</p> <p>Una Constitución debería ser o estar más concentrada a estipular la organización del Estado y ciertos lineamientos básicos, hay una verborrea innecesaria pero lo importante es la ejecución teniendo en cuenta los ejes fundamentales y pasar del papel a la práctica.</p>
<p>3. ¿Cree usted que la privatización en el sistema de</p>	<p>Estoy totalmente en una postura diferente porque no</p>

<p>salud como es el caso de Chile, mejoraría la garantía de derechos constitucionales en el Ecuador?</p>	<p>puedo partir de una premisa que el Estado es un mal administrador al contrario creo que el Estado es el menos malo de los administradores , creo que la empresa privada como es legítimo tiene un interés de lucro y por este mismo no va a satisfacer las necesidades de la gente con un interés social como si lo hace el Estado, por ejemplo el sistema de salud de Francia es un sistema estatal , debe haber un sistema de salud privado pero el Estado lo que debe garantizar es a las personas menos favorecidas en acceso a la salud universal y gratuita. Apuntar a sistemas estatales como los nórdicos congestionando el sistema estatal, de independencia al sistema de salud, que los recursos sean destinados por</p>
--	--

	<p>un Banco Central, que sea público sin relación con el Ejecutivo que no depende políticamente.</p>
<p>4. ¿Qué logros y que falencias cree que muestra la Constitución actual en cuanto al derecho de la salud?</p>	<p>La Constitución del 98 estaba a la tendencia contraria a la actual que tenía un claro matiz ideológico , que uno de sus postulados era la economía social de mercado, habido progresos porque ese sistema daba pocas garantías al sistema de salud publico beneficiando al sector privado. Avances buenos, grandes, muchos cambios sería ilógico hacer una nueva Constitución ya que quita seguridad jurídica pero pienso que hay que ser reformas sobre todo en el sistema de salud.</p>
<p>5. ¿qué acciones debería tomar el Estado para la distribución de los recursos escasos que permita maximizar el nivel</p>	<p>El Estado si tiene recursos, pero la asignación que se hace es la incorrecta, apenas del presupuesto anual del Estado</p>

<p>agregado de salud y así evitar una vulneración de derechos en rango constitucional?</p>	<p>del año que va en curso un 10 % estuvo destinado a salud , es bastante bajo en comparación a las otras asignaciones, hablando en nivel porcentual porque es muy diferente hablar en dimensión de dólares pero hay que pensar en el porcentaje que se asignó a las otras dependencias, hay que bajar el gasto corriente es decir sueldos de asesores de gastos superfluos y asignarlos al sistema de salud , de educación.</p> <p>Hay que comprometer a la ciudadanía en ese gasto por ejemplo creando sistemas por grupos colegiados, sector privado y estudiantes y la academia. Plan de reconstrucción a la salud que sea sostenible en el tiempo que no colapse en el tiempo y que</p>
--	--

	<p>garantice los derechos de todas las personas en cualquier situación.</p>
<p>6. ¿Considera Ud. posible que exista una garantía total y universal de este derecho? En caso de ser negativa la respuesta ¿se estarían violando derechos constitucionales?</p>	<p>Es posible que la garantía universal es muy importante ya que no basta con que la salud sea gratuita debe ir de la mano. Concepto de universalidad que todos puedan acceder a ella que las personas que se encuentren en los cascos rurales puedan acceder. Pensar un sistema de salud universal es un tema jurídico así como también en lo material que son las políticas públicas, además que debe existir una corresponsabilidad del sector privado, que exista por parte de los empleadores un adecuado sistema de seguridad social, es altísima la tasa de empleo inadecuado es por eso mismo que colapsa el sistema de salud público</p>

	<p>porque es muy pequeño para la demanda que hay. Debe haber una garantía. Es un compromiso universal que ya se encuentra en tratados internacionales.</p> <p>Si se están violando derechos constitucionales en materia de salud una de ellas fue la ley sobre seguridad social y el 40%.</p>
--	---

## ANÁLISIS

El Ab. Cabrera tiene una posición distinta con una ideología que se centra en la política y como esta influye en los movimientos que ejerce a cada gobierno no se encuentra de acuerdo con la privatización pues considera que el Estado es el mejor administrador y el encargado de garantizar los derechos de salud, se desprende que el incremento de recursos económicos es fundamental e importante en los últimos diez años, sin embargo de esto no solo debe ser infraestructura si no insumos y profesionales especialistas, para garantizar todos los derechos que la Constitución así establece, ya que el Estado si tiene los recursos pero debe saber administrarlos de mejor manera para que en época de crisis exista acceso al mismo sin restricciones y de momento oportuno.

## BIBLIOGRAFIA

- Alexy, Robert (1993): *Teoría de los Derechos Fundamentales* (Centro de Estudios Constitucionales).
- Álvarez, Sergio (1990): "Aspectos del derecho a la protección de la salud como Garantía fundamental de un Estado de Derecho", en *Revista de Derecho Público*, N° 47-48, pp. 219-229.
- Bertelsen, Raúl (1989): "Report on the right to health in Chile", en *The Right to Health in the Américas. A Comparative Study* (H. Fuenzalida-Puelma and S. Scholle, eds., Pan American Health Organization, Scientific Publication N° 509), pp. 166-186.
- Bobbio, Norberto (1984): *Il Futuro Della Democrazia* (G. Einaudi ed., Nuovo Politecnico).
- Bulnes, Luz (2001): "El derecho a la protección de la salud en la Constitución de 1980", en *Actualidad Jurídica*, N° 4 (Universidad del Desarrollo), pp. 131-148.
- Cea, José L. (2004): *Derecho Constitucional Chileno* (Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago).
- Corral, Hernán (1990): "El concepto jurídico de persona. Una propuesta de Reconstrucción unitaria", en *Revista Chilena de Derecho*, vol. 17 (Universidad Católica de Chile, Santiago), pp. 301-321.
- Corral, Hernán (1992): "Admisibilidad jurídica de las técnicas de procreación Artificial," en *Revista Chilena de Derecho*, vol. 19 (Universidad Católica de Chile, Santiago), pp. 439-460
- Den Exter, André y Herklans, Herbert (1991): "The Right to Health Care: A Changing Concept?", en *The Right to Health Care in Several European Countries* (A. den Exter & H. Hermans, eds., Kluwer Law International), pp. 1-10.
- Dworkin, Ronald (1978): *Taking Rights Seriously* (Harvard University Press).
- Eide, Absjorn (1992): "National Sovereignty And International Efforts To Realize Human Rights", en *Human Rights In Perspective: A*

- GlobalAssessment* (A. Eide & Berut Hagtvet Eds., Blackwell Publishers 1992), pp. 3-30.
- Faría, Miguel A. (1999): "Is There a Right to Health Care?", en *Medical Sentinel*, vol. 4 N° 4, pp. 125-127.
- Fernandois, Arturo (2004): "La pildora del día después: aspectos normativos", en *Estudios Públicos*, vol. 95, pp. 91-128.
- Figueroa, Rodolfo (2007a): "Concepto de persona, titularidad del derecho a la vida y aborto", en *Revista de Derecho*, vol. 20 N° 2 (Universidad Austral), pp. 95-130.
- Figueroa, Rodolfo (2007b). "La distinción entre reglas y principios aplicada al Problema de la jerarquía de los derechos humanos en el ordenamiento jurídico chileno", en *Anuario de Filosofía Jurídica y Social*, Sociedad Chilena de Filosofía Jurídica y Social, vol. 25 N° 1, pp. 147-163.
- Figueroa, Rodolfo (2009a): "Justiciabilidad de los Derechos Económicos, Sociales Y Culturales. Discusión Teórica", en *Revista Chilena de Derecho*, vol. 36 N° 3, pp. 587-620.
- Figueroa, Rodolfo (2009b): "Justificación del rol de las cortes haciendo justiciables Los derechos económicos, sociales y culturales, en particular, el derecho a la protección de la salud", en *Revista Chilena de Derecho*, vol. 36 N° 2, pp. 313-342.
- Figueroa, Rodolfo (2009c): "El derecho a la protección de la salud. Orígenes del Precepto constitucional", en *Revista de Ciencias Sociales*, N° 55 (Universidad de Valparaíso), pp. 145-202.
- Figueroa, Rodolfo (2010): "Comentario relativo a la sentencia del Tribunal Constitucional referida a la píldora del día después del año 2008", en *Anuario de Derecho Público*, N° 1 (Universidad Diego Portales), pp. 144-162.
- Giesen, Dieter (1994): "A Right to Health Care?: A Comparative Perspective", en *Health Matrix*, vol. 4, pp. 277-295.
- Gómez, Gastón (2005): *Derechos Fundamentales y Recurso de Protección* (Ediciones Universidad Diego Portales, Santiago).
- Hendriks, Aart & Toebes, Brigit (1998): "Towards a Universal Definition of the Right to Health? ", en *MED LAW*, vol. 17, pp. 319-332.
- Hulst, Ernst (1991): "The Quality Dimensions of the Right to Health Care", en *The*

- Right to Health Care in Several European Countries* (A. den Exter & H. Hermans, Kluwer Law International), pp. 11-16.
- Hunt, Paul (1993): "Reclaiming Economic, Social and Cultural Rights", en *Waikato L. Rev.* Vol. 1, pp. 141-163.
- Huntoon, Lawrence R (1999): "Health Care and the 'Distributive Ethic' - 'Natural Rights' vs. Socialism", en *Medical Sentinel*, vol. 4 N° 4, pp. 177-178.
- Leary, Virginia A (1993): "Implications of a Right to Health", en *Human Rights in the Twenty-First Century. A Global Challenge* (K.E. Mahoney & P. Mahoney, eds., Martinus Nijhoff Publishers), pp. 481-493
- Leenen, Henk (1991): "The Right to Health Care and its realisation in The Netherlands", en *The Right To Health Care In Several European Countries* (A. Den Exter & H. Hermans, Kluwer Law International), pp. 31-38.
- Peikoff, Leonard (1993): "Health Care Is Not A Right", Conferencia pronunciada en el Town Hall en el Clinton Health Plan. Red Lion Hotel, Costa Mesa CA. Diciembre 11. Disponible online: <http://www.bdt.com/pages/Peikoff.html> (Fecha de consulta: 25 de agosto, 2005).
- Roemer, Ruth (1989): "The Right to Health Care", en *The Right to Health In the Americas. A Comparative Constitutional Study* (Pan American Health Organization), pp. 17-23.
- Saracci, Rodolfo (1997): "The World Health Organization needs to reconsider its definition of health", en *British Medical Journal*, Vol. 314, pp. 1409-1410.
- Shue, Henry (1980): *Basic Rights. Subsistence, Affluence and U.S. Foreign Policy* (Princeton University Press).
- Shue, Henry (1984): "The Interdependece of Duties", en *The Right To Food* (P. Alston, K. Tomasevski Eds., Sim.), pp. 83-95.
- Silva; Jaime (1995): "El nasciturus y el derecho a la vida", en *Revista de Derecho Público*, vol. 57/58, pp. 177-208.
- Soto, Eduardo (1991): "La noción de persona en la Constitución en *Revista de Derecho Público*, vol. 50, pp. 137-144.
- Squella, Agustín (2005): "El derecho a la salud como uno de los derechos

- fundamentales de las personas", en *Anuario de Filosofía Jurídica y Social*, N° 23. (Valparaíso, Edeval), pp. 103-133
- Tomasevski, Katarina (1995): "Health Rights", en *Economic, Social and Cultural Rights. A Textbook* (A. Eide, C. Krause & A. Rosas. eds., Martinus Nijhoff. Dordrecht), pp. 125-142.
- Ugarte, José J. (2004): "Momento en que el embrión es persona humana", en *Estudios Públicos*, vol. 96, pp. 281-323.
- Ugarte, José J. (2006): *El Derecho de la Vida* (Editorial Jurídica de Chile, Santiago).
- Varela, Jorge L. (1990): "Derechos Humanos y Aborto ", en *Revista de Derecho Público*, vol. 47/48, pp. 195-218.
- Verdugo, Mario, AA.VV. (2005): *Derecho Constitucional* (Ed. Jurídica de Chile, Santiago).
- Vivanco, Ángela (2007): *Curso de Derecho Constitucional* (Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago).
- Zapata, Patricio (1998): "Persona y embrión humano. Nuevos problemas legales y su solución en el derecho chileno", en *Revista Chilena de Derecho*, vol. 15, pp. 375-391.
- Abramovich, Víctor y Courtis, Christian. (2002). *Los derechos sociales como derechos exigibles*. (Madrid. Trotta).
- Abramovich, Víctor y Courtis, Christian. (2006). *El umbral de la ciudadanía. El significado de los derechos sociales en el Estado social constitucional*. (Buenos Aires, Editores del Puerto).
- Afonso Da Silva, José. (2002). Impacto da Declaração Universal dos Direitos Humanos na Constituição Brasileira. En Palomino Manchego, José y Remotti Carbonell, José Carlos (Coordinadores). *Derechos Humanos y Constitución en Iberoamérica*. Lima, Ed. Universidad Nacional de San Marcos - Instituto Iberoamericano de Derecho Constitucional [sección peruana]).
- Alexy, Robert. (1993). *Teoría de los derechos fundamentales*. (Madrid, Centro de Estudios Constitucionales).
- Arango, Rodolfo. (2005). *El concepto de derechos sociales fundamentales*. (Bogotá, Ed. Legis, Universidad Nacional de Colombia).

- Cancado Trindade, Antonio. Protección Internacional de los derechos Económicos, sociales y culturales. En *Estudios Básicos de Derechos Humanos-*, I, (San José, Costa Rica, Instituto Interamericano de Derechos Humanos
- Carbonell, Miguel. (2001). *La Constitución en serio. Multiculturalismo, igualdad y Derechos sociales*. (México, Ed. Porrúa - Universidad Nacional Autónoma de México).
- Carmona Cuenca, Encarnación. (1992). "Las normas constitucionales de Contenido social: delimitación y problemática de su eficacia jurídica". En *Revista de Estudios Políticos* N° 76, Madrid.
- Casal, Jesús María. (2007). "La protección internacional y constitucional de los Derechos sociales". Casal, Jesús María; Arismendi, Alfredo y Carrillo, Carlos Luis (coordinadores). *Tendencias actuales del derecho Constitucional*. Homenaje a Jesús María Casal Montaran. Tomo II. (Caracas, Ed. Universidad Central de Venezuela - Universidad Católica Andrés Bello).
- Courtis, Christian. (2006). "La prohibición de regresividad en materia de derechos sociales: apuntes introductorias"; en Courtis, Christian. (Comp.). Ni un paso atrás. La prohibición de regresividad en materia de derechos sociales. (Buenos Aires, Editorial Del Puerto).
- De Qrro y Pardo, Ignacio. (1988). "La regulación del ejercicio de los derechos y libertades. La garantía del contenido esencial en el artículo 53.1 de la Constitución", en Martín Retortillo, Lorenzo y De Otto y Pardo, Ignacio. *Derechos Fundamentales y Constitución*. (Madrid, Cuadernos Civitas Derecho Constitucional).
- Ferrajoli, L. (2000). "Quali sonó i diritti fondamentali?", En Vitale, E. (Editor). *Diritti Umani e diritti delle minoranze*. (Turín, Ed. Rosenberg & Sellier).
- García Pelayo, Manuel. (1980). *Las transformaciones del Estado contemporáneo*. (Madrid, Alianza Editorial).
- Gavara De Cara, Juan Carlos. (1994). *Derechos Fundamentales y Desarrollo legislativo*. (Madrid, Ed. Centro Estudios Constitucionales).
- Hernández Valle, Rubén. (2002). "Los derechos prestacionales". En *Derechos Humanos y Constitución en Iberoamérica*. Palomino Manchego, José y Remotti

- Carbonell, José Carlos (Coordinadores). (Lima, Ed. Universidad Mayor de San Marcos e Instituto Iberoamericano de Derecho Constitucional [Sección Peruana]),
- Herrera Vergara, Hernando. (2000). *Acción de Tutela y derechos prestacionales. En Jurisdicción Constitucional en Colombia*. (Santafé de Bogotá, Ed. Corte Constitucional).
- Hesse, Konrad. (1992). *Escritos de Derecho Constitucional*. (Madrid, Ed. Centro de Estudios Constitucionales).
- Holmes, Stephan; Sumnstein, Cass. (1999). *The cost of rights-Why liberty depends on taxes*. W.W. (NewYork, Norton and Company).
- Galdino, Flavio. (2005). *Introdução a Teria dos Custos dos Direitos - Direitos nao nascem em árvores*. (Rio de Janeiro, Lumen Júris).
- Lobo Torres, Ricardo. (2003). "La metamorfosis de los derechos sociales en Mínimo Existencial". En Sarlet, Ingo W. (organizador), *Direitos Fundamentáis Sociais: estudos de direito constitucional, internacional e comparado*. (Río de Janeiro, Ed. Renovar).
- Martínez Estay, José Ignacio. (2003). "Valor e sentido dos direitos sociais". En *Direitos Humanos, Teorías e Práticas*, (Coimbra, Almedina).
- Mayorga Lorca, Roberto. (1990). *Naturaleza Jurídica de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, segunda edición, (Santiago, Ed. Jurídica de Chile).
- Mchelmann, Franck. (1979). "Welfare Rights in a Constitutional Democracy". En *Washington University Law Quaterly* Vol. 03.1979 (Washington, Washington University Press).
- Nogueira Alcalá, Humberto. (2008). *Derechos fundamentales y garantías Constitucionales*. (Santiago, Ed. Librotecnia).
- Nogueira Alcalá, Humberto. (2003). "Los derechos esenciales o humanos Contenidos en los tratados internacionales y su ubicación en el ordenamiento jurídico nacional: doctrina y jurisprudencia". En *Revista Ius et Praxis*, año 9 N° 1, 2003, pp. 403-466.
- Ojeda Marín, A. (1996). *Estado social y crisis económica*. (Madrid, Ed. Universidad Complutense).
- Pansieri, Flavio. (2006). "Condicionantes a sindicabilidade dos Direitos Sociais",

em Revista da Academia Brasileira de Direito Constitucional, Volumen 10 A, (Curitiba, Editora Jurua).

Pisarello, Gerardo. (2002). "Del Estado social tradicional al Estado social constitucional: por una protección compleja de los derechos sociales", en Carbonell, Miguel (Compilador), *Teoría Constitucional y derechos fundamentales*. (México, Ed. Comisión Nacional de Derechos Humanos).

Pisarello, Gerardo. (2001). "Del Estado Social legislativo al Estado social Constitucional: por una protección compleja de los derechos sociales". En *Revista Isonomía N° 14*, 2001, (Madrid, Cedam).

Poyal Costa, Ana. (1991). "La eficacia de los derechos humanos frente a terceros". En *Revista de Derecho Político N° 34* (1991), Madrid.

Rossi, Julieta. (2006). La obligación de no regresividad en la jurisprudencia del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales", en Courtis, Christian. (Comp.). Ni un paso atrás. La prohibición de regresividad en materia de derechos sociales. (Buenos Aires, Editorial Del Puerto).

Constitución Política del Ecuador.

Constitución de la Organización Mundial de la Salud

Ley Orgánica de la Salud Ecuador

Héctor Cuadra, "Reflexiones sobre derecho económico", en «Estudios de derecho económico» I, México: UNAM, 1976; Jorge Witker, «Derecho económico», México: Harla, 1985; Andrés Serra Rojas, «Derecho económico», México: Porrúa, 1990.

Asamblea Constituyente (2008) Constitución de la República del Ecuador.

Ecuador: Asamblea Constituyente.

Escobar, Pablos y Valiño, Laura (2000) Economía del Gasto Público. Barcelona, Editorial Cívitas, 2000.

Estatuto Organizacional (2011) Procesos del Ministerio de Salud Pública, Ecuador. Ministerio de Relaciones Laborales.

Gottfried, Von (1990) La teoría del "multiplicador" de Keynes: Una crítica metodológica. Purkersdorf. <http://isis.faces.ula.ve/computacion/emvi/11/EI%20consumo%20publico.htm>

Hidalgo, Páez y Héctor, Hernán (2001) Intervención del Estado en la economía.

México:

GestioPolis, <http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/eco/interv.ht>  
Mt.

Kaplan, Robert (2010) Atención de salud. New York: Harvard Business Review Magazine. Marmot, Col (1992) Condicionantes económicos y sociales de la salud. Honduras: UNAH.

Ministerio de Salud Pública (2011) Ley Orgánica de Salud. Ecuador. Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud. Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural. Documento original. 2008 Norma Modelo de Atención Integral en Salud SEPSS - MSP 2010 Organización Panamericana de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. Renovación de la Atención primaria de salud. OPM/OMS/ Washington D: C: 2007 79 Peacock y Wiseman (1961) The growth of public expenditure, Netherlands, Kluwer Academic. <http://www.springerlink.com/content/r605811u81703353/> (Acceso enero 2012)

Plan nacional del buen vivir (2009 – 2013), <http://www.senplades.gob.ec/web/senplades-portal/plannacional-para-el-buen-vivir>

Pinto Saavedra, Juan Alfredo (1995) Formación de capital humano. Santafé de Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD (1997) Informe sobre desarrollo humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Nueva York: PNUD.

Suárez, Julio (2008) Desarrollo de sistemas y servicios de salud: OPS. Ecuador. Stiglitz, Joseph (1998) La Economía del Sector Público, España. Antoni Bosch editor S.A.