



:: [portada](#) :: [Ecuador](#) ::

24-08-2018

Un complejo Médico-Industrial sano

## El legado de la "Revolución Ciudadana en salud"

Erika Arteaga

Rebelión

&amp;nbs

La historia de una "década ganada"... ¿para quién?

En el contexto de la nueva Constitución, el Ministerio de Salud Pública lanzó durante el mandato de la ministra Caroline Chang (enero 2007-abril 2010) el programa para la Transformación del Sector Salud en Ecuador (TSSE). El objetivo de dicha estrategia era lograr un sistema de salud que integre la seguridad social y el sistema público de salud y que provea cobertura universal a través de un esquema de impuestos.

En la TSSE no quedó claro cómo se iba a incorporar el IESS -ente autónomo- en el proceso, pues su funcionamiento depende de un directorio que representa también a los afiliados. Gran parte de los ingresos del IESS viene no solo desde el Estado sino de los aportes individuales de los empleados en relación de dependencia, siendo un ente público no necesariamente estatal. Hoy, con la enorme deuda del Estado al IESS -la eliminación del aporte estatal del 40% de las pensiones y la deuda en salud- su desfinanciación es una posibilidad real. Además, con la inclusión en la propuesta de Código Orgánico de la Salud (COS) de un representante de la Autoridad Sanitaria Nacional en el directorio del IESS, la intencionalidad de desaparecer la seguridad social y los mecanismos de protección social en el Ecuador está más clara. Igualmente, aunque se proponía la articulación de una red pública de salud, el control y regulación solo se planificó para el sistema público, mientras que la regulación de los proveedores y aseguradoras privadas se consideraba en forma marginal.

La TSSE se fundamentó en el Modelo de Salud Familiar y Comunitario con enfoque Intercultural. Mientras que el enfoque intercultural nunca estuvo bien definido, a más de una normativa de parto vertical que genera resistencia en el personal médico, la persecución al parto fuera de la institucionalidad, y con ello a las parteras, fue una constante. Por otro lado, la Dirección de Salud Intercultural pasó a ser un subproceso bajo el mando del Proceso de Normatización, perdiendo toda autonomía y capacidad de influencia en la política pública [1].

Durante un tiempo limitado, la atención de salud del MSP se realizó a través de equipos básicos de salud (EBAS) a nivel urbano y rural. Estos equipos incluían un médico, una enfermera y un promotor, dentista u obstetrix. Los EBAS recolectaron información por familia, identificando su área de influencia a nivel comunitario, y llenaron fichas familiares en barrios comunitarios a nivel nacional.

En el año 2007, durante la administración de la ministra Chang, se incrementaron 4500 recursos humanos para aumentar horarios de consulta e implementar este modelo de gestión. Para 2009 el



MSP reportaba la conformación de 640 EBAS, que recolectaron información de 570.000 personas y 170.000 familias en visitas casa por casa por una sola vez. Todas esas fichas, que resultaron en un único intento por orientar el modelo hacia la Atención Primaria de Salud, quedaron archivadas. La ministra Chang salió a mediados del 2010 por denuncias de corrupción en la compra de ambulancias y en la adquisición de medicamentos, hechos que nunca fueron investigadas por la Fiscalía.

La corrupción en la compra de servicios, construcción de megainfraestructura y destino de fondos públicos a bolsillos privados (farmacéuticas, industria de insumos, vacunas) fue la tónica que marcó esta "revolución en salud" y que explica por qué, con una década de inversión importante y sin precedentes en el sector salud, las cifras e indicadores de salud pública hayan variado muy poco y hasta hayan empeorado (ver más adelante).

El sector salud calzó en el molde de administración del Estado que impuso el correísmo, con un conglomerado de grupos económicos en disputa por los recursos públicos. Se favoreció al sector empresarial monopólico de "importadores y empresarios cuyos principales negocios dependen de la expansión del mercado interno y cuya coincidencia con las políticas de expansión del gasto del correísmo los hizo aliados naturales del gobierno" [2] . Así, por ejemplo, con el incremento de la inversión estatal también incrementaron sus utilidades los grandes grupos farmacéuticos: para 2001, FYBECA y Sana-Sana (mismo propietario) concentraban el 72% de las utilidades del sector, mientras que para 2012 esa participación ascendió al 81%. Adicionalmente, paralelo al incremento de ingresos de las grandes compañías se registra una disminución de su carga tributaria [3] . También en el sector salud se favoreció a los grupos empresariales cuyo giro de negocio más importante fue altamente dependiente de los contratos con el gobierno en inversiones y construcción de infraestructura [4] .

En mayo de 2010 se posesiona David Chiriboga como Ministro de Salud. Inmediatamente se trastoca desde el discurso toda la apuesta por la promoción, la prevención y la atención primaria de salud hacia un modelo curativo. La estrategia APS de visitas domiciliarias y barridos comunitarios se convierte en atención a grupos vulnerables. Se prioriza la atención en escuelas, guarderías, con adultos mayores, personas con capacidades diferentes y personas con riesgos biológicos (embarazos). El trabajo del MSP se concentró en 188 parroquias priorizadas y en 18 patologías de intervención, de acuerdo con estudios realizados por Epidemiología. La acción era coherente como respuesta al incremento de la demanda en hospitales luego de aprobarse la gratuidad en los servicios de salud públicos, así como con la misión de "convertir los hospitales públicos en los mejores del país". Estrategias como Mi hospital, Mi farmacia y Mi emergencia, que fortalecían la red Mi Salud, dieron el salto desde la salud y su cuidado (promoción, prevención y creación de comunidad) hacia la enfermedad y lo individual. El hospital, la farmacia y la emergencia dan votos.

En un modelo puramente curativo, el incremento de la demanda en los hospitales obligaba a inversiones importantes para solventar las consultas: para enero de 2011, el Hospital Baca Ortiz requería pasar de 650 a 1000 consultas diarias por ser un hospital de referencia nacional en pediatría [5] . La inversión continuaba llenando un saco sin fondo, porque el complejo médico industrial no tiene límite. En realidad, es difícil diferenciar cuánto del incremento de la demanda fue aquella represada históricamente por ausencia de servicios de salud, y cuánto fue el resultado de la imposición de un modelo curativo rentable y la incorporación al consumo médico. Además de depender del sistema hospitalario para su cuidado, mucha gente vio que en zonas remotas del país



sus redes de promotores, asociaciones comunitarias y organizaciones autónomas de salud desaparecieron.

Inversión en salud, emergencia y shock. De cómo se movieron los fondos necesarios sin el control apropiado.

El presupuesto del MSP mantuvo un incremento constante desde 2001 (USD 151,7 millones) hasta 2006 (USD 561 millones). En el gobierno de Rafael Correa se invirtió como nunca antes en el sector salud. La "revolución ciudadana" invirtió USD 3.465 millones en salud en sus primeros cuatro años de gobierno. Según cifras oficiales, ello implicó un aumento del 688% en relación con gobiernos anteriores, y se refleja en el incremento de 75.000 consultas médicas diarias y la contratación de más de 18.000 profesionales de salud.

Desde el inicio del correísmo -una salud reducida a la prestación de servicios- se alertaba de la falta de impacto de la inversión respecto de los indicadores de salud en un modelo curativo. Ya para el 2009 se anotaba:

"A pesar de la inversión grande en el sector salud, la tasa de mortalidad infantil ha continuado bajando según la tendencia (12.6/1000 nacidos vivos en el 2006 a 11.5/1000 nacidos vivos en el 2008), mientras que la razón de mortalidad materna tuvo un pico de incremento en el 2007 (posiblemente por mejor captación de casos a nivel hospitalario). Así: 45.8/100.000 nacidos vivos en el 2006, 59.9/100.000 nacidos vivos en el 2007 y 56.3/100.000 nacidos vivos para el 2008 [6]".

La falta de resultados en los primeros tres años, después de la "larga noche neoliberal", era explicable para los funcionarios de turno. Hoy, una década después, no lo es.

En enero de 2011 se decreta, por segunda vez durante el correísmo, la emergencia en el sector salud, y con ello se logra mover fondos públicos sin pasar por los filtros de control necesarios. Según cifras oficiales, dicha emergencia se fundamentó en el incremento de la demanda en la atención hospitalaria. Así:

- Un incremento de 140% en el número de consultas de 2006 a 2010.
- 4.500 intervenciones quirúrgicas represadas solo en los ocho hospitales de mayor importancia del país.
- Una tasa de ocupación hospitalaria en los ocho hospitales de entre el 98% y el 104%.



· Un incremento del 138% de atenciones de emergencia desde 2006 hasta 2010 en dichos centros hospitalarios.

Con la declaratoria de emergencia sanitaria se pretendió invertir en infraestructura, equipamiento, medicina y reforma administrativa en las unidades operativas del MSP, principalmente en los ocho hospitales nacionales de referencia saturados: Hospital Baca Ortiz y Hospital Eugenio Espejo (Quito), Hospital Francisco Ycaza B. y Hospital Abel Gilbert P. (Guayaquil), y en otros cuatro hospitales en las ciudades de Esmeraldas, Tena, Portoviejo y Guaranda.

El abandono de la APS y la focalización en lo hospitalario pasaban factura. A principios de 2011 más de veinte casos de muerte de neonatos por infección nosocomial en las provincias de Guayas y Loja evidenciaban una demanda de pacientes que desbordó la capacidad, así como un insuficiente nivel de resolución en el primer nivel de atención. Desde entonces, no solo "fortalecer la vigilancia, prevención y control de las infecciones intrahospitalarias a nivel nacional" fue un reto, sino asumir la rectoría y la vigilancia epidemiológica de todos los centros públicos y privados del país. La vigilancia epidemiológica fue un desafío que no logró cumplir el MSP.

Posterior al período de las "emergencias" se logra reconfigurar el sistema a base de hospitales con acreditación internacional [7] de calidad [8], y sustituir a los salubristas con economistas y administradores de hospitales. Igualmente, se prioriza la productividad del personal de salud elevando su rendimiento y acoplándose a los indicadores de producción, en un sistema que enfrenta al "cliente" con el "proveedor".

De hecho, estudios locales muestran que en el período 2000-2012 el gasto per cápita público en el país aumentó en un 585,8%, aumentaron los egresos hospitalarios por médico en 30,9% y las consultas externas por médico en 135,8%. Los estudios apuntan que "el aumento de la oferta [de servicios de salud] se ha logrado sobre la base de una intensificación del trabajo profesional, lo cual, ante la debilidad de una política de protección del trabajador hospitalario, presupone la instalación de mecanismos de deterioro de la salud de los profesionales" [9].

De 26.000 médicos en el MSP únicamente 52 eran salubristas. Con este enfoque se dismanteló la vigilancia epidemiológica de varios programas (i.e. control de la malaria). No sorprende que las coberturas de vacunación hayan bajado dramáticamente. A una débil rectoría de la Autoridad Sanitaria, que tuvo dificultades para compilar la notificación obligatoria tanto desde el sistema de salud privado como del resto del sistema público (incluido el IESS y los patronatos municipales) de enfermedades como HIV o muertes maternas, proceso fundamental para la implementación de un sistema nacional de monitoreo y vigilancia, se sumó que el esquema de compra-venta de servicios debilitaba la salud colectiva y daba preferencia a la curación sobre la prevención y promoción (tal como lo advertía Laurell en 2010).

IESS: la privatización silenciosa de los servicios de salud públicos y el afianzamiento del complejo médico industrial.



Para fines del 2010 el IESS reportaba, al igual que el resto del sistema público de salud, una saturación de servicios, con un déficit de camas de hasta el 20% en el hospital de Quito. Adicionalmente, la falta de atención y consecución de turnos a través del *call center*, fue una queja constante a nivel nacional.

A pesar de una inversión de más de USD 140 millones para la construcción, ampliación y mejoramiento de la infraestructura del IESS a nivel nacional, para marzo de 2011 el director del hospital José Carrasco Arteaga, en Cuenca, definía tres opciones: 1) derivar a los pacientes a otros hospitales o clínicas particulares; 2) dar las facilidades para que los afiliados que necesiten atención de emergencia vayan a otras casas asistenciales y que el costo de la atención sea asumido por el IESS; y 3) contratar médicos que atiendan en sus consultorios particulares.

Como se observa con el ejemplo de Cuenca, y como lo evidencia la compra de servicios privados mediante convenios del IESS con 116 clínicas y hospitales privados (que ascendían a USD 229 millones en el período 2004-2009), una parte importante de la inversión del IESS se destinó a la subvención del Estado a los proveedores privados con fines de lucro [10] .

De acuerdo con una investigación realizada por Pablo Dávalos [11] , se utilizó la política social en general y la política de salud en particular para fortalecer la hegemonía del partido de gobierno, sin importar las consecuencias a largo plazo para el sector de la salud. La política que incrementó la cobertura del seguro social (sistema contributivo) sin incrementar la infraestructura, propició el debilitamiento del sector público, lo cual derivó en transferencias financieras directas hacia clínicas y hospitales privados. De hecho, la Ley Reformatoria de la Seguridad Social de fines del año 2010, que amplió la cobertura de la seguridad social para los familiares del contribuyente y que produjo una gran adhesión electoral al partido político de gobierno, significó la transferencia hacia el sector privado de USD 2.201 millones en el periodo 2008-2014.

Dávalos plantea que, para 2014, el gasto total en salud en el Ecuador, sin contar con el gasto de bolsillo y el gasto de consultorios privados, fue de USD 13.420 millones, que equivalen al 13% del PIB. De ese gasto total, el 18,5% correspondió al MSP, el 32,8% al sistema contributivo y el 48,6% al sector privado en salud. Sin embargo, el MSP cubría a diez millones de personas, el sistema contributivo a 4,6 millones de personas y el sistema privado únicamente a 1,5 millones de personas. Para 2015, el mercado de salud pre-pagada en Ecuador contaba con más de un millón de usuarios, 24 empresas y un volumen de USD 449 millones en ingresos, con un impuesto a la renta del 1,5% de los ingresos totales del sector [12] .

Estas medidas no necesariamente beneficiaron a los más pobres: el quintil de más ingresos de la población tiene una cobertura de aseguramiento público del 47% y de aseguramiento privado del 16%, mientras que el quintil más pobre tiene 23% de cobertura de aseguramiento público y ninguna cobertura de aseguramiento privado. De la población con aseguramiento en salud de algún tipo, el 67% tiene doble aseguramiento (contributivo y no contributivo); de ellos, el 42% tiene doble aseguramiento como efecto de la política pública de aseguramiento contributivo obligatorio para las empresas públicas y privadas. El doble aseguramiento permite a las empresas privadas de aseguramiento en salud externalizar hacia el sector contributivo aquellos pacientes que pueden significar un alto costo de tratamiento y recuperación [13] .



Desmantelamiento de la participación ciudadana.

La inversión en salud sin control y la acumulación de capital en el complejo médico industrial se logra solo con la cooptación o el desmantelamiento intencionado de las instancias de participación social. Con la recuperación de la rectoría del MSP se centralizaron las decisiones y se concibió a la participación como una forma de validar las políticas de salud preestablecidas, apoyar al gobierno o captar pacientes para los servicios de salud/screening ofertados.

El Consejo Nacional de Salud (CONASA), que contaba con 83 Consejos Cantonales de Salud y ocho Consejos Provinciales de Salud hasta 2008, como espacios de concertación, coordinación y diálogo en la toma de decisiones locales junto con representantes institucionales públicos y privados [14], perdió fuerza. Se los reemplazó con Comités Locales de Salud, ligados estrechamente a los servicios de salud con visión curativa. De este modo se perdió toda noción de la salud en sentido amplio e integral, y se terminó utilizando estos comités como medios para la captación de pacientes y la promoción de los servicios.

Una vez declarada la gratuidad y con la eliminación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, la participación de los comités de usuarias para la vigilancia de dicha Ley pierde relevancia. El slogan de "la salud ya es de todos" implicó una homogenización de los servicios que minimizó las particularidades. Adicionalmente, las veedurías a servicios de salud ahora tenían que ser acreditadas por el Consejo de Participación Ciudadana, organismo que aprobaba los temas sobre los cuales se podía hacer las veedurías. De esta manera se perdieron las políticas de acción afirmativa y se diluyeron en favor de los Consejos Nacionales para la Igualdad que, por ser tan poco específicos, abarcan todo a la vez y nada en concreto.

Las formas comunitarias que gestionaban la salud y la educación ante la ausencia de Estado, y que resolvían los problemas en territorio, fueron destruidas, absorbidas y debilitadas, al igual que las organizaciones y redes autónomas de promotores y promotoras en la Amazonía ecuatoriana. En su lugar se instalaron los Técnicos de Atención Primaria en Salud (TAPS), que al final mutaron en brigadas de acción electoral.

Otra instancia oficial de articulación de la participación ciudadana es el Consejo Ciudadano Sectorial de Salud (CCSS). A pesar de que la Ley Orgánica de Participación Ciudadana tiene como objeto promover e incentivar el ejercicio de los derechos relativos a la participación ciudadana en elaboración, evaluación y seguimiento de planes y políticas nacionales sectoriales, rendición de cuentas y control social, la incongruencia del CCSS se verificó con la renuncia de siete de las 15 organizaciones que lo coordinaban, denunciando el control estatal sobre qué se debate, cómo y con quién [15].

Para 2014 era claro que, aunque la inversión del gobierno potenciaba el complejo médico industrial con el desmantelamiento de la empresa pública de medicamentos (ENFARMA), se esperaba que la responsabilidad de evitar la compra de medicamentos "fuera del sistema" recayera en el ciudadano. Esa era la forma de participar y de regular la industria farmacéutica, no desde la



garantía estatal sino desde la denuncia individual de la compra de medicamentos fuera del sistema de salud. "El problema es que no se asuma la salud como un derecho, que la ciudadanía no reivindique el derecho a la salud. Reclame la ciudadanía cuando se les manda a comprar medicamentos fuera del sistema de salud. La reivindicación de la ciudadanía es de los ciudadanos y ciudadanas" [16] .

Como instancia de participación social se contaba además con los Congresos por la Salud y la Vida (COSAVI), en los que, desde 2002, se debatía la política pública y las propuestas en salud. El último COSAVI organizado por el Estado con el CONASA se realizó en 2009. Entre 2015 y 2017 se convocó al V [17] y VI COSAVI [18] desde las organizaciones de la sociedad civil, en un claro intento por contrarrestar las limitaciones impuestas por la institucionalidad estatal a la participación social en salud.

¿Y los resultados?

Desde el discurso oficial, el éxito de los diez años de "revolución ciudadana" en salud se resumen así: construcción de 13 hospitales y ocho adicionales en proceso de construcción, 61 nuevos centros de salud entre centros grandes y pequeños, 34 centros de salud adicionales en construcción y certificación internacional de 39 hospitales públicos. En vacunación se pasa de 11 a 20 vacunas específicas administradas por el sistema público, con una inversión de 60 millones de USD. Se triplica la cantidad de profesionales en salud de 9 a 20 por cada mil habitantes, y se incrementa el número de horas de trabajo de dichos profesionales de 4 a 8 horas. Para 2016 se realizaron 41 millones de atenciones de salud. La inversión total en 10 años de gobierno fue de USD 16.188 USD millones [19] .

En seguridad social -y según estos mismos medios oficiales- se resalta el incremento del número de médicos (de 5.800 en 2006 a 17.000 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 del 70% de la pensión máxima de los jubilados del IESS en siete años. El informe omite 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 Estado. También se habla del incremento en el número de vacunas específicas, pero no se detalla la baja de cobertura en vacunación en este período [20] .

La consolidación del complejo médico industrial [21] implica que, aunque desde 2006 se haya modernizado o ampliado la cobertura de servicios de salud curativos,

El 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 de la curación que ofrecen los servicios [22] .

Varios estudios recientes demuestran que la inversión en salud en los diez años de la "revolución ciudadana" propició la acumulación de capital en la industria de insumos, farmacéuticas y aseguradoras privadas [23] , impulsó el desmantelamiento de la seguridad social con la transferencia de fondos públicos a clínicas privadas [24] y no logró que los hogares ecuatorianos gasten menos en salud: las familias continúan asumiendo los principales desembolsos en salud con un 45% del total del gasto como gasto de bolsillo [25] .

Los indicadores en salud pública que revelan los impactos de las políticas de salud de la década "ganada" no son alentadores. Por eso hay que preguntarse por la década ganada para quién. "Las coberturas en vacunación históricamente en más del 95% hasta el año 2006, promediaron el 80% en 2015, con 14% de cantones con coberturas menores al 50% (OPS/OMS, 2017). La desnutrición infantil no ha disminuido, manteniéndose en alrededor del 25% el retardo en talla (ENSANUT) y afectando a los más pobres del campo y la ciudad, especialmente a los pueblos indígenas con tasas que superan el 40%.... La mortalidad materna sigue siendo de las más altas en la región de las Américas, con enormes inequidades sociales; la cobertura adecuada de control prenatal es de apenas 24,6%. Enfermedades como la malaria, que disminuyeron significativamente en décadas anteriores, hoy están en franco repunte" [26] .

## Conclusiones

Un sistema de salud apropiado tiene como objetivo mejorar la salud de la población diversa en Ecuador, con un enfoque de salud inclusivo que no la reduzca a la provisión de servicios curativo-asistenciales. Es fundamental propiciar un cambio en los modos de producción que generan la enfermedad, reconocer la heterogeneidad de la población con sus propios modos de ejercer salud y aplicar la noción de plurinacionalidad reconocida en la Constitución.

La cobertura universal en salud promocionada por la OPS -con Ecuador como ejemplo [27] - propone el objeto salud desde la medicalización de la atención y de los programas de prevención, dejando de lado los sistemas productivos destructivos que generan masivamente su deterioro y la reproducción de ecosistemas malsanos [28] . La visión curativa y hospitalocéntrica no solo deja de lado el debate regional sobre equidad, acceso y universalización de los servicios asistenciales [29] , sino que evita mencionar las estructuras socioeconómicas que provocan las inequidades en salud. Además, se propugna un modelo único como solución standard en salud a nivel regional.

Por otro lado, se postula la construcción de un sistema de salud desde la tecnocracia, la eficiencia, la infraestructura, la provisión de medicamentos, personal médico capacitado, redes integradas, financiamiento, servicios basados en evidencias [30] , y se excluye u obvia aspectos claves en Latinoamérica, como la necesidad de políticas redistributivas (por ejemplo, una reforma agraria), el derecho a la salud, la necesidad de construcción de un modelo de salud diverso [31] , la participación comunitaria, el rol de promotores y parteras [32] o la construcción de otros modelos de salud.





En una propuesta así, se concibió a la promoción como el impulso de marcos regulatorios que aseguren el derecho a la salud en un sentido tecno-burocrático (por ejemplo, la implementación del etiquetado de alimentos) que no disputa el predominio de la industria alimentaria, la apropiación de semillas nativas a través del TLC con la Unión Europea o la introducción de transgénicos [33]. Finalmente, se coloca toda la carga en la responsabilidad individual de la salud y en los hombros de los ciudadanos "saludables y precavidos". ¿Cuánto puede disputar un ciudadano el consumo o no de alimentos saludables cuando los grupos monopólicos de importadores y empresarios beneficiados por el correísmo (como PRONACA, Supermaxi o El Rosado) lograron, con una competencia desleal, quebrar pequeños negocios comerciales y subordinar la producción campesina a la agroindustria y a los supermercados? [34]

En el Ecuador se ha logrado acumular capital en los bolsillos del complejo médico industrial. Un modelo así no es sostenible y no toma en cuenta la salud en los territorios indígenas como última frontera de la resistencia al capital, ligada a la disponibilidad de recursos terapéuticos como plantas, ríos, bosques [35], y que es incompatible con el modelo primario exportador extractivista que financia esa "gran inversión en salud". De hecho, se reconoce que los pueblos indígenas son quienes en la actualidad le hacen frente al cambio climático [36], y es impensable una concepción de salud que no considere también el impacto en el cambio climático de los modelos económicos.

La inversión en salud de la década correísta se desperdició en obras grandes que generaron poder político e ideológico, pero que no lograron transformar ni construir un sistema basado en la promoción de la salud. Al contrario, con la centralización de las decisiones en el Estado-nación, y con un modelo médico curativo, se han extinguido organizaciones de promotores autónomas y se ha desplazado el rol de las parteras en la comunidad. No se entendió que la salud no se reduce a la oferta de servicios, ni que en esa oferta no se puede reemplazar el derecho a la salud por una política centrada "en el grado de pooling (mancomunación) de fondos y riesgos" [37], recursos limitados, programas focalizados y cobertura a poblaciones vulnerables (cubo de Busse). Servicios de salud pobres para pobres (aquellos que a la larga son y serán los más afectados por las actividades extractivas y los modos de producción malsanos) son la herencia del correísmo en salud.

Resulta entonces urgente la reorganización y el impulso a la participación de las organizaciones en salud. El debate no puede quedar restringido a los servicios de salud sino al modelo de desarrollo (cuál desarrollo, para quién, cómo), a la producción y a la redistribución de la riqueza. Sin un cambio en el patrón de acumulación primario exportador que nos caracteriza y en el modelo económico vigente, que en lo esencial sigue orientado por la lógica del mercado, solo contaremos con nuevos programas asistenciales dirigidos a paliar los saldos sociales que dejan las políticas económicas excluyentes [38], sin impactos duraderos en la mejora de las condiciones de vida de la población.

## BIBLIOGRAFÍA



Aguirre, Milagros. 2016. "Límites de la salud intercultural. Estudio de caso en la provincia de Orellana". Quito: Plataforma por el Derecho a la salud.

Breilh, J., Castro, F., Yassi, A., Spiegel J. (on press 2017). La salud en el trabajo de los médicos en Ecuador (Contexto hospitalario, estrés y "burnout"). Tomo III de la obra "La medicina ecuatoriana en el siglo XXI. Corporación Editora nacional (en prensa 2017).

Breilh, Jaime. 2014. "La Salud en el Neoproductivismo con Gobernanza". *Conferencia Anual Ecuador 2014*. 1- 22

Cuvi Juan. 2016. "El Estado nacional y la crisis de la salud intercultural". *Ponencia presentada en el Seminario de Salud Andina: la salud de los pueblos indígenas, La Paz*. Agosto. <http://saludyderechos.fundaciondonum.org/seminario-de-salud-indigena-en-bolivia>

Chomsky, Noam: "Los pueblos indígenas están salvando al planeta de un desastre ambiental" <http://ecoosfera.com/2017/03/noam-chomsky-activismo-ambiental-indigena-latinoamericano-video/>

Dávalos, Pablo. 2016. "Salud Inc. Monopolio, ganancia y asimetrías de la información en el aseguramiento privado de la salud en el Ecuador". Centro de Publicaciones PUCE. Quito, 196.

Declaración VI COSAVI. 2017 <http://saludenresistencia.wixsite.com/psv-ecu/single-post/2017/11/24/DECLARACION-DE-QUITO-VI-CONGRESO-POR-LA-SALUD-Y-LA-VIDA-%E2%80%9CPLUTARCO-NARANJO-VARGAS%E2%80%9D-COSAVI-EN-RESISTENCIA>

Ecuachaski. 2012. "Hospital de Otavalo excluye a parteras tradicionales". Consulta 04 de agosto de 2017. <https://groups.google.com/forum/#!topic/alamesnucleoecuador/Zebu4NTEp0>

Ecuador: Diez Años Después. 2017. El Telégrafo. Consulta 2 de enero de 2017. <http://www.eltelegrafo.com.ec/especiales/2017/Ecuador-antes-y-despues/salud.html>

Etienne, Carissa F. 2017. "Health Systems Reform in the Quest for Universal Health". *Revista Panamericana de Salud Pública*. Mayo. <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34062> .

Heredia, Nila, Laurell, Assa Cristina, Feo, Oscar, Noronha, J, González-Guzmán, Rafael,



Torres-Tovar, Mauricio. 2015. "The right to health: what model for Latin America?". *The Lancet*, 385 (9975).

Hurtig, A. K., y M. San San Sebastián. 2005. «Epidemiology vs epidemiology: the case of oil exploitation in the Amazon basin of Ecuador». *International Journal of Epidemiology* 34 (5): 1170-72. doi:10.1093/ije/dyi151.

Iriart, Celia, Merhy, Emerson. 2017. "Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico". *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, n.º 0. doi:10.1590/1807-57622016.0808.

Iturralde, Pablo. 2014. "El Negocio Invisible de la Salud: Análisis de la Acumulación de Capital en el Sistema de Salud del Ecuador". Centro de Derechos Económicos y Sociales. Quito: 67.

Iturralde, Pablo. 2015. "Privatización de la Salud en Ecuador: Estudio de la interacción pública con clínicas y hospitales privados". Plataforma por el Derecho a la

Salud: Quito: 44

King, Katuska. 2014. "Perspectiva Económica del Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017". Consulta: 25 de julio.

<http://www.katiuskaking.com/2014/03/30/perspectiva-economica-del-plan-nacional-del-buen-vivir-2013-2017/>

Molina, M. "Silent Means to Privatize Healthcare Services of the Ecuadorian Social Security". (November, 2010).

Noboa, Hugo. 2015. "Inequidades en Mortalidad Materna en Ecuador". Consulta 7 de octubre. <https://www.dropbox.com/s/niw79qvrz1il3si/Inequidades%20en%20mortalidad%20materna%20en%20el%20Ecuador.pdf?dl=0>

Laurell, Assa Cristina. (2013). "Sistemas Universales de Salud: Retos y Desafíos". Consulta 04 de agosto [http://issuu.com/isagsunasur/docs/sistemasuniversalesdesaludreto\\_sydesafios\\_/1](http://issuu.com/isagsunasur/docs/sistemasuniversalesdesaludreto_sydesafios_/1)



Maldonado, Xavier, Érika Arteaga y Juan Cuvi. "Políticas neoliberales de salud en el Gobierno de Correa". Consulta el 31 de julio de 2017.

<https://lalineadefuego.info/2017/05/23/politicas-neoliberales-de-salud-en-el-gobierno-de-correa-por-xavier-maldonado-erika-arteaga-y-juan-cuvi/>

OPS, 2008 "Perfil de Sistema de Salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma" Washington DC.

Ospina 2017. "La División de Alianza País. Interpretación para las Izquierdas" Rebelión.

<http://www.rebelion.org/noticia.php?id=230801>

Relman, Arnold S. 1980. "The New Medical-Industrial Complex". *New England Journal of Medicine* 303 (17): 963-70. doi:10.1056/NEJM198010233031703.

Notas:

---

[1] Hoy, la Dirección Nacional de Salud Intercultural es parte de la Subsecretaría de Promoción de la Salud e Igualdad, instancia dependiente del Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud. Aunque en su misión se considera formular y coordinar la implementación de políticas, planes y programas de salud intercultural, una vez que perdió la autonomía lograda gracias a las presiones del movimiento indígena, sus funciones se limitan a adecuar culturalmente el Sistema Nacional de Salud. Así, en el caso de la promoción de parteras u organizaciones de promotores su rol es limitado, y más bien trabajan por la atención del parto institucionalizado.

[2] Ospina, 2017, s/p.

[3] Iturralde, 2014.

[4] Ospina, 2017.

[5] El Comercio.

[6] Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y Organización Panamericana de la Salud. "Indicadores Básicos de Salud-Ecuador 2009", (mayo, 2009). Tomado de <http://new.paho.org/ecu/> en febrero, 2011.



[7] Acreditación cuyo alcance es confuso, pues a diciembre de 2017 no impidió el cierre del hospital Neumológico Alfredo J. Valenzuela de Guayaquil por problemas sanitarios.

[8] La OPS reconoce a Ecuador como el único país en Latinoamérica que contaba con hospitales públicos acreditados por un organismo internacional a abril de 2016, en una campaña intensa de OPS de colocar a Ecuador como ejemplo de "cobertura universal de salud". Luego, las cifras de impacto de esa inversión le fallaron.

[9] Breilh et al, 2017, en imprenta.

[10] Molina, 2010.

[11] Dávalos, 2016.

[12] Dávalos, 2016.

[13] Dávalos, 2016.

[14] OPS, 2008.

[15] Renuncia del Colectivo ALAMES al Consejo Ciudadano Sectorial de Salud.

<https://lalineadefuego.info/2014/09/05/renuncia-del-colectivo-alames-al-consejo-ciudadano-sectorial-de-salud/>

[16] Intervención del viceministro Miguel Malo en el Taller sobre Sistema Nacional de Salud-Laboratorios de Políticas Públicas, 11 febrero 2014.

[17] Memorias del V COSAVI:



[http://docs.wixstatic.com/ugd/b85025\\_a8e50a28146e4a719954701e52922ed4.pdf](http://docs.wixstatic.com/ugd/b85025_a8e50a28146e4a719954701e52922ed4.pdf)

[18] VI COSAVI, Declaración de Quito:

[http://docs.wixstatic.com/ugd/b85025\\_bd8f625a3b884bbc83cc34c96ab1a85e.pdf](http://docs.wixstatic.com/ugd/b85025_bd8f625a3b884bbc83cc34c96ab1a85e.pdf)

[19] Ecuador: Diez Años Después, 2017.

[20] Maldonado, Arteaga, Cuvi, 2017.

[21] Relman, 1980; Iriart et al., 2017.

[22] Breilh, 2014, p. 4.

[23] Iturralde, 2014; Iturralde, 2015; Dávalos, 2016.

[24] Dávalos, 2016.

[25] Iturralde, 2014, p. 18.

[26] VI COSAVI.

[27] Etienne, 2017.

[28] Breilh 2014, Hurtig y San Sebastián, 2005.

[29] Heredia et al., 2015.



[30] Etienne, 2017.

[31] Aguirre, 2016.

[32] Ecuachaski, 2012.

[33] Maldonado, Arteaga-Cruz, y Cuvi 2017.

[34] Ospina, 2017.

[35] Cuvi, 2016.

[36] Chomsky, 2017.

[37] Laurell, 2013.

[38] Así, por ejemplo, está concebido el programa Médico del Barrio, anunciado por el presidente Moreno en agosto de 2017, que cambiaría la atención de médicos, enfermeras y técnicos de APS del primer nivel por la captación de grupos vulnerables y de atención prioritaria: mujeres embarazadas, niños menores de 5 años, adultos mayores, personas con discapacidad y personas con enfermedades crónicas.

*Este texto es un capítulo del libro de próximo lanzamiento en Ecuador.*

Erika Arteaga Cruz: Asociación Latinoamericana de Medicina Social

Rebelión ha publicado este artículo con el permiso de la autora mediante una [licencia de Creative Commons](#), respetando su libertad para publicarlo en otras fuentes.