



ALAMES Ecuador

Políticas neoliberales de salud en el gobierno de Correa

Por Xavier Maldonado, Érika Arteaga y Juan Cuvi

Uno de los mayores errores de la izquierda latinoamericana en las últimas décadas fue la simplificación teórica respecto del neoliberalismo. Confundió la doctrina con la receta, el fondo con las apariencias, la filosofía con la administración. Esta confusión dio origen a disyuntivas equivocadas, como aquella de colocar al tamaño del Estado como parteaguas entre un proyecto neoliberal y otro supuestamente progresista. Necesitada de una retórica política instrumental que le permitiera resarcirse del colapso histórico del socialismo real, la izquierda latinoamericana omitió la reflexión sobre las modalidades, estratégicas y alcances que iba asumiendo el capitalismo desde finales del siglo XX. Por ejemplo, no entendió el papel del Estado en las nuevas formas de acumulación capitalista.

La idea de la recuperación del Estado como fundamento para la superación del neoliberalismo fue un acto que combinó el desconocimiento teórico con el extravío político. Ya sea por la dificultad de implementar una capacidad crítica mientras se administra el Estado, por una pereza reflexiva que cada vez se ha vuelto más crónica, o por simple inmediatez, la izquierda restringió la mira al breviario del Consenso de Washington y dejó de lado el cuerpo doctrinario del neoliberalismo; por ver el árbol no vio el bosque. Porque el decálogo del Consenso de Washington podrá ser un listado de medidas para poner en práctica una línea neoliberal coyuntural, pero no es el neoliberalismo.

Cuando los primeros teóricos del neoliberalismo (Lippmann, Röpke, Rüstow, Hayec, Von Mises, Aron, Rougier, entre otros)¹ desarrollaron su propuesta, a finales de los años 30 del siglo pasado, su preocupación no se centró en el *tamaño* sino en la *función* del Estado. Este tenía que estar subordinado al mercado, debía operar como un facilitador del proceso de acumulación capitalista entre los sectores más competitivos de la economía privada. El Estado ya no tenía que dejar hacer y dejar pasar, como en el liberalismo clásico, sino que debía estimular la competencia para lograr el éxito de los más fuertes y eficientes. No podía, por lo mismo, ser un Estado débil e ineficiente. Al contrario, el Estado debía ser capaz de garantizar la competencia aplicando leyes y medidas que optimizaran el desenvolvimiento de la economía capitalista. Esto implicaba, por ejemplo, asegurar condiciones básicas (infraestructura y servicios) para una mayor rentabilidad del capital.

En esta relación de supremacía del mercado, el pilar más perjudicado era la sociedad, al quedar convertida en una masa anónima de consumidores, sin más proyecto que la búsqueda de satisfacciones estrictamente individuales. El neoliberalismo era la consumación del proceso de deshumanización del capitalismo, fenómeno que ya había sido analizado y advertido a inicios del siglo XX por teóricos tan brillantes como los de

1 Foucault, 2007.

la Escuela de Fráncfort². La exacerbación de la competencia como sustrato de la economía desembocaba en una disputa implacable por recursos entre los capitalistas, y –como correlato de esta ley de la selva– en una disputa angustiada por empleo entre los trabajadores.

El Estado de Bienestar fue la respuesta sistémica a esta nueva modalidad de capitalismo. Uno de sus postulados más importantes fue la acumulación de capital en el sector público. El objetivo apuntaba en dos sentidos: evitar la excesiva concentración de capital en manos privadas, y contar con recursos para mantener políticas sociales que impidieran una ampliación de la brecha entre ricos y pobres. En América Latina, esta nueva visión del capitalismo adoptó la modalidad de la industrialización por sustitución de importaciones (también conocido como modelo cepalino), uno de cuyos principios fundamentales fue la acumulación interna de capital como condición para financiar el desarrollo de los países dependientes.

En el Ecuador, este modelo, aunque tardío y con una serie de deformaciones, fue aplicado por la dictadura militar del general Rodríguez Lara a inicios de los años 70 del siglo pasado. Bajo el insólito membrete de Gobierno Nacionalista Revolucionario de las Fuerzas Armadas, se puso en práctica una serie de políticas desarrollistas sustentadas en la abundante disposición de recursos financieros provenientes de la recién iniciada explotación petrolera. Acuerdos con una naciente burguesía nacional, nacionalización de la industria petrolera, creación de empresas públicas, construcción de infraestructura física, crecimiento y consolidación de la clase media, control de las importaciones, educación superior gratuita, ampliación de los servicios públicos, electrificación, reforma agraria fueron algunas de las políticas desarrollistas aplicadas durante los cuatro años que duró el experimento. En 1976, y como parte de la ofensiva neoliberal desatada en América del Sur, el gobierno de Rodríguez Lara fue sustituido por un triunvirato militar abiertamente alineado con los nuevos requerimientos del capitalismo mundial. Fue la antesala de la imposición neoliberal.

No obstante, cabe señalar que la aplicación del modelo neoliberal en el Ecuador no fue ni tan profunda ni tan devastadora como en otros países del continente. Para ello fue fundamental la existencia de un fuerte movimiento social (de manera particular el movimiento indígena y campesino) que resistió en las calles a la implementación del neoliberalismo. Uno de los mayores triunfos de esa resistencia bloquear la suscripción de un Tratado de Libre Comercio (TLC) con Estados Unidos y evitar la privatización de la Seguridad Social en los años 90. Tampoco se produjo la rifa de bienes estatales propia de la época. No es casual, por lo mismo, que el Ecuador no sufriera el colapso del sistema político sino hasta 1996, casi dos décadas después de que se empezaran a aplicar las políticas neoliberales en la región.

Por eso, el discurso contra el neoliberalismo con el cual el correísmo ganó las elecciones de 2006 tiene una mitad de fundamento y otra mitad de retórica. La propuesta de recuperar el Estado estuvo relativizada justamente porque no se había producido su desmantelamiento. Más bien, el objetivo fue asignarle al Estado un rol protagónico en la economía, rol que, lamentablemente, se convirtió al final en un agobiante tutelaje sobre la sociedad, no sobre el mercado. Al contrario de lo que ocurrió 35 años antes, cuando la dictadura militar le apostó a un capitalismo de Estado que permitiera –entre otras cosas– la acumulación interna, el correísmo fortaleció al Estado en tanto intermediador de los grandes grupos monopólicos asociados al capital externo. En estos diez años el Estado ha actuado como un eficiente administrador de la riqueza petrolera y tributaria en favor del gran capital. Uno de los mecanismos más efectivos para viabilizar este esquema ha sido la inversión pública, incluyendo la inversión social. Ante la ausen-

2 Wiggershaus, 2011.

cia de empresas estatales que pudieran acumular y reproducir la inmensa riqueza originada en la bonanza petrolera, la inversión social terminó en los bolsillos del sector privado. Esto resulta por demás evidente en el sector de la salud. A pesar de que en un inicio medidas como la declaración ilegítima de la deuda externa (iniciativa impulsada desde la sociedad civil), o destinar una mayor proporción de las ganancias del petróleo para el Estado antes que para las compañías petroleras hacían pensar en un gobierno enfocado a la redistribución, varias políticas públicas se han ido desmantelando o contradicen esos mismos orígenes. Así, el endeudamiento agresivo con China o la exención de impuestos a las empresas minera, o el incremento en impuestos regresivos (IVA) para la población, desdican los avances presentados en el plano internacional cuando se defiende la gestión económica del correísmo.

La trampa de la gratuidad

Cuando en la Asamblea Constituyente de 2008 se aprobó la gratuidad de la salud como uno de los derechos fundamentales de la nueva Constitución, se supuso que el Ecuador había dado un gran salto en términos de política social. Al margen de la real posibilidad de ejecutar esa disposición en un país sin posibilidades de pleno empleo, sin un sistema de tributación adecuado y sujeto a una dinámica capitalista dependiente, la medida sí implicaba un compromiso trascendental con una visión democrática de la política. La vieja idea de compensar por vía de la intervención estatal una desigualdad histórica y estructural parecía convertirse en una realidad.

Sin embargo, una vez puesta en práctica la norma constitucional, aparecieron sus límites y contradicciones, reforzándose el imaginario de que la salud implica únicamente la oferta de servicios. La incapacidad estructural del Estado para asumir la nueva demanda se subsanó mediante la subcontratación de servicios con el sector privado, modalidad que funcionó gracias a la abundancia de recursos fiscales. De esta manera, una solución que podría haber sido transitoria hasta instaurar la capacidad resolutoria desde el Estado, se implantó de manera permanente. En los primeros años del gobierno de Correa la proliferación de prestadores privados de servicios de salud fue descomunal³. Una grave distorsión en la política de salud fue la priorización de los servicios en desmedro de la atención primaria. La agenda político-electoral del régimen demandaba obras palpables, muchas de ellas de relumbrón. De ese modo, la construcción de hospitales y centros de salud, la adquisición de ambulancias y de equipos innecesarios o la provisión de medicamentos e insumos se convirtieron en insignias de la política de salud del correísmo. Con frecuencia estuvieron sometidas a lógicas de corrupción y despilfarro.

En el sector de la salud, los diez años de correísmo se resumen –según los medios de comunicación oficiales– en las siguientes obras: construcción de 13 hospitales y 8 adicionales en proceso de construcción, 61 nuevos centros de salud entre centros grandes y pequeños y 34 centros de salud adicionales en construcción. Se logra la certificación internacional de 39 hospitales públicos mientras que, con respecto a la vacunación, se pasa de 11 a 20 vacunas específicas administradas por el sistema público, con una inversión de 60 millones de dólares. Se triplica la cantidad de profesionales en salud de 9 a 20 por cada mil habitantes, así como se incrementa el número de horas de trabajo de dichos profesionales de 4 a 8 horas diarias. Para 2016, se realizaron 41 millones de

3 Una investigación de la Revista Vanguardia estimó en más de 5.000 los negocios creados en ese corto período.

atenciones de salud. La inversión total en 10 años de gobierno es de 16.188 millones de dólares⁴.

En seguridad social, –y según estos mismos medios oficiales– se resalta el incremento del número de médicos –5800 en 2006 a 17000 en 2016–, y el incremento en el número de unidades médicas a nivel nacional, con un total de 97 unidades médicas y 659 dispensarios de salud. Para el seguro general obligatorio se cuenta con 3’415.015 afiliados: si se incluyen los beneficiarios del seguro general de salud individual y familiar, este número asciende a 9’187.917, mientras que 1’277.983 afiliados pertenecen al Seguro Social Campesino. Adicionalmente, se coloca como logro el incremento de 70% de la pensión máxima de los jubilados del IESS en siete años⁵. Sin embargo, todos los “logros” detallados refuerzan la consolidación de un complejo biomédico hegemónico en salud y omiten referirse al desmantelamiento de la seguridad social debida, entre otros factores, a la eliminación del aporte del 40% a las pensiones jubilares por parte del Estado⁶. Así, se habla del incremento en el número de vacunas específicas, pero no se detalla la baja de cobertura en vacunación en este período. Esto implica que, aunque desde 2006 se ha invertido y modernizado o ampliado la cobertura de servicios de salud curativos,

[e]l impacto favorable de esta política se ve enmascarado por la proliferación de procesos malsanos (supeditados a las condiciones impuestas por el productivismo en ambientes deteriorados física o culturalmente), que se multiplican en los escenarios donde la gente vive, trabaja o se recrea y cuyo efecto va a contracorriente respecto a la curación que ofrecen los servicios⁷.

De esta forma, a pesar del incremento en la inversión en el sector salud en el gobierno de Alianza País, la mortalidad materna no se redujo. Según Noboa, la mortalidad materna no ha disminuido significativamente en estos 24 años. De cifras que fluctuaron entre 84,6 y 96,1 x 1000 nacidos vivos en los primeros años de la década de 1990, la razón de mortalidad materna ha descendido a cifras que fluctúan entre 45,7 y 70,4 x 1000 nacidos vivos en los 4 últimos años de los que se dispone datos (2010-2013)⁸. Así mismo, la inversión en lo curativo por sobre lo comunitario no redujo las brechas de inequidad en salud:

En un promedio para los años 2012 y 2013, la Mortalidad Materna (MM) es significativamente más alta en aquellas mujeres autodefinidas o caracterizadas por sus familiares como indígenas, afro ecuatorianas o negras, con razones promedio para los dos años que varían entre 117,1 (indígenas) hasta 186,5 (negras), mientras que, entre las mujeres montubias, mestizas o blancas, el rango de la razón de MM para esos mismos años está entre 27,2 y 48,6 x 100.000 nacidos vivos⁹.

No resulta novedoso que la creación de una Comisión Interinstitucional de Estadísticas de Salud, que modificó la forma de registro de la mortalidad materna, deje dudas sobre la validez del dato, y que el ajuste responda únicamente a la necesidad del gobierno de alcanzar formalmente los objetivos de desarrollo del milenio. Dado el control estricto de qué tipo de información se proporciona desde el Ministerio de Salud Pública,

4 Diario El Telégrafo, 2017.

5 Diario El Telégrafo, 2017.

6 Diario El Universo, 2015.

7 Breilh, 2014, p. 4.

8 Noboa, 2015.

9 Noboa, 2015.

varias organizaciones y colectivos que trabajan en salud materna enviaron una carta solicitando información objetiva que nunca fue entregada por las autoridades de salud.

Más allá de las cifras globales, la inequidad en salud ha aumentado. Un ejemplo es el de la muerte materna (que aumentó en mujeres indígenas y afroecuatorianas), pero también el Ca invasor de cérvix. La tasa de cáncer invasor de cuello de útero en mujeres de Quito con un nivel de instrucción superior (mejores condiciones sociales y económicas) está por debajo de 5 x 100.000, similar a la de British Columbia, Canadá, (5,2 x 100.000), país con tradición de un excelente control de esta patología. Pero la tasa en mujeres sin instrucción o con instrucción primaria se acerca a las tasas más altas de la región y el mundo. La tasa de incidencia estandarizada en Quito, para el año 2010, fue de 35 x 100.000 en mujeres que no tenían educación formal, y 50 x 100.000 en aquellas que tenían instrucción primaria (en Cuiabá, Brasil, es de 36,5, y en Harare, Zimbabwe, de 86,7, la más alta del mundo)¹⁰.

Monopolización y concentración de capital

En la década correísta, la inversión pública terminó beneficiando a los monopolios privados de la salud. Escudado tras una política asistencialista que, en efecto, logró ampliar la cobertura y los servicios hacia los sectores populares, el esquema reforzó la concentración de capital en los principales grupos económicos del país, algunos de los cuales combinan sus actividades en otras ramas económicas además de la salud. Como lo demuestran varios estudios¹¹, el proceso de monopolización privada de la salud durante la última década no tiene antecedentes en la historia ecuatoriana. El Estado quedó convertido en palanca de la acumulación de grupos privados selectos, algunos de los cuales tienen fuertes vínculos con sectores transnacionales de la economía.

CONCENTRACIÓN DE CAPITAL EN FARMACIAS

	Cuenta	2001	2006	2012
Dos empresas: - ECONOFARM S. A. FARMACIAS - COMISARIATOS DE MEDICINAS S. A. FARCOMED	Activo total	65,0	82,6	81,1
	Ingresos no operacionales	62,9	96,3	86,8
	Ingresos operacionales (ventas)	69,7	84,5	74,8
	Pasivo total	62,3	81,3	80,3
	Patrimonio	70,8	86,4	83,9
	Utilidad neta	72,1	91,1	80,6

CONCENTRACIÓN DE CAPITAL EN COMERCIO POR MAYOR DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS

10 RNT SOLCA, 2014.

11 Dávalos, 2016; Iturralde, 2014.

7 empresas:	Cuenta	2001	2006	2011
-DISTRIBUIDORA FARMACEUTICA ECUATORIANA (DIFARE) S.A.	Activo total	20,5	32,8	41,7
-ECUAFARMACIAS & ASOCIADOS S.A.	Ingresos no operacionales	15,6	26,6	20,8
-LETERAGO DEL ECUADOR S.A.	Ingresos operacionales (ventas)	14,2	34,6	48,4
-ECUAQUIMICA ECUATORIANA DE PRODUCTOS QUIMICOS C.A.	Pasivo total	20,1	34,6	44,9
-FARMAENLACE CIA. LTDA.	Patrimonio	21,8	29,0	35,2
-BAYER S.A.	Utilidad neta	-	17,4	103,1
-ROCHE ECUADOR S.A.				

CONCENTRACIÓN DE CAPITAL EN INDUSTRIA FARMACÉUTICA

Dos empresas:	Cuenta	2001	2006	2012
-QUIFATEX S.A.	Activo total	30,2	30,8	33,6
-NOVARTIS ECUADOR S.A.	Ingresos no operacionales	19,4	11,2	72,7
	Ingresos operacionales (ventas)	35,0	53,3	47,9
	Pasivo total	42,4	31,9	40,2
	Patrimonio	7,6	27,6	17,0
	Utilidad neta	64,5	49,6	22,7

CONCENTRACIÓN DE CAPITAL EN HOSPITALES Y CLÍNICAS

Tres instituciones:	Cuenta	2001	2006	2012
-HOSPITAL DE LOS VALLES S.A. HODEVALLES	Activo total	18,4	22,9	19,5
-INDUSTRIAL INMOBILIARIA TEOTON S.A. HOSPITAL CLÍNICA KENNEDY)	Ingresos no operacionales	0,8	3,6	31,7
-CLINICA PANAMERICANA CLIMESA S.A.	Ingresos operacionales (ventas)	0,0	7,2	20,1
	Pasivo total	30,1	13,5	19,5
	Patrimonio	8,5	31,5	19,5
	Utilidad neta	-	40,4	24,9

CONCENTRACIÓN DE CAPITAL EN MEDICINA PREPAGADA

Dos empresas:	Cuenta	2001	2006	2012
-SALUDSA SISTEMA DE MEDICINA PRE-PAGADA DEL ECUADOR S.A.	Activo total	85,1	61,8	39,8
-ECUASANTAS S.A.	Ingresos no operacionales	94,6	69,7	22,5
	Ingresos operacionales	100,0	75,4	55,8
	Pasivo total	72,3	53,7	31,1
	Patrimonio	93,6	72,7	60,5
	Utilidad neta	24,3	88,9	96,1

Fuente: Fuente: Súper Intendencia de Compañías y Valores (SUPERCIÓN). Elaboración: Pablo Iturralde, Centro de Derechos Económicos y Sociales-CDES.

Al no contar con empresas públicas proveedoras de ciertos servicios fundamentales (v.g. laboratorios farmacéuticos, construcción de hospitales, fabricación de equipos), la inversión del Estado es canalizada hacia el sector privado. Este ha sido uno de los mecanismos más efectivos para la acumulación monopólica de capital en el sector de la salud. El otro ha sido la subcontratación de servicios. Si consideramos que el gasto anual en salud en el país alcanza los 13 mil millones de dólares y que el sector público (Ministerio de Salud y las tres instituciones de seguridad social) cubre únicamente el 50% de ese mercado, la salud sigue siendo un excelente negocio, financiado en gran medida con el gasto de bolsillo de los usuarios. De hecho, para 2014 los hogares ecuatorianos continuaban asumiendo los principales desembolsos en salud con un 45% del total del gasto como gasto de bolsillo mientras, que un 29% pertenece al gobierno y solo un 23% a la seguridad social¹². Es el mercado el que impone la dinámica al sector de la salud¹³.

En la línea neoliberal

La firma de un TLC con la Unión Europea se inscribe dentro de las orientaciones de esta política de salud. El Estado ecuatoriano se subordina a los requerimientos del mercado global, limitando gravemente no solo las posibilidades de un modelo de salud menos dependiente, sino los derechos mismos de la población. Por ejemplo, la imposición de condiciones en el campo de la propiedad intelectual, como la protección de datos de prueba o la reciente aprobación de la Ley de Semillas¹⁴, es uno de los componentes básicos de los TLC, que afecta el acceso a medicamentos de la población más pobre y pone en serio peligro la soberanía comunitaria sobre la biodiversidad.

Lo más llamativo –por decir lo menos– de esta situación es que el gobierno de Correa suscribió este acuerdo comercial contradiciendo las advertencias de las organizaciones de izquierda y de los movimientos sociales que se opusieron a la firma de un tratado similar con Estados Unidos. En efecto, las repercusiones negativas en los campos de la salud, la agricultura y la soberanía alimentaria serán los mismos que se denunció diez años atrás.

Es bien sabido que los TLC mercantilizan la salud porque parten de una visión empresarial de los servicios. La posibilidad de que grandes empresas europeas entren a participar en licitaciones públicas en territorio ecuatoriano somete a los servicios de salud a una dinámica competitiva propia del neoliberalismo. En la práctica, se trata de empresas transnacionales que parten con ventaja gracias a su tamaño. El caso de la provisión de medicamentos es paradigmático por cuanto el control monopólico del mercado termina favoreciendo la fijación discrecional de precios. Pese a los ofrecimientos en sentido contrario al momento de entrar en vigencia los TLC en Perú y Colombia, los precios de los medicamentos se han incrementado. En el Ecuador, y como anticipo de lo que se vendrá, ya se han planteado –en contra de la gratuidad– mecanismos de co-pago en la dispensación de medicamentos, utilizando la figura de la “externalización” a través

12 Iturralde, 2014, p. 18

13 Dávalos, 2016.

14 OCARU.

del Decreto Ejecutivo 687 del 25 de mayo de 2015. A más de debilitar los sistemas de fármaco-vigilancia, esta medida se convierte en una barrera para el acceso¹⁵.

La ofensiva colonizadora

No es casual la confrontación sistemática y virulenta que el gobierno de Correa ha mantenido durante una década con el movimiento indígena y con los distintos movimientos ecológicos que han planteado una defensa territorial en contra de la explotación minera y petrolera. En efecto, para el proyecto de modernización autoritaria del capitalismo puesto en marcha en estos años, la expansión del extractivismo constituye una necesidad intrínseca, impostergable. La idea de una financiación del desarrollo desde la disponibilidad de recursos fiscales exige la generación abundante de ingresos para el Estado. Coincidentemente, las zonas con mayor potencial minero y petrolera están ubicadas en territorios indígenas ancestrales¹⁶.

La estrategia del correísmo de recuperar el Estado nacional ha encontrado en la diversidad cultural su principal escollo. El cuestionamiento desde el poder a esta particularidad de nuestra sociedad ha tenido el efecto de una onda expansiva sobre la propuesta de plurinacionalidad. En efecto, la recomposición del Estado desde parámetros convencionales es, en esencia, contraria al espíritu del Estado plurinacional, porque requiere para su concreción de factores como la centralidad administrativa, la homogenización cultural y la uniformidad estratégica. Es decir, necesita de aquellos componentes del Estado-nación que han sido sistemáticamente criticados desde el concepto de plurinacionalidad. Detrás de las políticas de dominación o de exterminio étnico siempre permanece agazapada la idea de la construcción o la defensa de un Estado generalmente unitario.

En este sentido, la recuperación del Estado propugnada por el correísmo es incompatible con la construcción de un Estado plurinacional, empezando porque el primero es un proceso que se impone desde arriba, y el segundo es un proceso que se promueve desde las bases sociales y locales. Se trata, entonces, de una incompatibilidad entre autoritarismo y democracia. En el caso particular ecuatoriano, la recuperación del Estado experimentada en los últimos años terminó encarnando un proyecto profundamente antidemocrático; así lo evidencian las políticas oficiales de cerco, persecución y hostigamiento al movimiento indígena¹⁷. El Estado, tal como está concebido hoy, considera inadmisibles la posibilidad de democratización del poder que lleva implícita la plurinacionalidad.

La demanda de territorialidad de los pueblos y nacionalidades indígenas desbata la lógica de fortalecimiento del Estado central. En el campo de la salud esta demanda resulta imprescindible, puesto que la medicina ancestral está articulada a la disponibilidad equilibrada y renovable de recursos biológicos; este equilibrio se ve seriamente amenazado por la irrupción de actividades extractivas. Por eso la territorialidad debe ser asumida como un ingrediente vital de los derechos de los pueblos y nacionalidades indígenas.

15 Maldonado, 2017.

16 Los siguientes párrafos están tomados de Cuvi, 2015.

17 Una referencia a esta confrontación puede constatarse en la posición adoptada por la Confederación de Nacionalidad Indígenas del Ecuador (CONAIE) a propósito de las últimas medidas represivas aplicadas por el gobierno de Correa en contra de dirigentes indígenas. Ver: <https://conaie.org/2017/04/25/sin-amnistia-no-dialogo-mensaje-movimiento-indigena-tras-liberacion-agustin-wachapa/>

No es el Estado nacional, entonces, el que se contrapone a la globalización, sino la territorialidad asociada a los proyectos de vida de estos pueblos y nacionalidades. La respuesta a esta contradicción ha sido la estrategia de destrucción del mundo indígena, tarea que ha sido encomendada, en el caso ecuatoriano, al Estado nacional. No se trata de una destrucción física, sino de una destrucción simbólica, referencial. No es un genocidio como el que se practicó en varias regiones del continente americano, sino de la descomposición progresiva y sistemática de aquellos elementos que se contraponen o que entorpecen la reproducción del capital. Entre estos, quizás el más determinante es el de la defensa del medioambiente y del territorio, porque está directamente relacionado con el acceso potencial a recursos naturales. Los pueblos en aislamiento voluntario –en cualquier parte del planeta– vienen a ser, en tales condiciones, la última frontera del capitalismo. En este sentido, el Estado ecuatoriano está concluyendo el proceso de colonización europeo que quedó pendiente por limitaciones geográficas y tecnológicas.

Según el estudio de Milagros Aguirre, la expansión de los servicios estatales de salud durante el gobierno de Correa implicó un retraimiento de los sistemas médicos de los pueblos indígenas amazónicos. Seducidos por la modernidad y por la presencia del Ministerio de Salud, las comunidades amazónicas fueron renunciando paulatinamente a sus saberes y prácticas médicas. Sin embargo, el momento en que la crisis económica provocó la contracción y el retiro de dichos servicios, no hubo posibilidad de que las comunidades indígenas recuperaran ese espacio. En una década, muchos shamanes habían fallecido sin transmitir sus conocimientos. Simplemente quedó un vacío imposible de llenar¹⁸.

En la lógica de expansión de la modernidad, la industria farmacéutica cumple una función fundamental. La estrategia de control monopólico del mercado implica la obtención de patentes sobre medicamentos, especialmente si estos llegan a adquirir estatus estelar. Y es justamente en esta perspectiva donde la biodiversidad, y los conocimientos ancestrales de pueblos y comunidades sobre determinados productos y procedimientos, constituyen el recurso más codiciado para las transnacionales del sector. Ahí radica el potencial para la innovación y desarrollo de nuevos productos, que se originan en plantas medicinales, cultivos milenarios y conocimientos ancestrales manejados de los pueblos originarios de los países del sur¹⁹. La experiencia demuestra que la bioprospección a partir de estos conocimientos permite a la industria farmacéutica incrementar la posibilidad de realizar descubrimientos y reducir considerablemente el tiempo y los costos.

18 Aguirre, 2016.

19 Uno de los artículos de la Ley de Semillas establece que se ejercerá todo tipo de control a la circulación y uso de las semillas “nativas y campesinas”. En el artículo 54 de dicha ley se señala que inspectores fitosanitarios y la fuerza pública podrán ejercer vigilancia sobre las prácticas comunes de intercambio y almacenamiento de semillas campesinas.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, Milagros, Límites de la salud intercultural. Estudio de caso en la provincia de Orellana, Plataforma por el derecho a la salud, Quito, 2016.
- Breilh, Jaime. La salud en el neoproduccionismo con gobernanza. Conferencia anual Ecuador, 2014, 1-22.
- Cuvi, Juan, “Modernidad, dominación y saberes ancestrales: la colonialidad del conocimiento médico en el Ecuador”, en Acosta, Alberto y Esperanza Martínez (compiladores), Biopiratería, Abya-Yala, Quito, 2015.
- Dávalos, Pablo, Salud Inc. Monopolio, ganancia y asimetrías de la información en el aseguramiento privado de la salud en el Ecuador, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, 2016.
- Diario El Telégrafo, Ecuador diez años después: salud. Disponible en: <http://www.letelegrafo.com/ec/especiales/2017/ecuador-antes-y-despues/salud.html> Acceso en: 7 abril 2017.
- Diario El Universo, <http://www.eluniverso.com/noticias/2015/04/20/nota/4792356/eliminacion-aporte-40-iess-contraviene-tratados-internacionales>.
- Foucault, Michel, Nacimiento de la biopolítica, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2007.
- Iturralde, Pablo, El negocio invisible de la salud: análisis de la acumulación de capital en el sistema de salud del Ecuador, Plataforma por el Derecho a la Salud, Quito, 2014.
- Iturralde, Pablo, Privatización de la salud en Ecuador: estudio de la interacción pública con clínicas y hospitales privados, Plataforma por el Derecho a la Salud, Quito, 2015.
- Maldonado, Xavier, <https://lalineadefuego.info/2017/03/29/la-salud-en-la-campana-nada-o-casi-nada-de-propuestas-por-xavier-maldonado/>
- Noboa, Hugo, “Inequidades en mortalidad materna en Ecuador 2015”. Disponible en: <https://www.dropbox.com/s/niw79qvrz1il3si/inequidades%20en%20mortalidad%20materna%20en%20el%20ecuador.pdf?dl=0> Acceso en: 7 octubre 2016.
- OCARU, <http://ocaru.org.ec/index.php/comunicamos/noticias/item/7646-pronunciamiento-por-una-ley-de-semillas-para-campesinas-y-campesinos>.
- RNT SOLCA, Quito, 2014.
- Wiggershaus, Rolf, La Escuela de Fráncfort, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2011.