

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE ECONOMÍA

Disertación previa a la obtención del título de Economista

***Relación entre la inversión pública en salud y la
disminución en pobreza en el Ecuador. Un análisis entre
los años 2007 y 2014***

Camila Dennise Yopez del Pozo Fernández
camiyep@hotmail.com

Directora: Econ. Tatiana Villacres
taty_villacres@hotmail.com

Quito, septiembre 2017

Resumen

Se analiza el vínculo entre la inversión pública en salud y la reducción en los niveles de pobreza. Tomando en cuenta la pobreza por ingresos y por necesidades básicas insatisfechas y los gastos incurridos en el sector salud durante el periodo 2007-2014. Se hace una revisión a la literatura relacionada con el tema tomando autores como: Sen, Deaton, Laswell, etc; a Organizaciones como: Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Economía y Finanzas, Organización Mundial de la Salud, etc.; y a estudios de caso aplicados en otros países como: Estados Unidos (Consejo de Desarrollo Económico Regional de New York); México (Universidad de las Américas) y estudios que involucran a la India (Comisión en Macroeconomía y Salud). Adicionalmente, se realizan entrevistas a expertos como Andrés Mideros (SENPLADES), Daniela Almeida (Banco de Desarrollo) y a Gabriela Chiriboga (SENPLADES) que han trabajado alrededor del ámbito de la pobreza, que pueden arrojar indicios de que es lo que se ha hecho en el Ecuador y brindar sugerencias en cuanto a la salud para mejorar los niveles de pobreza. Se hace una crítica de los programas que se han realizado en el sector de la salud para reducir los niveles de pobreza y así saber que se ha hecho en el país. Finalmente se culmina con una propuesta de lineamientos de política pública que ayude a mejorar el ámbito de la salud en aquellas áreas donde más se lo requiere, para conseguir reducir los niveles de pobreza.

Palabras clave: Salud, Pobreza, Gasto Público, Política Pública, Sector Social.

A mi familia, por su apoyo incondicional durante todo este proceso. En especial a mi madre y a mis abuelos que con su esfuerzo, entrega y amor me dieron la oportunidad de cumplir mis sueños.

A mis amigos y a mi directora Tatiana Villacrés por su constante ayuda y su entrega para terminar este proceso.

A todos mis profesores que durante la carrera y sobre todo, en este período de redacción de la tesis me han apoyado con sus conocimientos y me han motivado a seguir adelante.

Relación entre la inversión pública en salud y la disminución en pobreza en el Ecuador. Un análisis entre los años 2007 y 2014

Introducción	6
Metodología del Trabajo	8
Preguntas de investigación	8
Objetivos.....	8
Estrategia de investigación	8
Fundamentación teórica	11
Pobreza	11
Política Pública	20
Gasto público.....	23
Salud.....	25
Relación entre pobreza y salud.....	31
CAPÍTULO I	34
Evolución de la pobreza en el Ecuador	34
Pobreza	34
Análisis Macroeconómico.....	42
CAPÍTULO II	54
Evolución de la inversión en Salud en el Ecuador	54
Estructura del sector salud.....	54
Financiamiento	56
Oferta de infraestructura del sector salud.....	65
Capítulo III	83
Relación entre la inversión Pública en salud y la reducción en los niveles de pobreza	83
Relación de inversión pública en salud y pobreza, según estudios de caso.....	83
Relación de inversión pública en salud y pobreza, según datos arrojados por la investigación	96
Relación de inversión pública en salud y pobreza, según criterios de expertos	98
Crítica a programas y lineamientos de Política Pública	109
Lineamientos de política pública	111
Conclusiones	114

Recomendaciones	116
Referencia Bibliografía	117
ANEXOS	129

Introducción

Uno de los temas de gran interés estudiados dentro del ámbito económico es el de la pobreza, que según varios autores como Mancilla (2012), Frenk (1994), entre otros, es la forma de vida que aparece cuando las personas carecen de los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas. Además, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (2015:7) “puede ser considerada como la privación al acceso a servicios de salud, educación, servicios básicos, o los bajos niveles de consumo kilo calórico, la falta de ingresos que permitan acceder a bienes y servicios de mercado”.

En el caso del Ecuador, se ha podido observar según datos arrojados por el INEC (2015:2), que en el año 2006 la pobreza a nivel país era de 36,74% y ésta ha ido disminuyendo hasta que en el año 2014 alcanzó un valor de 22,49%. Al igual que en las zonas urbanas (en el 2014 se alcanzó 7.9 puntos menos que en el año 2007) y que las zonas rurales (3.5 puntos menos).

El tema de la pobreza, será estudiado más a fondo en el primer capítulo de la presente disertación, pero una de las principales conclusiones a las que se pudo llegar es que esta reducción en la pobreza no se debe únicamente a transferencias de dinero, sino que se debe a una expansión de la capacidad productiva local, que ha permitido la reducción de inequidad social y la generación de empleo productivo (Secretaría Técnica de Planificación y Desarrollo, 2012: 8). Además, según la Organización Mundial de la Salud (2013:1) este empleo productivo se lo logra conseguir cuando una población goza de una buena salud.

La inversión pública en salud es parte del segundo capítulo de la disertación, este gasto se justifica no sólo porque la salud es un elemento básico del bienestar, sino también por argumentos meramente económicos. Además, porque la vida de la gente cambia de manera sustancial si tiene acceso al alcantarillado, al agua potable, a la medicina preventiva como las vacunas y los anticonceptivos, los cuales provocan mejoras sustanciales en el nivel de vida de las personas. (Mancilla, 2012:55)

En el caso ecuatoriano, en cuanto a este tema, se puede observar en los boletines del Ministerio de Economía y Finanzas (2015:71) que durante el año 2007 en el Ecuador se destinó un fondo de 606.4 millones de dólares al sector salud y durante el año 2014 este gasto ascendió a 2.146.41 millones de dólares. A pesar de tener mejoras sustanciales en la salud, aún existe un 40% de la población que no está siendo tomado en cuenta o que no tiene acceso a servicios de atención sanitaria. (OMS, 2003: 31)

Con todo lo anterior, se busca analizar de una manera más detallada el tema de la pobreza y de gasto público en salud en todo el territorio ecuatoriano durante el periodo 2007 a 2014 y determinar si existe o no una relación entre ambas variables, lo cual se lo realiza en el tercer capítulo de la disertación. En el cual, se procedió a realizar entrevistas a expertos y a revisar estudios de caso en otros países. Logrando así, concluir con una crítica de lo que se podría realizar en el Ecuador y con propuestas de lineamientos de política pública.

La razón principal por la cual se decidió proponer el desarrollo de esta disertación es debido a su gran relevancia en el ámbito social y para la academia. Dentro del ámbito social, lo que se busca es proporcionar una conciencia de cuán importante es la salud dentro de la economía de un país, para conseguir tener condiciones sanitarias de mejor calidad en el Ecuador, demostrar cuán trascendental es la inversión en la misma y en qué ámbitos se debería invertir para mejorar la situación de las y los ecuatorianos de escasos recursos.

En cuanto al ámbito académico, han existido estudios previos de la relación que existe entre la inversión pública en salud y la reducción de la pobreza en diferentes países como en EEUU con la Comisión de Desarrollo Económico Regional de New York, México realizada por Julio Frenk, entre otros. Nada parecido se ha hecho en el Ecuador, por esta razón se busca el desarrollo de esta disertación.

Se pretende tomar en cuenta el criterio y la perspectiva de diferentes autores para saber a qué se debe la pobreza, las maneras de combatirla y si esta tiene alguna relación con las mejoras en el gasto en inversión en salud, utilizando todos los estudios previos de los diferentes países antes ya mencionados.

Metodología del Trabajo

Preguntas de investigación

Pregunta General:

¿Cuál es la relación que existe entre la inversión en salud pública y la disminución en pobreza en el Ecuador entre los años 2007 y 2014?

Preguntas específicas:

- ¿Cuál ha sido el estado de pobreza en la población ecuatoriana entre los años 2007 y 2014?
- ¿Cómo ha evolucionado la inversión en salud pública en el Ecuador entre los años 2007 y 2014?
- ¿Cuál es el impacto que existe entre la variación en la inversión en salud pública y la variación en pobreza?

Objetivos

Objetivo General:

Identificar la relación que existe entre la inversión pública en salud y la disminución de la pobreza.

Objetivos específicos:

- Determinar cuál ha sido la situación de la pobreza en el Ecuador entre los años 2007 y 2014.
- Explicar cómo ha mejorado la inversión pública en salud en el Ecuador durante los años 2007 al 2014.
- Establecer la relación que existe entre la inversión pública en salud y la pobreza.

Estrategia de investigación

Esta investigación es de tipo descriptivo, ya que implica observar y describir el comportamiento de las variables de pobreza y salud y por otro lado, de tipo correlacional ya que se busca evaluar la relación que existe entre la variable pobreza y gasto en inversión pública en salud.

Adicionalmente, la investigación es de carácter mixto, ya que abarca tanto el enfoque cualitativo como el cuantitativo. Se dice que tiene enfoque cualitativo debido a que se toman en cuenta estudios previos de otros países, informes, papers, artículos de revistas, libros, etc., que ayudan al desarrollo de la disertación. Y es cuantitativo, ya que se toma en cuenta estadísticas de inversión en salud, gasto en salud, pobreza por ingresos, por consumo y por necesidades básicas insatisfechas y sus respectivas estadísticas.

La investigación se realizó en tres pasos: primero se procedió a realizar un estudio de toda la información de documentos estadísticos y secundarios que se pudieron encontrar y que tenían relación con el tema tratado y con cada una de las variables. Segundo, debido a que se quiere buscar la relación entre las variables pobreza y gasto en inversión en salud, se procedió a realizar varias entrevistas a personas entendidas en el tema y se revisaron estudios de caso de otros países.

Finalmente, se realizó una crítica a lo que se ha hecho en el Ecuador y que debería ser implementado (se dieron sugerencias de lineamientos de política pública que podrían ser aplicadas al caso ecuatoriano).

Procedimiento metodológico

En cuanto al procedimiento metodológico que se realizó en la investigación fue el siguiente. En el primer capítulo, relacionado a la pobreza y su evolución desde el 2007 hasta el 2014, lo primero que se hizo fue la revisión de toda la literatura pertinente y de las encuestas de condiciones de vida para establecer los indicadores y variables que eran necesarios para responder esta pregunta.

Algunas de las variables que se tomaron en cuenta para la primera pregunta de investigación fueron: pobreza por ingresos y necesidades básicas insatisfechas, en cuanto a esta última se tienen varias variables como lo son el acceso a vivienda, salud, a educación, a servicios básicos, el trabajo y seguridad social.

Se hizo un análisis a nivel país, de las áreas urbanas y rurales, las características geográficas y demográficas, un estudio por etnias, por estructura educativa y por las características laborales de las personas en edad de trabajar. A continuación, se realizó un análisis macroeconómico del Ecuador en esos años y de los programas en los que se invirtió.

Para el segundo capítulo relacionado con la inversión en salud se utilizaron los datos presupuestarios por parte del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, se revisaron los respectivos informes anuales con respecto a la inversión que se ha realizado, se procedió a pedir información en el Ministerio de Salud para tener datos más reales. Se desglosó la parte del gasto corriente, gasto en inversión y gasto en capital. Este análisis se lo hizo por provincia y de igual manera a lo anterior, durante el período 2007 al 2014 se procedió a hacer un análisis anual para ver la evolución de la misma.

Finalmente, para el tercer capítulo se realizaron tres entrevistas a expertos en el tema, se analizaron varios estudios de caso utilizados por otros países, para así poder concluir con la crítica a lo que se ha hecho en el Ecuador y determinar que se debería hacer. Se plantearon varios lineamientos de política pública a través del método del árbol de problemas y objetivos.

Fundamentación teórica

En esta sección de la disertación se presentará el sustento teórico. Iniciando con el tema principal, la pobreza, el cual es muy complejo ya que ha sido debatido a través de los años y que tiene diferentes enfoques, conceptos y maneras de medición para los autores. Un concepto de pobreza aceptado en su gran mayoría por escritores como Chambers (1995), Samuelson (2002), Otero (2002), entre otros, es que este es un estado en el que los individuos tienen una renta insuficiente, es decir que los ingresos que ellos tienen son escasos para comprar alimentos, ropa, tener alojamiento, acceso a salud, entre otras necesidades.

A continuación, se tomarán los diferentes conceptos de políticas públicas y de gasto, ya que son uno de los principales determinantes para combatir la pobreza. Según autores como Ruiz, Cádenas, Morata, Anderson, entre otros, la política pública se presenta como un programa de acción gubernamental en un sector de la sociedad, como la salud, lo cual servirá para explicar la siguiente parte del presente capítulo.

La definición de salud y sus determinantes también varían según los autores e instituciones, se utilizarán percepciones de la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud, la Organización Panamericana de la Salud, entre otros, los mismos que establecen que la salud es un estado de bienestar físico, mental y social y no solamente se trata de la ausencia de enfermedades en las personas durante toda su vida. Por último, se analizarán y tomarán en cuenta cada uno de los conceptos previos, con la finalidad de determinar la relación entre pobreza y salud; la misma que es bilateral, es decir, la pobreza genera mala salud y una mala salud genera pobreza.

Para esta investigación se enfocará únicamente en la relación que establece que una mala salud genera pobreza y se tomarán en cuenta autores como Muurinen, Le Grand, Alleyne, Cohen, Sen, entre otros para tener más clara esta relación.

Pobreza

A través de los años, la definición de pobreza ha ido evolucionando. Ha pasado de ser un problema netamente de ingresos, a como lo plantea Chambers (1995:173), *“la pobreza se refiere a una falta de necesidades físicas, activos, e ingresos. Incluye –pero más que – el hecho de ser pobre por ingresos”*.

Samuelson y Nordhaus (2002) la definen claramente como un estado en el que los individuos tienen una renta insuficiente, es decir que los ingresos que ellos tienen son

escasos para comprar alimentos, ropa, tener alojamiento, acceso a salud, entre otras necesidades.

De manera similar para Otero (2002:11), el significado de pobreza es muy amplio y muy complejo, por tanto, para él, “se entiende como pobreza a la forma de vida que aparece cuando las personas carecen de los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas”.

Por otro lado, para autores como Altamir y Casero la pobreza va mucho más allá, para Altamir (1979), la pobreza manifiesta características de desnutrición, un consumo por debajo de lo debido, condiciones de vivienda y servicios sanitarios precarios, bajos niveles educativos, inestable inserción en el aparato productivo y poca participación en los mecanismos de integración social.

Para Casero (2005:15), la pobreza puede concebirse como una situación de degradación generalizada de nutrición, educación, sanidad, etc., que afecta a los individuos de diferentes maneras y los priva de satisfacer sus necesidades básicas e incapacitándoles para ejercer sus derechos y mejorar su calidad de vida

Las instituciones tienen diferentes concepciones acerca de la pobreza. Para el INEC (2015:7), la pobreza es la carencia o insuficiencia de recursos para acceder a un grupo de necesidades básicas. Esta puede ser considerada como la privación al acceso a servicios de salud, educación, servicios básicos, etc.; o la falta de ingresos que permitan acceder a bienes y servicios de mercado. (Feres y Mancero, s.f.:65)

Para el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD (2002:2), la pobreza “es la carencia de oportunidades y opciones esenciales en la vida de una persona y con fallas en las capacidades básicas”, es decir, que las personas no pueden acceder a los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades, no tienen voz, poder ni representación.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL (2008), determina que la pobreza se trata de una situación, donde las personas consumen por debajo de lo debido, existe desnutrición, precarias condiciones de vivienda, bajos niveles en educación, malas condiciones sanitarias, etc. Por su parte, el Banco Mundial (1990:26-27), establece que la pobreza es considerada como “la incapacidad para alcanzar un nivel de vida mínimo”.

Enfoques de pobreza

Existen varios enfoques que ayudan a definir que es la pobreza, entre ellos se tiene: el enfoque subjetivo, objetivo, relativo, absoluto y el multidimensional. A continuación, se analizará más a detalle a que se refiere cada uno de estos conceptos:

1) Enfoque Objetivo

Es aquel que se mide en base a circunstancias, a través de hechos, donde se considera un nivel de vida mínimo que responde a criterios prefijados a priori por el investigador. (Costa, 2013:20).

Según Valdivieso (2011:6) este enfoque está basado en criterios como el ingreso, el consumo, ente otros. Mientras que el Banco Mundial (1990:26-27) establece que la pobreza es la incapacidad de alcanzar un estándar mínimo de vida medido en términos de necesidades básicas o del ingreso (consumo) requerido para satisfacerlas.

2) Enfoque subjetivo

Para la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2008), la característica principal de este enfoque es que el umbral entre pobres y no pobres está determinado sobre la percepción de las personas sobre su bienestar. Es decir, que las personas sienten que tienen una privación para acceder a ciertos bienes y servicios respecto a otros. (Casero, 2000:15)

Para autores como Spicker, Alvarez y Gordon (2009:183), el enfoque subjetivo de pobreza es el fruto de las opiniones de la población acerca del nivel de ingreso mínimo con el cual se puede tener una vida decente. Para estos autores este tipo de enfoque es bastante bueno, ya que no está establecido por las autoridades a cargo, sino por la sociedad.

3) Enfoque absoluto

Para Valdivieso (2011:6), es un estado de carencia del sustento necesario para vivir. Esto dificulta la participación de los individuos, ya que están consumiendo parte de los bienes y servicios que satisfacen sus necesidades, pero también están dejando de lado otros de igual importancia para conseguir un nivel de vida aceptable. Estas necesidades son aquellas establecidas por los expertos, más no las dadas por la sociedad o por las reglas sociales. (Spicker, Alvarez y Gordon, 2009: 223)

Para la Organización de las Naciones Unidas (1995) “es una condición caracterizada por la severa carencia de necesidades humanas básicas, que incluyen alimento, agua potable, instalaciones sanitarias, salud, vivienda, educación e información. No depende sólo del ingreso”

4) Enfoque relativo

Valdivieso (2011:6), establece que este enfoque de pobreza determina que un individuo posea menos que otro dentro de una sociedad; y que serán considerados como pobres quienes no lleguen a un determinado umbral, es decir, aquellos que no lleguen a tener un cierto nivel de ingresos. Este enfoque, como lo mencionan Feres y Mancero (2001:11) está dado un poco más por la sociedad, es decir, las personas y su bienestar depende del bienestar de los demás.

Autores como Espinoza y Tejada (2015:40) establecen que las personas van a ser consideradas como pobres dependiendo de los ingresos que tengan los demás miembros de la población.

Otros autores tienen diferentes perspectivas sobre el enfoque relativo, Townsend (1979:915), por su parte menciona que es la “ausencia o insuficiencia de las dietas, comodidades, estándares, servicios y actividades que son comunes o habituales en una sociedad”. En cambio, para autores como Roach y Roach (1972:23), la pobreza relativa es un “estándar aplicable al segmento más bajo de la distribución del ingreso en una sociedad”.

5) Enfoque Multidimensional

Para el PNUD (2010:105) las dimensiones de la pobreza van mucho más allá del aspecto monetario, ya que también deben incluir salud y nutrición inadecuadas, falta de educación y de conocimientos especializados, malas condiciones de vivienda, exclusión social y escasa participación, entre otros. De manera similar, Bueno (2012:40) determina que la pobreza no sólo se refiere a la privación de recursos monetarios para acceder a bienes y servicios, sino también a un conjunto de factores como el desempleo, la desnutrición, la falta de acceso a educación y a otros factores como la falta de oportunidades que tienen las personas.

Es por esta razón que la lucha contra la pobreza no debe limitarse únicamente a tratar de reducir la pobreza por ingreso, sino que deben tomarse en cuenta diferentes medidas para mejorar las capacidades humanas, como por ejemplo, la lucha contra la desnutrición, el analfabetismo, la discriminación sexual o la mortalidad prematura. (Sen, 2000:15),

Métodos de medición

Existen dos métodos principales para la medición de la pobreza, estos son:

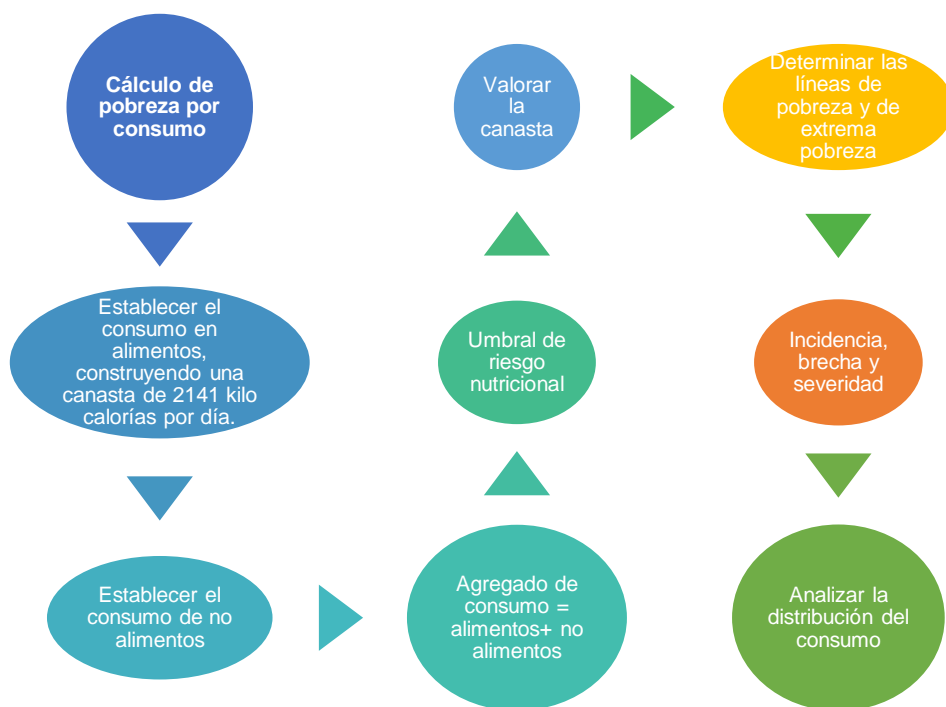
1) Método Indirecto

La pobreza por consumo o método indirecto parte de la determinación de una canasta de bienes y servicios que permite satisfacer las necesidades básicas de los ciudadanos, “definiendo como pobres a los hogares cuyo ingreso o consumo se ubique por debajo del costo de esta canasta” (INEC, s.f:4),. Castillo y Brborich (2007:9), están de acuerdo con la definición del INEC, y plantean que las necesidades básicas que se deben satisfacer son de alimentación, vivienda, vestido, educación y salud.

Por otro lado, para León (2002:2), este método se basa en el enfoque económico. Su principal problema es que presupone que, si los consumidores tienen los ingresos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas, estos van a destinar estos fondos a hacerlo. Esta forma de medición de la pobreza toma en cuenta umbrales, los cuales ayudan a determinar que todas las personas que están por debajo de ellos son consideradas como pobres, en general se fija en términos de ingreso o gasto mínimo (Spicker, Alvarez y Gordon, 2009:190)

La conclusión es que quien alcanza o supera el umbral establecido es “no pobre,” y quien está bajo el nivel es “pobre.” (Castillo y Brborich, 2007:9).

Gráfico N° 1 Cálculo de pobreza por consumo



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)

Elaboración: Camila Yepez del Pozo

- Línea de pobreza: Ravallion (2000:117) establece que la línea de pobreza puede ser definida como “el costo monetario de un nivel de bienestar de referencia de una persona dada, en un momento y lugar dados”. Es decir, se evalúa el bienestar de las personas a partir de la capacidad que tienen para consumir. (García, 2009:12)
- Línea de extrema pobreza o indigencia: Según Calero (2011:27) es el valor monetario de una canasta básica de los bienes necesarios de alimentos que satisface las necesidades básicas de las personas

Los requerimientos nutricionales mínimos son establecidos por comisiones internacionales que determinan cuales son los productos que cumplen con los requerimientos mínimos calóricos y proteicos (Otero, Cerimedo, Cuenin y Moccerro, 2002: 12). Es decir que se considera que una persona está bajo la línea de extrema pobreza cuando los ingresos no le alcanzan para adquirir una canasta básica de alimentos que satisfaga todas sus necesidades calóricas. Feres y Mancero, 2001: 55-60).

Para el cálculo de este método, existen varias maneras de hacerlo; las más utilizadas son:

- Consumo Calórico: se mide la pobreza estableciendo requerimientos del nivel de ingreso o gasto necesario que permita alcanzar un consumo determinado de

calorías, el cual se establece mediante estudios nutricionales. (Espinoza y Tejada, 2015:38).

- Costo de necesidades básicas insatisfechas: se elabora una canasta básica con bienes alimenticios (aquellos que satisfagan los requerimientos nutricionales), no alimenticios y servicios, la línea de pobreza es el gasto necesario que se debe hacer para obtener la canasta básica. (Espinoza y Tejada, 2015:38).
- Método relativo: la línea de pobreza en relación a los ingresos medios de un país. Por lo tanto, se considera a una persona pobre según cuanto tengan los demás. (Feres y Mancero, 2001: 55-60).
- Método subjetivo: la población define la pobreza, para calcularla se pregunta a cada familia cuánto es el ingreso mínimo que requieren para vivir. (Feres y Mancero, 2001: 55-60).

2) Método directo

Se lo conoce también como Pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Para Castillo y Brborich (2007:8) este método clasifica a los hogares como pobres o no pobres “de acuerdo a la satisfacción de sus necesidades básicas (acceso a la educación, salud, nutrición, vivienda, etc.), de forma tal que los hogares con necesidades insatisfechas son considerados como pobres”. Con este método, se mide si las personas están cubriendo todas sus necesidades básicas y no solo las biológicas. (Casero, 2005:19)

Para Feres y Mancero (2001:27), el método directo relaciona al bienestar con el consumo efectivamente realizado y se considera pobre a aquellas personas que no satisfacen una o varias necesidades básicas. Se define a un hogar como pobre cuando tiene falta en el acceso a educación, salud, nutrición, vivienda, servicios urbanos y oportunidades de empleo (Secretaría Técnica del Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social, 2008).

Este método relaciona el bienestar con el consumo efectivamente realizado no con la posibilidad de realizar un consumo como se plantea en el método indirecto. (Feres y Mancero, 2001:24).

Existen 2 maneras de medición para este método:

- Necesidades Básicas Insatisfechas: para Castillo y Brborich (2007:8) se define como pobres a aquellos individuos que no satisfacen una de las siguientes necesidades:

Cuadro N°1 Necesidades Básicas Insatisfechas

Fuente: Banco Central del Ecuador

Elaboración: Camila Yepez del Pozo

- Índice de Desarrollo Humano: Evalúa el bienestar y toma en cuenta tres aspectos: “la capacidad de los individuos de vivir largo tiempo con buena salud; de adquirir conocimientos, comunicarse y participar en sociedad; y de disponer de recursos que le permitan vivir una vida digna”. (Feres y Mancero 2001: 60-65).

Existen también otros métodos, como el método integrado o denominado “tipología de Katzman” consiste en una combinación de los métodos directos e indirectos, y clasifica a la pobreza en tres categorías: pobreza crónica, reciente e inercial. (Feres y Mancero 2001: 60-65).

Determinantes de la pobreza

Como señala Ray (1998:16), “los hogares pobres tienden a ser más numerosos que el promedio del resto de hogares, además, de no poseer activos productivos, a ello se suma la dificultad de acceder a los mercados de trabajo, crédito, seguro y de tierras”.

Para determinar si una persona es pobre o no, se han establecido ciertos parámetros, según

Vivienda: Tiene características físicas inadecuadas:

- Hogares que son inapropiadas para el alojamiento humano, con paredes exteriores de lata, tela, cartón, u otros materiales de desecho o precario; incluidas las de piso de tierra.
- Se incluyen las móviles, refugio natural, puente o similares.

La vivienda tiene servicios inadecuados:

- Viviendas sin conexión a acueductos o tubería, o sin sanitario conectado a alcantarillado o a pozo séptico.

El hogar tiene una alta dependencia económica:

- Aquellos con más de 3 miembros por persona ocupado y que el Jefe(a) del hogar hubiera aprobado como máximo dos años de educación primaria.

En el hogar existen niños (as) que no asisten a la escuela:

- Aquellos con al menos un niño de seis a doce años de edad que no asiste a la escuela.

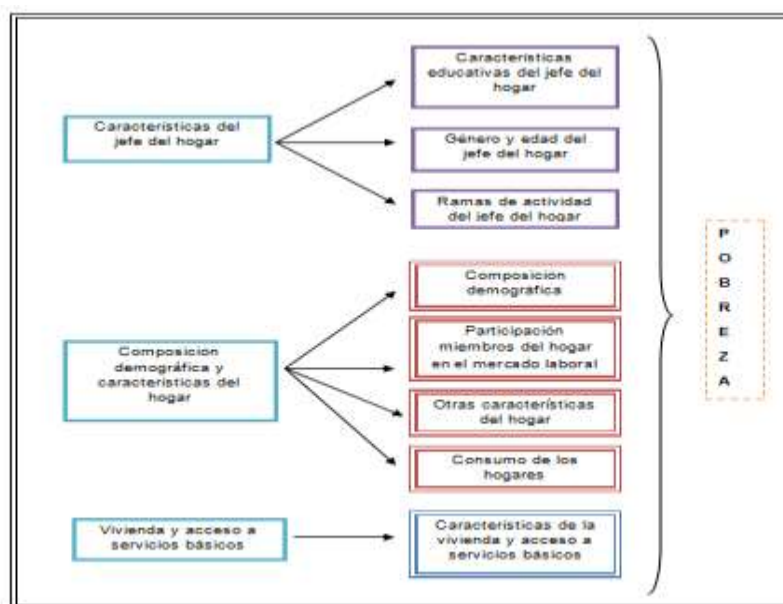
El hogar se encuentra en un estado de hacinamiento crítico:

- Aquellos con más de tres personas en promedio por cuarto utilizado para dormir.

el INEC (2015) y la Secretaría Técnica del Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social (2008:102) entre las principales variables que determinan la pobreza figuran las

características del jefe(a) del hogar, así como la posesión de activos, el acceso a mercados, variables demográficas y la localización geográfica.

Grafico N°2
Determinantes de la pobreza



Fuente: INEC Y SIISE

Elaboración: Camila Yopez del Pozo

Para el INEC (2015) y Barragán (2007), los determinantes constan de la siguiente manera:

- Capacidad económica. - El hogar se considera privado en esta dimensión si: los años de escolaridad del jefe(a) de hogar es menor o igual a 2 años y, si existen más de tres personas por cada persona que tiene una ocupación en el hogar (Barragán, 2007: 238).
- Acceso a educación básica. - El hogar se considera privado en esta dimensión si existen en el hogar niños de 6 a 12 años de edad que no asisten a clases. Además, se toma en cuenta el nivel de alfabetización; nivel de instrucción; deserción escolar; superación educativa intergeneracional; grado. (INEC, 2015)
- Acceso a vivienda. - El hogar está privado si el material del piso es de tierra u otros materiales o, si los materiales de las paredes son de caña, estera u otros. (Barragán, 2007: 238).
- Hacinamiento. - El hogar se considera pobre si la relación de personas por dormitorio es mayor a tres. (Barragán, 2007: 238).
- Empleo: tasa de desocupación; subocupación; por rama de actividad PEA. (INEC, 2015)

- Ingresos: NBI; línea de pobreza. (INEC, 2015)
- Salud: acceso a los diferentes niveles de asistencia médica; tasa de fertilidad; esperanza de vida; mortalidad infantil; de mortalidad por diferentes enfermedades; natalidad, morbilidad; nacidos vivos según instrucción de la madre. (Barragán, 2007: 238).
- Acceso al suelo urbano: tipo de ocupación; años de ocupación; tamaño de lote. (Barragán, 2007: 238).
- Acceso a servicios: red de agua, energía, transporte; grado de acceso a centros de salud y educación; cobertura médica (INEC, 2015).

La dimensión considera las condiciones sanitarias de la vivienda. El hogar es pobre si la vivienda no tiene servicio higiénico o si lo tiene es por pozo ciego o letrina o si el agua que obtiene la vivienda no es por red pública o por otra fuente de tubería. (Barragán, 2007: 238)

Para combatir la pobreza, es necesaria la participación de un ente gubernamental que tenga planes de contingencia como la política pública, por lo cual se explicará de mejor manera de que se trata dicho tema.

Política Pública

Ruiz y Cadéas (s.f.:2), atribuyen que las políticas públicas son de suma importancia para realizar cambios en la sociedad, además de ser un factor decisivo para promover o privar dicha transformación.

Es crucial tener claro la definición de política pública, tomando en cuenta las diferentes concepciones que han sido establecidas por varios autores. Por un lado, para autores como Morata (1992:90), la política pública se presenta como un programa de acción gubernamental en un sector de la sociedad o en un espacio geográfico determinado. Anderson (1990) y Lynn (1980) por su parte definen a una política como una cadena de acciones realizada por un actor o actores para tratar un asunto que afecta a la sociedad y los efectos que tendrán las mismas.

Mead (1995:14) determina que una política pública “es una aproximación al estudio de la política que analiza al gobierno a la luz de los asuntos públicos más importantes”. Algunos, como Somit y Tanenhaus (1967) han considerado a la política pública como todas las acciones realizadas por el gobierno. Brewer y de León (1983) han considerado a estas como

un proceso con diferentes niveles y que corresponden a las decisiones más importantes de una sociedad.

Autores como Thoenig (1997:10), por otro lado, se han referido a las políticas públicas como “el trabajo de las autoridades investidas de legitimidad pública gubernamental y que abarca múltiples aspectos, que van desde la definición y selección de prioridades de intervención hasta la toma de decisiones, su administración y evaluación”. Laswell (2000:103) también entrega su noción y señala que “la política pública es un programa proyectado de valores, fines y prácticas”

Al igual que los autores anteriores, Howlett y Ramesh (2003), lo definen como el resultado de decisiones del gobierno que pueden estar orientadas a mantener o alterar el estado de las cosas, al igual que para Jenkins (1978), el cual determina que una política pública hace referencia a un conjunto de decisiones interrelacionadas, tomadas por un actor o grupo de actores respecto de la selección de metas y medios para alcanzarlas en una situación específica y donde aquellas decisiones están dentro del ámbito de autoridad de esos actores.

Aspectos de Política Pública

Lahera (2002) hace énfasis en los siguientes aspectos de una política pública: una acción, es decir hacia donde está orientada la política; objetivo público; los contenidos y orientaciones para saber qué es lo que se debe hacer; deben estar desarrolladas por un colectivo que tenga instrumentos, mecanismos y definiciones institucionales para aplicarla. Birkland (2005: 19), argumenta que lo más importante para definir a una política pública es identificar ciertos aspectos que constituyen a la noción de la misma. Estos son: debe estar hecha en el nombre de la población; es generalmente realizada o iniciada por el gobierno; implementada por actores públicos y/o privados; es lo que el gobierno intenta hacer o; es lo que el gobierno elige no hacer.

Para Olavarría (2007:16), en resumen, los elementos centrales que definen a la política pública son:

Gráfico N°3 Elementos de Política Pública



Fuente: Instituto de Asuntos Públicos (INAP)
 Elaboración: Camila Yezpez del Pozo

Políticas Públicas y el Estado del Bienestar

Se entiende como Estado del Bienestar según Room (1979), al esfuerzo del Estado para modificar condiciones dadas en la sociedad y para resguardar a los individuos de problemas económicos que podrían afectarlos.

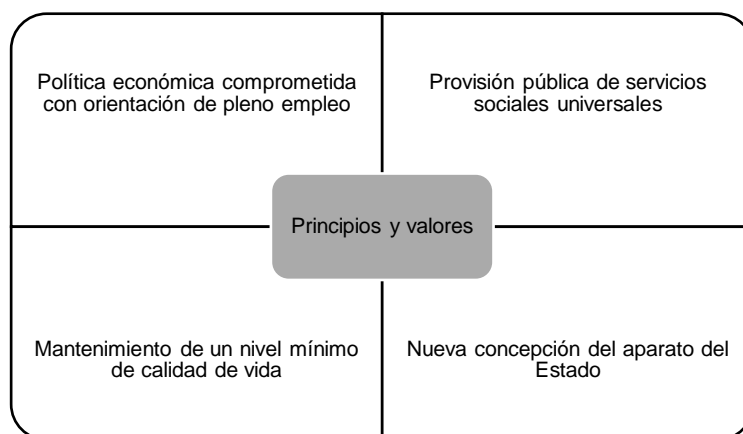
Un estado del bienestar se da cuando el poder es usado para modificar las fuerzas del mercado de tres maneras: primero garantizando a los individuos y familias un ingreso mínimo independiente del valor de su trabajo, segundo, limitando el grado de inseguridad, es decir que las personas no tengan ciertas “contingencias”, como enfermedades, desempleo, etc.; y tercero, asegurar que a todos los ciudadanos se les ofrezcan los mejores estándares disponibles en cuanto a servicios sociales. (Pérez, 2013:11)

La función primaria del Estado de bienestar es desplazar parte de las necesidades de la clase obrera fuera del marco de la lucha de clases y del conflicto industrial. Los medios por los cuales interviene el Estado, son reglas burocráticas y disposiciones legales, pagos y

puesta en servicio la experiencia profesional de profesores, médicos, asistentes sociales, etc. (Farge, 2007:49)

El consenso sobre determinados principios y valores que abarca el Estado del bienestar son:

Cuadro N°2
Principios y Valores del Estado de bienestar



Fuente: Farge Carlos (2007)

Elaboración: Camila Yezpez del Pozo

Para realizar cualquier plan del Gobierno o cualquier política pública, es necesario el gasto público, el cual es el reflejo de la actividad financiera y económica del Estado lo que puede expresarse, como una manifestación de su plan económico y social diseñado a través de su presupuesto para destinarlo a cada programa. (Alfageme y Guabloche, s.f.: 5)

Gasto público

Es aquel que ejecuta el Estado orientado a formar las capacidades básicas de las personas. Estas capacidades son indispensables para lograr una vida digna, sana, prolongada, creativa y productiva. (Ministerio de Economía y Finanzas del Perú, 2003: 225)

La CEPAL (1994) señala la falta de acuerdos sobre las perspectivas que delimitan el concepto de gasto social y el énfasis puesto en el plan económico y social de los servicios que prestan las instituciones estatales para hacer una estimación de los sectores salud, educación, seguridad social y vivienda, entre otros.

Esa clasificación, usualmente correspondiente a determinados documentos presupuestales, puede excluir programas que tengan impactos sociales realizados por el Estado que no corresponden a esa categoría, como son caminos rurales, políticas de asistencia agrícola, lo

que impide apreciar la acción estatal en materia de salud, nutrición o educación y que son realizadas por otras instituciones. (CEPAL, 1994)

Clasificación del Gasto Público según el desarrollo de capacidades

Para Vera (2009:1), mediante el gasto público “el Estado atiende las necesidades de la población por medio de los servicios públicos, cuyo destino es la cobertura de las necesidades públicas”.

Los juicios que se proponen para organizar el gasto público según Alfagame y Guabloche (s.f.: 6) están dirigidos a analizar cada esfuerzo que se realiza en el campo de las políticas públicas. La propuesta recoge lo que se refiere a las políticas relacionadas con:

- a) el acceso a servicios básicos;
- b) los aspectos normativos institucionales y;
- c) las acciones orientadas a mejorar la eficiencia económica.

Dentro del gasto público existe un rubro dedicado a la inversión pública, la cual es el alcance del sistema respecto de la asignación de recursos disponibles del Estado y también la formación de capital físico, formación de capital humano o producción de bienes y servicios. (Ortegón y Pacheco, 2004:12)

La inversión es un factor crucial dentro de la economía de los países, ya que, dependiendo de la calidad y cantidad de inversión se puede conseguir un crecimiento económico a largo plazo. (De la Fuente, 2003:10)

La inversión es cualquier actividad realizada en un año utilizando los recursos disponibles, que aumenta la capacidad de la economía para producir bienes y servicios y que permite generar mayor bienestar en el futuro. Con la inversión, los gobiernos logran alcanzar un mayor crecimiento económico a largo plazo y elevar el nivel de vida de la población. (Ortegón y Pacheco, 2004: 22)

Para Chang (2007: 6-7) la inversión pública puede aumentar los recursos físicos por medio de la inversión en equipamiento e infraestructura e incrementar los recursos humanos a través de la inversión en salud, educación, capacitaciones e investigación.

La inversión pública que se destina correctamente puede contribuir también a mitigar la pobreza, por ende, ayuda a promover el crecimiento económico y social a largo plazo tal como lo mencionan Ortegón y Pacheco (2004:13).

Para Castro (2001:1) uno de los sectores de mayor importancia es el sector salud, mencionando que “las inversiones del Estado en infraestructura: carreteras, hospitales, escuelas, caminos, puentes, viviendas, corresponden a sectores donde los verdaderos beneficios recibidos por la comunidad son superiores a sus precios”.

Salud

Según la Organización Mundial de la Salud OMS (1946) la salud “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”

Con el pasar del tiempo esta definición ha evolucionado e instituciones como la Comisión Mexicana Macroeconómica de la Salud (2004:15), opinan sobre este tema, creen que la salud no es la ausencia de enfermedades, sino el potencial de las personas a no hacerlo durante toda su vida. En términos instrumentales, la salud tiene impactos en el crecimiento económico en un número significativo de maneras.

Por ejemplo, reduce las pérdidas de producción debido a la enfermedad del trabajador, aumenta la productividad de los adultos como resultado de una mejor nutrición, disminuye las tasas de ausentismo y mejora el aprendizaje entre los niños en edad escolar. La salud también permite el uso de los recursos naturales que solían ser total o parcialmente inaccesibles debido a enfermedades (Comisión Mexicana Macroeconómica de la Salud, 2004:15).

El Consejo Regional de Desarrollo Económico de New York (2011:4), concuerda con esto y dice que “la salud es fundamental para el capital humano, el capital financiero, intelectual, social, etc., los planes de desarrollo se basan en los individuos calificados y saludables como trabajadores. Cuando se tiene una población sana los beneficios económicos siguen”. Para el Ministerio de Salud Pública (2012:39), se entiende a la salud como producto de las condiciones sociales y biológicas y a la vez como productor de desarrollo tanto a nivel individual como colectivo.

En palabras de Del Bosque (1998: 20) “la salud se crea donde la gente vive, ama, trabaja, y se divierte: es la integración entre ambientes y personas, en el proceso de la vida diaria lo que crea un patrón de salud”.

Complementando la idea de Del Bosque, Olivero (2013:5) afirma que “la salud es la habilidad del individuo para funcionar de manera aceptable para sí mismo y para el grupo al cual pertenece”.

Determinantes de la salud

La OMS (1998:16), establece que los determinantes de la salud son un “conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones”. Estos factores que influyen en la salud son múltiples e interrelacionados.

Algunos de los determinantes de la salud son las acciones de los individuos, es decir, los comportamientos y los estilos de vida saludables, ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos (García et al, 1998:17). Cada uno de estos determinantes, ya sea en conjunto o por separado, generan un impacto sobre la salud.

El Ministerio de Salud Pública MSP (2012:40), estipula como determinantes “al conjunto de procesos que tienen el potencial para generar protección o daño, para la salud individual y colectiva”.

Es decir, a los factores sociales y económicos, a las características de los individuos y a los entornos físicos.

Se entiende como determinantes de la salud para la OMS (2007) como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen; y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades, tomando en cuenta también factores económicos, sociales, normativos y políticos”.

Cuadro Nº 3 Determinantes de la salud

Determinantes	Concepto
Contexto socioeconómico y político	Factores estructurales que afectan de forma significativa a la sociedad. a) Gobierno en su aspecto amplio, b) políticas macroeconómicas; c) políticas sociales que afectan al mercado de trabajo, al estado del bienestar y a la distribución de la tierra y la vivienda; d) otras políticas públicas (educación, atención sanitaria, etc.), y e) valores sociales y culturales, como el valor que la salud y los servicios de salud tienen para la sociedad.
Posición socioeconómica	Determinantes estructurales de las desigualdades en salud, como los distintos ejes de desigualdad de la estructura social, en concreto la clase social, la posición socioeconómica, el género y la pertenencia étnica. Estos ejes determinan las oportunidades de tener una buena salud y ponen de manifiesto la existencia de desigualdades en salud debidas a las jerarquías de poder o de acceso a los recursos, en las que resultan más beneficiadas las personas de clases sociales privilegiadas
Los determinantes intermedios o factores intermediarios.	La estructura social determina desigualdades en los factores intermediarios, los cuales, a su vez, determinan las desigualdades en salud. Estos factores son: a) las circunstancias materiales, como la vivienda, el nivel de ingresos, las condiciones de trabajo o el barrio de residencia; b) las circunstancias psicosociales, como la falta de apoyo social, las situaciones de estrés, el poco control, etc.; c) los factores conductuales y biológicos, como los estilos de vida que dañan la salud, y d) el sistema de salud, pues el menor acceso a ellos y su menor calidad para las personas de clases sociales menos favorecidas es una vulneración de los derechos humanos.
Determinantes ambientales	La interacción entre elementos naturales y sociales contribuye a la generación de condiciones de protección o riesgo para la salud. La protección de la salud depende de la capacidad de la sociedad para mejorar la interacción entre la actividad humana y el ambiente químico, físico y biológico. Esto debe hacerse de manera que promueva la salud humana y prevenga la enfermedad, manteniendo el equilibrio y la integridad de los ecosistemas, y evitando comprometer el bienestar de las futuras generaciones.

Fuente: Ministerio de Salud Pública

Elaboración: Camila Yopez del Pozo

Olivero (2013:42) tiene una concepción algo parecida a la del MSP acerca de los determinantes, para ella, estos están conformados por:

- Los estilos de vida: pautas de vida personal asociadas a aspectos socioculturales, psicología, adaptabilidad, valores y elecciones de conducta personal, formadas en un grupo social (Olivero, 2013:42).
- La organización de los servicios de salud: acciones de atención, las políticas de salud, el acceso, el financiamiento, la calidad y equipamiento de los servicios, así como la calificación de los profesionales de salud (Olivero, 2013:42).
- La biología humana: la herencia, la inmunidad, la maduración y envejecimiento, así como a los aparatos y sistemas internos del organismo humano (Olivero, 2013:42).

- El medio ambiente: se refiere a la contaminación del aire, suelo y agua por mecanismos: físicos, químicos, biológicos, psicosociales y culturales (Olivero, 2013:42).

Salud Pública

Según la Organización Panamericana de la Salud OPS (2012), la salud pública es “el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones del alcance colectivo”. La Salud Pública estudia y se ocupa de la enfermedad y la salud de las poblaciones. (Barragán, 2007: 305)

Para García, Merino y Silva (1998:13), la salud pública es el arte de promover la salud, de prevenir la enfermedad, prolongar la vida de la sociedad y mejorar la calidad de vida de la misma. Autores como Frenk (1994:7) sostienen que lo más importante de la salud pública es que se esta adopte una figura basada en grupos de personas o en poblaciones, como un campo del conocimiento y como una esfera para la acción de mejora del sistema.

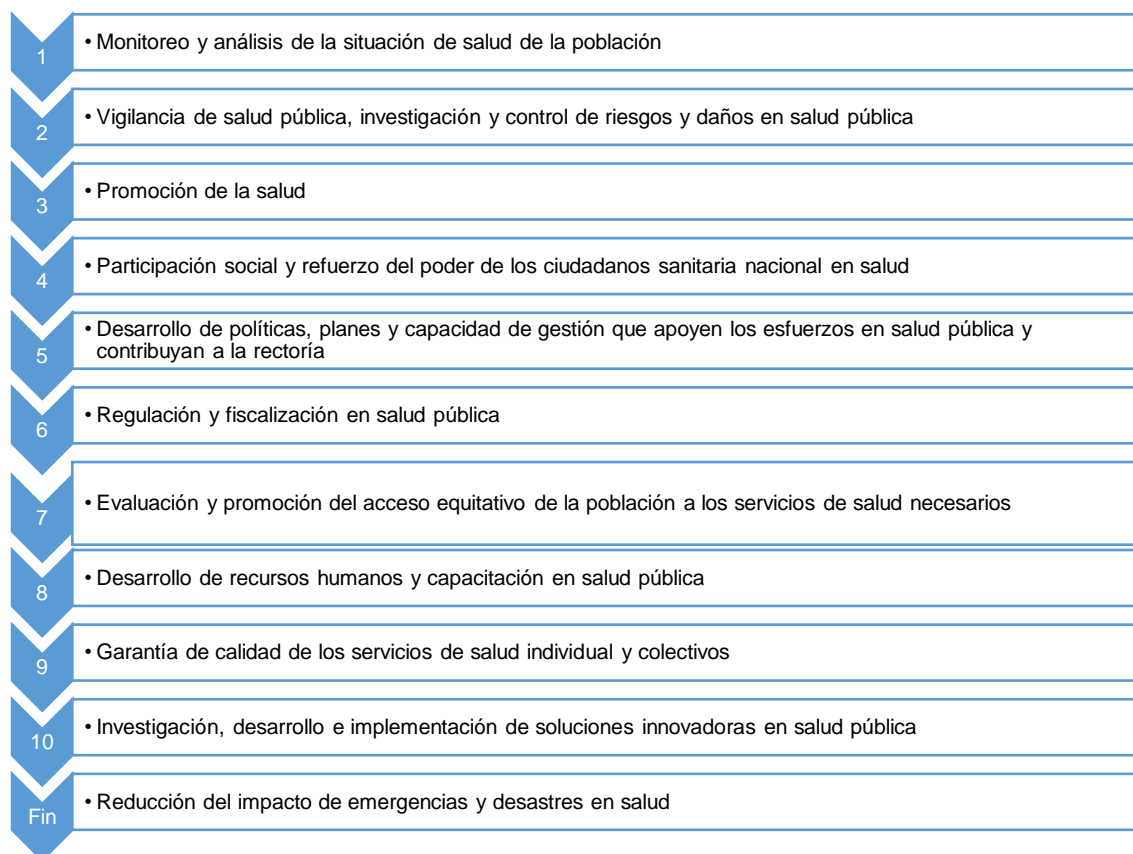
Para Figueroa (2012:2) es una práctica social que busca estudiar la salud de las poblaciones y se le considera como la ciencia encargada de prevenir enfermedades:

Además, se encarga de prolongar la vida, fomentar la salud, para el saneamiento del ambiente y desarrollo de la maquinaria social, afrontar los problemas de salud y mantener un nivel de vida adecuado. Para esta autora todo esto se lo hace para: la purificación del medio; el control de las enfermedades transmisibles, la educación de los individuos en los principios de la higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades; el desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren a todas las personas un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada individuo esté en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad. (Figueroa, 2012:2).

Funciones de la Salud Pública

Para Muñoz, López y Guerra (2000:129), la salud pública es de suma importancia y a través de los años se han planteado diez funciones esenciales para conseguir la reducción de impactos y desastres en salud, estos son:

Cuadro N°4 Funciones de Salud Pública



Fuente: Revista Panamericana de Salud Pública

Elaboración: Camila Yezpez del Pozo

Inversión en salud

Para los miembros del Grupo Faro (2012:5), la inversión en salud representa todos aquellos recursos que se invierten en obras como: la construcción de dispensarios médicos, la construcción de un hospital, adquisición de camillas hospitalarias, etc. Según Muurinen y Le Grand (1985:5) las inversiones en salud se justifican no sólo porque ésta es un elemento básico del bienestar, sino también por argumentos meramente económicos, la buena salud contribuye al crecimiento económico de cuatro maneras:

- Reduce las pérdidas de producción por enfermedad de los trabajadores;
- Permite utilizar recursos naturales que, debido a las enfermedades, pueden quedar total o parcialmente inaccesibles e inexplorados;
- Aumenta la escolarización de los niños y les permite un buen aprendizaje, y

- Libera para diferentes usos aquellos recursos que de otro modo sería necesario destinar al tratamiento de enfermedades.

Para la OMS (1998:26), la inversión en salud se refiere a aquellos recursos invertidos por el sector público o privado que se dedican explícitamente a la producción de salud y la ganancia de salud. Dicha inversión no está limitada a aquellos recursos que se dedican al suministro y uso de servicios sanitarios, sino que incluye las inversiones que realizan los ciudadanos en educación, vivienda, el empoderamiento para la salud de las mujeres, o el desarrollo de la infancia para prevenir enfermedades.

Gasto corriente en salud

Según el Grupo Faro en su taller de análisis del presupuesto (2012:5) este gasto incluye rubros como sueldos y salarios de los empleados públicos, transferencias y subsidios, y la compra de bienes no duraderos que realizan las entidades gubernamentales.

Este rubro comprende los gastos incurridos en la adquisición de bienes y servicios necesarios para el desarrollo de las actividades operacionales y administrativas. Incluye los gastos en personal, prestaciones de seguridad social, bienes y servicios de consumo, gastos financieros, otros gastos, transferencias y donaciones corrientes. (Ministerio de Economía y Finanzas, 2016:15)

Es de suma importancia analizar cada uno de las categorías mencionadas, tal y como lo menciona el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social en el cuadro N° 5.

**Cuadro N°5
Rubros del gasto corriente en salud**

<p align="center">Gasto en personal:</p> <p>Gastos por remuneraciones, salarios y otras obligaciones con personal a contrato y pasantías. (Ministerio de Finanzas,2016)</p>	<p align="center">Prestaciones a la seguridad social:</p> <p>Comprenden los gastos por prestaciones que las leyes ordenan a las entidades de seguridad social, otorgar a sus afiliados. Incluye el pago de la jubilación patronal que efectúan ciertas entidades a favor de sus ex empleados. (Ministerio de Finanzas,2016)</p>	<p align="center">Otros gastos corrientes:</p> <p>Comprenden los gastos por concepto de impuestos, tasas, contribuciones, seguros, comisiones, dietas y otros originados en las actividades operacionales. (Ministerio de Finanzas,2016)</p>
<p align="center">Bienes y servicios de consumo:</p> <p>Comprende los gastos necesarios para el cumplimiento de las funciones y actividades de las entidades del sector público. (Ministerio de Finanzas,2016)</p>	<p align="center">Gastos financieros:</p> <p>Comprenden las asignaciones para cubrir los gastos por intereses, descuentos, comisiones y otros cargos de la deuda pública interna y externa. (Ministerio de Finanzas,2016)</p>	<p align="center">Transferencias y donaciones corrientes:</p> <p>Comprenden las subvenciones sin contraprestación otorgadas para fines operativos. (Ministerio de Finanzas,2016)</p>

Fuente: Catálogo de ítems del Ministerio de Economía y Finanzas (2016)

Elaboración: Camila Yopez del Pozo

Una vez entendidos cada uno de los temas, es importante determinar si las variables pobreza y salud poseen algún vínculo entre ellas.

Relación entre pobreza y salud

Para muchos autores existe una relación directa entre estas dos variables, las cuales pueden estar relacionadas bilateralmente, autores sostienen que la mala salud genera pobreza y otros sostienen que la mala salud se da con mayor frecuencia en las zonas más pobres de los países. Para el análisis que se plantea en este trabajo se utilizará la primera relación, “la mala salud genera pobreza”. (Alleyne y Cohen, 2002: 42-54)

Es de suma importancia que exista buena salud en las sociedades, ya que esto es algo que todas las personas necesitan para aprender de mejor manera en las escuelas y para trabajar. Para los pobres es aún más importante gozar de una buena salud, ya que ellos, al no tener una gran cantidad de activos dependen únicamente de su salud para producir y consumir, mientras que los ricos dependen del capital humano y del financiero. De allí se supone que la mala salud está correlacionada con la pobreza y se considera que la pobreza se podría solucionar si se mejorara la salud de las personas enfermas sin importar su posición económica. (Muurinen & Le Grand, 1985: 29-35)

Mejorar la salud de los pobres en el mundo es cada vez más importante para la comunidad internacional, refleja la tendencia creciente de organizaciones no gubernamentales y de organismos de cooperación que buscan la reducción de la pobreza (Alleyne y Cohen, 2002: 42-54)

Dentro de las dimensiones multidimensionales que estos organismos están tomando está no únicamente aumentar los ingresos de los pobres, sino lograr una buena salud en ellos. El énfasis puesto en la salud de los pobres refleja el consenso cada vez más amplio de que las desigualdades en los resultados en salud entre ricos y pobres son injustas. (Comisión Mexicana Macroeconómica de la Salud, 2004:15)

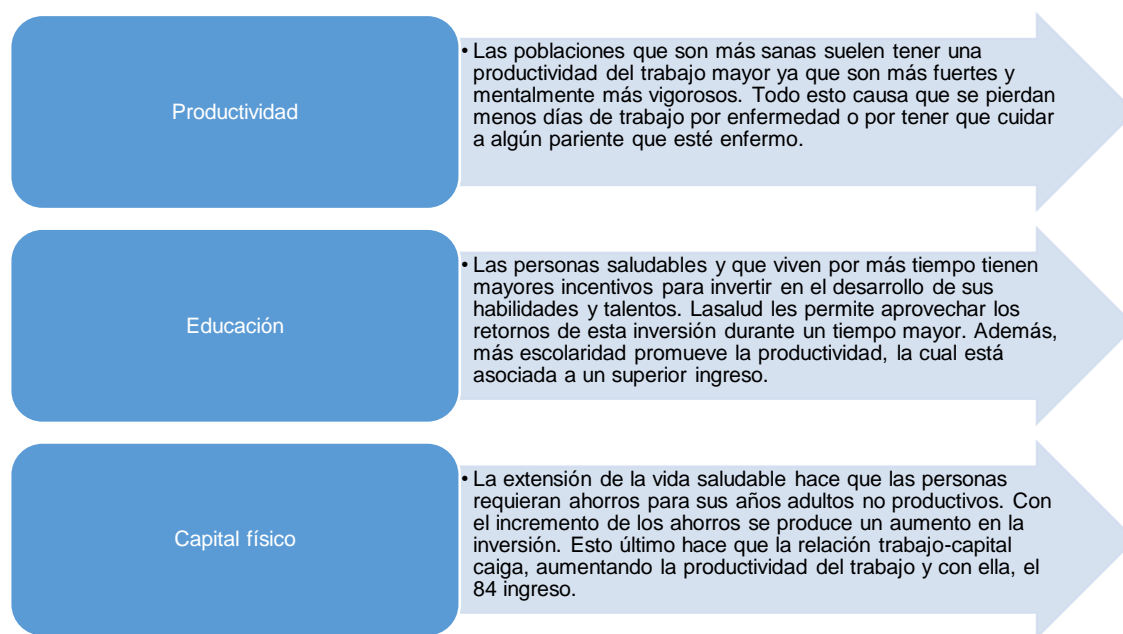
Según Alleyne y Cohen (2002: 42-54) es de suma importancia cerrar las brechas entre los pobres y los ricos dentro de un mismo país y fuera de ellos, a través de mejoras en los grupos más pobres. La relación entre la libertad individual y el desarrollo social depende de las libertades económicas, políticas, las fuerzas sociales y las posibilidades de salud, educación básica y el fomento y cultivo de las iniciativas.

Según Sen (2000:42) “existen buenas razones para concebir la pobreza como la privación de capacidades básicas y no sólo como una renta baja”. Algunas de estas privaciones se resumen en la mortalidad prematura, la desnutrición (en el caso de los niños), la morbilidad,

el analfabetismo, entre otros. Como dice Deaton (2015), al mejorar los sistemas de salud brindando a la población servicios de primer nivel va a existir una mayor esperanza de vida al nacer, los niveles de desnutrición van a mejorar y se va a reducir los niveles de mortalidad. Si todas estas variables mejoran, según lo que dice Sen los niveles de pobreza mejoraran.

Según Bloom y Canning (2000: 1207), una buena salud mejora el nivel de ingresos de las personas de la siguiente manera:

Cuadro N°6
Mejoras que causa la inversión en salud



Fuente: Oleas, Sebastián (2011) Enfermedad, salud, ingreso y desarrollo. Ecuador: USFQ
Elaboración: Camila Yopez del Pozo

El marco teórico abarca varios temas, entre ellos la pobreza, cuyo significado más aceptado es el de Otero (2012:11), Samuelson y Nordhaus (2002) quienes estipulan que es la forma de vida que aparece cuando las personas carecen de los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas, es decir que no pueden acceder a servicios de salud, educación, alimentos, ropa, alojamiento adecuado, entre otras.

En cuanto a los enfoques de pobreza que se utilizan en la presente investigación son: el enfoque objetivo (medido en base a circunstancias de carencia de ingresos, nivel de consumo o necesidades básicas insatisfechas) y el absoluto que (es la carencia de necesidades humanas básicas, que incluyen: alimento, agua potable, instalaciones sanitarias, salud, vivienda, educación e ingreso). El método de medición que se maneja en es el directo, ya que relaciona al bienestar con el consumo realizado. Considerando como

pobres a aquellas personas que no satisfacen una o varias necesidades básicas y definiendo a un hogar como pobre cuando tiene falta en el acceso a: educación, salud, nutrición, vivienda, servicios urbanos y oportunidades de empleo, lo cual se analiza en el capítulo 1.

Además, se utilizarán los determinantes de ingreso, consumo, las características del jefe de hogar, acceso a educación, características geográficas y características laborales para analizar según esto quien es considerado como pobre en el Ecuador.

En cuanto al ámbito de la salud se refiere se hará un análisis en el capítulo 2. Utilizando en primer lugar como determinantes los factores políticos y socioeconómicos. En cuanto a los factores políticos, se los toma por su forma significativa para afectar a la sociedad (por las políticas macroeconómicas y por las políticas públicas). Y a los socioeconómicos para determinar las oportunidades de tener una buena salud.

Se busca, además, realizar cada rubro del gasto corriente y gasto de inversión, para determinar en qué rubros es mayor el gasto, en cuáles es menor y así poder realizar un análisis por provincias.

Finalmente, en el capítulo 3 se tomará en cuenta la relación entre inversión pública en salud y reducción de la pobreza. Se busca utilizar la relación que dice que “la mala salud genera pobreza”, utilizando a cada uno de los autores como Alleyne y Cohen ya mencionados con anterioridad para revisar los diferentes estudios de caso aplicados en otros países y realizar entrevistas a expertos entendidos en el tema.

En este capítulo se tomarán en cuenta también los conceptos de política pública y gasto público. Se los toma para entender de mejor manera los programas y políticas que maneja el Gobierno, tanto en el ámbito de salud como de pobreza, para sugerir lineamientos de política pública en las áreas que se lo requiera y criticar cada uno de los programas implementados por el gobierno durante el periodo de análisis.

CAPÍTULO I

Evolución de la pobreza en el Ecuador

En el presente capítulo, se presenta la evolución de la pobreza en el Ecuador durante el período 2007-2014. A lo largo del mismo se analizarán diferentes variables macroeconómicas para poder apreciar de mejor manera que es lo que ha sucedido con la pobreza durante cada uno de los años de estudio. Se analizará el contexto económico que se presentaba durante esos años, para lo cual se utilizarán variables como el PIB, la inflación, el nivel de desempleo, el nivel del gasto público, etc. y se analiza los programas implementados durante esos años que hayan ayudado a reducir los niveles de pobreza en el Ecuador, tanto en el sector urbano, como en el sector rural.

Pobreza

Para obtener un indicador que resuma el grado de pobreza, Gasparini, Cicowiez y Sosa (2013:162) establecen que “es necesario definir un criterio que permita clasificar a cada persona como pobre o no pobre”.

En Ecuador, para solventar el «problema de identificación», se emplea el método de la línea de pobreza, el cual consiste, en primer lugar, en seleccionar una población de referencia que satisfaga un criterio normativo sobre la cantidad de energía alimentaria necesaria para balancear el gasto de energía y un nivel necesario y deseable de actividad física consistente con una buena salud en el largo plazo (Castillo y Andrade, 2016:121)

Para determinar la situación de indigencia o pobreza extrema, “se hace una valoración monetaria del gasto de consumo mensual per cápita y aquellos individuos que no alcancen a consumir el valor de la canasta alimenticia de 2,141 kilo calorías por persona por día son identificados como pobres extremos” (Calero, 2011: 35).

Teniendo en cuenta los conceptos presentados se dice que la pobreza por ingreso, es decir la que utiliza una métrica monetaria, se redujo del 36,74% al 22,5% durante el periodo 2007-2014; esto quiere decir que existió una reducción de 14,3 puntos porcentuales. De igual manera, durante este periodo la pobreza extrema por ingreso pasó de 16,5% a 7,65%, es decir hubo un descenso de 8,8 puntos porcentuales. (Molina et al, 2016:15)

En el gráfico N°4 se puede observar que, tanto la pobreza nacional como extrema pobreza por ingreso se ha reducido considerablemente. En cuanto a la pobreza nacional ha llegado a un 22,49% durante el año 2014, es decir 14,25 puntos porcentuales menos que en el 2007 y la pobreza extrema nacional con 8.8 puntos porcentuales menos que en el año 2007. Esto se explica por lo siguiente “por un lado, el crecimiento real del consumo hizo que la pobreza

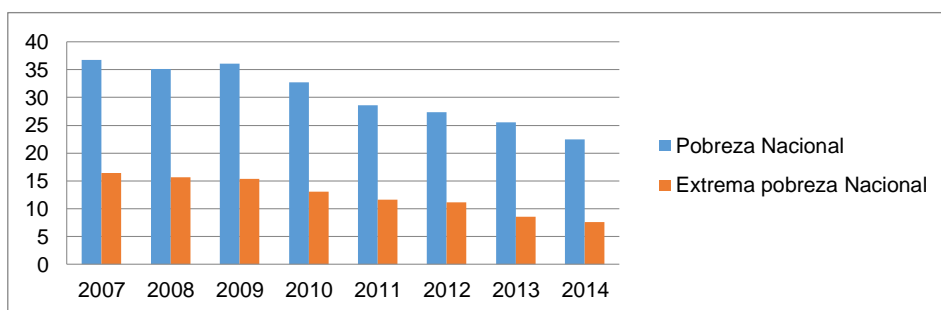
se reduzca al igual que el efecto redistribución y por otro, durante este período han existido varias políticas para combatir la pobreza” (Rosero et al, 2017:22), como, por ejemplo:

- 1) El ingreso laboral: el cual, ha contribuido en más del 70% en la reducción de la pobreza y en casi dos terceras partes de la reducción de la pobreza extrema. Para el 2014, el hogar promedio obtiene 70% de sus ingresos de los mercados laborales (Rosero et al, 2017:34).
- 2) El bono de Desarrollo Humano: las transferencias públicas contribuyeron con casi el 20% del total de la reducción de la pobreza extrema y la desigualdad del ingreso, mientras que la contribución del BDH en el campo de la pobreza moderada fue más modesta (12%)
- 3) Cambios en los retornos: son analizados a través de la contribución de tres tipos de factores:

Tipo de crecimiento económico, instituciones (cambios de las leyes y la aplicación de la ley relacionada con el salario mínimo y el acceso a la seguridad social), y capital humano (salud, educación y experiencia). Estos factores se definieron tomando en cuenta las políticas y los eventos de contexto específico en Ecuador en la década pasada. La evidencia es consistente con los primeros dos factores, que tienen una importancia fundamental en el incremento de los retornos para los trabajadores de los grupos menos favorecidos (Rosero et al, 2017:34).

Existen muchas otras políticas que han ayudado a la reducción de la pobreza como lo son las mejoras en los sistemas de salud, el incremento en el salario mínimo vital, inversión en educación, entre otras.

Gráfico N° 4
Taza de pobreza por ingreso en el Ecuador



Fuente: INEC, compendio estadístico 2014
Elaborado por Camila Yepez del Pozo

Varios autores e instituciones como el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD (2010:105) establecen que las dimensiones de la pobreza van mucho más allá del

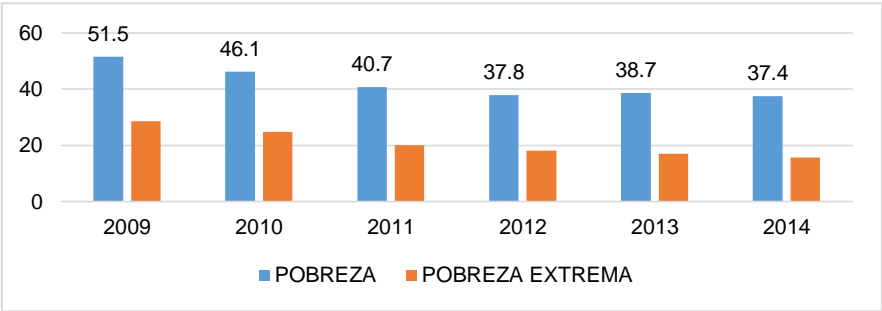
aspecto monetario ya que también deben incluir salud y nutrición inadecuadas, falta de educación y de conocimientos especializados, malas condiciones de vivienda, exclusión social y escasa participación, entre otros.

Es por esta razón que en Ecuador el INEC considera la métrica de Necesidades Básicas Insatisfechas NBI, la misma que toma en cuenta las siguientes dimensiones: “educación; trabajo y seguridad social; salud, agua y alimentación; y hábitat, vivienda y ambiente sano. Dentro de cada dimensión, se diseñan indicadores que reflejen el cumplimiento de los derechos de los distintos grupos de la población”, lo cual sirve para determinar si una persona es pobre o no. (Rosero et al, 2017:51)

Como se observa en el gráfico N°5, durante el período 2009-2014 el nivel de incidencia de pobreza por NBI al igual que la pobreza por ingreso según el INEC (2015), muestran una reducción de las personas pobres e indigentes en el Ecuador. En cuanto a la pobreza nacional, esta ha pasado de 51,5% en el año 2009 a 37,4% en el año 2014, es decir, existió una reducción de 14,1 puntos en ese periodo.

Se observa una diferencia con el indicador de pobreza por ingreso debido a que el indicador de pobreza multidimensional engloba muchas más variables como ya se mencionó anteriormente. Con esta métrica una persona es pobre cuando su hogar “tiene privaciones de la tercera parte o más de los indicadores ponderados considerados. Es pobre extremo multidimensional, si el individuo viene de un hogar que sufre carencias en al menos la mitad de los indicadores ponderados”. (Rosero et al, 2017:51) ¹

Gráfico N°5
Pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas



Fuente: INEC
Elaborado por Camila Yopez del Pozo
Nota: no se encontraron datos de los años 2007 y 2008

¹ Durante el 2013 y el 2014, el BDH pasó por una reforma para la determinación de objetivos, reduciendo el número de beneficiarios para enfocar el programa en el 20% más pobre. (Rosero et al, 2017:34).

Molina et al (2016: 126), establece que además de analizar la parte económica del país es importante examinar una serie de características para establecer si las personas son pobres o no y donde se da un mayor porcentaje de incidencia. Estas características son:

Características geográficas

En esta sección se trata de entender donde se encuentra el mayor porcentaje de las personas pobres e indigentes. Se toma en cuenta las zonas urbana y rural y las principales ciudades del país Quito, Guayaquil, Cuenca, Machala y Ambato.

En el cuadro N°7 se puede observar que tanto la pobreza nacional como la pobreza extrema se han reducido a nivel urbano, rural y de igual forma en las cinco ciudades principales que se toman en cuenta para el periodo 2007-2014.

Se puede apreciar que en el área rural existen porcentajes de pobreza y de pobreza extrema más elevados que en áreas urbanas tanto en el año 2007 como en el 2014. Para Faiguenbaum et al (2013:20) “en todos los países, independientemente de su nivel de ingresos, existen territorios subnacionales rezagados, los que en general coinciden en su mayor ruralidad”.

Durante el año 2007 según datos arrojados por el INEC (2014:1) se observa que la pobreza y la pobreza extrema son de 61.3% y 33.34% respectivamente, mientras que durante el año 2014 la línea de pobreza es de 35.3% y la de extrema pobreza es de 14.33, este valor equivale a USD 466.59.

Se entiende como línea de pobreza al valor monetario de una canasta básica de bienes y servicios para el consumo de una persona, es decir que los individuos cuyo consumo es inferior a este valor son considerados como pobres (INEC, 2014:1).

Por otro lado, “se considera como extrema pobreza a aquellos individuos cuyo consumo no alcanza a cubrir ni siquiera los requerimientos nutricionales mínimos, es decir las 2.141 kilocalorías/persona/día establecidos” (Correa et al, 2007: 73)

En cuanto a las áreas urbanas la pobreza nacional paso de 24.3% a 16.4% en el 2014, es decir que existió una reducción de 7.9 puntos porcentuales. En cuanto a la extrema pobreza se aprecia que existe una reducción de 3.4 puntos porcentuales del año 2007 al año 2014.

Haciendo un análisis de las principales ciudades, se observa que la localidad con mayor porcentaje de incidencia de pobreza en comparación con las demás es Machala tanto en la pobreza como en pobreza extrema durante el periodo 2007 con 26.2% y 7.6% respectivamente. Las mismas que han disminuido para el año 2014 a 11.87% la pobreza y a 3.11% la pobreza extrema.

Cuadro N°7
Características demográficas del Ecuador por área y ciudades importantes

		Incidencia (%)						
		Urbano	Rural	Quito	Guayaquil	Cuenca	Machala	Ambato
Pobreza	2007	24,30%	61,30%	10,1%	22,5%	10,1%	26,2%	17,8%
	2014	16,40%	35,30%	7,53%	12,71%	7,82%	11,87%	7,3%
Pobreza extrema o indigencia	2007	7,94%	33,34%	3,30%	5,60%	2,90%	7,60%	6,10%
	2014	4,49%	14,33%	1,55%	1,54%	2,30%	3,11%	2,47%

Fuente: INEC reporte 2012 y reporte 2015
Elaborado por Camila Yepez del Pozo

Demografía de los hogares

Esta parte hace referencia a la estructura etaria de las familias, es decir, el rango de edad promedio en el que se encuentran las personas más pobres, el tamaño del hogar, la ratio de dependencia y de quien depende la jefatura del hogar.

Como se puede observar en el cuadro N°8, según las encuestas de condiciones de vida del Ecuador de los años 2006 y 2014 realizadas por el INEC, se tiene que el mayor porcentaje de familias pobres durante los años 2006 y 2014 son aquellos que tienen miembros menores de 14 años.

Según Molina et al (2016:129) “la niñez es la etapa más vulnerable y las privaciones actuales condicionan la pobreza de generaciones futuras, por esta razón, las políticas diseñadas para combatir la pobreza deben continuar priorizando la atención a este grupo etario”.

Además, el tamaño de los hogares más pobres durante este periodo es en promedio de 5 personas, “para mantener un nivel de consumo aceptable, los hogares más grandes requieren un mayor número de personas con trabajo remunerado, o un ingreso superior para los mismos perceptores del hogar” (Molina et al, 2016: 130).

Si el número de miembros es tan alto y son pocos los que colaboran con sus remuneraciones en el hogar, entonces el mismo caerá en la línea de pobreza.

Cuadro N° 8
Demografía de los hogares

Estructura etaria	2006		2014	
	Pobre	No pobre	Pobre	No pobre
Menos de 14 años	44,1	29	43	27,1
15 a 24 años	18,2	18,3	17,8	17,1
25 a 44 años	21,8	28,8	23,4	28,6
45 a 64 años	10,8	17	10,4	18,9
más de 65 años	5,1	6,9	5,5	8,3
Edad promedio	23,3	2,5	23,9	31,3
Tamaño del hogar	5,3	3,6	5	3,4
Jefatura femenina	19,4	21,6	22,7	27,4

Fuente: Reporte de Pobreza por consumo en el Ecuador
Elaborado por Camila Yepez del Pozo

Pobreza por grupos étnicos

Para Molina et al (2016: 130) “Ecuador es un país mayoritariamente mestizo, donde históricamente la población indígena ha tenido los niveles de pobreza más altos”.

En el Ecuador durante el año 2006 apenas existían 4 etnias: la indígena, afroecuatoriana, mestiza y blanca. Para el año 2014 se puede observar que aparecen dos etnias más: la montubia y la de otros, la cual debe ser explicada por los ciudadanos ecuatorianos que caigan en esta categoría.

Se puede observar que tanto en el año 2006 como en el año 2014 en todas las etnias existe una reducción en la incidencia de pobreza. La etnia indígena tiene un alto porcentaje de

incidencias durante ambos años con 70% durante el año 2006 y durante el año 2014 es de 41.5%.

En el cuadro N°9 se puede observar que las etnias de origen africano e indígena se encuentran en desventaja respecto a los blancos y mestizos. Para De Ferranti et al (2003: 25), “este fenómeno es resultado de prácticas de la explotación y exclusión históricas, donde los pueblos indígenas y afroecuatorianos muestran efectos de la inequidad y exclusión”.

La pobreza y las desigualdades en el acceso a la salud y la educación, el desconocimiento de sus derechos y libertades, entre otras, “son la expresión del colonialismo interno”. (Bello y Rangel; 2000:14)

Cuadro N°9
Pobreza por grupo étnico

Grupo étnico	Incidencia %	
	2006	2014
Indígena	70%	41,50%
Afroecuatorianos	48,60%	25,00%
Mestizo	34,50%	16,10%
Blanco	33%	30,10%
Montubio	-	30,10%
Otro	-	14,50%

Fuente: INEC compendio estadístico 2014 y ECDV 2006

Elaborado por Camila Yepez del Pozo

Estructura educativa

En el cuadro N° 10 se puede apreciar la estructura educativa de los hogares pobres y no pobres, en su mayoría se observa las personas pobres tienden a cursar únicamente la primaria o menos y los que tienen menores años de escolaridad promedio son las personas de 65 años y más.

Una menor escolaridad está asociada con un ingreso menor, ya que la educación es un importante determinante de la posición de las personas en el mercado laboral y los trabajadores más educados tienden a acceder a puestos de trabajo con mejores pagos y por lo tanto, reducen sus probabilidades de insertarse en ocupaciones de bajos ingresos. (Beccaria et al, s.f.: 3)

Cuadro N°10
Estructura educativa

	2006		2014	
	Pobre	No pobre	Pobre	No pobre
Estructura Educativa				
Ninguno	11,7	3,6	9,3	3,4
Primaria y menos	57,2	30,1	51,4	28,5
Secundaria	28,5	40,7	36,5	44,8
Superior	2,6	25,7	2,8	23,3
Años de escolaridad promedio				
15 a 24 años de edad	8,4	11,3	9,7	11,7
25 a 44 años de edad	7,4	11,8	7,9	12
45 a 64 años de edad	4,5	9,6	5,3	10
65 y más años de edad	2,3	6,1	2,5	6,8
15 años de edad y menos	6,7	10,6	7,5	10,8

Fuente: INEC compendio estadístico 2014 y ECDV 2006

Elaborado por Camila Yopez del Pozo

Características laborales de las personas en edad de trabajar

En el cuadro N° 11 se puede observar que durante el periodo 2006 y 2014 la estructura ocupacional de los asalariados (34,7% en el 2006 y 33,6% en el 2014) y la rama de actividad del sector agrícola con el 50,5% en el año 2006 y con el 52,5% en el año 2014, es donde se encuentran mayores niveles de pobreza.

Según la Organización Internacional del Trabajo (s.f: 3) los asalariados agrícolas, cuya vida laboral está marcada por una pobreza casi generalizada, "suelen tener acceso sobre todo a las formas más ocasionales de empleo, trabajan en condiciones precarias y disfrutan de una protección social mínima o simplemente carecen de ella". Además, de percibir bajos

salarios, estos suelen ser subempleados, ya que su trabajo es estacional (en promedio 175 días al año), con escasos ingresos para subsistir durante los períodos de desempleo.

Cuadro N° 11
Características laborales de las personas en edad de trabajar

	2006		2014	
	Pobre	No pobre	Pobre	No pobre
Estructura ocupacional				
Asalariado	34,7	37,2	33,6	37,9
Independiente	24	26	23,5	23,4
No remunerado	14,7	8,3	13,6	6,3
Desempleado	3	3	2,5	3,2
Inactivo	23,6	25,5	26,8	29,3
Rama de actividad				
Agricultura	50,5	17,5	52,5	19,3
Minas y canteras	0,4	0,5	0,6	0,7
Manufactura	9,9	12,4	9,2	12,7
Comercio	12,5	25	9,6	20,7
Construcción	7	5,4	9,3	5,9
Servicios	19,8	39,2	18,8	40,8

Fuente: INEC compendio estadístico 2014 y ECDV 2006
Elaborado por Camila Yepez del Pozo

Análisis Macroeconómico

Durante el año 2007 se inicia un periodo de cambio Gubernamental, en el cual se promueve una postura de importancia ante el gasto social. Dicha postura empieza a aumentar su porcentaje de participación con respecto al PIB. (Albornoz y Oleas, s.f.: 87).

Como se observa en el cuadro N°12, el PIB del Ecuador durante el año 2007 es de 51'007.777 miles de dólares para una población de 14,2 millones. Esto arroja un PIB per cápita de 3.590,7 dólares, es decir que esa es la cantidad que cada ciudadano debería tener. Además, se puede observar que el ingreso promedio de las familias para subsistir es de 314,9 USD.

En cuanto al empleo en el Ecuador durante este año predomina el subempleo con un porcentaje de 51.8%, donde el salario mínimo es de 170 dólares y el desempleo alcanza un nivel del 5%. Únicamente el 43,3% de la población goza del pleno empleo y solo el 19.8% tienen acceso a la seguridad social. (INEC, 2014: 15-45)

Por otro lado, para el año 2008 se produce un cambio en la constitución del país, en la cual se da un reconocimiento de derechos para la población. "Por ejemplo, en materia de seguridad social, el acceso a esta quedó como un derecho de todos de carácter público y universal, explicitándose que no podrá privatizarse". (Carranza y Cisneros; 2014:23)

Se puede observar que los indicadores macroeconómicos del año 2008 han mejorado en comparación a los del 2007. En cuanto al ámbito nacional durante el año 2009 se establecen nuevos programas para entender las necesidades de las familias ecuatorianas. Se crea el Registro Social (RS), este programa para el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (2015:2) se da para que las instituciones del sector público puedan acceder a la información de la ciudadanía y conocer el nivel socioeconómico de las familias.

A partir de esto, se cambia el SELBEN (Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales) al RS, el cual trata de registrar en forma continua los cambios socioeconómicos de las familias para que los programas y servicios puedan responder de mejor manera a sus necesidades. Con el nuevo programa RS se identifica como receptores del BDH a las personas que se encuentren en el umbral de 36.5 en el índice de registro social (MCDS, 2015:4).

Se puede observar que los indicadores macro caen en comparación al año 2008. Para el BCE (2010) esto se debe principalmente a la crisis financiera internacional que se presentaba en ese entonces, la cual afectó a la economía ecuatoriana debido a la baja en las exportaciones y de las importaciones, que no iban a la par con el aumento del gasto de gobierno.

Por otro lado, para el año 2010 se puede observar que empieza a existir una recuperación después de la caída producida en el 2009. El BCE (2010), establece que esto se debe principalmente al incremento del consumo privado y de las exportaciones. Además, se observa que todos los indicadores macro mejoran a comparación de años previos.

Para el año 2011, el BCE (2012:6) determina que el panorama económico del Ecuador y en general de América Latina es más optimista debido a la implementación de políticas económicas, los altos de los bienes básicos y el ingreso de capitales.

Durante este año, el PIB del Ecuador y todas las demás variables macro mejoran y se puede observar que empieza a existir un aumento en las mismas a comparación de años previos. Esto se debe en gran medida al “impulso del consumo privado, que a su vez obedece a los mejores indicadores laborales y al aumento del crédito” (BCE, 2012)

En el año 2012 el Gobierno de la República del Ecuador empieza a tomar varias medidas para combatir la pobreza y mejorar la calidad de vida de las y los ciudadanos ecuatorianos. En primer lugar, se empieza a evaluar la efectividad del Plan Nacional del Buen Vivir para el periodo 2009-2012 y en segundo lugar se incrementa el Bono de Desarrollo Humano (BDH) a USD 50. (BCE, 2013)

Las metas del Gobierno durante este año fueron específicamente enfocadas a reducir el nivel de pobreza y pobreza extrema por ingreso y por necesidades básicas insatisfechas en el país. (BCE, 2013)

Por un lado, para reducir el nivel de pobreza extrema por ingreso se establece el incremento del BDH a USD50. Soliz (s.f.) establece que se crean planes para aquellas mujeres que sean madres de familia y reciban el bono, las mismas tienen la obligación de llevar a sus hijos menores de 5 años a chequeos médicos, en caso de que sean mayores a esta edad deben matricularlos en centros educativos. También deben participar en los programas de planificación familiar y de nutrición.

En cuanto a la reducción de la extrema pobreza por NBI, la SENPLADES (2013) estipula que el gobierno planteo combatirla con programas de saneamiento dando cobertura a nivel nacional y con planes de vivienda, además de mejorar las condiciones laborales de las personas aumentando la cobertura de la seguridad social y de la ocupación plena.

Con todos los planes mencionados por parte del gobierno se establece que el PIB del Ecuador para el año 2012 muestra un valor de 64'362.433 miles de dólares, se puede observar en el cuadro N°12 que empieza a existir un incremento en el PIB Nacional comparándolo con años anteriores.

El BCE (2012:9), establece que esto se debe principalmente al gasto de consumo final de los hogares, a la formación bruta de capital fijo, al gasto de consumo final del gobierno general y a las exportaciones.

Durante los años 2013 y 2014 se observa una mejora significativa en las variables macroeconómicas del país, tanto del PIB, del ingreso promedio de las familias, del salario mínimo, de los niveles de empleo y de la seguridad social, las cuales mejoran considerablemente.

Cuadro N° 12
VARIABLES MACROECONÓMICAS DEL ECUADOR PERIODO 2007-2014

Año	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Medición
PIB	51.007.777,00	61.762.635,00	54.557.732,00	56.481.055,00	60.925.064,00	64.362.433,00	67.546.128,00	70.243.048,00	miles de dólares
PIB pc	3,590,7	4,274,90	4,255,6	4,657,3	5,223,40	5,702,20	6,051,60	6,345,80	dólares
Ingreso promedio	314,90	300,30	281,50	307,70	306,80	320,40	352,60	352,00	dólares
Salario Mínimo	170,00	202,00	218,00	240,00	264,00	292,00	318,00	340,00	dólares
Pleno empleo	0,432	0,448	0,322	0,392	0,455	0,465	0,479	0,493	por ciento
Subempleo	0,518	0,492	0,594	0,543	0,503	0,494	0,480	0,469	por ciento
Desempleo	0,050	0,060	0,065	0,065	0,042	0,041	0,042	0,038	por ciento
Seguridad social	0,198	0,214	0,238	0,275	0,306	0,331	0,348	0,355	por ciento

Fuente: Banco Mundial, INEC y Banco Central del Ecuador.
Elaborado por Camila Yopez del Pozo

Como se mencionó con anterioridad, el nuevo gobierno puso especial énfasis en la importancia del Gasto Social, es por esta razón que es fundamental explicarlo más detalladamente.

Gasto social

El gasto social es un importante instrumento para canalizar recursos hacia la población más pobre, este a su vez es de gran relevancia para conseguir el desarrollo social con el cual se consigue un mayor desarrollo económico. (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2013:139)

Esto según la CEPAL (2013:140), fue lo que condujo a países como el Ecuador a tener un mayor gasto social por parte del Gobierno Central. "Esa relación que normalmente había estado entre el 3% y 5; durante el año 2007 salta al 6,5%, lo que implica un importante cambio en la dotación de recursos". (Correa, Cely, Rosero y Cervantes; 2008:17)

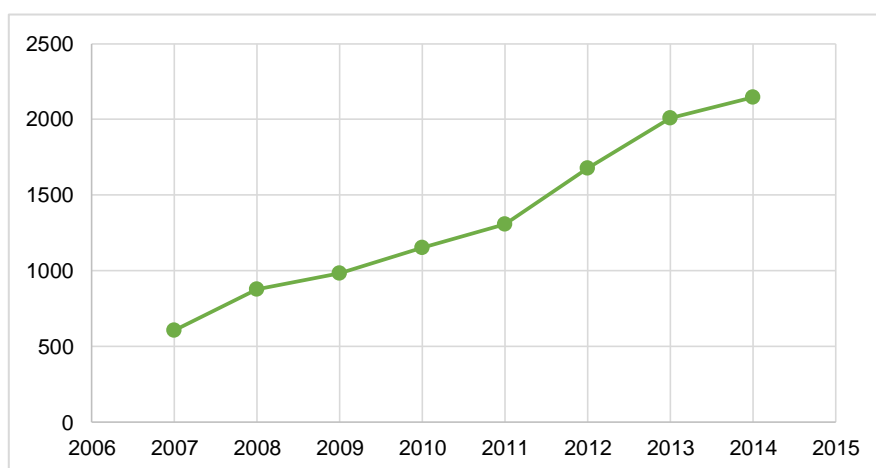
Por esto es importante identificar en que rubros del gasto social se ha realizado inversión durante el periodo 2007-2014. La mayor inversión en gasto social realizado por el gobierno durante el periodo 2007- 2014 según el Ministerio de Economía y Finanzas corresponde a las áreas de salud, educación y bienestar social. El Banco Central del Ecuador BCE (2007:64) establece que dicha inversión se destinó a:

Salud

Según los Boletines Ministerio de Economía y Finanzas, el rubro de salud, es de gran importancia dentro de la inversión en el sector social. En el periodo 2007-2014, se observa una mejora significativa de la misma. Se instauran varios programas para mejorar temas de nutrición, mortalidad, etc., para mejorar la calidad de vida de los ecuatorianos.

Como se observa en el gráfico N°6, la inversión en el sector salud ha aumentado considerable durante el periodo 2007- 2014 para mejorar los niveles de bienestar y pobreza, pasando de USD 606,4 en el 2007 a USD 2146,41 en el 2014, es decir, existe un incremento de USD 1.540,01 (153%) en la inversión del sector salud.

Gráfico N°6
Evolución del gasto devengado en el sector salud



Fuente: Boletines del Ministerio de Economía y Finanzas del 25-35
Elaborado por Camila Yopez del Pozo

En principio, según el Ministerio de Economía y Finanzas (2009: 14), durante el año 2007 se crean programas como: la Promoción del Desarrollo Humano a través de la Salud; Programa Integrado de Alimentación y Nutrición (SIAN), Aseguramiento Universal de la Salud y Programa Ampliado de Inmunizaciones, entre otros.

En el año 2008, existe un giro en este sector y se instauran programas como: Programa Nacional de Alimentación y nutrición PANN; Programa de Prevención, Control y Tratamiento del VIH/SIDA/ITS; Programa de Maternidad Gratuita; y Programa de Apoyo al Sector Salud (Ministerio de Economía y Finanzas, 2009:13-22) Según el SIISE (s.f.), el programa Nacional de alimentación y nutrición PANN, "busca promover la lactancia materna; una

adecuada e higiénica alimentación complementaria a ella desde los seis meses; y una adecuada alimentación de las mujeres durante el embarazo y la lactancia".

Por otro lado, para el año 2009 se analizan siete programas: "Alimentación y nutrición-SIAN", "Programa de maternidad gratuita", "Atención integral por ciclos de vida", "Control de enfermedades", "Extensión en la protección social en salud", "Programa ampliado de inmunizaciones – PAI" y "Prevención, control y tratamiento del VIH/SIDA/ ITS".

El "Programa de alimentación y nutrición – SIAN" busca reducir la desnutrición y anemia de los niños y niñas de hasta 36 meses. (Ministerio de Economía y Finanzas, 2011:16-29)

El programa "Maternidad gratuita" busca garantizar la atención integral de salud de la mujer y el niño, con calidad, calidez y oportunidad. (Ministerio de Economía y Finanzas, 2012:16-28)

Durante los años 2010 y 2011, no existe la creación de nuevos programas; son tomados en cuenta los siete programas principales del año previo.

Par el año 2012, se crean otro tipo de programas: "Programa de infraestructura física, equipamiento, mantenimiento, estudios y fiscalización en salud", "Mi hospital", "Control del dengue", "Extensión de la protección en salud", "Estrategia nacional de VIH/Sida-ITS", "Fortalecimiento de la medicina transfusional en el Ecuador".

El programa de infraestructura física, equipamiento, mantenimiento, estudios y fiscalización en salud, consta del equipamiento mobiliario y clínico, de construcción de hospitales, etc. (Ministerio de Economía y Finanzas, 2013:13-28)

No existen cambios durante el año 2013, los programas son prioritarios para mejorar el acceso de la población y la calidad de los servicios de salud.

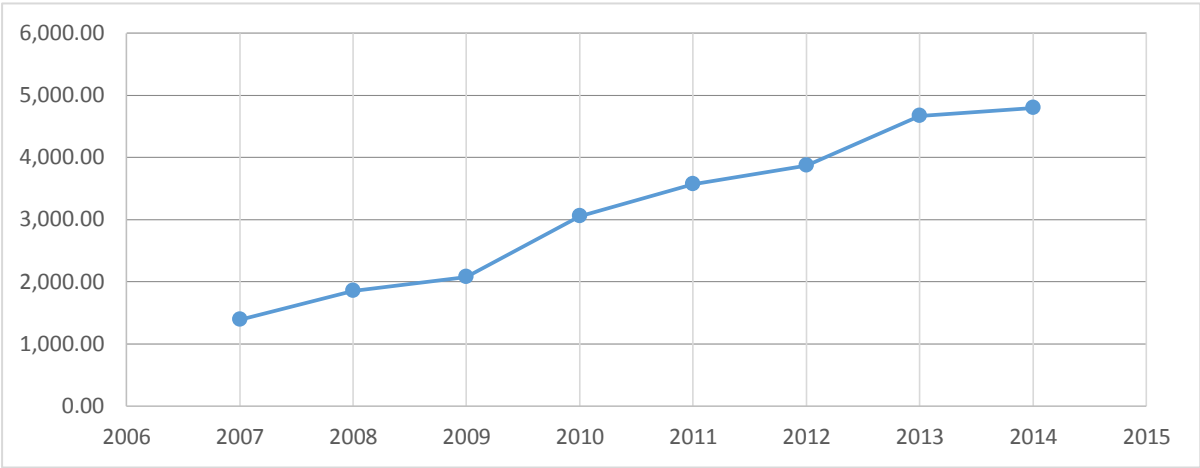
En el año 2014, se puso énfasis al desarrollo del programa Prestación de Servicios de Salud, con el cual se financian gastos operativos, adquisición de medicinas, material de laboratorio, etc.; para así poder brindar a los usuarios una atención de calidad. (Ministerio de Economía y Finanzas, 2015:22)

Educación

Durante el periodo 2007-2014 existe una gran variedad de programas que tratan de mejorar el nivel educativo de las y los ecuatorianos; además de buscar la disminución de la tasa de ausentismo por parte de los estudiantes. “El nivel educativo de una población está estrechamente relacionado con los niveles de bienestar y de pobreza, de ahí que toda sociedad promueve la formación del talento humano para generar capacidades futuras”. (Molina et al, 2017:121)

Como se observa en el gráfico N°7, la inversión en el sector educación ha aumentado considerable durante el periodo 2007- 2014 para mejorar los niveles de bienestar y pobreza, pasando de USD 1.383,6 a USD 4.792,2, es decir, existe un incremento de USD 3.408,6 (245%) en la inversión del sector educación.

Gráfico N°7
Evolución del gasto devengado en el sector educación



Fuente: Boletines del Ministerio de Economía y Finanzas del 25-35
Elaborado por Camila Yepez del Pozo

Durante el año 2007, existen varios programas en los que se realizó inversión, algunos de ellos son: el “Plan de universalización de la educación básica”; proyectos como los incentivos para la jubilación docente; la adquisición de materiales didácticos, equipamiento y conectividad de 122 escuelas; programas de promoción de desarrollo humano, entre otros. (BCE, 2007:64)

Para el año 2008 se crean otra clase de programas, para combatir la tasa de ausentismo de los y las estudiantes, el principal programa de este año es el “Programa de alimentación escolar (PAE)”, el cual se encarga de la entrega de desayuno escolar a estudiantes de primero a séptimo año de educación básica en instituciones educativas públicas y desayuno/refrigerio a estudiantes de octavo a décimo año de educación básica en zonas rurales. (Ministerio de Economía y Finanzas, 2009:14)

En el año 2009, por otro lado, existen programas como: "Hilando el desarrollo", "Textos escolares gratuitos", "Eliminación del aporte voluntario" y "Educación básica para jóvenes y adultos". En cuanto al Programa de Aporte Voluntario, este tiene como objetivo transferir a las unidades educativas 25 dólares por cada alumno de primero a séptimo año de educación general básica (EGB) que se encuentre matriculado y el valor de 30 dólares por cada alumno de octavo a décimo año y primero a tercer año de bachillerato, para que los padres de familia no asuman dichos costos. (Ministerio de Economía y Finanzas, 2010:13-22)

El año 2010, es un año importante ya que adicionalmente a los programas del año 2009 se incluye el programa "Educación inicial" el cual busca obtener una educación temprana para conseguir el desarrollo de niñas y niños menores de 5 años". (Ministerio de Economía y Finanzas, 2011:13-22)

Por otro lado, en el año 2011, no existe la creación de nuevos programas, sino que se mantienen los programas de años anteriores. Uno de ellos es el programa "Hilando el desarrollo", el cual busca contribuir a la exclusión de obstáculos en la matrícula escolar y "generar un modelo de inclusión económica enfocado al sector artesanal. El programa consiste en la contratación de microempresarios para la confección de uniformes escolares y la entrega gratuita de estos a los estudiantes" (Ministerio de Economía y Finanzas, 2012:16).

En el año 2012, se puede observar la inversión en nuevos programas como: "Infraestructura educativa", "Sistema nacional de evaluación", "Nuevo modelo de supervisión educativa", "Sistema nacional de desarrollo profesional (SIPROFE)"

En cuanto a la infraestructura educativa, el Ministerio de Economía y Finanzas (2013:13-28) establece que se crea el documento "Normas técnicas y estándares de infraestructura educativa", se repararon 1 069 establecimientos educativos y se da la Inauguración de un colegio en la provincia del Guayas y construcción de 6 planteles más: uno en la provincia de Los Ríos; dos más en la provincia del Guayas; y tres en la provincia de Manabí.

Durante el año 2013, no existen cambios en los programas dirigidos al sector educación. El principal programa en este año es el programa "Textos escolares gratuitos", el cual busca que los niños, niñas y adolescentes que asisten de manera regular a las instituciones educativas de educación general básica (EGB) reciban textos escolares y cuadernos de trabajo. (Ministerio de Economía y Finanzas, 2013:14)

El principal proyecto ejecutado en educación durante el año 2014, fue la "Reforma institucional de la gestión pública", a través de la cual se financió la jubilación de varios docentes y funcionarios administrativos a nivel nacional, continuando con el proceso de cambio generacional del sistema educativo; además el programa educación de octavo a decimo y bachillerato, mediante el cual se fomenta un mejor rendimiento de los estudiantes

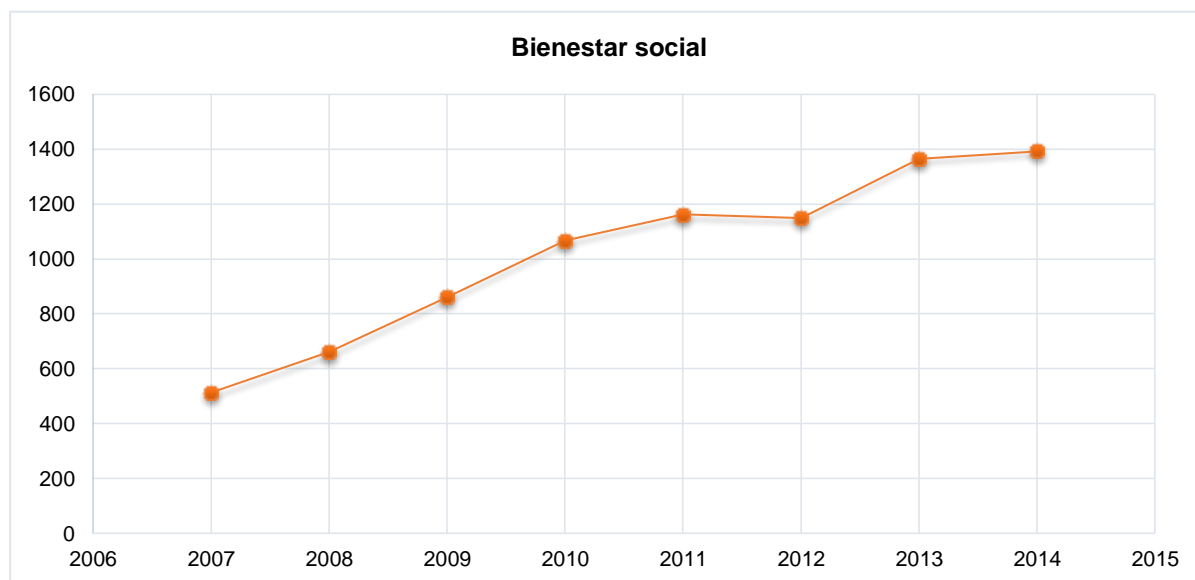
y el respectivo acceso a una formación media o superior. (Ministerio de Economía y Finanzas, 2015:22)

Bienestar social

El rubro de bienestar social fue de gran importancia dentro de la inversión en el sector social. En el periodo 2007-2014, se observa una mejora significativa de la misma. Se instauran varios programas que buscan mejorar las condiciones de vida de las y los ecuatorianos.

Como se observa en el gráfico N°8, la inversión en el sector bienestar social ha aumentado considerable durante el periodo 2007- 2014 para mejorar los niveles de bienestar y pobreza, pasando de USD 514,1 millones en el 2007 a USD 1.393,13 millones en el 2014, es decir, existe un incremento de USD 879,03 millones (171%) en la inversión de este sector.

Gráfico N°8
Evolución del gasto devengado en el sector bienestar social



Fuente: Boletines del Ministerio de Economía y Finanzas del 25-35

Elaborado por la Camila Yezpez del Pozo

En el año 2007, el principal proyecto a ejecutarse es a través del Fondo de Desarrollo Infantil (FODI). El FODI financia programas a favor de la infancia, además busca promover los derechos de las niñas y niños de entre 0 y 5 años, les dan la oportunidad de recibir cuidado, educación y alimentación. Por otro lado, en cuanto a las madres de hijos pequeños se les brinda la oportunidad de trabajar. (SIISE, s.f.)

Durante el año 2008, el Fondo de Desarrollo Infantil – FODI se mantiene, pero se pone atención a otros programas como la Operación Rescate Infantil –ORI, el Programa Aliméntate Ecuador – AE y se pone más atención al Bono de Desarrollo Humano -BDH.

El objetivo general del ORI es el contribuir al desarrollo de las niñas y niños menores de 6 años mediante la participación y movilización social, la coordinación interinstitucional y la atracción de inversiones. Dentro del programa existen tres modalidades de atención: “Centros de cuidado diario infantil (CCDI); Centros de Recreación y Aprendizaje (CRA); y Comedores Infan-útiles (SIISE, s.f.).

El BDH, durante este año es de USD 30, de las personas beneficiadas el 78% son madres, el 21% son adultos mayores y sólo el 2% son personas con discapacidad. El programas se ha dividido en tres sub-programas: el BDH que es para las madres que tiene un componente de condicionalidad en educación y salud; como pensión para adultos mayores, y; como pensión para personas con discapacidad. (Almeida, 2009:72)

Para el año 2009, se cuenta con 5 programas, los cuales son: “Desarrollo infantil” y “Protección social a niños, niñas y adolescentes” (como parte del Instituto de la Niñez y la Familia – INFA), “Protección social” y “Bono de desarrollo humano (BDH)” (como parte del Programa de Protección Social – PPS) y el Programa Aliméntate Ecuador (AE)

La misión del INFA es ayudar a “los grupos vulnerables y excluidos de derechos, con la participación de ellos y la corresponsabilidad del Estado, Gobiernos Seccionales, sociedad civil y comunidad”. (Ministerio de Economía y Finanzas, 2012:28). Este programa está enfocado en cuatro áreas principales:

1. Desarrollo infantil: busca generar la protección de derechos de los niños y niñas de 0 a 5 años de edad a través de varios proyectos (SIISE, s.f.).
2. Protección Especial: intenta restituir los derechos cuando éstos son violentados, ya sea “física, psicológica, sexual, etc.” (SIISE, s.f.)
3. La Atención Emergente: examina como reducir la amenaza causada por desastres naturales en niños, niñas, adolescentes y sus familias, ayudas médicas a través de la entrega de insumos y medicamentos cuando lo requieran. (SIISE, s.f.)
4. Ciudadanía: pretende promover espacios de participación y opinión sobre los temas que afecten a niños, niñas y adolescentes, a través de promoción de capacidades a varios actores sociales. (SIISE, s.f.)

En cuanto los años 2010 y 2011, se mantienen los cinco programas más importantes del año 2009. Uno de ellos es el programa Aliméntate Ecuador, el cual “busca promover, proteger y restituir el derecho de la población al acceso y consumo de una alimentación saludable, culturalmente aceptada en calidad y cantidad”. (Ministerio de Economía y Finanzas, 2012:28)

Por otro lado, para el año 2012, se instauran programas como: Desarrollo infantil, “vulnerabilidad en el Ecuador”, “Infraestructura gerontológica”, “Fortalecimiento de Centros de Atención y Protección a NNA y mujeres víctimas de violencia intrafamiliar y/o sexual y explotación sexual en el Ecuador”, “Construcción y reconstrucción, rehabilitación y equipamiento de CIBV”, “Red de protección solidaria”, “Proyecto de Desarrollo del Corredor Central”, “Programa Alimentario Nutricional Integral”

Para el Ministerio de Inclusión Económica y Social MIEES (2013:17), el programa de desarrollo infantil es “el resultado de un proceso educativo de calidad que propicia de manera equitativa e integrada el alcance de niveles de desarrollo en diferentes ámbitos”, dichos ámbitos son: la vinculación social y emocional, la existencia de una manifestación del lenguaje verbal y no verbal, entre otras.

Para el año 2013, “los proyectos de desarrollo infantil, protección especial para niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad en el país son los principales proyectos ejecutados en busca de la mejora en la calidad de vida de los ecuatorianos”. (Ministerio de Economía y Finanzas, 2014:24)

Finalmente, para el año 2014 el programa más importante es: Programa Promoción de Desarrollo Humano que contempla las transferencias por concepto de Bono de Desarrollo Humano y Desarrollo Infantil.

Para Alleyne y Cohen (2002: 42-54) es de suma importancia cerrar las brechas entre los pobres y los ricos dentro de un mismo país y fuera de ellos, a través de mejoras en los grupos más pobres. Los autores establecen que organizaciones gubernamentales y no gubernamentales han tomado como objetivo principal en los últimos años la reducción de la pobreza. Entendiendo a la pobreza en términos multidimensionales.

Dentro de las dimensiones multidimensionales que estos organismos están tomando está no únicamente aumentar los ingresos de los pobres, sino lograr una buena salud en ellos. “El énfasis puesto en la salud de los pobres refleja el consenso cada vez más amplio de que las desigualdades en los resultados en salud entre ricos y pobres son injustas”. (Comisión Mexicana Macroeconómica de la Salud, 2004:15). Por esta razón se analizará más a fondo el sector salud en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO II

Evolución de la inversión en Salud en el Ecuador

En el presente capítulo, se presenta la evolución de la inversión pública en salud del Ecuador durante el período 2007-2014. A lo largo de este capítulo se analizarán diferentes temas como la estructura del sector salud, el financiamiento que se recibe en dicho sector, específicamente el financiamiento que obtiene el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), los gastos en los que incurre dicho Ministerio tanto en los rubros corriente como de inversión y los programas a los que se les destina dicho fondo.

Además, se analiza los recursos que existen a nivel de sector y a nivel del Ministerio, es decir, número de camas, número de establecimientos con y sin internación, personal médico, entre otros, para determinar la importancia que se le ha dado a dicho sector en el Ecuador y tener el soporte para el siguiente capítulo para determinar si los recursos que se tienen son los óptimos.

Estructura del sector salud

Según la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, establecida por el Ministerio de Salud (2002:1), la salud “es un derecho fundamental de las personas y una condición esencial del desarrollo de los pueblos”. En la Constitución del Ecuador se establece que:

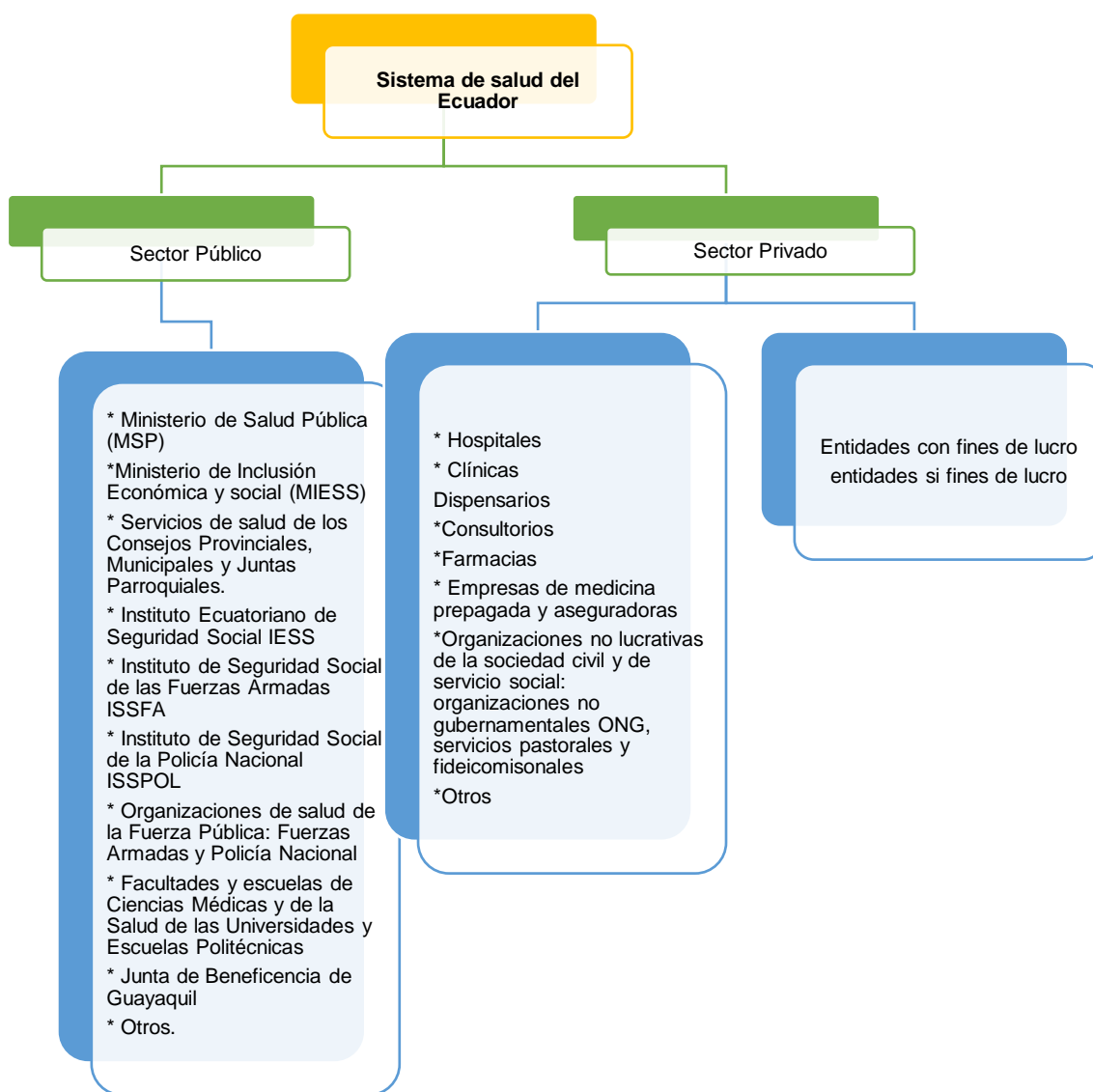
Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará 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. (Artículo 32 de la Constitución de la República del Ecuador, 2008:17)

Como se observa en el cuadro N°13 la estructura del sistema de salud del Ecuador está constituida por el sector privado y por el sector público (Artículo 362 de la Constitución Política de la República del Ecuador, 2008:166). Una de las instituciones más importantes para el sistema de salud del sector público es el Ministerio de Salud Pública MSP, el cual según Lucio et al (2011:180) ofrece servicios de atención de salud a toda la población. Entidades como las municipalidades cuentan con programas y establecimientos de salud en los que brindan atención a la población no asegurada, mientras que las instituciones de

seguridad social cubren a la población asalariada afiliada. El ISSFA y el ISSPOL están dirigidos únicamente a las Fuerzas Armadas y a la Policía Nacional respectivamente.

Por otro lado, el sector privado comprende tanto a entidades con fines de lucro como a organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y de servicio social. Los hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina prepagada son algunas de las instituciones que conforman a las entidades con fines de lucro y organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y de servicio social. (Lucio et al, 2011:180)

Cuadro N°13
Estructura del sistema de salud en el Ecuador



Fuente: Ministerio de Salud Pública, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (2002)
Elaborado por Camila Yopez del Pozo

En el presente capítulo se analizará al sector público, específicamente a la participación del Ministerio de Salud Pública, debido a que es el más importante y ofrece servicio a toda la población como lo menciona Lucio et al (2011:180)

Financiamiento

El Estado es el ente encargado de dar financiamiento a cada una de los sectores sociales en el Ecuador para mejorar las condiciones de vida de las y los ecuatorianos. (Ministerio de Economía y Finanzas, 2009:1)

Con dicho financiamiento se busca mejorar las condiciones para el desarrollo, creación y promoción de capital humano y social y así reducir los niveles de pobreza, desigualdad y elevar los niveles de vida. (Ministerio de Economía y Finanzas, 2009:2) Por otro lado, en la Constitución se establece que:

Art. 366.- El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud. El Estado financiará a las instituciones estatales de salud y podrá apoyar financieramente a las autónomas y privadas siempre que no tengan fines de lucro, que garanticen gratuidad en las prestaciones, cumplan las políticas públicas y aseguren calidad, seguridad y respeto a los derechos. Estas instituciones estarán sujetas a control y regulación del Estado (Artículo 366 de la Constitución de la República del Ecuador, 2008: 112).

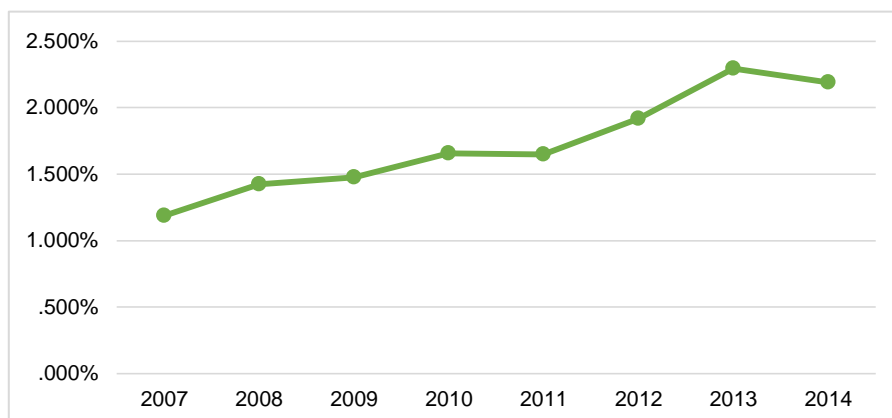
El gasto en servicios sociales “(nutrición, atención primaria en salud y agua potable) es el de mayor impacto en las condiciones de vida y el bienestar colectivo, mejora la equidad y constituye una importante porción del ingreso de los más pobres”. (FLACSO, s.f.:3)

Por esta razón, es de suma importancia la inversión pública en salud ya que con una mejor salud las personas tendrán más capacidades para estudiar y trabajar.

Se puede observar en el gráfico N°9, que el gasto público en salud durante el periodo 2007-2014 presenta una tendencia creciente durante este periodo. Pasando de 788.5 millones de dólares en el 2007 a 2200.5 millones de dólares en el 2014. Es decir, existe un crecimiento del 179.07% en el periodo de análisis.

Se puede ver, que durante todo el ciclo ha existido una mejora sustancial en este sector y se ha procurado destinar un mayor gasto al mismo para mejorar las condiciones de las y los ecuatorianos.

Gráfico N°9
Inversión en salud como porcentaje del PIB



Fuente: SIISE

Elaborado por Camila Yepez del Pozo

Haciendo un análisis anual para determinar en que se ha realizado dicho gasto se observa lo siguiente, en el cuadro N°14. El gasto en personal (médicos y odontólogos) pasó de 359.1 en el 2007 a 1160.31 millones de dólares en el 2014, es decir, que hubo un crecimiento de 223.12%; la atención en hospitales pasó de 197.5 en el 2007 a 439.2 en el 2011² (presenta un crecimiento de 122.43%); en cuanto a los centros y subcentros del Ministerio de Salud Pública este rubro en el 2007 contaba con 15.7 millones de dólares, mientras que en el 2011 con 225.8 millones (crecimiento del 43.18% en este rubro) Y finalmente los bienes y servicios de consumo (rayos x, farmacias, entre otros) pasaron de 74.1 en el 2007 a 711.81 millones en el 2014, es decir que presentó un crecimiento del 859.31%.

Cuadro N°14
Rubros de gasto en salud en millones de dólares.

Rubro / año	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Presupuesto	788.5	1080.4	1176.2	1216.9	1.543,00	1678.8	2166.9	2200.5
Gasto en personal	359.1	476.3	565.3	672.3	689.8	862.3	1000.27	1160.31
Atención en hospitales	197.5	282,00	288.8	378.6	439.3			
Centros y subcentros del Ministerio de Salud Pública	157.7	169.4	152.4	161.3	225.8			
Bienes y servicios de consumo	74.2	152.7	169.7	4.7	188.1	260.9	421.42	711.81

Fuente: Boletines del Ministerio de Economía y Finanzas del 25 al 36

Elaborado por Camila Yepez del Pozo

² No se poseen datos de la atención en hospitales ni de los centros y subcentros del Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Por otro lado, los programas de nutrición en los que se invirtió durante este periodo fueron varios. Durante año 2007 se invirtió en programas como PANN, Programa Aliméntate Ecuador, "Programa de alimentación escolar".

Según el SIISE (s.f.), el programa PANN 2000 busca promover la lactancia materna, a través de una apropiada e higiénica alimentación de las mujeres durante el embarazo y la lactancia. Esto se consigue mediante capacitación continua en barrios y comunidades, el control periódico de niños y madres en las unidades de salud y la distribución de alimentos como "Mi papilla", la cual se entrega a niños y niñas entre 6 y 24 meses y "Mi colada", la misma que se distribuye a mujeres embarazadas y en lactancia.

El 54% de beneficiarios de este programa cae en la línea de pobreza, para los cuales se destinaron 12,5 millones de dólares a este programa según Correa et al (2008:185)

El programa Aliméntate Ecuador "busca contribuir a la alimentación y nutrición de los sectores más vulnerables del Ecuador a través de la dotación de alimentos, contribuye al mejoramiento del estado nutricional de los niños del área rural, adultos mayores y personas con discapacidad" (SIISE, s.f.), en este programa el 69% de los beneficiarios son considerados como pobres y se destinaron 17.5 millones de dólares (Correa et al, 2008:185)

El SIISE (s.f.) establece que el programa de Alimentación Escolar cuenta con dos métodos: desayuno escolar y almuerzo escolar. Al programa se destinaron 30 millones de dólares con un 59% de beneficiarios pobres durante este año. (Correa et al, 2008:185)

Durante el año 2008, el programa social PANN 2000, se mantiene y, según el Ministerio de Economía y Finanzas (2009:17) existen tres programas que se implementan, para los cuales se destinó 33.8 millones, estos son: el programa de prevención, control y tratamiento del VIH/SIDA; el programa de maternidad gratuita; y el programa de apoyo al sector salud - PASSE. El Programa Nacional de Alimentación y Nutrición- PANN 2000 atendió a 280.000 mujeres embarazadas y 270.000 niños y niñas, contando con un presupuesto de 12.4 millones de dólares (Ministerio de Economía y Finanzas, 2009:17).

En cuanto al programa de maternidad gratuita, el MSP (s.f.:9) indica que este busca disminuir la morbi-mortalidad femenina e infantil, a través del financiamiento de insumos, medicamentos, exámenes médicos, suministros, etc., al cual se destinó 17.3 millones de dólares, atendiendo 9.685 emergencias obstétricas, realizando 1018.639 partos y se brindó cuidado temprano a 16.566 recién nacidos. (MSP, 2009: 18)

El Programa de Apoyo al Sector Salud- PASSE contó con un presupuesto de 1 millón de dólares, de los cuales el 100% fue utilizado. Por otro lado, el programa de prevención, control y tratamiento del VIH/SIDA/ITS, busca "disminuir la incidencia de VIH-ITS y la mortalidad por sida", ampliando la participación ciudadana en la prevención y control (MSP, 2012). Se destinó un fondo de 3.1 millones de dólares, con los cuales 3.585 personas que tienen esta enfermedad fueron atendidas y 211.927 mujeres embarazadas fueron sometidas a pruebas de riesgo para control y tratamiento de esta enfermedad.

Para el año 2009, existen siete programas sociales relevantes, según el Ministerio de Economía y Finanzas (2010:21), a los cuales se destinó 95.8 millones, se mantienen dos programas del año anterior; el Programa de Prevención, Control y Tratamiento del VIH/SIDA y el Programa de Maternidad Gratuita; los otros cinco programas son: "Alimentación y nutrición-SIAN", "Atención integral por ciclos de vida", "Control de enfermedades", "Extensión de protección social en salud", "Programa ampliado de inmunizaciones-PAI"

El programa de alimentación y nutrición-SIAN según el decreto ejecutivo 780 establecido por el Ministerio de Salud Pública (2005:3), busca que los programas sociales de alimentación y nutrición de las instituciones públicas contribuyan a mejorar la situación alimentaria y nutricional del país, priorizando la atención en los niños menores de 5 años, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, garantizar el consumo de alimentos de los grupos sociales más pobres, etc. Para este programa se utilizó 18.8 millones de dólares, con los cuales se atendió a 137.081 mujeres en período de lactancia, a 221.359 mujeres embarazadas y a 314.093 niños y niñas entre 6 y 36 meses. (Boletín 28, 2010:22)

En el programa de maternidad gratuita, el Ministerio de Economía y Finanzas (2010:21), establece que se destinaron 26.2 millones de dólares, atendiendo a 67% de los niños y niñas cubiertas por la Ley de maternidad gratuita, además se realizó 71% de las atenciones de salud sexual y reproductiva cubiertas por la misma Ley.

En la atención integral por ciclos de vida: según el boletín 28 del Ministerio de Economía y Finanzas (2010:21) se busca garantizar la atención integral de salud, con calidad considerando los determinantes de la salud de las familias y de las comunidades. Este programa se divide en subcomponentes específicos que incluyen los proyectos de "Atención integral a la infancia", "Atención integral a la adolescencia", "Salud sexual y reproductiva", "Adulto, enfermedades crónicas no transmisibles", y "Atención integral al adulto mayor". Para este programa se contó con un presupuesto de 1 millón de dólares, con los cuales se dieron consultas a 1'342.158 a niños menores de un año, a niños de preescolar y niños de edad escolar, se dio atención a 710.380 adolescentes y 3'456.472 atenciones en el programa de "Salud y reproducción sexual".

En cuanto al control de enfermedades, "fue diseñado para prevenir y tratar enfermedades como rabia, influenza, tuberculosis, paludismo, dengue, fiebre amarilla, chagas, leishmaniasis, y oncocercosis" (Ministerio de Economía y Finanzas, 2010:21), contó con un presupuesto de 12.5 millones de dólares, con los cuales 2.492 personas con tuberculosis pulmonar fueron curados, 99% de los casos de paludismo recibieron tratamiento y el 92% de la población en riesgo de rabia recibió vacunas.

La extensión de protección social en salud, garantiza a las familias y comunidades el acceso a los servicios en salud. El programa contó con un presupuesto de 1 millón de dólares. Se atendió a 2.060.417 personas y a 519.662 familias en su domicilio, se realizaron 5.264 cirugías de cataratas y a 1.847 pacientes con enfermedades catastróficas. (MFP, 2010:22)

Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI, el boletín 28 del Ministerio de Economía y Finanzas (2010:22) establece que el programa busca combatir y erradicar enfermedades como el sarampión, fiebre amarilla, rubéola, difteria, etc., a través de la vacunación para reducir la morbilidad infantil. Este programa contó con 35.9 millones de dólares, con los cuales se repartieron 1'559.125 vacunas para inmunizar a los niños y niñas, además se vacunaron a 198.259 adolescentes y a 522.603 adultos mayores.

Y por último al Programa de Prevención, Control y Tratamiento del VIH/SIDA/ITS, se destinó un fondo de 0.4 millones de dólares, con los cuales "se atendieron a 316.645 pacientes con síndromes de enfermedades de transmisión sexual y se entregó tratamiento antirretroviral a 5.538 personas que viven con VIH/ SIDA" (MFP, 2010:21).

Según el Boletín 31 del Ministerio de Economía y Finanzas (2011:23), durante el año 2010 se mantienen los mismos programas del año 2009, a los cuales se destinó 117.3 millones. Al Programa de Alimentación y Nutrición-SIAN, se utilizó 12.3 millones de dólares, con los cuales se atendió a 75.877 mujeres en período de lactancia, a 130.247 mujeres embarazadas y a 217.999 niños y niñas entre 6 y 36 meses. (MFP, 2011:23)

En el programa de maternidad gratuita, el Ministerio de Economía y Finanzas (2011:23), establece que se destinaron 19.9 millones de dólares, "cubriendo un porcentaje importante de prestaciones realizadas a los niños y niñas, y las atenciones de salud sexual y reproductiva de la mujer".

La atención integral por ciclos de vida: según el boletín 31 del Ministerio de Economía y Finanzas (2011:23) contó con un presupuesto de 0.4 millón de dólares, con los cuales se dieron consultas a 3'185.662 niños menores de un año, a niños de preescolar y niños de edad escolar, se dio atención a 919.912 adolescentes y 203.690 atenciones en el programa de "Salud y reproducción sexual".

Para el control de enfermedades: el Ministerio de Economía y Finanzas (2011:24), establece que se contó con un presupuesto de 11.7 millones de dólares, con los cuales se fumigaron 993.990 casas para prevenir el dengue, 5.004 personas con tuberculosis pulmonar fueron curados, 99% de los casos de paludismo, al igual que en el 2009 recibieron tratamiento.

En la extensión de protección social en salud, se contó con un presupuesto de 19.4 millones de dólares. Se realizaron 217.254 atenciones en prevención, 211.243 consultas en morbilidad, 5.348 cirugías de cataratas y se atendió a 217 pacientes con enfermedades catastróficas. (MFP, 2011:24)

Para el programa ampliado de inmunizaciones-PAI, el boletín 31 del Ministerio de Economía y Finanzas (2011:23) establece que se contó con 51.2 millones de dólares, con los cuales se repartieron 1'441.564 vacunas para inmunizar a los niños y niñas, además se vacunaron a 175.272 adolescentes contra la hepatitis B.

En cuanto al programa de prevención, control y tratamiento del VIH/SIDA/ITS, se destinó un fondo de 2.4 millones de dólares, con los cuales "se atendieron a 316.792 pacientes con síndromes de enfermedades de transmisión sexual y se entregó tratamiento antirretroviral a 6.509 personas que viven con VIH/ SIDA" (MFP, 2011:24).

Según el Boletín 33 del Ministerio de Economía y Finanzas (2012:23) en el año 2011 se mantienen los mismos programas de los años 2009 y 2010 y se destinó un fondo de 170.8 millones de dólares para el cumplimiento de los mismos.

El programa de alimentación y nutrición-SIAN, utilizó 8 millones de dólares, con los cuales se atendió a 76 mil mujeres en período de lactancia, a 130 mil mujeres embarazadas y a casi 220 mil niños y niñas entre 6 y 36 meses. (MFP, 2012:23)

El Ministerio de Economía y Finanzas (2012:23), establece que al programa de maternidad gratuita y atención a la infancia se destinaron 6.8 millones de dólares, "cubriendo un porcentaje importante de prestaciones realizadas a los niños y niñas, y las atenciones de salud sexual y reproductiva de la mujer".

En cuanto a la "Atención integral por ciclos de vida", según el boletín 33 del Ministerio de Economía y Finanzas (2012:23), se destinó un presupuesto de 0.3 millones de dólares, con los cuales se dieron consultas a 3.380 millones de niños menores de un año, a niños de preescolar y niños de edad escolar, se dio atención a casi 1 millón de adolescentes y hubo 4 millones de atenciones en el programa de "Salud y reproducción sexual".

En el “Control de enfermedades”, el Ministerio de Economía y Finanzas (2012:24) establece que, se contó con un presupuesto de 12.1 millones de dólares, con los cuales se fumigaron casi 1 millón de casas para prevenir el dengue, 5 mil personas con tuberculosis pulmonar fueron curados, al igual que en el 2009 y 2010, el 99% de los casos de paludismo recibieron tratamiento.

La “Extensión de protección social en salud”, contó con un presupuesto de 12.1 millones de dólares. Se realizaron alrededor de 220 mil atenciones de prevención, 210 mil atenciones en morbilidad, se hicieron cerca de 53 mil cirugías de cataratas y se atendió a 220 pacientes con enfermedades catastróficas. (MFP, 2012:24)

El boletín 33 del Ministerio de Economía y Finanzas (2012:24) establece que el “Programa ampliado de inmunizaciones-PAI”, contó con 52.7 millones de dólares, con los cuales se repartieron 1.5 millones de vacunas para inmunizar a los niños y niñas, además se vacunaron a aproximadamente 170 mil adolescentes contra la hepatitis B.

Al programa de prevención, control y tratamiento del VIH/SIDA/ITS, se destinó un fondo de 7.2 millones de dólares, con los cuales "se atendieron a 300 mil pacientes con síndromes de enfermedades de transmisión sexual y se entregó tratamiento antirretroviral a alrededor de 6 mil personas que viven con VIH/ SIDA" (MFP, 2012:24).

Existen seis programas sociales según el Boletín 35 del Ministerio de Economía y Finanzas (2014:18) relevantes durante el año 2012, estos son: "Infraestructura física, equipamiento, estudios y fiscalización de salud", "Mi hospital", "Control del dengue", "Extensión de protección social en salud", "Estrategia nacional de VIH/SIDA-ITS" y "Fortalecimiento de la medicina transfusional en el Ecuador".

El Programa de Infraestructura física, equipamiento, estudios y fiscalización de salud, según el Ministerio de Salud Pública (2016:2), tiene como objetivo mejorar la calidad de prestación de servicios, incrementando la cobertura nacional de infraestructura y equipamiento. En el boletín 35 del MFP (2014:18) se establece que dentro del programa se brindó equipamiento clínico y mobiliario a 35 unidades de salud, se contó con 9 terrenos para la construcción de hospitales, se terminaron 4 unidades de salud: Hospital Orellana, Hospital Sucua, Hospital Cantón Pichincha y Hospital Catacocha; se continuo con la ejecución de 11 unidades de salud, además de realizarse nuevos estudios.

En el Boletín 35 del MFP (2014:18) se establece que con el programa “Mi hospital” se logró la construcción, remodelación y ampliación de los hospitales Dr. Liborio Panchana

Sotomayor de la ciudad de Santa Elena y del Hospital del Niño Francisco Ycaza Bustamante de la ciudad de Guayaquil. Se construyó un nuevo hospital en Tulcán, entre otras cosas. En el programa "Control del dengue", se fumigaron 51,627 manzanas de casas con máquinas termonebulizadoras y 320,000 fumigadas a ultra bajo volumen, 1'158,105 casas fumigadas para reducir vectores de dengue y 2'654,703 casas intervenidas con aplicación de larvicidas. (MFP, 2014:12)

Para la "Extensión de protección social en salud", en el boletín 35 del MFP (2014:19) se asienta la contratación de 1,850 técnicos de atención primaria en Salud, la elaboración de la normativa del MAIS (Modelo de atención integral de salud). Costale (2011:45) establece que este programa busca responder las necesidades de salud de familias y de la población en general y fue instaurado en Jama-Pedernales, Joya de los Tsachas y Sigchos; atención a 4'411,754 personas en el sistema nacional de salud.

Existe un cambio en la estrategia nacional de VIH/SIDA/ITS, existe la implementación del bono para niños, niñas, hijos e hijas de madres VIH positivo, guías de atención integral actualizadas: personas viviendo con VIH-Sida y programa de prevención materno infantil y diagnóstico de situación del sistema de información de estimación de necesidades de medicamentos y el sistema de vigilancia epidemiológica. (MFP, 2014:20)

El fortalecimiento de la medicina transfusional en el Ecuador busca certificar la disponibilidad y el acceso gratuito a sangre y hemo componentes seguros y confiables a los usuarios que lo requieran de manera imprescindible, urgente y necesariamente. (MSP, s.f.). Adquisición y distribución de 19'672,000 unidades internacionales de factores de coagulación para pacientes con hemofilia; monitoreo, distribución y uso de medicamentos anti hemofílicos, etc.

Existen varios programas sociales según el Informe del 2013 del Ministerio de Economía y Finanzas (2014:141) relevantes durante este año, a los cuales se les destinó un fondo de USD 111.42 millones, con el propósito de mejorar la atención a la población ecuatoriana, especialmente la de aquellas personas que no cuentan con los recursos necesarios para acceder a dichos servicios. El programa de infraestructura física, equipamiento, estudios y fiscalización de salud, en el informe del año 2013 del Ministerio de Economía y Finanzas (2014:81) se establece que con este programa se construyeron 7 hospitales, existió la "adquisición de medicinas y productos farmacéuticos, materiales para laboratorio y de uso médico, necesarios para brindar atención oportuna y de calidad a los usuarios". Este proyecto tiene una asignación codificada de USD 52.72 millones (MFP, 2014: 93-334)

Mi emergencia, trabaja en conjunto con el 911, con la finalidad de fortalecer el sistema de atención de emergencias médicas, es decir, mejorar el ámbito prehospitario y hospitalario.

Este proyecto cuenta con USD 55.23 millones, alcanzando una cobertura a nivel nacional. (MFP, 2014: 334)

Se mantiene el programa “Mi hospital”, en el Informe del año 2013 del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (2014: 141-334) se registra una asignación de USD 48.26 millones, fondos que se destinaron a la construcción, restauración y equipamiento de los hospitales de primer orden, para satisfacer las necesidades de la población ecuatoriana.

Se crea el “Proyecto desnutrición cero”, que según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2009: 13) con este plan se busca "eliminar la desnutrición de los recién nacidos hasta el año de vida [...]”, esto a través de la atención a niños y niñas de un año y madres embarazadas. Este programa cuenta con un presupuesto de USD 2.69 millones, con los cuales se atendió a la población infantil más vulnerable. (MFP, 2014:141)

La “Extensión de protección social en salud”, recibió un fondo de USD 35.39 millones según el Ministerio de Economía y Finanzas (2014:139)

Por otro lado, el programa desarrollo infantil, busca mejorar la salud y nutrición de las y los ecuatorianos, especialmente de los niños y niñas menores de cinco años a través de “[...] intervenciones de varios sectores articuladas que modifiquen los factores determinantes de la malnutrición. Desde el punto de vista nutricional, las carencias más importantes en los niños con desnutrición crónica son de proteínas, hierro, vitamina A y zinc”. Este proyecto contó con una inversión de USD 148.20 millones. (MFP, 2014:139)

En el 2014, existen varios programas sociales según el Informe del 2014 del Ministerio de Economía y Finanzas (2015:163), algunos de estos programas son: extensión de la protección social en salud, inmunizaciones de enfermedades inmuno prevenibles, infraestructura física, equipamiento y fortalecimiento de la red de servicios de salud y mejoramiento de la calidad.

La “Extensión de protección social en salud”, obtuvo un fondo de USD 75.27 millones según el Ministerio de Economía y Finanzas (2015:163). Por otro lado, al Programa de “Inmunizaciones de enfermedades inmuno prevenibles por vacuna”, se destinó un fondo de 66.62 millones de dólares. Se logró reducir en 22% los casos de dengue en el Ecuador en comparación al año 20135, también se continuo con la vacunación contra el virus del papiloma humano en la población femenina de 9, 10 y 11 años (MFP, 2015:158)

Infraestructura física, equipamiento, estudios y fiscalización de salud. En el informe del año 2014 del Ministerio de Economía y Finanzas (2015:163) se establece que durante ese año

existe intervención en áreas críticas de hospitales a nivel nacional como: la reapertura del servicio de emergencia y unidad de cuidados intensivos del Hospital Pediátrico Baca Ortiz de Quito, con lo cual se logró incrementar la capacidad de 14 a 21 puestos equipados. Se inaguran centros de salud en Conocoto, Tabacundo, Pujilí, Quero, entre otros. Este proyecto cuenta con una inversión de USD 37.41 millones (MFP, 2015: 157-163)

Oferta de infraestructura del sector salud

Durante el año 2007 el Ecuador contaba con 766 establecimientos para la atención en salud, 185 pertenecen al sector público y 581 al sector privado. El Ministerio de Salud Pública, es el instituto que mayor porcentaje de centros tiene dentro del sector público contando con 124 entidades con y sin internación, es decir cuenta con el 67.03% de instituciones en el sector público. (INEC; 2009:37-40).

La mayor parte de los establecimientos sin internación que se ubican en las áreas urbanas son dispensarios médicos. En las zonas rurales, la mayor proporción corresponde a subcentros de salud, a los que siguen los dispensarios médicos. (Lucio et al, 2011: 183)

En ese mismo año, en el anuario de camas y egresos hospitalarios del 2007 establecido por el INEC (2007:37) se determina que a nivel público se cuenta con 20.523 camas, es decir 15.1 camas por cada 10 mil habitantes, de las cuales 7,599 pertenecen al Ministerio de Salud Pública, esto quiere decir que por cada 10 mil habitantes están disponibles 5.6 camas dentro de los centros y subcentros del Ministerio de Salud.

En cuanto a personal médico se refiere, el Ecuador contaba con alrededor de 75 mil trabajadores de la salud. La razón de médicos por 10000 habitantes era de 6.22. Según Lucio et al, “los médicos tienden a concentrarse en las grandes ciudades, lo que genera problemas serios de distribución”. En la provincia de Pichincha hay 11.29 médicos por 10 000 habitantes, mientras que en las provincias de Galápagos y Orellana esta razón es de apenas de 0 y 2.8, respectivamente.

Con el paso de los años, estos indicadores mejoran, hasta que en el año 2014 a nivel Nacional se cuenta con 769 establecimientos para la atención en salud, de los cuales 187 pertenecen al sector público y 582 al sector privado. El Ministerio de Salud Pública, cuenta con 128 establecimientos, es decir, cuenta con el 68.45% de establecimientos del sector público. El Ministerio de Salud ha disminuido en uno el número de establecimientos, mientras que en el sector público la cantidad de establecimientos disminuyó en 2, debido a la disolución de establecimientos por parte del Ministerio de Salud y del Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos. (INEC; 2015:53)

Ese mismo año, el “Anuario de camas y egresos hospitalarios del 2014” publicado por el INEC (2015:54), señala que a nivel público se cuenta con 24,634 camas, es decir 15.4 camas por cada 10 mil habitantes, en cuanto al Ministerio de Salud Pública, se cuenta con 8,365 camas, es decir que aproximadamente existen 5.2 camas por cada 10 mil habitantes.

Es de suma importancia, saber cuáles son los rubros a los que se les destina el capital, que comprende y cuanto fue destinado. Es por esto que se analizará el gasto corriente, gasto en inversión y gasto en capital.

Gasto corriente

En este rubro ha existido un aumento considerable durante el periodo 2008 hasta el 2014 a nivel Nacional, este ha pasado de \$ 636.801.860,46 a \$ 1.824.091.288,18, se observa que desde el 2008 hasta el año 2014 ha existido un aumento significativo en el gasto corriente por parte del Ministerio de Salud Pública.

El año más representativo de este gran total fue el año 2014, con una inversión 23,48% del total a nivel de todo el Ecuador.

El gasto en personal fue el más significativo de este rubro, con una inversión de \$5.408.594.670,58, es decir, el 69,62% del total. Según el Ministerio de Economía y Finanzas (2015:38) se entiende como gasto en personal a todos gastos por remuneraciones, sueldos y otras obligaciones con el personal.

Otros gastos corrientes por otro lado, representaron apenas el 0,27% con una inversión total de \$ 20.956.619,96. Para el Ministerio de Economía y Finanzas (2016:63), se entiende por otros gastos corrientes a aquellos que comprenden los gastos de impuestos, tasas, contribuciones, seguros, comisiones, alimentación, entre otros.

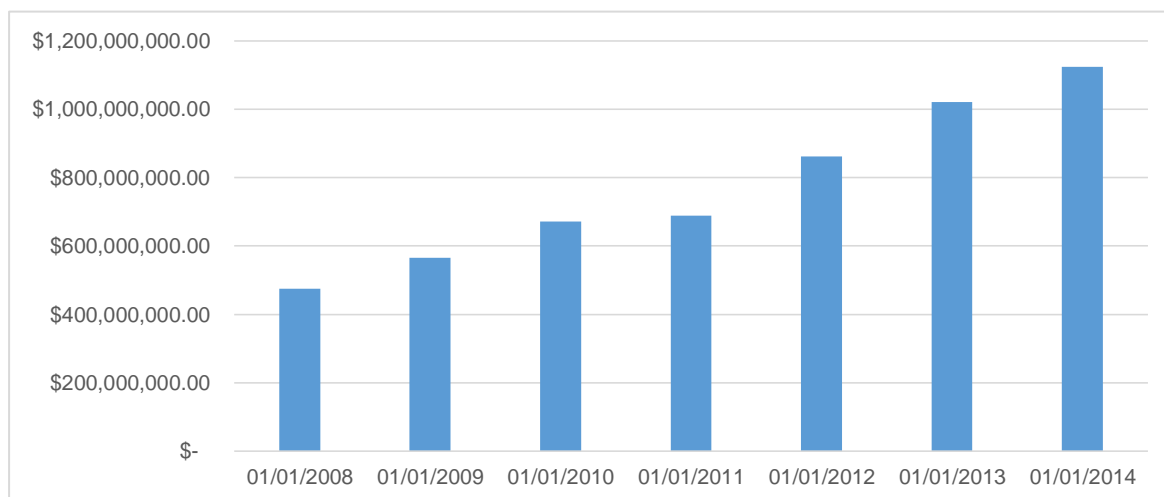
Durante todo el periodo de análisis, como se observa en el anexo A, las provincias con menor gasto corriente durante todo el periodo de análisis son Galápagos, seguida por Pastaza. Mientras que, las Provincias con mayor nivel de gasto son Guayas y Pichincha.

1. Gasto en personal

Según el catálogo del Ministerio de Economía y Finanzas (2015:38), dentro de este rubro se encuentran previstos gastos como: “remuneraciones, subsidios, aportes patronales a la seguridad social e indemnizaciones”.

En esta sección se observa en el gráfico N°10 que desde el 2008 hasta el año 2014 ha existido un aumento significativo en el gasto en personal dentro del sector salud, sobre todo por parte del Ministerio de Salud Pública, pasando de \$475.987.286,13 en el año 2008 a \$1.124.064.195,27 en el año 2014, es decir, existió un crecimiento del 136.5%. (MSP, s.f.)

Gráfico N°10
Gasto en personal periodo 2008-2014



Fuente: Ministerio de Salud Pública
Elaborado por Camila Yepez del Pozo

El año más representativo (es decir, con mayor crecimiento económico de año a año), fue el año 2012 con un aumento del 25.01%. En general, el rubro de remuneraciones básicas fue el más significativo de este gasto, durante todo el periodo 2008 hasta el 2014. Se entiende como remuneraciones básicas a “los gastos de carácter permanente a favor de los servidores y trabajadores, en contraprestación por los servicios prestados”. (MFP, 2016: 44)

Los subsidios por otro lado, fueron el rubro al que menor gasto se le destinó durante el período de análisis. Se entiende por subsidios como los “gastos adicionales a las remuneraciones básicas, destinadas a compensar el efecto del cambio de situación individual geográfica o económica”. (MFP, 2016: 47)

Entre los años 2008- 2014, se puede observar que las provincias con menor gasto en personal son: Galápagos, seguida por Pastaza. Mientras que las provincias con mayor nivel de gasto son: Guayas y Pichincha. Haciendo un análisis anual, se puede observar que durante el año 2008, Santa Elena es una de las provincias con menor gasto en personal con apenas \$2.484.352,06 junto a Galápagos la misma que cuenta con un gasto de \$3.283.246,92. No obstante, las provincias que cuentan con mayor nivel de gasto en este rubro son Guayas y Pichincha con \$94.291.633,98 y \$90.598.725,39 respectivamente.

Para el año 2009, se aprecia que Galápagos (\$3.740.370,83), Santa Elena (\$4.277.346,54) y Pastaza (\$4.278.136,79) fueron las provincias con menor gasto dentro de este rubro. Por otra parte, las provincias con mayor índice de gasto a nivel de este año son una vez más Guayas con un total de \$108.735.980,52 y Pichincha con \$104.846.285,60.

Durante los siguientes años, es decir desde el 2010 hasta el 2014, se puede observar que la tendencia continúa, las provincias con menor gasto son Pastaza y Galápagos y las provincias con mayor nivel de gasto son Guayas y Pichincha.

Cabe recalcar que durante este período las provincias de Galápagos y Pastaza, a pesar de mostrar los valores más bajos en gasto de personal a nivel nacional, manifestaron un mínimo aumento anualmente.

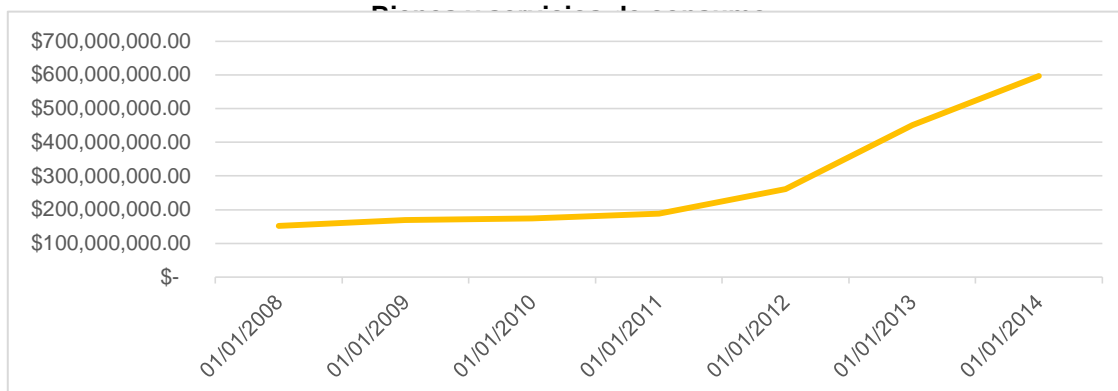
2. Bienes y servicios de consumo

Dentro del catálogo de ítems del Ministerio de Economía y Finanzas (2016:53) constan gastos como: servicios básicos, servicios generales, traslados, instalaciones, viáticos y subsistencias, instalación mantenimiento y reparación, arrendamiento de bienes, contratación de estudios, investigaciones y servicios técnicos especializados, gastos en información, bienes de uso y consumo corriente, pertrechos para la defensa y seguridad pública, bienes muebles no despreciables, bienes biológicos no despreciables y fondos de reposición.

Se observa en el gráfico N°11 que desde el 2008 hasta el año 2014 ha existido un aumento significativo en el gasto de bienes y servicios de consumo, pasando de \$ 152.358.651,09 en el año 2008 a \$ 596.853.956,63 durante el año 2014, es decir, que existió un crecimiento del 291.74%. (MSP: s.f.).

Los bienes de uso y consumo corriente fueron los más significativos de este rubro durante todo el periodo de estudio. Se entiende como bienes de uso y consumo corriente a “los gastos por adquisición de bienes, insumos y suministros necesarios para la administración y funcionamiento institucional”. (2015:49)

Gráfico N°11



Fuente: Ministerio de Salud Pública
Elaborado por Camila Yepez del Pozo

Los bienes biológicos no despreciables por otro lado, fue el rubro al que menos gasto se le destinó, entendiendo por bienes biológicos no despreciables como los “gastos por adquisición de animales vivos y/o plantas.” (MFP, 2015:51)

Durante todo el periodo de análisis, se puede observar que las provincias con menor gasto en bienes y servicios de consumo son: Galápagos, seguida por Zamora Chinchipe con mientras que las provincias con mayor nivel de gasto son: Guayas y Pichincha.

Haciendo un análisis anual, se puede observar que durante el año 2008, Galápagos es una de las provincias con menor gasto en bienes y servicios de consumo con apenas \$504.378,75 junto a Zamora Chinchipe, la misma que cuenta con un gasto de \$1.240.951,91. No obstante, las provincias que cuentan con un mayor nivel de gasto en este rubro son Guayas y Pichincha con \$27.326.911,31 y \$33.996.531,39 respectivamente.

Para el año 2009, se aprecia que Galápagos (\$575.362,06) y Pastaza (\$1.261.735,25) fueron las provincias con menor gasto dentro de este rubro. Por otra parte, las provincias con mayor índice de gasto a nivel de este año son una vez más Guayas con un total de \$32.937.600,19 y Pichincha con \$35.628.848,43.

Durante los siguientes años, es decir desde el 2010 hasta el 2012, se puede observar que la tendencia continúa y las provincias con menor gasto son Pastaza y Galápagos, mientras que las provincias con mayor nivel de gasto son Guayas y Pichincha.

Durante los años 2013 y 2014 las provincias con menor nivel de gasto son Galápagos y Zamora Chinchipe.

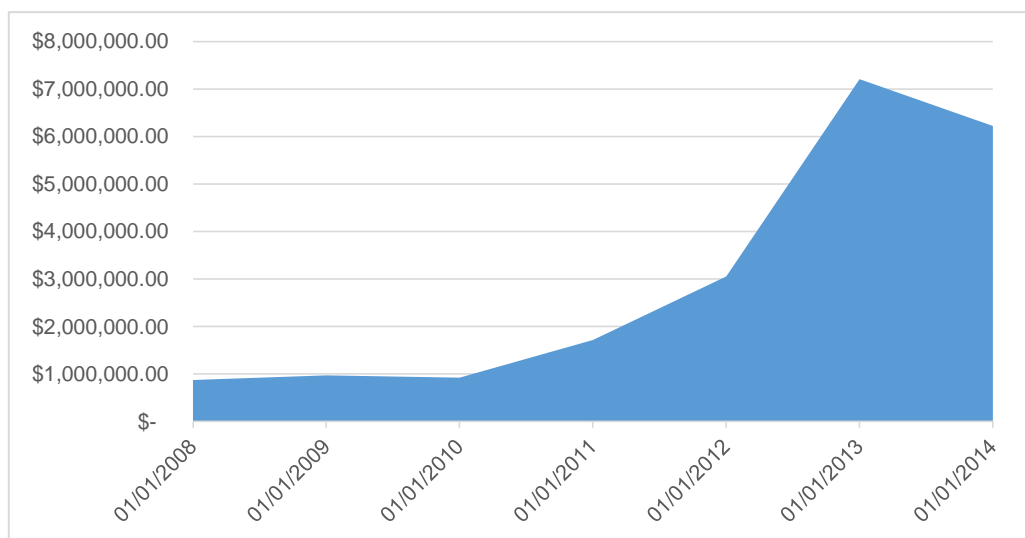
Cabe recalcar que durante este período las provincias de Galápagos y Pastaza, a pesar de mostrar los valores más bajos en gasto de personal a nivel nacional, manifestaron un mínimo aumento anualmente.

El aumento en la Matriz y Planta Central fueron bastante significativos, sobre todo durante el año 2013 con una inversión de \$74.701.378,88.

3. Otros gastos corrientes

Dentro de este rubro, constan gastos como: impuestos, tasas, contribuciones, seguros, costos financieros, entre otros. (MFP, 2016:61). En el gráfico N°12 que desde el 2008 hasta el año 2014 ha existido un aumento significativo en el otros gastos corrientes, pasando de \$ 873.060,62 en el año 2008 a \$ 6.219.069,55 durante el año 2014, es decir, existió un crecimiento del 612.33%. (MSP, s.f.)

Gráfico N°12
Otros gastos corrientes



Fuente: Ministerio de Salud Pública
Elaborado por Camila Yepez del Pozo

Los seguros, costos financieros y otros gastos fueron los más significativos de este rubro, en todo el periodo de estudio. Se entiende como seguros, costos financieros y otros gastos a “gastos por seguros y comisiones financieras; incluye devoluciones de garantías, fianzas, los reajustes por actualización del valor nominal de préstamos e inversiones en títulos- valores; y, otros gastos financieros”. (MFP, 2016:61)

Las dietas por otro lado, es el rubro más bajo al que se le destinó el gasto. Se entiende por dietas “a la asignación para representantes, miembros o vocales de directorios, juntas, comités o cuerpos colegiados, que no perciben ingresos del Estado.” (MFP, 2015:53). Durante todo el periodo de análisis, se puede observar que las provincias con menor gasto en bienes y servicios de consumo son: Galápagos, seguida por Carchi con \$94.116,81 (0,45%). Mientras que, las provincias con mayor nivel de gasto son: Guayas) y Pichincha.

Haciendo un análisis anual, se puede observar que durante el año 2008, Napo es una de las provincias con menor gasto en seguros, costos financieros y otros gastos con apenas \$8.902,74 junto a Galápagos, la cual cuenta con un gasto de \$ 3.991,92. No obstante, las provincias que cuentan con un mayor nivel de gasto en este rubro son Guayas y Pichincha con \$170.158,41 y \$ 99.014,41 respectivamente. En este rubro, la Matriz y Planta Central presenta un valor importante de \$220.465,57, siendo este más alto el gasto que en Quito y en Guayaquil.

Para el año 2009, se aprecia que Carchi (\$3.864,13) y Galápagos (\$4.490,91) fueron las provincias con menor gasto dentro de este rubro. Por otra parte, las provincias con mayor índice de gasto a nivel de este año son una vez más Guayas con un total de \$ 237.113,77 y Pichincha con \$ 111.247,76. Por su parte la matriz y Planta Central presentaron un valor de \$181.989,52.

Durante el año 2010, se aprecia que Carchi (\$3.001,32) y Napo (\$2741,22) fueron las provincias con menor gasto dentro de este rubro. En cambio, las provincias con mayor índice de gasto a nivel de este año son Guayas con un total de \$185.660,7y Pichincha con \$131.655,19. Por su parte la Matriz y Planta Central presentaron un valor de \$ 132.689,67.

En el año 2011, se aprecia que Carchi (\$1.860,53) y Orellana (\$4.041,01) fueron las provincias con menor gasto dentro de este rubro. En cuanto a las provincias con mayor índice de gasto a nivel de este año son Guayas con un total de \$489.258,29 y Pichincha con \$ 151.359,92. Por su parte la Matriz y Planta Central presentaron un valor de \$ 411.371,33.

Para el año 2012, se aprecia que las Coordinaciones Zonales (\$11.374,89) y Galápagos (\$6.605,67) fueron las provincias con menor gasto dentro de este rubro. En cambio, las provincias con mayor índice de gasto a nivel de este año son Guayas con un total de \$ 483.167,26 y Pichincha con \$ 403.334,71. Por su parte la Matriz y Planta Central presentaron un valor de \$ 836.394,43.

El siguiente año, es decir, el 2013, se aprecia que las Carchi (\$26.138,36) y Galápagos (\$11.170,98) fueron las provincias con menor gasto dentro de este rubro. Sin embargo, las provincias con mayor índice de gasto a nivel de este año son Guayas con un total de \$

1.060.162,14 y Pichincha con \$ 380.052,62. Por su parte la Matriz y Planta Central presentaron un valor de \$ 369.5279, 22.

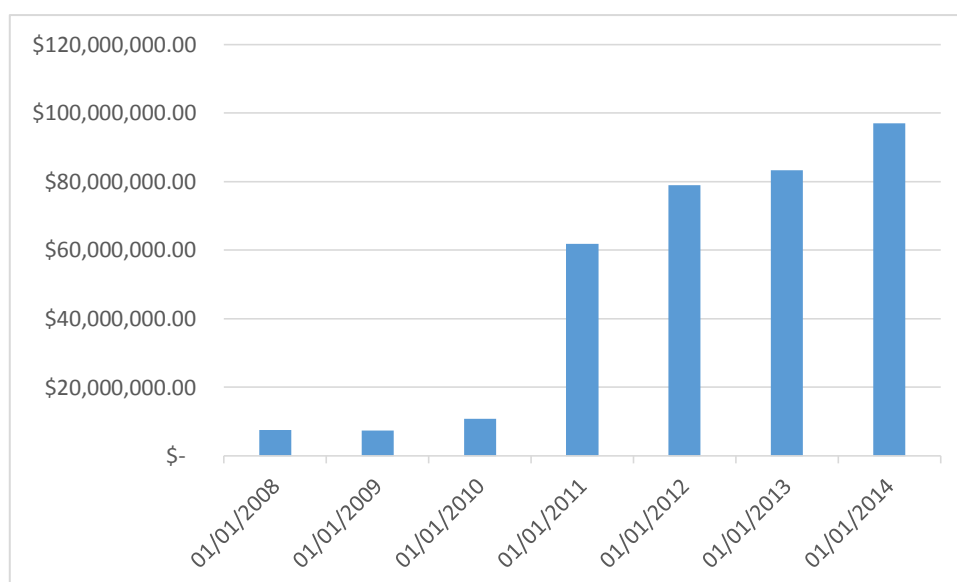
Para el año 2014, se aprecia que las Pastaza (\$34.836,82) y Galápagos (\$10.845,02) fueron las provincias con menor gasto dentro de este rubro. Por otra parte, las provincias con mayor índice de gasto nivel de este año son Guayas con un total de \$ 788.079,00 y Pichincha con \$ 438.532,55. Por su parte la Matriz y Planta Central presentaron un valor de \$ 2.179.368,64.

4. Transferencias y donaciones corrientes

Dentro de este rubro constan gastos como: transferencias al sector público, donaciones al sector privado y al exterior, aportes y participaciones al sector público, otros subsidios, entre otros. (Ministerio de Economía y Finanzas, 2017:54)

El gráfico N°13 que desde el 2008 hasta el año 2014 ha existido un aumento significativo en el las transferencias y donaciones corrientes, pasando de \$ 7.582.862,62 en el año 2008 a \$ 96.954.066,73 durante el año 2014, es decir, que existió un crecimiento del 1178.59%. (MSP, s.f.)

Gráfico N°13
Transferencias y donaciones corrientes, periodo 2008-2014



Fuente: Ministerio de Salud Pública
Elaborado por Camila Yepez del Pozo

Las donaciones corrientes al sector privado Interno fueron las más significativas de este rubro. Entendiendo como donaciones corrientes al sector privado interno a las “donaciones concedidas por el Estado a personas naturales o jurídicas del sector privado.” (MFP, 2016:65)

Los gastos por participaciones corrientes de los entes públicos y privados en los ingresos petroleros por otro lado, es el más bajo. Es importante aclarar que este rubro es tan bajo ya que, solo se encuentra la provincia de Imbabura durante los años 2010 y 2014.

Se entiende por participaciones corrientes de los entes públicos y privados en los ingresos petroleros como las “participaciones en los ingresos petroleros a favor de las entidades, organismos, cuentas especiales y fondos, establecidas en disposiciones legales específicas.” (MFP, 2016:70)

Durante todo el periodo de análisis, se puede observar que las provincias con menor gasto en personal son: Sucumbíos seguida por Orellana. Mientras que, las provincias con mayor nivel de gasto son: Guayas y Pichincha.

Haciendo un análisis anual, se puede observar que durante el año 2008, Galápagos, Orellana y Esmeraldas presentaron un valor de 0 en este rubro. No obstante, las provincias que cuentan con mayor nivel de gasto en este rubro son Guayas y Pichincha con \$150.952,02 y \$115.469,41 respectivamente. La Matriz y la Planta Central muestran un valor de \$ 6.932.238,24

Para el año 2009, se aprecia que Galápagos (\$30) y Esmeraldas (\$175,47) fueron las provincias con menor gasto dentro de este rubro. Por otra parte, las provincias con mayor índice de gasto a nivel de este año son más Guayas con un total de \$ 149.298,52 y Morona Santiago con \$152.139,92. La Matriz y la Planta Central muestran un valor de \$ 6.711.086,25.

Durante los siguientes años, es decir desde el 2010 hasta el 2014, se puede observar que la tendencia es la misma, las provincias con menor gasto son Orellana y Sucumbíos y las Provincias con mayor nivel de gasto son Guayas y Pichincha. Además la Matriz y Planta Central demuestran la misma tendencia importante durante todos los años.

Cabe recalcar, que durante este período las Coordinaciones Zonales han demostrado valores muy bajos, a pesar de esto se muestra un incremento cada año.

Gastos de inversión

Se establece que, estos gastos “son los gastos destinados a la ejecución de programas que buscan mejorar las capacidades sociales; y, de proyectos de construcción de obra pública

cuyo devengamiento produce, contablemente, modificaciones directas en la composición patrimonial del Estado” (Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, 2016:86). Incluye los gastos en personal de inversión, bienes y servicios para inversión, obras públicas, otros gastos de inversión y transferencias y donaciones para inversión. Es de suma importancia analizar cada una de las categorías mencionadas.

En este rubro, el total invertido durante el año 2008 fue de \$152.571.064,53 y para el año 2014 \$ 248.016.637,06³, se observa en el anexo B, que desde el 2008 hasta el año 2014 ha existido un aumento significativo en el gasto de inversión por parte del Ministerio de Salud Pública.

El año más representativo de este gran total fue el año 2010, en el cual se realizó una inversión de \$ 209.342.794,6 y en el cual se presentó un nivel de crecimiento de año a año del 111.36%

Las obras públicas fue el gasto más significativo de este rubro, mientras que otros gastos de inversión, representaron apenas el 0,31% durante todo el periodo.

En el tiempo de análisis, se puede observar que las provincias con menor gasto en personal son: Galápagos seguida por Orellana con \$6.043.426,95 (0,37%). Mientras que, las Provincias con mayor nivel de gasto son: Guayas y Pichincha.

1. Gasto en personal de inversión

El rubro de gasto en personal de inversión, incluye la repartición por servicios prestados en programas sociales o inversión en obra pública. (Ministerio de Economía y Finanzas, 2017:54)

Para el Ministerio de Economía y Finanzas (2016:86), dentro de este rubro, se encuentran previstos gastos como: remuneraciones, subsidios, aportes patronales a la seguridad social e indemnizaciones.

El Anexo C muestra que desde el 2008 hasta el año 2014 ha existido un aumento significativo en el gasto en personal de inversión, pasando de \$ 5.500.071,74 en el año 2008 a \$46.651.946,5 durante el año 2014, es decir, que existió un crecimiento del 748.21%. (MSP, s.f.).

³ Para mayor información ver Anexo en Excel “Gasto de inversión”, Total.

Las remuneraciones básicas fueron las más significativas de este rubro, mientras que, los subsidios, representaron apenas el 0,0001% del total de todo el periodo de análisis del estudio. Este valor es tan bajo porque únicamente se presenta durante los años 2012 y 2013 en las provincias de Guayas y Santo Domingo, además de la Matriz y Planta Central. Se entiende como subsidios a “los beneficios adicionales para los servidores y trabajadores, por su condición personal y/o familiar” (MFP, 2016:86).

Durante todo el periodo de análisis, se puede observar que las provincias con menor gasto en personal de inversión son: Galápagos y Orellana. Mientras que, las provincias con mayor nivel de gasto son: Guayas y Pichincha. Haciendo un análisis anual, se puede observar que durante el año 2008, Santa Elena y Santo Domingo tienen un gasto de \$ 0,00. No obstante, las provincias que cuentan con mayor nivel de gasto en este rubro son Guayas y Los Ríos con \$ 3.786.433,36 y \$ 200.762,65 respectivamente. Los indicadores de Matriz y Planta Central también fueron bastante significativos, fueron de \$ 294.010,87.

Para el año 2009, se aprecia que Galápagos (\$28.511,19) y Santo Domingo (\$13.759,86) fueron las provincias con menor gasto dentro de este rubro. Por otra parte, las provincias con mayor índice de gasto a nivel de este año son una vez más Guayas con un total de \$4.223.456,98 y Pichincha con \$222.009,39. Durante los siguientes años, es decir desde el 2010 hasta el 2012, se puede observar que la tendencia continúa, las provincias con menor gasto son Orellana y Galápagos. Sin embargo, las provincias con mayor nivel de gasto son Guayas y Pichincha desde el año 2010 hasta el 2014.

En el año 2013 las provincias de Santa Elena (\$482.575,79) y Galápagos (\$494.174,29), mostraron los niveles más bajos de gasto en personal de inversión. Por otro lado, en el 2014, las provincias con menor nivel de gasto fueron Galápagos (\$53.498,78) y Napo (\$72.787,03).

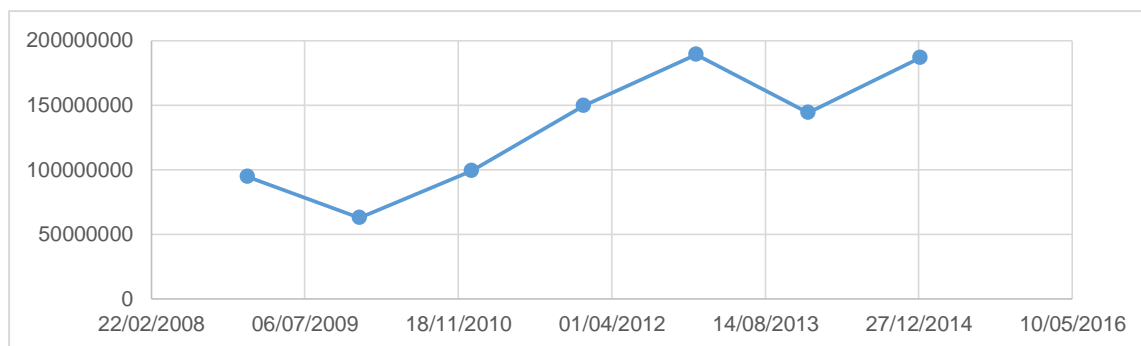
2. Bienes y servicios para inversión

Según el Ministerio de Economía y Finanzas (2016:91), “este rubro comprende los gastos en adquisición de bienes y servicios para la ejecución de programas sociales o proyectos de obra pública.”

Dentro de este rubro, se encuentran previstos gastos como: servicios básicos, servicios generales, traslados, instalaciones, viáticos y subsistencias, instalación mantenimiento y reparación, arrendamiento de bienes, contratación de estudios, investigaciones y servicios técnicos especializados, gastos en información, bienes de uso y consumo de inversión, crédito por impuesto al valor agregado, bienes muebles no despreciables y bienes biológicos no despreciables. (MFP, 2016:91).

El gráfico N°14 que existe un crecimiento desde el 2008 hasta el año 2014, pasando de \$ 94.640.655,29 en el año 2008 a \$ 186.675.606,78 durante el año 2014, es decir, que existió un crecimiento del 97.25%. (MSP, s.f.).

Gráfico N°14
Bienes y servicios para la inversión



Fuente: Base de datos proporcionada por el Ministerio de Salud Pública
Elaborado por Camila Yopez del Pozo

Los Bienes de uso y consumo de inversión fueron los más significativos de este rubro. Se entiende como bienes de uso y consumo de inversión a los “gastos por la adquisición de bienes, insumos y suministros necesarios para la administración y ejecución de los proyectos de inversión.” (MFP, 2016:96).

Los gastos en informática por otro lado, representaron apenas el 0,05% durante todo el periodo. Se entiende como gastos en informática a los “gastos por alquiler, mantenimiento, reparación de equipos y sistemas informáticos; y, por diseño, desarrollo, asesoría y evaluación de sistemas.” (MFP, 2016:96).

Se puede observar que las provincias con menor gasto en bienes y servicios para inversión son: Galápagos, seguida por Zamora Chinchipe. Mientras que las provincias con mayor nivel de gasto son: Guayas y Pichincha.

Haciendo un análisis anual, se puede observar que durante el año 2008, Galápagos y Zamora Chinchipe presentaron los valores más bajos en nivel de gasto con \$170.171,64 y \$402.031,74 respectivamente.

No obstante, las provincias que cuentan con mayor nivel de gasto en este rubro son Guayas y Pichincha con \$10.803.387,08 y \$6.147.509,02 respectivamente. Los indicadores de

Matriz y Planta Central también fueron bastante significativos, presentaron un valor de \$ 54370352,88.

Para los años 2009 y 2010, se aprecia que Galápagos y Santo Domingo fueron las provincias con menor gasto dentro de este rubro.

Por otra parte, las provincias con mayor índice de gasto son una vez más Guayas con un total de participación porcentual entre 4% y 19,79%, mientras que Pichincha muestra una variación entre el 3,08% y 8,29% desde el año 2009 hasta el 2014.

Durante los siguientes años, es decir desde el 2010 hasta el 2014, Galápagos es una de las Provincias con menor índice de gasto (está entre el 0,02% y el 0,21%).

Es importante recalcar, que las Coordinaciones Zonales jugaron un papel importante desde el año 2012 hasta el año 2014, presentando una participación entre el 0,15% hasta el 37,8% del total nacional. De igual manera, la Matriz y la Planta Central presentaron valores considerables entre los años 2008 a 2014, con un porcentaje de participación entre el 48,87% y el 65,89%.

3. Obras Públicas

El rubro de obras públicas, según lo establecido por el Ministerio de Economía y Finanzas (2016:99) “comprende los gastos para las construcciones públicas de beneficio local, regional o nacional contratadas con terceras personas. Se incluyen las reparaciones y adecuaciones de tipo estructural”. Dentro de este rubro, se encuentran previstos gastos como: obras de infraestructura; obras en líneas, redes e instalaciones eléctricas y de telecomunicaciones y mantenimiento y reparaciones. (MFP, 2016:99).

En este rubro, las obras de infraestructura fueron las más significativas de este rubro. Se entiende como obras de infraestructura a los “gastos para obras civiles e industriales, que permitan la satisfacción de los servicios básicos urbanos o rurales.” (MFP, 2016:99).

Por otra parte, las obras en líneas, redes e instalaciones eléctricas y de telecomunicaciones, representaron apenas el 0,81% de la inversión total de este periodo. Se entiende como gastos en obras en líneas, redes e instalaciones eléctricas y de telecomunicaciones a los “gastos para la construcción de obras civiles e industriales destinadas a la transmisión eléctrica y a las telecomunicaciones.” (MFP, 2016:101).

Durante todo el periodo de análisis, se puede observar que las provincias con menor gasto en obras públicas son: Chimborazo, seguida por Cotopaxi. Mientras que las provincias con mayor nivel de gasto son: Guayas y Pichincha.

Haciendo un análisis anual, se puede observar que, durante el año 2008, Santa Elena y Santo Domingo presentaron valores nulos de inversión. Sin embargo, las provincias que cuentan con mayor nivel de gasto en este rubro son Guayas y Pichincha con \$ 962.377,3y \$ 1.409.028,34 respectivamente. Los indicadores de Matriz y Planta Central fueron bastante significativos, presentaron un valor de \$8.696.676,98.

Para el año 2009 únicamente la provincia del Carchi presentó un valor de 0. Por otra parte, las provincias con mayor índice de gasto son Azuay con \$866.560,01 y Napo \$875.893,87.

Durante los siguientes años, es decir desde el 2010 hasta el 2014, la Provincia de Pichincha muestra un mayor nivel de gasto que varía entre el 2,35% y el 20,15%. En el año 2010, las provincias de Chimborazo, Napo y Santa Elena presentaron valores nulos.

Para el año 2011, las provincias de Galápagos, Imbabura, Los Ríos y Sucumbíos demostraron valores nulos en inversión en este rubro.

En el año 2012, las provincias de Chimborazo, Los Ríos, Manabí, Santa Elena, Santo Domingo, Sucumbíos y Zamora Chinchipe expresaron valores de cero en inversión en este rubro.

Durante el año 2013, las provincias de Azuay, Bolívar, Cañar, Carchi, Cotopaxi, El Oro, Esmeraldas, Galápagos, Imbabura, Loja, Morona Santiago, Napo, Orellana, Pastaza, Santa Elena, Sucumbíos, Tungurahua y Zamora Chinchipe manifestaron valores nulos en inversión en este rubro.

Para el año 2014, las provincias de Cañar, Carchi, Chimborazo, Cotopaxi, Esmeraldas, Imbabura, Loja, Los Ríos, Morona Santiago, Napo, Orellana, Pastaza, Santa Elena, Santo Domingo, Sucumbíos y Zamora Chinchipe revelaron valores nulos en inversión en este rubro.

Es importante recalcar, que las Coordinaciones Zonales jugaron un papel importante durante el año 2014, presentando una participación del 52,11% del total nacional durante ese año. De igual manera, la Matriz y la Planta Central presentaron valores considerables entre los años 2008 a 2014, con un porcentaje de participación entre el 28,4% y el 91,66%.

4. Transferencias y donaciones para inversión

Para el Ministerio de Economía y Finanzas (2016:102), esto “comprende las subvenciones sin contraprestación, destinadas a proyectos y programas de inversión.”

Dentro de este rubro, se encuentran previstos gastos como: transferencias para inversión al sector público, transferencias y donaciones de inversión al sector privado interno, transferencias y donaciones de inversión al exterior, subsidios e incentivos económicos, por participaciones de capital de los entes públicos y privados en los ingresos hidrocarbúricos y por participaciones para inversión de los entes públicos y privados en ingresos pre asignados. (MFP, 2016:102).

Las transferencias y donaciones de inversión al sector privado interno fueron las más significativas de este rubro. Se entiende como transferencias y donaciones de inversión al sector privado interno a las “transferencias y donaciones de inversión concedidas por el Estado a personas naturales o jurídicas del sector privado.” (MFP, 2016:103).

Por otra parte, los subsidios e incentivos económicos, representan apenas el 1,78% con una inversión en el periodo 2008-2014. Se entiende como subsidios e incentivos económicos a la “asistencia financiera a entes públicos y privados, para financiar el déficit operacional por venta de bienes y servicios en beneficio de la comunidad; para alentar determinadas actividades consideradas de beneficio social” (MFP, 2016:104).

En este rubro no constan muchas provincias, constan únicamente Azuay, Esmeraldas, Guayas, Morona Santiago, Pastaza, Pichincha y Tungurahua. Durante todo el periodo de análisis, se puede observar que las provincias con menor gasto en transferencias y donaciones para inversión son: Tungurahua, seguida por Pastaza. Mientras que, las provincias con mayor nivel de gasto son Esmeraldas y Pichincha.

Haciendo un análisis anual, se puede observar que durante el año 2008, las provincias de Azuay, Esmeraldas, Guayas, Morona Santiago, Pastaza y Tungurahua presentaron valores nulos de inversión. Sin embargo, la provincia de Pichincha presentó un valor de inversión de \$1.159.374,89.

Para el año 2009 todas las provincias involucradas en el rubro presentaron un valor de 0. En el año 2010, las provincias de Azuay, Esmeraldas, Morona Santiago, Pastaza y Tungurahua presentaron valores nulos. Sin embargo, la provincia del Guayas presentó un valor de inversión de \$ 119.350.

Para el año 2011, las provincias de Azuay, Guayas, Morona Santiago y Pastaza demostraron valores nulos en inversión en este rubro. En el año 2012, las provincias de Azuay, Guayas, Morona Santiago y Tungurahua expresaron valores de cero en inversión en este rubro.

Durante el año 2013, las provincias de Azuay, Morona Santiago, Pastaza y Tungurahua manifestaron valores nulos en inversión en este rubro. Desde el año 2011 hasta el año 2013 la Provincia de Esmeraldas presentó un mayor porcentaje de participación de inversión dentro de este rubro, el mismo que fue entre el 5,69% y el 7,6%.

Para el año 2014, todas las provincias involucradas en el rubro revelaron valores nulos en inversión en este rubro. Es importante recalcar, que las Coordinaciones Zonales jugaron un papel importante durante el año 2014, presentando una participación del 5,09% del total nacional durante ese año. De igual manera, la Matriz y la Planta Central presentaron valores considerables entre los años 2008 a 2014, con un porcentaje de participación entre el 87,99% y el 100%.

Gasto en capital

Acerca del gasto en capital, en el catálogo de ítems del Ministerio de Economía y Finanzas se establece que es la asignación del Presupuesto General del Estado para la adquisición de bienes de larga duración para uso institucional. (MFP, 2016: 107)

Este rubro incluye únicamente los bienes de larga duración, es portal motivo que el total de gasto en capital va a ser igual al total de los bienes de larga duración como se observa en el anexo D.

1. Bienes de larga duración

Para el Ministerio de Economía y Finanzas (2016:107) comprende la adquisición de bienes muebles, inmuebles e intangibles, que se incorporan a la propiedad pública.

Dentro de este rubro, se encuentran previstos gastos como: bienes muebles, bienes inmuebles, expropiaciones de bienes, intangibles y bienes biológicos. (MFP, 2016:107). En el Anexo D, se observa que existe un crecimiento desde el 2008 hasta el año 2014, pasando de \$ 66.260.435,93 en el año 2008 a \$ 70.298.705,01 durante el año 2014, es decir, que existió un crecimiento del 6.09%.

Los bienes muebles fueron los más significativos de este rubro, entendiéndolo como las “asignaciones destinadas a adquisiciones de bienes muebles”. (MFP, 2016:107)

Intangibles por otro lado, representaron apenas el 0,000037% del total invertido del 2008-2014. Se entiende por intangibles como la “asignación para la adquisición del derecho y privilegio en el uso y/o explotación de activos intangibles”. (MFP, 2016:109)

Durante todo el periodo de análisis, se puede observar que las provincias con menor gasto en bienes de larga duración son: Pastaza seguida por Napo. Mientras que, las provincias con mayor nivel de gasto son Guayas y Pichincha.

Haciendo un análisis anual, se puede observar que durante el año 2008, Galápagos es una de las provincias con menor gasto en bienes de larga duración con apenas \$159.926,37 junto a Sucumbíos, la misma que cuenta con un gasto de \$483.044,53.

No obstante, las provincias que cuentan con mayor nivel de gasto en este rubro son Guayas y Pichincha durante todo el periodo de análisis, es decir, desde el 2008 hasta el 2014, contando con un porcentaje de participación entre el 6,79% y 31,54% en el caso del Guayas y entre 7,22% y 15,63% en el caso de Pichincha.

Para el periodo 2009- 2010, se aprecia que Galápagos es la provincia con menor gasto dentro de este rubro contando con un rango entre 0,15% y 0,19% del total nacional de esos años.

Durante el periodo 2011- 2013, se evalúa que Napo es la provincia con menor gasto dentro de esta sección contando con un rango entre 0,01% y 0,36% del total nacional de esos años.

En el año 2014, las provincias de Pastaza \$116.273,37 junto a Zamora Chinchipe \$324.049,6 constan como las provincias donde menos gasto en bienes de larga duración se ha realizado.

Cabe recalcar que durante este período la Matriz y Planta Central, presentaron valores bastante importantes, con un rango de participación entre 3,67% y 59,88%. Las Coordinaciones Zonales, empiezan a tener un rol en este rubro desde el 2012, presentando un rango entre 0,58% y 12,44% del total nacional.

Una vez concluido el análisis de la pobreza y de la salud por separado, es necesario determinar la relación que tienen estas dos variables, lo cual se lo realizará en el siguiente capítulo.

Capítulo III

Relación entre la inversión Pública en salud y la reducción en los niveles de pobreza

En el presente capítulo, se procedió a realizar la revisión de los estudios de caso de varios países para determinar la relación entre salud y pobreza, en estos estudios los países tienden a tratar la mala salud para mejorar los niveles de pobreza en cada uno de sus países y además realizan propuestas de lo que se debería hacer para mejorarlos. A continuación, se ejecutaron tres entrevistas a personas entendidas en el tema para responder cual es la relación entre inversión pública en salud y la reducción de la pobreza, el ¿por qué existe una relación entre estas variables? y ¿qué es lo que se debería mejorar en el sistema salud para ayudar a reducir los niveles de pobreza? Finalmente se procedió a realizar lineamientos de política pública a través del método del “Árbol de problemas y objetivos” para mejorar los niveles de pobreza en el Ecuador a través de la mejora de los servicios de salud.

Relación de inversión pública en salud y pobreza, según estudios de caso

En la presente se tomarán en cuenta diferentes estudios de caso para determinar lo que se ha hecho en diferentes países y ver las diferentes opciones que podrían ser aplicadas en el Ecuador. A continuación, se analizarán cada uno de ellos.

Reuniones del Consejo de Desarrollo Económico Regional de Nueva York

En la reunión del consejo de Desarrollo Económico, se determina que “la salud es fundamental para uno de los principales insumos del desarrollo económico: el capital humano” (New York Academy of Medicine, 2011; 3). El cual, junto con el capital financiero, intelectual, social y político, clasifica a los individuos calificados y saludables como trabajadores y como consumidores.

Cuando se tiene una población sana, los beneficios económicos siguen, llegando así a las siguientes conclusiones (New York Academy of Medicine; 2011:5):

- La mitad del crecimiento económico general en los Estados Unidos durante el siglo pasado se asocia con mejoras en la salud de la población.

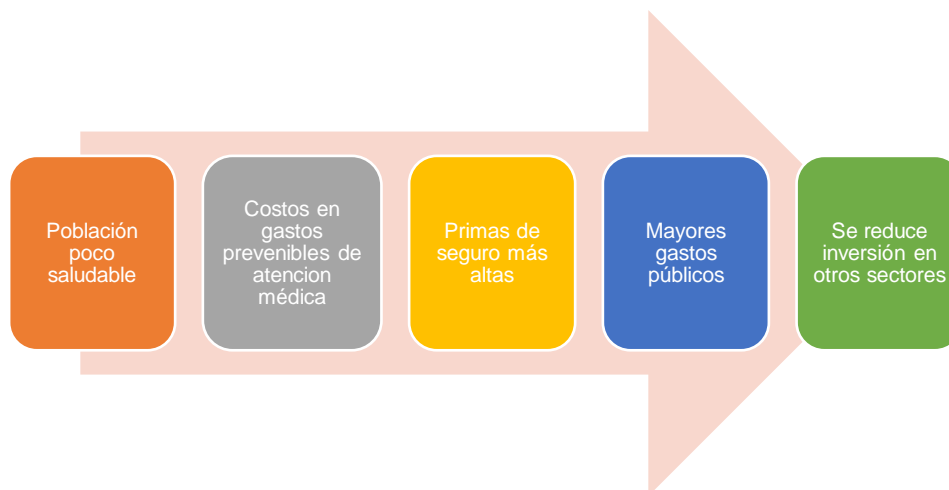
- Se calcula que una reducción del 10% en la mortalidad por enfermedades del corazón vale más de 3 billones de dólares y se estima que una reducción del 1% en la mortalidad por cáncer valdrá más de 400.000 millones de dólares para las generaciones actuales y futuras.
- Un aumento de 10 años en la vida se asocia con un aumento de 4,5 puntos porcentuales en las tasas de ahorro, ya que las personas más sanas y que tienen mayor longevidad están más preocupadas por las futuras necesidades financieras.

Por el contrario, la mala salud y la enfermedad generan una carga económica para los individuos, las empresas y las regiones. Como se muestra en el gráfico N°15, una población poco saludable genera altos costos en prevención de atención médica, lo que a su vez forma que las primas de los seguros aumenten y el Estado tenga que asumir mayores niveles de gasto para solucionarlo.

Estos gastos se realizan a costa de otras inversiones. El sector público renuncia a inversiones en otros sectores como en educación, transporte, vivienda y otras infraestructuras.

Por otro lado, con una población poco sana, las empresas experimentan costos de oportunidad y pueden tener que sacrificar la expansión y la inversión de capital, por esta razón buscan ubicarse en regiones con poblaciones más saludables porque sus costos son más bajos y la productividad es mayor.

Gráfico N°15
Consecuencias de una mala salud



Fuente: The New York Academy of Medicine, Agosto 2011
Elaborado por Camila Yopez del Pozo

El sector de la salud es un importante empleador en Nueva York. Sin embargo, el desarrollo económico también puede mejorar la salud y, a largo plazo, generar ahorros en el sistema de salud de otras maneras.

Los planes de desarrollo económico también presentan la oportunidad de realizar inversiones directas que pueden ayudar a prevenir enfermedades innecesarias y muertes prematuras por enfermedades crónicas como enfermedades cardíacas, cáncer, enfermedades pulmonares, diabetes y obesidad, todas ellas con los mismos factores de riesgo de dieta, Tabaco y alcohol. Las inversiones que apoyan la prevención de enfermedades también pueden producir retornos económicos.

La Academia de Medicina de Nueva York y el Instituto Urbano (2011:7) realizaron una revisión de las intervenciones de la comunidad como las anteriores y encontraron que tienen el potencial de reducir las tasas de varias enfermedades como la diabetes tipo 2, las enfermedades del corazón, las enfermedades renales y los accidentes cerebrovasculares y reducir algunas formas de cáncer, artritis y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

A partir de esta reunión, también se llegan a las siguientes conclusiones mencionadas en el cuadro N°15.

Cuadro N°15
Principales conclusiones de la reunión

1	La salud de la población es un motor económico
2	Una población sana es atractiva para las empresas
3	Una población sana es más productiva y tiene menos costos de atención médica
4	Las poblaciones que más han sufrido por la pobreza, las pérdidas de puestos de trabajo y el mal estado de salud tienen más que ganar.
5	Los hospitales y los sistemas de salud son importantes. Por lo tanto, son comunidades saludables que evitan las enfermedades y lesiones.

Fuente: The New York Academy of Medicine, Agosto 2011
Elaborado por Camila Yepez del Pozo

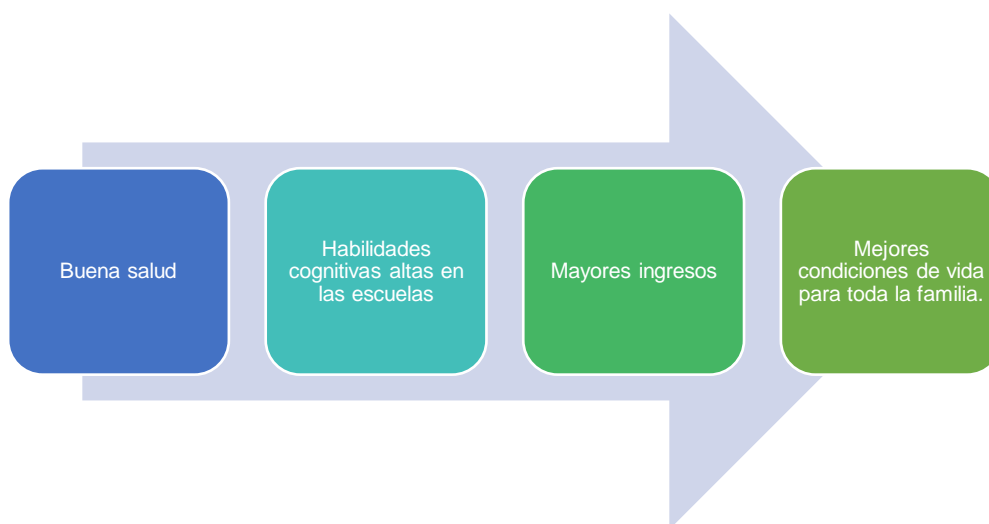
Un estudio que toma muy en serio lo recomendado por la Academia de Medicina de New York es el de la Universidad de las Américas en México, en el cual se plantea que la salud es el principal activo de los pobres.

México: Universidad de las Américas, Puebla Santa Catarina Mártir. Invirtiendo en salud para el desarrollo Económico

En México, se tiene claro que la salud y la educación son los pilares fundamentales para salir de la pobreza. En este estudio se determina que la salud es el principal activo de las personas incluso para conseguir un mejor nivel de educación tal y como se verá más adelante. (presidente de la Comisión Mexicana en macroeconomía y salud, 2004: 18)

Debido a su impacto directo e indirecto, la salud es uno de los determinantes más importantes de la incidencia de la pobreza, así como su persistencia en el tiempo, conocida como "Trampas de la pobreza". Estos últimos ocurren porque, la salud infantil y la nutrición son factores importantes que determinan el nivel de educación. La educación, a su vez, tiene un fuerte impacto en los ingresos, y el ingreso y la educación de los padres afecta a la salud y nutrición de sus hijos, tal como se observa en el gráfico N° 16. (Presidente de la Comisión Mexicana en macroeconomía y salud, 2004: 18)

Gráfico N°16
Impacto de la salud en la pobreza



Fuente: Fuente: Invirtiendo en salud para el desarrollo económico
Elaborado por Camila Yepez del Pozo

Mayer (2004) determina que para que exista una trampa de la pobreza, deben existir varios elementos combinados. Los principales son:

- 1) Retornos crecientes en educación (la remuneración aumenta progresivamente para aquellos que tienen niveles educativos más altos) y
- 2) Una población que puede dividirse claramente (y estadísticamente) en dos grupos, uno con bajo capital humano y otro con un alto capital humano. En México existe evidencia de una trampa de la pobreza.

La nutrición infantil y la salud juegan un papel fundamental en las trampas de la pobreza, desde que se establecieron los fundamentos de la inversión en capital humano, en particular, la educación. Usando la altura para medir la nutrición, se ha confirmado que esto tiene un posible y substancial aumento de las rentabilidades para llegar al éxito en términos escolares. (presidente de la Comisión Mexicana en macroeconomía y salud, 2004: 19)

Mayer (2004) establece que cuando el desarrollo de la primera infancia es bajo debido a deficiencias en la educación, la salud y a los ingresos de los padres, los logros educativos de los niños son pobres y se refuerza la trampa de la pobreza.

La trampa de la pobreza está asociada a las restricciones de los hogares pobres para acumular capital humano, lo cual es también llamada la "trampa para el desarrollo humano". En esta trampa, la nutrición infantil y la salud juegan un papel central porque constituyen la base para la salud de toda la vida y para la educación. La importancia de eliminar esta trampa de desarrollo humano en México es evidente porque en 2002, el 20,3% de la población vivía en extrema pobreza, también conocida como "pobreza alimentaria" (Presidente de la Comisión Mexicana en macroeconomía y salud, 2004: 19)

Dado que hay crecientes retornos para la educación, y desde que la nutrición y la salud ofrecen altos rendimientos en logros educativos y los ingresos futuros a costos relativamente bajos, las conclusiones muestran que existe un grado importante y sistemático de insuficiente inversión en salud y educación. (presidente de la Comisión Mexicana en macroeconomía y salud, 2004: 20)

Para Mayer (2004) esto implica que los mecanismos de mercado para la inversión de capital humano son defectuosos. Establecer qué mecanismos de mercado están fallando es importante, especialmente para las políticas públicas, pero se necesita más investigación.

Si la salud es un activo, es importante no sólo crear incentivos y aplicar políticas para invertir en salud, sino también para evitar, o al menos minimizar, su deterioro en situaciones adversas. Estas situaciones adversas pueden ser por crisis económicas y desastres naturales o por enfermedad, muerte, desempleo o una mala cosecha (Presidente de la Comisión Mexicana en macroeconomía y salud, 2004: 20)

Una crisis económica o un desastre natural pueden tener repercusiones potenciales de crecimiento de un país si, por ejemplo, los niveles nutricionales de los niños pequeños disminuyen, desde que lo hacen producen efectos irreversibles en el sistema cognitivo de los niños que afecta su productividad y la capacidad de obtener ingresos como adultos. (Mayer, 2004).

Existe evidencia, que durante la crisis de los años ochenta en México, los indicadores más sensibles al deterioro de los ingresos - la mortalidad de los lactantes y los niños como resultado de la desnutrición - comenzó a aumentar en contraste con las disminuciones sistemáticas presenciada una década antes (Presidente de la Comisión Mexicana en macroeconomía y salud, 2004: 17).

Las trampas de pobreza que son creadas por un choque adverso no sólo exponen a numerosas personas a una situación de pobreza, sino también los excluye de contribuir productivamente a la economía del país. Para evitar estas consecuencias, es importante contar con un marco adecuado de protección social que minimice el impacto en las familias de los choques sistémicos. (Presidente de la Comisión Mexicana en macroeconomía y salud, 2004: 19). Es importante señalar que los seguros individuales no protegen contra choques sistémicos. Cuando se enfrenta una crisis económica es crucial para los países tener redes de seguridad que impidan el deterioro del capital humano y la salud (presidente de la Comisión Mexicana en macroeconomía y salud, 2004: 21).

La adquisición de seguros es una de las formas por la cual, las personas utilizan los mercados financieros para protegerse de posibles eventos adversos que puedan reducir temporalmente o permanentemente su nivel de consumo. Particularmente en el caso de los shocks de salud, pueden protegerse mediante la adquisición de un seguro médico privado o acceder a un seguro patrocinado por el Estado. Sin embargo, el acceso personal y familiar a los mecanismos formales de seguros privados es limitado por información insuficiente, así como por las prácticas que algunos proveedores privados de seguros obtienen a menudo se restringe a los trabajadores en los llamados sectores formales de la economía. (Mayer, 2004).

Cuando las personas no pueden asegurarse en el mercado formal, pueden recurrir a los mecanismos informales. Por lo tanto, cuando se exponen a una enfermedad adversa, las familias pueden reaccionar mediante la venta de activos, utilizando el crédito, encontrar fuentes de ingresos adicionales que pueden incluir trabajo infantil, y/o disminuir el consumo de otros bienes y servicios. Todos estos métodos, dependiendo de su magnitud, pueden

atrapar a una familia que ya está en la pobreza o empobrecer a una familia que antes no era pobre. (presidente de la Comisión Mexicana en macroeconomía y salud, 2004: 21)

Estos mecanismos que protegen contra los riesgos para la salud son acciones que reflejen la autoprotección de los individuos, hogares o comunidades. A pesar de que los mercados informales y el auto-seguro son utilizados ampliamente por los hogares pobres, hay evidencia de que no es suficiente para proteger al hogar contra los efectos adversos sobre el bienestar. Las limitaciones de crédito, incluida la falta de medios formales o informales de seguro, reducen la capacidad de un individuo para suavizar el consumo intertemporal de los productores de bienes. (presidente de la Comisión Mexicana en macroeconomía y salud, 2004: 21)

Las personas de bajos ingresos que no tienen acceso a mecanismos de seguro están expuestas a un círculo vicioso de enfermedad y pobreza. El dinero que deben dejar de lado para financiar los gastos médicos con frecuencia es una carga y la situación puede llegar a ser catastrófica. (Presidente de la Comisión Mexicana en macroeconomía y salud, 2004: 22).

Según el presidente de la Comisión Mexicana en macroeconomía y salud, (2004: 26), una familia se enfrenta a gastos catastróficos cuando gasta más del 30% de su total de "Capacidad de pago" para cubrir los costos de salud. Cuando esto pasa, las familias deben ajustar los gastos de otros bienes, incluyendo quizás el dinero gastado en la salud (incluyendo Nutrición) de los niños pequeños. Un shock catastrófico en salud podría crear una trampa de pobreza para un gran número de los hogares como se observa en el gráfico N°17.

La baja inversión en salud de los niños jóvenes crea trampas intergeneracionales de la pobreza. Por razones análogas, la presencia de factores sistémicos y choques que afectan la salud de los niños debido a la falta de redes de seguridad, así como al acceso a los seguros, pueden crear pobreza. Estas trampas producen un crecimiento lento para el país en su conjunto. (presidente de la Comisión Mexicana en macroeconomía y salud, 2004: 19)

Gráfico N° 17
Ciclo de un shock catastrófico en salud



Fuente: Fuente: Invirtiendo en salud para el desarrollo económico
Elaborado por Camila Yopez del Pozo

De igual manera, en el informe se analiza la manera de salir de la pobreza en México y conseguir además un desarrollo Económico para el país, con lo cual se hace un análisis de los Objetivos del Desarrollo del Milenio que involucran las mejoras en los indicadores de salud y se realiza un análisis de si se han cumplido o no en México como se observa en el anexo E.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio se compromete con países ricos y pobres para luchar contra la pobreza y el hambre, la desigualdad de género, la falta de acceso a la educación, agua potable, saneamiento y medio ambiente, problemas y también incluyen una serie de objetivos específicos e indicadores acordados por los países que firmaron el acuerdo, fijando el 2015 como fecha límite para evaluar los logros. (presidente de la Comisión Mexicana en macroeconomía y salud, 2004: 23)

Es importante mencionar que la adopción de metas es relevante para los objetivos, las fechas y los indicadores de evaluación específicos establecidos para los países por primera vez. Sin embargo, estos objetivos deben ampliarse y extenderse con el fin de ser consistentes con las realidades de México. (presidente de la Comisión Mexicana en macroeconomía y salud, 2004: 23)

Al igual que en México, la Comisión Macroeconómica de la salud estipula que una buena salud es importante para la productividad de los adultos y niños y ayuda a así a que las personas no caigan en las trampas de la pobreza. (presidente de la Comisión Mexicana en macroeconomía y salud, 2004: 24)

Reporte de trabajo del Grupo 1 de la Comisión en Macroeconomía y Salud

En este reporte se determina en un sentido simple, que la salud es riqueza. Si se mide el bienestar en un sentido más amplio que el ingreso o el consumo, la mala salud en sí misma es una privación de un derecho y eso es parte de la pobreza. (Alleyne et al, 2002: 6)

La salud siempre ha sido una posesión valiosa, como lo demuestran los numerosos criterios religiosos antiguos. Todavía se considera la cosa más valiosa en la vida. El Milenio Poll, puso de manifiesto que la salud es el número uno en las cosas que hombres y mujeres desean en la vida. (Alleyne et al, 2002: 6)

La salud históricamente también ha sido valorada como un bien en sí mismo, y también como un instrumento para otra cosa como se puede observar en el cuadro N° 16.

Cuadro N°16 La salud en la historia



Los antiguos ejércitos

- Dependían de sus médicos para mantenerlos efectivos, y algunas de las grandes conquistas se debieron no a la fuerza de las armas, sino a los efectos de la mala salud



La conquista de Montezuma por Cortés

Fue probablemente debido a, o por lo menos facilitado por, los estragos de la viruela y otras enfermedades que los españoles trajeron con ellos.



Los propietarios de esclavos

Prestan atención a la salud de sus propiedades, y en Jamaica hubo claramente una rápida disminución del número de médicos en la isla después de la emancipación cuando ya no estaban contratados por los propietarios de las plantaciones para los esclavos.

Fuente: Reporte de trabajo del Grupo 1 de la Comisión en Macroeconomía y Salud (2002)
Elaborado por Camila Yopez del Pozo

En este reporte, además se analiza a la salud como un activo, concluyendo que los trabajadores más sanos son física y mentalmente más enérgicos y robustos, más productivos, y ganan salarios más altos.

Una fuerza laboral sana es importante al atraer la inversión extranjera directa. Trabajadores más sanos también son menos propensos a ausentarse del trabajo por enfermedad o enfermedad en su familia. La enfermedad y la discapacidad reducen sustancialmente los salarios por hora, especialmente en los países en desarrollo, donde una proporción de la mano de obra se dedica al trabajo manual.

La mala salud puede dejar a las personas en capacidad de trabajar, pero reducen su productividad, acortan su vida laboral, y aumenta el número de días perdidos por enfermedad (Banco Mundial, 1993).

Existe también una clara relación entre salud y éxito en la educación. Los niños sanos son capaces de aprender mejor, y se convierten en adultos mejor educados y con mayores ingresos. En una familia saludable, la educación de los niños es menos probable que se interrumpa debido a su mala salud o la mala salud de su familia. (Alleyne, 2002: 8)

Alleyne (2002: 10-15) plantea varios casos de países donde se han realizado estos estudios:

- Indonesia: se realizó un estudio en los hombres anémicos, determinando que las personas con esta afectación son 20% menos productivos que los hombres que no poseen anemia. Cuando los hombres anémicos fueron tratados su productividad aumentó casi a los niveles de los hombres no anémicos.
- Guyana en las primeras décadas de este siglo midió la productividad de los trabajadores de las minas antes y después del tratamiento de su anquilostoma y se demostró que había valor para el tratamiento de la enfermedad, ya que los trabajadores aumentaron su productividad en las minas al recuperarse.
- Gran Bretaña asignó al azar a los hombres con dolor de espalda a un programa de ejercicios o al manejo habitual de atención primaria. Después de un año, los sujetos tratados informaron menos dolor de espalda y menos días de falta de trabajo en relación a los del grupo de control.

Experimentos y cuasi-experimentos indican que varios dominios de la salud tienen un impacto causal en la prosperidad económica. (Alleyne et al, 2002: 16)

Algunos experimentos están diseñados para evaluar el efecto de enfermedades específicas.

- Esquistosomiasis en adultos, causada por la exposición a gusanos parásitos que viven en aguas lentas, por lo general resultan en fiebres, dolores y, a menudo, en fatiga. Los trabajadores de la caña de azúcar en Tanzania fueron asignados aleatoriamente a dos grupos, uno de los cuales recibió quimioterapia. Antes del tratamiento, esos trabajadores quienes mostraron signos de exposición a la esquistosomiasis cortaron menos caña por día. Después del tratamiento, su producción aumentó, aunque no al mismo nivel que aquellos que no tenían signos de esquistosomiasis (Alleyne et al, 2002; 26).

- Indonesia (Dow et al., 2001): implicó cambios en los precios de los servicios de salud. En el experimento, los honorarios de los usuarios en los centros públicos de salud fueron aumentando en distritos de "tratamiento" seleccionados al azar mientras se mantenían los precios constantes en términos reales en los distritos vecinos de "control". Se realizó una encuesta de hogares antes de la intervención, y los mismos hogares fueron re-encuestados 2 años después. La utilización de los servicios de salud disminuyó en aquellas áreas donde los precios se incrementaron. Como se comentó anteriormente, la puntuación sobre ADL disminuyó significativamente en esas áreas, lo que indica que la salud era peor. Además, la participación en la fuerza laboral en las áreas de tratamiento, en relación con las de control, con efectos particularmente amplios y significativos para hombres y mujeres en el fondo de la distribución educativa- aquellos a quienes se esperaba sean los más vulnerables. La interpretación más plausible tanto del experimento del seguro de salud (HIE) y los resultados indonesios es que los efectos medios del tratamiento sobre la oferta de mano de obra indican una función causal de una mejor salud en la asignación de tiempo al mercado de trabajo.

Existe otra dimensión en el debate sobre la equidad y la salud que se vincula con la pobreza. La salud importa también porque es un activo y se lo requiere cuando se está aprendiendo en la escuela o cuando se está trabajando. Para los pobres, es un activo crucial, ya que a menudo tienen muy pocos otros.

Esto debería arrojar una conclusión sobre los efectos de la focalización sólo en la salud. Porque los pobres tienen tan pocos otros activos, que tienen que confiar en su salud para la producción y para el consumo, mientras que las personas más ricas dependen más del capital financiero, por lo que esperamos que la mala salud se correlacione con la pobreza, y la correlación es poco probable que desaparezca sin hacer algo para combatirla (Muurinen y Le Grand, 1985)

La mayor preocupación por la salud de los pobres se basa en las causas múltiples que están interrelacionadas. (Alleyne et al, 2002: 6)

Por ejemplo, la mala nutrición, debilita las defensas del cuerpo contra cualquier infección. La infección, a su vez, debilita la eficiencia de absorción de nutrientes. Como ha señalado el Banco Mundial, "El cuerpo es el principal activo de los pobres, pero uno sin seguro". (Muurinen y Le Grand, 1985)

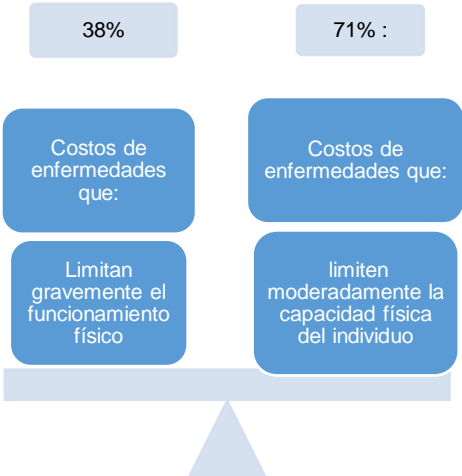
Cuando la enfermedad, lesión o alguna otra forma de mala salud golpea a su activo principal, no pueden ganar el dinero necesario para proveerse a sí mismos y ni a otros con alimentos o medicinas. En otras palabras, es probable que un shock en la salud sea catastrófico para las personas pobres. (Alleyne et al, 2002: 6)

En un estudio basado en datos indonesios, Gertler y Gruber (2001) estiman que el 35% de los costos de una enfermedad grave no están asegurados por nada más que los recursos del hogar. También encuentran que cuanto más severa es la enfermedad, los hogares son menos capaces de asegurarse contra la misma.

Los hogares son capaces de asegurar plenamente los costos económicos de las enfermedades que no afectan al funcionamiento físico, como se puede observar en el gráfico N° 18.

Sus conclusiones implican que hay costos significativos para la economía indonesia provenientes de un seguro incompleto incluso estos eventos extremos de salud.

Gráfico N°18
Capacidad de aseguramiento de los hogares ante enfermedad



Fuente: Consumo de seguro en contra de la enfermedad. Gertler y Gruber (2001)
 Elaborado por Camila Yopez del Pozo

Al igual que este artículo, Gertler y Gruber (2001) en su apartado “salud y desarrollo”, determinan que es muy importante la participación de los gobiernos en las áreas sociales, mejorando la salud y la educación para reducir los niveles de pobreza.

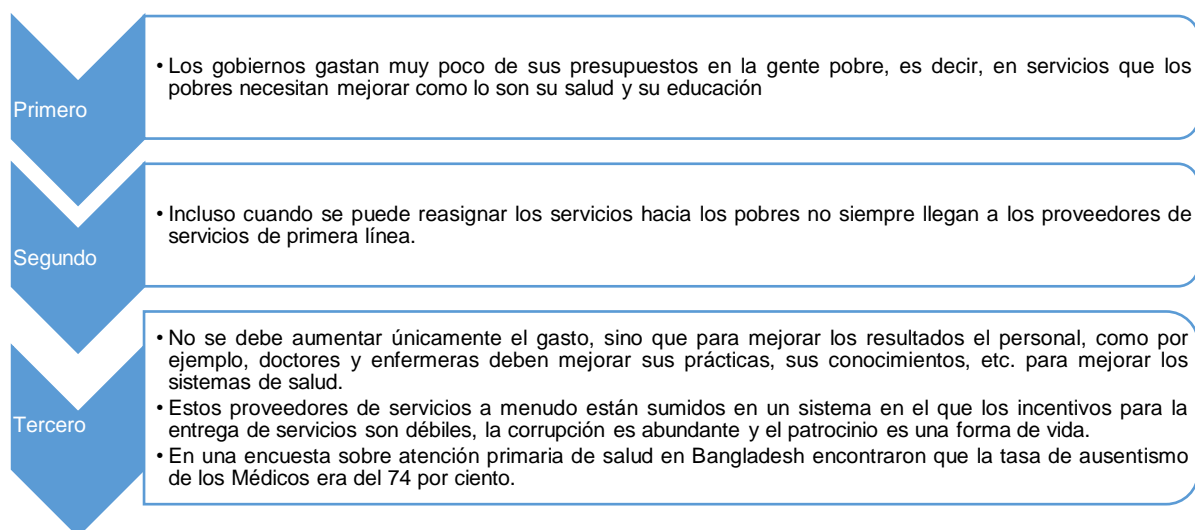
Salud y desarrollo, una recopilación de artículos de finanzas y desarrollo de Washington

En este artículo se determina que la pobreza tiene muchas dimensiones. Además de los bajos ingresos (con menos de 1 dólar al día), están: el analfabetismo, la mala salud, desigualdad de género y degradación del medio ambiente. Esto se refleja en los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Acelerar el progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio requerirá un aumento de los recursos externos y una mayor eficacia en el uso de recursos internos y externos. (Clift, 2004: 4)

Para los objetivos de desarrollo humano, un uso más eficaz de la utilización de los recursos significa mejoras en la prestación de servicios -como el agua, el saneamiento, energía, transporte, atención médica y educación- que contribuyen a los resultados en la salud y la educación. (Gertler y Gruber, 2001)

En el documento, además se menciona la importancia de mejorar estos servicios, ya que, con demasiada frecuencia estos fallan a las personas más pobres como se observa en el cuadro N°17.

Cuadro N° 17
Fallas de los servicios



Fuente: Consumo de seguro en contra de la enfermedad. Gertler y Gruber (2001)

Elaborado por Camila Yopez del Pozo

Dado que los gobiernos centrales no han esperado, las sociedades de todo el mundo han tratado de encontrar alternativas. Los resultados han sido mixtos:

- Después de una guerra civil, Camboya introdujo contratación para la prestación de atención primaria de salud en algunos distritos, manteniendo la provisión gubernamental en otros. Aleatoriamente asignando los arreglos a alrededor de 12 distritos, encontró que los indicadores de salud, así como el uso por los pobres, aumentó en los distritos donde los servicios fueron contratados.

- Se dio la venta de concesiones de agua al sector privado en Cartagena, Colombia, lo cual mejoró los servicios y el acceso para los pobres. Pero una venta similar en Tucumán, Argentina, provocó disturbios en las calles y una reversa de la concesión.

La conclusión es que no existe una sola solución ni un solo modelo para combatir la pobreza, hay que ajustarlo a cada país, a cada cultura y a cada necesidad, ya que si se copia un solo modelo ocurrirán situaciones similares a las de Tucumán y no se alcanzarán los resultados esperados.

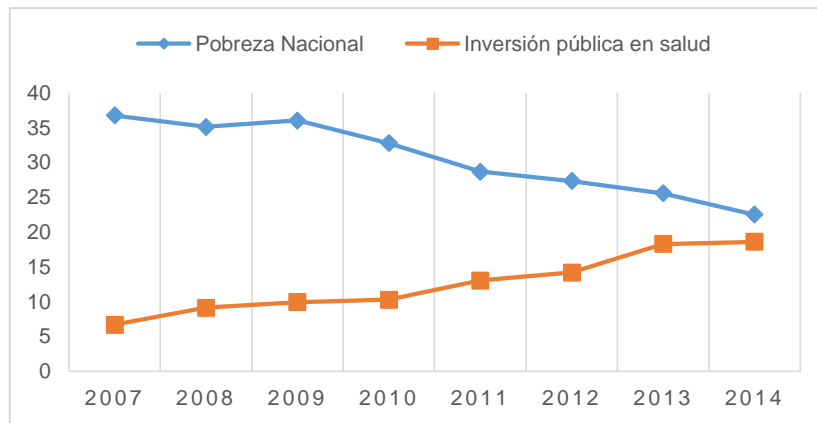
Poniendo en análisis cada uno de los estudios de caso, se pueden sacar varios puntos que ya han sido implementados en el Ecuador y varios otros que deberían ser mejorados o puestos en práctica, lo cual va a ser tratado en el siguiente tema.

Relación de inversión pública en salud y pobreza, según datos arrojados por la investigación

En cuanto a la relación entre pobreza y salud utilizando los datos del primer y segundo capítulo, se puede observar a simple vista en el gráfico N° 19 que existe una relación entre ambas variables. Mientras el gasto en salud aumenta durante el periodo de análisis, los niveles de pobreza disminuyen. Si la tendencia continua como se muestra en el gráfico, en algún momento los niveles de gasto en salud hará que la pobreza disminuya significativamente.

El nivel de pobreza Nacional pasó del 36.74% en el 2007 a 22.49% durante el año 2014. Por otro lado el gasto en salud pública pasó del 6.65% en el año 2007 a 18.57% en el año 2014. Esto se debe en su mayoría a que el Gobierno tomó conciencia de la importancia de garantizar el derecho a la salud para reducir los niveles de pobreza en el Ecuador.

Gráfico N°19
Relación entre inversión Pública en salud y pobreza 2007- 2014



Fuente: Ministerio de Salud Pública, boletines del Ministerio de Economía y Finanzas, Encuestas de condiciones de vida, Reportes de pobreza del INEC
Elaborado por Camila Yepez del Pozo

Si se analiza cada uno de los programas que ha establecido el Gobierno con lo que se aconseja hacer en cada uno de los estudios de caso para reducir los niveles de pobreza, tenemos que el Gobierno Ecuatoriano durante el periodo 2007-2014 se ha preocupado por el bienestar de las y los ecuatorianos y ha buscado la reducción de la misma, a través del gasto en salud.

Tomando en cuenta en primer lugar el tema de nutrición en los niños, se puede observar los casos de estudio establecidos por el Consejo de Desarrollo Económico Regional de New York, la Universidad de México y la Comisión en Macroeconomía y Salud; los cuales plantean que para reducir los niveles de pobreza y de costos gubernamentales en un futuro, es necesario mejorar la salud desde la infancia. Además, mencionan que es de suma importancia invertir en los niños para garantizar que tengan un desarrollo cognitivo bueno en la escuela y les represente un aumento en su salario en su vida adulta.

En el caso Ecuatoriano se puede observar que se ha procurado mejorar el gasto en programas para los niños y niñas desde la primera infancia, algunos de ellos son: El “Programa de Alimentación y Nutrición – SIAN” el cual busca reducir la desnutrición y anemia de los niños y niñas de hasta 36 meses, el programa “Mi Papilla”, la cual se entrega a niños y niñas entre 6 y 24 meses, el programa Aliméntate Ecuador que busca contribuir a la alimentación y nutrición de los niños y niñas de los sectores más vulnerables del país, los programas sociales de alimentación y nutrición de las instituciones públicas que priorizan a las y los niños menores de 5 años.

En el caso del progreso en la salud materna, la mencionada en el estudio de caso de la Universidad de México que plantea que dicha mejora ayuda a reducir niveles de pobreza y conseguir un desarrollo económico para los países, se tiene programas en el Ecuador de

maternidad gratuita para reducir la mortalidad y morbilidad de las mujeres embarazadas y en periodo de parto.

También se menciona que es de suma importancia combatir las enfermedades como el VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades tanto en adultos como en niños para aumentar la productividad de los adultos en el trabajo y de los niños en la escuela, para así garantizar la disminución de tasas de ausentismo en el trabajo y escuela. En el caso ecuatoriano, existen programas para el tratamiento y control de esta enfermedad, al cual a lo largo del periodo se ha destinado un fondo representativo.

En los estudios también se menciona que la salud es un derecho y que el mismo no debe ser privado a las y los ciudadanos. Tal y como se plantea en la Constitución del Ecuador del 2008 (2008: 17-91), se garantiza la salud de las y los Ecuatorianos para mejorar sus condiciones de vida, algunos artículos que se encuentran dentro de la constitución con relación a la salud son aquellas que se muestran en el anexo F.

Una vez analizados los datos y comparados con los estudios de caso de los diferentes países, se procedió a realizar tres entrevistas para tener una visión de que es lo que ha pasado en el Ecuador con ambas variables durante el periodo 2007 al 2014 y si es que se cree que ambas variables tengan una relación. Es por esto que se procedió a realizar esto a tres personas que estuvieron trabajando de cerca con el tema de reducción de la pobreza.

Relación de inversión pública en salud y pobreza, según criterios de expertos

En cuanto a esta parte de la investigación, se procedió a realizar entrevistas a expertos que estuvieron trabajando de cerca con el Gobierno durante este periodo y que sabían exactamente las medidas que se tomaron. Además se quería reforzar la relación entre la inversión pública en salud y la pobreza bajo los criterios de personas que han estado estudiando el tema de la pobreza durante varios años. Estas entrevistas contaron con siete preguntas, las cuales se adaptaron según las respuestas de los entrevistados. Las preguntas fueron:

- 1) ¿Cómo ha visto la pobreza en el Ecuador durante el periodo 2007-2014?
- 2) ¿Qué medidas cree que han sido efectivas para combatir la pobreza?
- 3) ¿Qué cree que se debería mejorar?
- 4) ¿Qué cree que se debería hacer que no se haya hecho ya?
- 5) ¿Cree usted que existe una relación entre pobreza y salud?
- 6) ¿Qué cree que se ha hecho en el sector salud para reducir los niveles de pobreza en el Ecuador?

7) ¿Qué se debería hacer?

La primera pregunta fue realizada como introducción al tema, se quería saber cuál era la definición de pobreza que cada uno manejaba y el enfoque que se tenía de la misma. En cuanto a la segunda pregunta “¿Qué medidas cree que han sido efectivas para combatir la pobreza? Se buscaba saber las medidas que el Gobierno ecuatoriano ha implementado y han sido positivas para la reducción de la pobreza en el Ecuador.

Para la tercera, cuarta y séptima pregunta ¿Qué cree que se debería mejorar? y ¿Qué cree que se debería hacer que no se haya hecho ya? Se buscaba un sustento para realizar la crítica de los programas en el Ecuador más adelante en la disertación y tener una guía para la elaboración de los lineamientos de política pública.

La quinta pregunta fue realizada para crear el vínculo entre ambas variables (inversión en salud y pobreza). Una vez creado el vínculo, se procedió a la pregunta ¿Qué cree que se ha hecho en el sector salud para reducir los niveles de pobreza en el Ecuador?, una vez más esta pregunta fue realizada para determinar que programas se habían implementado ya y no sugerirlos más adelante en los lineamientos.

A continuación, se presentan cada una de las entrevistas y sus puntos más importantes:

Economista Andrés Mideros

Se procedió a realizar la entrevista al Economista Andrés Mideros, ya que es una persona altamente preparada en este tema, ha trabajado en el Gobierno durante este periodo en temas de reducción de la pobreza y además realizó su maestría en este tema, actualmente es Secretario General de la Secretaría de Erradicación de la Pobreza.

En cuanto a la primera pregunta de la entrevista, ¿Cómo ha visto la pobreza en el Ecuador durante el periodo 2007-2014?

El Economista respondió que era de suma importancia entender en primer lugar que es la pobreza, sus condiciones y cuáles son sus determinantes.

Se entiende como pobreza como carencias de bienestar que son injustas de un nivel mínimo en la sociedad. Existen dos condiciones de la pobreza: condiciones propias, las mismas que están vinculadas al esfuerzo de las personas; y condiciones de ambiente relacionado a sus oportunidades.

En el caso de las condiciones propias puede decirse que cada persona es responsable de ser pobre, mientras que en las condiciones de ambiente las personas son pobres porque existe un ambiente que no le permite tener un nivel de bienestar óptimo.

Es responsabilidad de alguien genera oportunidades para las personas, en este caso la responsabilidad es del Estado, entendiendo como Estado a una institución que representa a la sociedad en su conjunto.

Es importante recalcar que existen diferentes tipos de pobreza: la privación de ingresos (la misma que genera el Crecimiento económico); pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas (serie de servicios públicos a los que se puede acceder); y por el espacio de libertades planteada por Amartya Sen. Existen varias teorías para combatir la pobreza, algunas de ellas son la Teoría del Goteo, que dice que si existe dinero dentro de una economía algo les llegará a los pobres; y la segunda es la de Crecimiento Económico, la cual plantea que si la empresa genera empleo, va a existir un salario que puede llegar a las personas pobres y que así ellos logran salir de este ciclo, pero una vez más esto es teoría del goteo.

En temas de Salud y educación no se puede dejar al mercado el libre acceso, ya que si se lo hace, los pobres no van a poder acceder a estos servicios y van a caer en una trampa de pobreza. Estos servicios deben ser brindados a todos por igual.

A partir del 2007 se da un cambio, no se deja todo al mercado ni al crecimiento económico, sino que empieza a existir una preocupación por lo social.

El problema más grande es que siguen existiendo los estratos sociales, es decir, el racismo (el afro ecuatoriano es más pobre que el blanco), las mujeres tienen más probabilidad de caer en la pobreza, es decir, que existe machismo en la sociedad.

En el año 2007 cambian las prioridades, el pago de la deuda como porcentaje del PIB deja de ser prioritaria y en cambio, la inversión social se vuelve fundamental en la economía ecuatoriana.

Se cambia la política de reducción en los impuestos progresivos como se lo hacía en años previos. Se que se crea un elemento de redistribución en cuanto al capital y en cuanto al trabajo, con la recaudación de estos impuestos se invierte en temas como salud, educación, seguridad, se lo destina a bonos y logística (carreteras, luz, agua, aeropuertos, etc.)

Se aumenta el salario básico para cubrir el llamado “salario de la dignidad” que es el que cubre una canasta básica. Además se vela por la inclusión en el crecimiento económico.

Se generan también capacidades, como el acceso a salud y educación. En este periodo, existe una reducción de todos los indicadores de pobreza: Necesidades Básicas Insatisfechas, por consumo y por ingreso, incluso la pobreza multidimensional planteada en enero de 2015 que tiene que ver con el estado de derechos, se reduce.

La pobreza no se erradica por completo, existen logros importantes pero muchos pendientes, como enfocarse en la redistribución para igualar oportunidades o lo que es justo igualar. La mejor inversión, es aquellas que se hace a los niños entre 0 y 5 años, ya que se logran retornos muy buenos en un largo plazo.

En cuanto a la pregunta ¿Qué cree que se debería mejorar?, el economista respondió que debe existir un cambio de hábitos de consumo, el cual viene por el lado de la información. Es decir, que se debe igualar el tema de información.

Plantea que en años previos no había una política pública establecida sobre nutrición, si no que se crea el INTI en el 2009 y se intenta dar una cobertura de salud. Esta cobertura de salud la tratan de dar el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.

Lamentablemente no existe un seguimiento por parte de ninguno de los dos organismos para garantizar que a las personas de escasos recursos les llega todo lo que necesitan. Este seguimiento social, en el caso de la salud de madres y niños, se incluye el control prenatal, parto institucionalizado, vacunas, control de crecimiento, acceso de información para darle una alimentación adecuada a los niños. El niño no recibe el paquete completo, y es importante llegar a cada mujer embarazada y a cada niño.

En el caso de la pregunta ¿Qué cree que se debería hacer que no se haya hecho ya?, el entrevistado comentó que el Estado tiene un rol importante y que es significativo cambiar el modelo económico y algunos elementos culturales propios dentro de la diversidad, como el racismo, machismo, etc.

El Ecuador es muy sensible al sector externo, depende mucho de productos como el café, banana, flores, camarones, petróleo, etc. Y por eso es importante un cambio de matriz productiva.

Además, es trascendental generar una economía solidaria, donde las personas sean propietario y trabajador, se pueda alcanzar la seguridad social y se tenga acceso a los mercados, esto con la ayuda de capacitación.

La política social y la política económica deben estar vinculadas. Economía es producir para satisfacer las necesidades humanas no producir para acumular, esto hay que cambiarlo. Debe existir el pago de impuestos que garantice servicios sociales de primera necesidad.

En conclusión se debe revisar el tema redistributivo es decir, que se debe ser más progresivos; debe existir un cambio de modelo económico; el mundo social y económico deben vincularse; debe existir estabilidad y acceso a seguridad social. Se debe mejorar el tema de calidad, ya que se han creado muchas instituciones, escuelas, hospitales, pero es necesario capacitar al personal.

Se omitió la pregunta de que si cree que existe una relación entre salud y pobreza, ya que mencionó muchos factores de la salud para reducir la pobreza en la entrevista.

Se procedió con la siguiente pregunta, ¿Qué cree que se ha hecho en el sector salud para reducir los niveles de pobreza en el Ecuador?

No existen medidores de calidad, si no que se basa el estudio en qué pasa cuando la persona se enferma, manteniendo esta perspectiva se puede ver que se ha mejorado este tema. Ha existido un aumento en la cobertura, la calidad de los servicios de salud. Principalmente la inversión se ha destinado a cobertura y calidad.

El Ministerio de Salud Pública creo el MAIS, el mismo que tiene un enfoque de prevención al que se debería “meter más fuerza” pero es importante llegar a cambiar la parte ambiental para mejorar el agua y saneamiento.

En la última pregunta de que se debería hacer, el Economista Mideros planteo que existen tres proveedores en el Ecuador, el Privado, el IESS (incluye al ISSFFA e ISSPOL) y el Ministerio de Salud Pública.

Planteo que se debe articular una red pública integral, IESS y el Ministerio de Salud Pública deben ser un solo proveedor y el sector privado debe ser complementario (este servicio no tiene que ser una necesidad sino un lujo). Esto ya que se debe asegurar los servicios de salud para la población.

Se debe apostar a la prevención de los hábitos: cómo nos cuidamos, donde nos alimentamos, el ambiente en el que estamos, etc. Invertir en salud debe ser en grandes

cantidades por los retornos que tiene en el largo plazo. No hay desarrollo si no existe salud y esto debe ser uno de los principales objetivos desde la lógica pública y privada.

Daniela Almeida

El día 21 de febrero de 2017, se procedió a entrevistar a la Economista Daniela Almeida, se le realizaron las preguntas antes mencionadas. Se decidió entrevistar a la Economista, ya que trabaja en el Estado y está capacitada en temas de planificación y desarrollo.

En cuanto a la primera pregunta, la Economista respondió que se ha reducido el índice multidimensional en todos los quintiles en los últimos 10 años a comparación de años anteriores.

La política pública de los últimos años ha mejorado, algunas de estas como la re focalización del bono a los hogares que lo necesitan. Explica que la tendencia de pobreza se reduce, que los niveles son marginales y decrecientes, que con el tiempo la misma va desacelerando, es decir que la tendencia se reduce más despacio; pero que se está llegando a los niveles mínimos.

En cuanto a la segunda pregunta, se habló sobre varios temas, uno de ellos es el cambio en la re focalización del bono, la economista planteó que los bonos han sido focalizados a la población más vulnerable, es decir a aquellas familias donde existen personas de la tercera edad y discapacitados para ayudarlos. También estipuló que el sector salud ha mejorado, poniendo especial énfasis en la salud de niños y de las madres, estableciendo que se debe dar un mayor acceso a la salud y a la educación.

En cuanto a la educación, “Indudablemente ha mejorado, la tasa de matrículas netas aumentó al 95%” pero aún existen retos en el Bachillerato y en el tercer nivel”. Además, es importante la integración de la mujer en la economía nacional, una posible solución es dar crédito a los hogares más pobres y cuya cabeza de hogar sea la mujer, ya que la exposición de pobreza es más alta en estos hogares.

También se debería aplicar una política enfocada al desarrollo agrícola, maquinaria, etc., para garantizar la seguridad alimentaria de la población. Además de garantizar la seguridad social en la jubilación aplicando una política con la cual este tema sea tomado en cuenta durante todo el ciclo de vida.

En cuanto a la tercera pregunta la Economista Almeida planteó que los retos cambian con el tiempo y que es importante tener en cuenta los objetivos de Desarrollo Humano.

Manifestó que mejorar la calidad del servicio de salud es muy importante y que para esto es necesario tomar en cuenta tres puntos:

- Se debe mejorar la calidad de servicios de salud en las zonas más alejadas, ya que existe mucha concentración en las ciudades y a nivel rural la atención es muy baja.
- Es necesario acercar el acceso a la salud en la primera infancia y adolescencia, ya que es importante reducir la tasa de mortalidad materna juvenil.
- En cuanto al tema de desnutrición en la niñez, es importante fortalecer los programas de atención en los niños. Darles el alimento no es la solución, por ejemplo el desayuno escolar más que nada es una política educativa para incrementar el nivel de asistencia escolar más que una política de salud.

A nivel de educación, el tema de bachillerato es muy importante, se debe incentivar a los jóvenes a ir a la escuela ya que lamentablemente muchos adolescentes deben elegir entre ir a la escuela o trabajar.

También, se debe atacar la tasa de repetición escolar, ya que la misma es bastante alta y esto significa años perdidos para los jóvenes, no pueden empezar su vida laboral y tienen que aplazarla durante varios periodos. “Deben existir métodos alternativos para estos niños sin que exista un aumento de dichas tasas”. Es importante mejorar la calidad educativa y adaptar las materias al entorno actual del Ecuador.

En cuanto a la cuarta pregunta, la Economista planteó que se ha hecho en el Ecuador casi todo lo que se ha hecho en otros países, pero que se debe mejorar la política pública que ya se tiene, por que en algunos casos, la tasa de mortalidad materna en adolescentes se debe a un mal enfoque de la política. Se replica lo de otros países, porque no somos tan distintos. Organismos invierten en generar lineamientos de política pública.

Es un error aplicar la política sin ajustarla a la realidad del Ecuador, se debe evaluar la política y cambiar los programas. En cuanto a la quinta pregunta, se habló sobre el círculo de la pobreza en temas de ingreso, salud y educación. Mayor ingreso genera mayor salud y la salud genera más ingresos, es decir que es una relación de doble vía.

Si no existe la salud suficiente no se puede romper el círculo de la pobreza, pero existen varios niveles para romper. Uno de ellos es en el primer ciclo de vida, que va desde la gestación hasta los 5 años, invertir en este periodo garantiza que después no tenga que invertir como Estado en la salud de la persona.

La economista planteó que existen estudios que demuestran que niños con bajo nivel de salud no alcanzarán los mismos ingresos que aquellos que tienen una buena salud. Si el niño tiene una mala salud no podrá asistir a la escuela y no alcanza el nivel de productividad que debería para garantizar que pueda trabajar en un futuro.

Es por esto, que el Estado debe destinar mayores ingresos en romper círculos al inicio del ciclo de vida de las personas, consiguiendo así reducir gastos. Si lo hacen al momento final del ciclo, es decir, al momento de jubilación de una persona esto va a resultar más caro. Es muy importante invertir en salud y en educación ya que son complementarios, no se debe priorizar ninguna de las dos ya que ambas van de la mano.

En la sexta pregunta, la economista estipuló que en cuanto al ámbito de salud se ha mejorado la infraestructura hospitalaria, existen equipos con tecnología de punta, mejoramiento de planta médica que es lo más visible, se ha realizado mucha política pública la misma que ha sido efectiva y se ha acercado al servicio a los hogares. Concluyó que lo que debe mejorar es la cobertura en el sector rural.

En la última pregunta, sobre que se debería mejorar, es la cobertura en los lugares remotos del sector rural. Planteó que si bien existen centros médicos en las zonas rurales hacen falta hospitales, los cuales se encuentran a distancias muy lejanas. Se debe generar Política pública que cree incentivos para cubrir el déficit en el sector rural, buscar algún incentivo para que los médicos vayan a esos lugares remotos; “la rural no es suficiente” la gente en estas áreas tiene doctor cada 15 días.

Tal vez, una solución es que las personas del mismo territorio salgan a estudiar con becas en las grandes ciudades y en el largo plazo vuelvan a sus territorios. Haciendo que les represente en tiempo, atención y servicio “el pago” al Estado.

Gabriela Chiriboga

Gabriela Chiriboga es Politóloga, se le realizó la presente entrevista ya que estuvo trabajando en la Secretaria de Erradicación de la Pobreza durante el periodo de estudio de la disertación.

En cuanto a la primera pregunta, la entrevistada respondió que la pobreza en el Ecuador superaba el 40% de la población durante el principio del periodo y no se utilizaban las mismas fuentes de datos ni la misma métrica. Indicó que los niveles aún no son exitosos pues, el 20% de la población muestra niveles de pobreza y el 8% muestra extrema pobreza según la métrica del ingreso.

La pobreza por NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas), ha mejorado, pero el gobierno central no tiene toda la capacidad de reducir este índice, ya que depende también de la ayuda que brinden otros Organismos como los GADs, en temas específicos como el alcantarillado.

Planteó que estos Organismos muchas veces prefieren mantener “su popularidad” o ganar más apoyo de la ciudadanía invirtiendo en canchas de fútbol o en cosas que las personas quisieran tener. El Gobierno Central, mantiene una lucha constante ya que en su mayoría por la falta de ayuda o de inversión se han visto afectados los niños en temas como la desnutrición; y por otro lado la reducción en los niveles de mortalidad infantil no son los deseados.

En este periodo aparece una nueva métrica, conocida como el IPM (Índice de Pobreza Multidimensional), la cual aparte de tomar las necesidades monetarias o la falta de un piso o techo decente, entre otras cosas; empieza a considerar los derechos de la ciudadanía, es decir, el acceso a salud, educación, trabajo, seguridad, etc.

En relación a la segunda pregunta sobre la eficiencia de las medidas, Gabriela estableció que el Estado debe ser un Estado garante de derechos y que debe estar presente como actor fundamental para la ciudadanía. Plantea que al principio del periodo existe continuidad, hasta la creación del Plan Nacional del Buen Vivir en el año 2008, en el cual se garantizan los derechos de la ciudadanía como lo es el derecho a la salud. Es aquí donde la salud pasa de ser un servicio a un derecho con criterios de universalidad y el Estado está garantizando el bienestar de la ciudadanía.

La inversión en política social ha sido muy importante, ya que, se lo hace en base a la ciudadanía y no a actores externos. Es por esto que el Estado, en lugar de pagar la deuda externa empieza a invertir más en el ámbito social, lo cual ayuda a la reducción de la pobreza.

Es por esta razón, que es fundamental que el Estado libere los recursos de los servicios como salud, planes de vivienda, educación, etc., para las clases más vulnerables. Que brinde mayor acceso a la ciudadanía a conseguir estos derechos independientemente de sus recursos, eso sí con un poco de selectividad hacia las clases de más bajos recursos.

Si se consigue esto, posiblemente el dinero que gastaban las familias en consulta privada, en educación, medicinas, etc. Lo van a poder gastar en otras cosas como por ejemplo el cambio del piso de su casa, lo cual según la métrica del NBI, va a garantizar un punto menos para considerarlos como pobres o inclusive lo van a poder ahorrar para la adquisición de una vivienda o para ponerse un negocio.

En cuanto a la pregunta de que se debería mejorar, se mencionaron varios puntos de política pública, entre ellos:

- Educación: hace falta rever el tema de las escuelas del milenio, se deben considerar la existencia de estos centros debido a que están muy lejos de los pueblos o ciudades y muchos de los padres dejan de enviar a sus hijos por el peligro que se corre ya sea por accidentes de tránsito o por secuestros.

En cuanto a la educación inicial de 3-5 años, existe mucha desinformación, esto se debe a que los niños deben pasar del MIESS al Ministerio de Educación y se crea un desfase, se debería crear un sistema homologado donde estén todos los datos de los niños y así cuando pase de un programa a otro, no existan estos problemas de desinformación. Además, en el Ministerio de Inclusión Económica y Social los sistemas no funcionan bien, no trabajan de manera articulada con otros ministerios, no existe información nominal con la cual se pueda hacer seguimiento al niño durante toda su vida.

- Las Transferencias monetarias condicionadas: en cuanto a los bonos, tienen sus críticas, es verdad que es ayuda para algunas personas pero para otros es una trampa de pobreza porque la gente se acostumbra a recibir esta ayuda y ya no quiere trabajar. Además que toda la familia depende de un ingreso.

Las condiciones son buenas pero no existen programas que permitan salir de la pobreza, el tema de los bonos es más bien un ancla que debería tener una especie de crédito de desarrollo humano, donde se dé acumulado 1 año, con eso las personas pueden emprender algo pequeño y empezar a generar ingresos.

Para la pregunta sobre la relación entre pobreza y salud, la politóloga se basó en los conceptos donde la salud es una situación de bienestar, donde una persona es sana si se siente completamente bien y tiene una vida plena y por otro, la reducción de la pobreza. Con la propuesta del IPM hay la posibilidad de ampliar la pobreza, la cual no es solo la falta de dinero, ni que vives en una casa de tierra, sino que va más allá.

Cuando se amplía el panorama, se ve que hay más personas pobres de lo que parece, por que vulneran sus derechos. No es tema de dinero, sino de discriminación, vulnerabilidad de derechos, etc. No todo es dinero, sino que el bienestar y el buen vivir más allá de lo tradicional.

La pobreza es carencia de derechos y se tiene al actor fundamental al estado como garante de estos, entonces entra la inversión pública. Y dentro de la inversión pública está la salud.

El Estado tiene la obligación y deber del cumplimiento de los derechos de la población uno de ellos, la salud. A nivel internacional un estado de Bienestar es cuando existe el mejor nivel de salud posible. El Estado debe garantizar este estado de bienestar de toda la población con respecto a la salud incluso para las personas extranjeras que residen en el país.

Entonces así, se ve el vínculo de la inversión pública con la salud y a su vez con la reducción de la pobreza. Debe existir un Estado que garantice los derechos, que cubra las necesidades de la vida diaria de las personas para que puedan pensar en sus cosas y también empiecen a pensar en la comunidad.

Los principios de la política social debe ser la universalización (que sea accesible para todos), pero también se debe tomar en cuenta la focalización de la política. No debe existir discriminación pero si debe existir selectividad. Es decir, que todos deben tener acceso a la salud de manera universal, pero tienen que ser selectivos con las personas que necesitan programas especiales, como VIH, dengue, entre otros.

En la pregunta: ¿Qué cree que se ha hecho en el sector salud para reducir los niveles de pobreza en el Ecuador? Contestó que en el mandato del Estado se ha hecho el principio de selectividad evidenciando los puntos más flojos para mejorar el sistema de salud pública.

Desde previo el nacimiento de los niños se crea políticas para las mujeres embarazadas. Lamentablemente es uno de los objetivos del desarrollo del milenio que no se ha cumplido por que no se ha logrado erradicar la muerte materna. Se ha reducido, pero es muy difícil de erradicar ya que no depende en su totalidad del Estado si no de la voluntad propia de las madres. En su mayoría estas muertes se dan por primera demora o complicaciones en el primer nivel. El Estado debe garantizar el derecho, pero no puede garantizar que los ciudadanos sean sanos porque ya es decisión de las personas, como se mencionó con anterioridad.

En caso de que nazca un niño con bajo peso, pero la madre no quiera darle leche porque prefiere darle otras cosas como coladas, aguas, etc., en lugar de leche; o si el niño está enfermo y en lugar de darle medicinas, vacunas y llevarles a controles la madre prefiere llevárselo a su casa y curarlo con métodos tradicionales de su cultura las consecuencias ya no van a depender de los doctores ni del Estado.

Existen también políticas contra la desnutrición infantil, como las chispas o los micro nutrientes. Pero si las madres no les dan, no se puede hacer nada. Este también es uno de los objetivos del Plan Nacional de Buen Vivir que no se está cumpliendo.

En cuanto a los adolescentes, se ha invertido en programas para la prevención del embarazo adolescente, lamentablemente muchas de las madres se molestan porque se les enseñe esto a sus hijos, prefieren continuar con tabúes. Y en verdad, es importante la prevención de embarazos adolescentes ya que existen varias complicaciones: aumentan el número de miembros en el hogar, las mujeres dejan de estudiar y se reduce el poder adquisitivo de la familia ya que ahora tienen que mantener a más personas.

Se ha invertido en temas educacionales porque no hay pertinencia cultural; a las mujeres indígenas no les gusta ir al ginecólogo y peor ir al hospital a dar a luz, prefieren la partera y a su esposo y dar a luz de pie. Lo que genera complicaciones porque no utilizan los medios necesarios (instrumentos que estén esterilizados y que ayuden a las mujeres).

Se ha invertido en programas contra el dengue, malaria y VIH/SIDA y la reducción de transmisión de esta enfermedad a los niños.

El estado toma lo que estaba liberado al mercado y asegura los bienes y servicios de manera gratuita a la ciudadanía, haciendo que no gasten en medicina, médicos, antivirales, vacunas.

Supone una disminución de la pobreza por que no se están gastando en emergencias médicas si no que pueden gastar en otras cosas como consumir más y así estarían reduciendo sus niveles de pobreza en el índice de pobreza por consumo o haciendo arreglos en su casa lo cual reduce los niveles en los puntos de pobreza por NBI.

Se ha invertido en mucha infraestructura con tecnología nueva de punta. También se ha hecho inversión en centros de tercer nivel como hospitales nuevos y readecuados, el Estado además ha invertido en capital de trabajo capacitado; aumentando así, el número de personal médico y afines recomendado por la OMS. Para complementar dichas entrevistas, se procedió a realizar la crítica de los programas implementados en el Ecuador y las propuestas de lineamientos de política pública.

Crítica a programas y lineamientos de Política Pública

Se puede observar que en el Ecuador, se han implementado varios programas y se han tomado varias medidas en el sector de la salud para la reducción en los niveles de pobreza.

Se han implementado varios programas sugeridos por los estudios de caso y por los entrevistados como los programas de nutrición infantil; los programas para combatir el VIH/SIDA, la malaria, el dengue, entre otras enfermedades; programas para reducir la mortalidad materna y de recién nacidos; se han destinado mayores fondos a la mejora de la infraestructura física (hospitales, centros médicos, etc.); entre otros.

Se puede ver que estos programas no han sido suficientes. Según lo leído en los diferentes papers, estudios de caso y lo que se pudo apreciar en las entrevistas realizadas a los expertos, se puede determinar que es importante que el Gobierno ecuatoriano destine un mayor rubro al gasto en salud pública para mejorar los servicios de atención médica, no aumentar únicamente el número del personal de médicos y enfermeras, sino capacitarlos constantemente para que brinden una atención de calidad a la ciudadanía.

Es importante además, garantizar un seguro por parte del sector público que llegue a toda la población y que cubra cualquier tipo de enfermedad o lesión. Para que en caso de algún shock o una enfermedad grave de algún miembro de la familia, estas no tengan que recurrir al sector privado por falta del seguro público y no tenga que recurrir a la venta de sus activos, a adquirir deudas o peor aún sacrificar la educación de algún miembro del hogar para generar más ingresos.

También es importante cambiar la perspectiva de algunos ecuatorianos acerca de la atención en salud, sobre todo en las áreas rurales, para que se atiendan cuando lo necesiten y así reducir las tasas de mortalidad. Es importante crear un plan de contingencia para el sistema de salud en caso de que exista alguna crisis o shock económico en el país, para garantizar que las y los ecuatorianos no se queden sin estos servicios en estos casos.

Un factor de mucha relevancia es el tema de los hospitales en las áreas rurales, es importante crear estos centros de atención en estas áreas para reducir los niveles de mortalidad. El hecho de que los hospitales se encuentren más en las áreas urbanas que en las rurales implica más costos para las familias tanto de dinero como humanos.

En cuanto a los costos monetarios, se refiere al hecho de que si un miembro del hogar se enferma y quiere ser atendido, tienen que trasladarse a la ciudad, pagar por transporte, posiblemente la familia tenga que pagar hospedaje dependiendo de la gravedad del asunto, entre otros. Y a costos humanos por el hecho de que si se trata de una enfermedad o lesión grave, el tiempo que requiera trasladar a la persona a un hospital de la ciudad puede costarle la vida.

Todo esto es de suma importancia, pero el tema más relevante como se lo mencionó con anterioridad es el invertir en temas de nutrición y tratamiento de enfermedades durante la primera infancia y en la adolescencia para reducir a futuro el gasto del gobierno ya que es más costoso realizar esta inversión en adultos mayores.

Para esto se debe garantizar programas para las mujeres embarazadas, que tengan controles y además dar un seguimiento desde el embarazo hasta el momento del parto.

A continuación dar un control al niño hasta los 5 años y posteriormente verificar que su salud sea la adecuada al llegar a la adolescencia. Para lo cual se necesita un programa de seguimiento y control, unificando para todas las etapas del niño o niña y adolescentes. Esto ayudará a que los niños tratados tengan un nivel cognitivo mejor en las escuelas y en un futuro puedan generar mayores ingresos.

Además de la inversión en la mejora de salud en los niños, es necesario garantizar una buena salud para las personas adultas, mejorando así su productividad en el trabajo y la reducción en la tasa de ausentismo por enfermedad.

Lineamientos de política pública

Para la propuesta de los lineamientos de política pública, se utilizará el método del árbol de problemas y objetivos para mayor facilidad en la propuesta de los mismos.

Árbol de problemas

En esta sección de la disertación se plantea el problema, sus efectos y sus posibles causas tal y como se muestra en el cuadro N°18.

Cuadro N°18
Árbol de problemas

Efectos		Problema	Causas
Aumento de los niveles de pobreza en el Ecuador	Vender sus activos para financiarlo	Bajos niveles de gasto público en salud en las áreas rurales del Ecuador	Destinar los fondos a otros gastos del sector público
	Miembros adolescentes del hogar renuncien a la educación para trabajar y poder financiarlo		
	Baja productividad en el trabajo		Mala atención en el sistema salud para la población

		Incrementos en la tasa de ausentismo de los trabajadores que no pueden acceder al sistema de salud		Centralizar la atención en salud en las grandes ciudades
	Menores niveles de salario	Tasas altas de mortalidad materna y de niños		Mala focalización de las políticas públicas
	Reduce ingresos familiares	Niveles de desnutrición altos en los niños entre 0 - 5 años		
	Bajo desarrollo cognitivo en la escuela	Aumento de enfermedades de niños y adolescentes de escasos recursos		Carencia de personal preparado en estas áreas
	Menores ingresos al ser adulto			
	Caer en la trampa de pobreza			
	Aumento de mortalidad de los miembros del hogar	Carencia de hospitales públicos, dispensarios médicos, etc.		

Elaborado por Camila Yopez del Pozo

Árbol de objetivos

En esta sección de la disertación se plantean los objetivos, los medios y fines que se quiere tener al tener un buen lineamiento de política pública como se puede observar en el cuadro N°19.

Cuadro N°19
Árbol de objetivos

Fines		Objetivo	Medios
Disminución de los niveles de pobreza en el Ecuador	No vendan sus activos para financiarlo	Mejorar el nivel de gasto público en salud en las áreas rurales del Ecuador	Destinar un mayor porcentaje del fondo al sector salud estas áreas
	Miembros adolescentes del hogar no renuncien a la educación para		
	Evitar que las personas de las áreas rurales se trasladen al sector urbano para ser atendidos		

	financiar tratamientos			
	Alta productividad en el trabajo	Buena atención en el sistema salud para la población		
	Mejores niveles de salario	Disminuir la tasa de ausentismo de los trabajadores		Dejar de centralizar la atención en salud en las grandes ciudades
	Aumenta ingresos familiares	Disminución en tasas de mortalidad materna y de niños		Focalizar las políticas públicas de mejor manera
	Alto desarrollo cognitivo en la escuela	Niveles de desnutrición altos en los niños entre 0 - 5 años		
	Mejores ingresos al ser adulto	Decrecimiento de enfermedades en niños y adolescentes de escasos recursos		Tener personal preparado en estas áreas
	Evitar caer en la trampa de pobreza			
	Disminución de mortalidad ciudadana por falta de atención médica	Carencia de hospitales públicos, dispensarios médicos, etc.		

Elaborado por Camila Yopez del Pozo

Se puede determinar entonces, que al tomar en cuenta el problema y que es lo que puede estarlo causando, se puede encontrar una solución que beneficie a las y los ecuatorianos en las áreas rurales, en este caso lo que se debe hacer es tratar de crear centros de atención a la ciudadanía, hospitales, clínicas, etc. en las áreas rurales para evitar traslados, enfermedades, muertes, etc., de estos ciudadanos para garantizar la reducción de los niveles de pobreza en el Ecuador, pero sobre todo en las áreas rurales.

Conclusiones

- Los hogares pobres tienden a ser más numerosos que el promedio del resto de hogares, además, de no poseer activos productivos, a ello se suma la dificultad de acceder a los mercados de trabajo, crédito, seguro y de tierras
- La mala salud, reduce las pérdidas de producción por enfermedad de los trabajadores lo que los hace más pobres.
- Una buena salud, aumenta la escolarización de los niños y les permite un buen aprendizaje y libera para diferentes usos aquellos recursos que de otro modo sería necesario destinar al tratamiento de enfermedades.
- Teniendo en cuenta los conceptos presentados se dice que la pobreza por ingreso, es decir la que utiliza una métrica monetaria, se redujo del 36,74% al 22,5% durante el periodo 2007-2014; esto quiere decir que existió una reducción de 14,3 puntos porcentuales. De igual manera, durante este periodo la pobreza extrema por ingreso pasó de 16,5% a 7,65%, es decir hubo un descenso de 8,8 puntos porcentuales. (Molina; Rosero; León; Castillo y Jácome, 2016:15)
- Se puede observar que, tanto la pobreza nacional como extrema pobreza por ingreso se ha reducido considerablemente. En cuanto a la pobreza nacional ha llegado a un 22,49% durante el año 2014, es decir 14,25 puntos porcentuales menos que en el 2007 y la pobreza extrema nacional con 8.8 puntos porcentuales menos que en el año 2007. Para Rosero et al (2017:22) esta, se explica por lo siguiente: “por un lado, el crecimiento real del consumo hizo que la pobreza se reduzca al igual que el efecto redistribución; y por otro, durante este período han existido varias políticas para combatir la pobreza”.
- Durante el período 2009-2014 el nivel de incidencia de pobreza por NBI, al igual que la pobreza por consumo según el INEC (2015), indica que ha existido una reducción de las personas pobres e indigentes en el Ecuador. En cuanto a la pobreza nacional, esta ha pasado de 51,5% en el año 2009 a 37,4% en el año 2014, es decir, que existió una reducción de 14,1 puntos en ese periodo.
- Los niveles de pobreza se encuentran en mayor medida en las áreas rurales, y en cuanto a las ciudades más importantes del Ecuador se concentra más la pobreza en Guayaquil y Machala.
- Se puede apreciar que en el área rural existen porcentajes de pobreza y de pobreza extrema más elevados que en áreas urbanas tanto en el año 2007 como en el 2014. Para Faiguenbaum et al (2013:20) “en todos los países, independientemente de su nivel de ingresos, existen territorios subnacionales rezagados, los que en general coinciden en su mayor ruralidad
- En cuanto a la demografía de los hogares, estos caen en la línea de pobreza, si existen miembros menores de 14 años, si es que el número de miembros del hogar

es mayor a 5 (ya que para mantener un nivel de consumo aceptable, los hogares más grandes requieren un mayor número de personas con trabajo remunerado, o un ingreso superior para los mismos perceptores del hogar” (Molina et al, 2016: 130). Si el número de miembros es tan alto y son pocos los que colaboran con sus remuneraciones en el hogar, entonces el mismo caerá en la línea de pobreza)

- Se puede observar que las etnias de origen africano e indígena se encuentran en desventaja respecto a los blancos y mestizos. Para De Ferranti et al (2003: 25), “este fenómeno es resultado de prácticas de la explotación y exclusión históricas, donde los pueblos indígenas y afroecuatorianos muestran efectos de la inequidad y exclusión”. La pobreza y las desigualdades en el acceso a la salud y la educación, el desconocimiento de sus derechos y libertades, entre otras; “son la expresión del colonialismo interno”.
- El Estado es el ente encargado de dar financiamiento a cada una de los sectores sociales en el Ecuador para mejorar las condiciones de vida de las y los ecuatorianos. Con dicho financiamiento se busca mejorar las condiciones para el desarrollo, creación y promoción de capital humano y social y así reducir los niveles de pobreza, desigualdad y elevar los niveles de vida.
- La salud es el principal activo de las personas incluso para conseguir un mejor nivel de educación
- El gasto en Servicios Sociales “(nutrición, atención primaria en salud y agua potable) es el de mayor impacto en las condiciones de vida y el bienestar colectivo, mejora la equidad y constituye una importante porción del ingreso de los más pobres, los rubros que se incluyen son gastos en personal, atención en maternidad, programas de prevención, entre otros.
- Todos los rubros de gasto en salud se destinan más a Quito y a Guayaquil, y planta central, mientras que el nivel de gasto es menor en las provincias de Galápagos y Pastaza.
- Cuando existe una mala salud, significa que el Estado tiene que dejar de lado otras inversiones. El sector público renuncia a inversiones en otros sectores como en educación, transporte, vivienda y otras infraestructuras.
- Cuando la enfermedad, lesión o alguna otra forma de mala salud golpea al activo principal de los pobres (su cuerpo), no pueden ganar el dinero necesario para proveerse a sí mismos y ni a otros con alimentos o medicinas. En otras palabras, es probable que un shock en la salud sea catastrófico para las personas pobres.

Recomendaciones

- La lucha contra la pobreza no debe limitarse únicamente a tratar de reducir la pobreza de renta, sino que debe tomarse en cuenta diferentes medidas como por ejemplo, la lucha contra la desnutrición, la salud, el analfabetismo, la discriminación sexual, entre otros. (Sen, 2000:15).
- Mejorar los sistemas de salud para evitar las pérdidas de producción por enfermedad de los trabajadores y aumentar la escolarización de los niños.
- Generar políticas públicas enfocadas en especial a la reducción de los niveles de pobreza en las áreas rurales del Ecuador.
- Generar programas que den seguimiento y control a los niños y adolescentes para garantizarles una buena salud.
- Invertir en la salud de niños y niñas entre 0 y 5 años para reducir gastos en un futuro.
- Mejorar el servicio público en salud y mejorar el servicio que se brinda a la ciudadanía, contratando personal, médicos y enfermeras que estén altamente preparados y capacitándoles constantemente.

Referencia Bibliografía

Albán, Estuardo; De La Cueva, Elizabeth; Costales, Susana; et al (2009) **Anuario de camas y egresos hospitalarios año 2007**. Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC: Ecuador.

Albán, Estuardo; De La Cueva, Elizabeth; Costales, Susana; et al (2010) **Anuario de camas y egresos hospitalarios año 2008**. Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC: Ecuador.

Albán, Estuardo; De La Cueva, Elizabeth; Villota, José; et al (2010) **Anuario de camas y egresos hospitalarios año 2009**. Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC: Ecuador.

Albán, Estuardo; De La Cueva, Elizabeth; Charro, Cristina; et al (2011) **Anuario de camas y egresos hospitalarios año 2010**. Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC: Ecuador.

Albornos, Vicente y Oleas, Sebastián (s.f.) **Pobreza, desigualdad de oportunidades y políticas públicas en el Ecuador**. SOPLA: Fundación Konrad Adenavers.

Alfageme, María Augusta y Guabloche, Judith (s.f) **Estado, gasto público y desarrollo de las capacidades: una aproximación**. Revista de estudios económicos: Perú.

Alleyne, George, y Cohen, Daniel (2002) **Salud, crecimiento económico y pobreza**. Organización Mundial de la Salud.

Almeida, Ruth (2009) **El Bono de Desarrollo Humano en Ecuador: Encuentros y desencuentros**. Facultad Latinoamericana De Ciencias Sociales FLACSO: Ecuador.

Altamir, Oscar (1979) **La división de la pobreza en América Latina**. Santiago de Chile: CEPAL. <http://dds.cepal.org/infancia/guia-para-estimar-la-pobreza-infantil/guia-02.php> [Consulta: 25 de julio de 2016]

Anderson, James (1990) **Public policy making**. Boston: Houghton Mifflin.

Asamblea Nacional Constituyente (2008) **Constitución Política de la República del Ecuador**. Quito: Ecuador.

Banco Central del Ecuador (2007) **Informe al Honorable Congreso Nacional: pro forma del Gobierno Central y límite de endeudamiento público año 2007**. Quito: Ecuador

Banco Central del Ecuador (2010) **Evolución de la economía ecuatoriana**. Biblioteca del Banco Central del Ecuador: Ecuador.

Banco Central del Ecuador (2012) **Estadísticas Macroeconómicas, presentación coyuntural**. Dirección de Estadística Económica: Ecuador.

Banco Central del Ecuador (2013) **Estadísticas macroeconómicas presentación coyuntural**. Quito: Banco Central del Ecuador.
<http://repositorio.bce.ec/handle/32000/1251> [Consulta: 10 de noviembre, 2016]

Banco Mundial (1990) **World Development Report 1990: poverty**. Banco Mundial: Washington DC

Barragán, Horacio (2007) **Fundamentos de Salud Pública**. Universidad Nacional de la Plata Edición: La Plata.

Becaria, Luis y Groisman, Fernando (s.f.) **Educación y distribución del ingreso**. Universidad Nacional de General Sarmiento: Argentina.

Bello, Álvaro y Rangel, Martha (2000) **Etnicidad, "RAZA" y equidad en América Latina y el Caribe**. Comisión Económica para América Latina y el Caribe: España.

Bloom, David; Canning, David (2000) **"The Health and Wealth of Nations", Science 18**. Oxford University Press: New York.

Brewer, Garry y De León, Peter (1983) **El fundamento del análisis de políticas**. Homewood: The Dorsey Press.

Bueno, Eramis (2012) **Pobreza multidimensional y vulnerabilidad social**. Universidad Autónoma de Zacatecas: Observatorio del Desarrollo. Vol. 1 Número 4.

Carranza, Cesar y Cisneros, María Victoria (2014) **Hacia un sistema de protección social más inclusivo en el Ecuador Seguimiento y desenlace de un proceso de construcción de consensos en la búsqueda del Buen Vivir**. CEPAL: Santiago de Chile.

Carrera, María Soledad y Yunga, Julio César (2013) **Anuario de Estadísticas Hospitalarias camas y egresos 2012**. Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC: Ecuador.

Casero, Ana (2005) **La pobreza y la seguridad alimentaria sostenible en Burundi**.: Universidad Politécnica de Madrid: España.

Castillo, José Gabriel y Brborich, Wladimir (2007) **Los Factores Determinantes de las Condiciones de Pobreza en Ecuador: Análisis Empírico en Base a la Pobreza por Consumo**. Cuestiones económicas Vol. 23, No 2:2-3 Banco Central del Ecuador: Ecuador.

Castillo, Roberto y Andrade, José (2016) **Reporte de pobreza por consumo Ecuador 2006-2014**. INEC: Ecuador.

Castro, Luis (2001) **El crecimiento económico y la inversión pública**. <http://www4.congreso.gob.pe/congresista/2001/lalva/articulos/crecimiento-economico-inversion-publica.pdf> [Consulta: 26 de julio de 2016]

Chambers, Robert (1995) Poverty and livelihoods: whose reality counts? **Environment and Urbanization**. Vol 7. Estados Unidos.

Chang, Ha-Joon (2007) **La administración de la inversión pública**. ONU DAES. Reino Unido.

Clift, Jeremy (2004) **Salud y Desarrollo**. Fondo Monetario Internacional; Washington.

Comisión Mexicana Macroeconómica de la Salud (2004) **Inversión en salud para el desarrollo económico**. Universidad de las Américas: Puebla.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL (2008) **Indicadores de pobreza y pobreza extrema utilizadas para el monitoreo de los ODM en América Latina.**

<http://www.cepal.org/cgi-bin/getprod.asp?xml=/MDG/noticias/paginas/1/40211/P40211.xml&xsl=/MDG/tpl/p18f.xsl&base=/MDG/tpl/top-bottom.xsl> [Consulta: 26 de julio de 2016]

Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL (2013) **Panorama social 2010: El gasto público social en América Latina: tendencias generales e inversión en el desarrollo de capacidades de las nuevas generaciones.** Cuadernos de la CEPAL: Santiago de Chile.

Consejo Regional de Desarrollo Económico de New York (2011) **Salud y Desarrollo Económico.** Universidad de St. Gallen: Departamento de Economía.

Costale, Patricia (2011) **Modelo de Atención Integral de Salud** http://es.slideshare.net/fos_andes/modelo-atencion-en-salud-ecuador [Consulta: 04 de enero, 2017]

Correa, Rafael; Cely, Nathalie; Rosero, José y Cervantes Reinaldo (2008) **Informe de Desarrollo Social 2007 Pobreza, Desigualdad e Inversión Social.** Secretaría Técnica del Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social: Ecuador.

Costa, Santiago (2013) **El método de necesidades básicas insatisfechas en el Ecuador: sus ventajas y limitaciones técnicas. Una propuesta multidimensional de medición de la pobreza.** Pontificia Universidad Católica del Ecuador: Ecuador.

De Farranti, David; Perry, Guillermo; Ferreira, Franciso; Walton, Michael et al (2003) **Inequality in Latin America and the Caribbean: Breaking with History? Advance conference edition.** World Bank Latin American and Caribbean Studies: Washington DC.

De la Fuente, Ángel (2003) **Capital Humano y Crecimiento en la Economía del conocimiento.** Instituto de Análisis Económico: Madrid.

Deaton, Angus (2015) **El gran escape. Salud, riqueza y los orígenes de la desigualdad.** Fondo de Cultura Económica: México.

Del Bosque, Sofía (1998) **Megatendencias de Cambio y Desarrollo en las Proximidades del Siglo XXI: El macro contexto en Manos a la Salud**. México: CIESS-OPS.

Dirección Nacional de Síntesis macroeconómica (2014) **Estadísticas macroeconómicas presentación coyuntural**. Banco Central del Ecuador: Quito.
<http://repositorio.bce.ec/handle/32000/1264> [Consulta: 11 de noviembre, 2016]

Dow Will et al. (2001) **Precios del sistema de Salud, salud y resultados laborales: evidencia experimental**. RAND: Santa Mónica.

Faiguenbaum, Sergio; Ortega, Cesar y Soto, Fernando (2013) **Pobreza rural y políticas públicas en América Latina y el Caribe**. FAO: Santiago de Chile.

Farge, Carlos (2007) **El Estado de bienestar**. Universidad Adventista: Argentina.

Feres, Juan Carlos y Mancero, Xavier (2001) **Enfoques para la medición de la pobreza. Breve revisión de la literatura. Serie Estudios estadísticos y prospectivos**. Santiago de Chile. Recuperado de <http://www.cepal.org/mujer/noticias/noticias/4/32254/JuanCFeres.pdf> [Consulta: 26 de julio de 2016]

Figuroa, Sandra (2013) **Introducción a la salud pública**. Universidad San Carlos: Facultad de Ciencias Médicas.

Frenk, Julio (1994) **La salud de la población. Hacia una nueva salud pública**. SEP: México.

García, Isabel; Merino, Begoña y Silva Julia (1998). **Promoción de la salud**. OMS: Ginebra

Gasparini, Leonardo; Cicowiez; Martín y Sosa Escudero, Walter (2013) **Pobreza y desigualdad en América Latina. Conceptos, herramientas y aplicaciones**. Universidad Nacional de La Plata: Buenos Aires.

Gertler, Paul; Gruber, Jonathan (2001). **Consumo de seguro en contra de la enfermedad**. Mimeo: Universidad de California, Berkeley, MIT y NBER.

Grupo Faro (2012) **Principales conceptos del presupuesto de salud**. Latacunga <http://construyamossalud.grupofaro.org/sites/default/files/documentos/Principales%20conceptos%20para%20leer%20presupeustos%20p%C3%BAblicos%20para%20el%20CUS.pdf> [Consulta:21 de mayo de 2016]

Guzmán, Mauricio (2002) **Cálculo de la pobreza en el Ecuador**. Revista Gestión: SIISE
Howlett, Michael y Ramesh, M (2003) "Studying Public Policy. Policy Cycles and Policy Subsystems". Canadá: Oxford University Press.

Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC (s.f.) **Pobreza y desigualdad**. http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/ECV/Publicaciones/ECV_Folleto_Pobreza.pdf [Consulta: 27 de julio de 2016]

Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC (2014) **Canasta familiar básica y canasta familiar vital de la economía dolarizada**. Diciembre 2014. <http://www.unicef.org/ecuador/150411-ResultadosECV.pdf> [Consulta:26 de enero, 2017]

Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC (2015) **Informe de Resultados ECV 2013 –2014**. http://www.ecuadorencifras.gob.ec//documentos/webinec/Inflacion/canastas/Canastas_2014/Diciembre/ipc_informeanaliticoanastas_12_2014.pdf

Jenkins, William (1978) **"Policy Analysis: A Political and Organizational Perspective"**. Martin Robertson: Londres.

Lahera, Eugenio (2002) **"Introducción a las políticas públicas"**. Fondo de Cultura Económica: Santiago.

Laswell, Harold (2000) **«La orientación hacia las políticas»**. En Aguilar, L. (Ed.). El Estudio de las Políticas Públicas. Miguel Ángel Porrúa: México.

León, Mauricio (2002) **Cálculo de la pobreza en el Ecuador (Primera parte)**. Revista Gestión: SIISE.

Lucio, Ruth; Villacrés, Nilhda y Henríquez, Rodrigo (2011) Sistema de salud de Ecuador. **Revista Salud Pública de México**. Vol. 53

Lugmaña, Gabriela y Yunga, Julio (2014) **Anuario de camas y egresos hospitalarios año 2013**. Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC: Ecuador.

Lugmaña, Gabriela (2015) **Anuario de camas y egresos hospitalarios año 2014**. Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC: Ecuador.

Lynn, Laurence. (1980) **Designing public policy: A casebook of the role of policy analysis**.

Mead, Lawrence (1995) **La política pública: Visión, potencial, límites. Policy Currents**.

Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (s.f) **Sistema de Información Registro Social – SIIRS**. <http://www.desarrollosocial.gob.ec/registro-social-rs-2/> [recuperado: 08 de noviembre de 2016]

Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda (2013) **Programa de vivienda rural; financiamiento fiscal descripción del programa de vivienda rural**. Acuerdo Ministerial No. 216: Ecuador.

Ministerio de Economía y Finanzas (2003) **Gasto social. Perú: Cuenta General de la República**.

Ministerio de Economía y Finanzas del Ecuador (2009) **Ejecución presupuestaria en el sector social durante el año 2008**. Ministerio de Coordinación del Desarrollo Social. Boletín n°25: Ecuador.

Ministerio de Economía y Finanzas del Ecuador (2010) **Ejecución presupuestaria en el sector social durante el periodo enero – agosto 2010**. Ministerio de Coordinación del Desarrollo Social. Boletín N°28: Ecuador.

Ministerio de Economía y Finanzas del Ecuador (2011) **Ejecución presupuestaria en el sector social durante el periodo enero – diciembre 2010**. Ministerio de Coordinación del Desarrollo Social. Boletín N°31: Ecuador.

Ministerio de Economía y Finanzas del Ecuador (2012) **Ejecución presupuestaria en el sector social durante el período enero – diciembre 2011**. Ministerio de Coordinación del Desarrollo Social. Boletín N°33: Ecuador.

Ministerio de Economía y Finanzas del Ecuador (2013) **Ejecución presupuestaria en el sector social durante el período enero – diciembre 2012**. Dirección Nacional de consistencia presupuestaria. Boletín N°12: Ecuador.

Ministerio de Economía y Finanzas del Ecuador (2014) **Boletín de ejecución presupuestaria trimestral enero- diciembre 2013**. Ministerio de Coordinación del Desarrollo Social. Boletín N°35: Ecuador.

Ministerio de Economía y Finanzas del Ecuador (2014) **Informe de Ejecución Presupuestaria 2013**. Biblioteca del Ministerio de Economía y Finanzas: Ecuador.

Ministerio de Economía y Finanzas del Ecuador (2015) **Clasificador presupuestario de ingresos y gastos del sector público**. Subsecretaría del Presupuesto: Ecuador.

Ministerio de Economía y Finanzas del Ecuador (2016) **Clasificador presupuestario de ingresos y gastos del sector público**. Subsecretaría del Presupuesto: Ecuador.

Ministerio de Inclusión Económica y Social MIEES (2013) **Desarrollo Infantil Integral**. Subsecretaría de Desarrollo Infantil Integral: Ecuador.

Ministerio de Salud Pública (s.f.) **Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia**. Dirección Provincial de Salud de Loja: Loja.

Ministerio de Salud Pública (s.f.) **Medicina Transfusional**. Ecuador:
<http://hfib.gob.ec/index.php/servicios/unidades-de-diagnostico-y-apoyo-terapeutico/medicina-transfusional> [consulta: 04 de enero de 2016]

Ministerio de Salud Pública (2009) **Proyecto Desnutrición Cero**. Ecuador:
http://instituciones.msp.gob.ec/dps/morona_santiago/index.php?option=com_content&view=article&id=149:proyecto-desnutricion-cero&catid=38:desnutricion-cero&Itemid=161 [consulta: 05 de enero de 2016]

Ministerio de Salud Pública (2012) **Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS**. Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública: Ecuador.

Ministerio de Salud Pública (2016) **Ficha informativa: Proyecto: K076 MSP – infraestructura física, equipamiento, mantenimiento, estudios y fiscalización en salud**. Subsecretaría Nacional de Garantía de Calidad de los Servicios de Salud: Ecuador.

Molina, Andrea; Rosero, José; León, Mauricio; Castillo, Fausto y Jácome, Diego et al (2017) **Reporte de pobreza por consumo Ecuador 2006-2014**. INEC: Ecuador.

Morata, Francisco (1992) **Las Políticas Públicas**. Ariel S.A.: Barcelona.

Muñoz, Fernando; López, Daniel y Guerra, Carlyle (2000) **Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud**. Rev. Panamericana de Salud Pública vol.8 n. 1-2: Washington.

Muurinen, Jaana-Marja y Le Grand, Julian (1985) **The economic analysis of inequalities in health. Social, Science and medicine**.

Olavarría, Mauricio (2007) **Conceptos Básicos en el Análisis de Políticas Públicas**. Instituto de Asuntos Públicos (INAP): Chile.

Oleas, Sebastian (2011) **Enfermedad, salud, ingreso y desarrollo**. USFQ: Ecuador.

Olivero, Ivana (2013) **Manual básico de salud, alimentación y nutrición pública**. San Luis: Nueva Editorial Universitaria' U.N.S.L.

Organización Panamericana de la Salud OPS (2012) **Género y salud. Guía práctica para incorporar la perspectiva de género a la salud**.

Organización de las Naciones Unidas ONU (1995) **The Copenhagen Declaration and Programme of Action**. World Summit for Social Development: Nueva York.

Organización Mundial de la Salud (1946) **Constitución de la Organización Mundial de la Salud**. Asamblea Mundial de la Salud: Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (1998) **Promoción de la Salud: glosario**. Ministerio de sanidad y consumo: Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2003) **Informe sobre la salud en el mundo**. Ginebra: Suiza.

Organización Mundial de la Salud (2007) **A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health**. WHO Library: Ginebra.
http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf
(Consulta: 02 de agosto de 2016)

Ortegon, Edgar y Pacheco, Juan Francisco (2004) **Los sistemas nacionales de inversión pública en Centroamérica: marco teórico y análisis comparativo multivariado**. Repositorio de la CEPAL: Santiago de Chile.

Otero, Gerardo; Cerimedo, Federico; Moccero, Diego y Cuenin, Fernando (2002) **Pobreza: definición, determinantes y programas para su erradicación**. La Plata: Argentina.

Palacio, Alfredo (2005) Decreto Ejecutivo 780: **"Sistema Integrado de Alimentación y Nutrición"**. Ministerio de Salud Pública: Ecuador.

Patiño, Cinthya; Carrera, María Soledad; Charro, Cristina; et al (2012) **Anuario de camas y egresos hospitalarios año 2011**. Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC: Ecuador.

Pérez, Enrique (2013) **Análisis de Políticas Públicas**. Universidad de Almería: Granada.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD (2002) **Desarrollo humano y pobreza**.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD (2010) **La verdadera riqueza de las naciones: Caminos al desarrollo humano**. Communications Development Incorporated: New York.

Ravallion, Martín (2000) **Las líneas de pobreza en la teoría y en la práctica**. Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL: Buenos Aires.

Ray, Debraj (1998) **Development Economics. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.**

Roach, JL y Roach, JK (1972) **Poverty: selected readings**. Harmondsworth: Penguin.

Room, Graham (1979) **The Sociology of Welfare**. St Martin's Press: New York.

Ruiz, Domingo y Cadéas, Carlos Eduardo (s.f.) **¿Qué es una política pública?** Universidad Latina de América: Perú.

Secretaría Técnica del Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social (2008) **Informe de Desarrollo Social 2007 Pobreza, Desigualdad e Inversión Social**. SIISE: Ecuador.

Secretaría Técnica del Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social (s.f.) Ecuador: SIISE
Secretaría Técnica del Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social (s.f.) **Camas en establecimientos de salud**.
<http://www.siise.gob.ec/siiseweb/siiseweb.html?sistema=1#> (Consulta: 15 de diciembre, 2016)

Secretaría Técnica del Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social (s.f.) **Población sin seguro de salud**. <http://www.siise.gob.ec/siiseweb/siiseweb.html?sistema=1#> (Consulta: 16 de diciembre, 2016)

Secretaría Técnica del Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social (s.f.) **Presupuesto Sectorial Salud (devengado) en millones de dólares**. Recuperado de <http://www.siise.gob.ec/siiseweb/siiseweb.html?sistema=1#> (Consulta: 05 de enero, 2017)

Secretaría Técnica del Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social (s.f.) **Establecimientos de salud con y sin internación por sector y entidad**. Recuperado de <http://www.siise.gob.ec/siiseweb/siiseweb.html?sistema=1#> (Consulta: 10 de enero, 2017)

Secretaría Técnica del Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social (s.f.) **Líneas de pobreza y extrema pobreza de consumo.** Recuperado de http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/POBREZA/ficpob_P39.htm (consulta:12 de enero, 2017)

Secretaría Técnica del Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social (s.f.) **Programas Desarrollo Infantil del INFA** Recuperado de http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/Accion%20Social/ficacc_pdi.htm (consulta:03 de abril, 2017)

Sen, Amartya (2000) **Desarrollo y Libertad.** Editorial Planeta S.A: Barcelona.

Soliz, Doris (s.f) **El Bono de Desarrollo Humano, una palanca para el desarrollo.** Ministerio de Inclusión Económica y Social: Ecuador.

Somit, Albert y Tanenhaus, Joseph (1967) **El Desarrollo de la ciencia política americana.:** Allyn y Bacon: Boston.

Spicker, Paul; Alvarez, Sonia y Gordon, David (2009) **Pobreza Un glosario internacional.** CLACSO: Buenos Aires.

Thoenig, Jean Claude (1997) **Política pública y acción pública. Revista de Gestión y Política Pública.** CIDE: México.

Townsend, Peter (1979) **Poverty in the United Kingdom.** Harmondsworth: Penguin.

Valdivieso, Silvana (2011) **Determinantes de la pobreza en el Ecuador para los años 2000 – 2010.** Ecuador: Loja.

Vera, Susana (2009) **Los gastos Públicos.** Recuperado de: http://www.ispn4-santafe.edu.ar/Carreras/Programador/Trabajos/Finanzas_1.pdf (Consulta: 28 de julio de 2016)

ANEXOS

Anexo A Gasto corriente por Provincia 2008-2014

AÑO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
AZUAY	\$ 29.921.115, 46	\$ 33.756.542, 70	\$ 40.021.033, 04	\$ 41.989.557, 32	\$ 51.005.818,3 7	\$ 63.729.558,6 4	\$ 69.130.237,2 7
BOLIVAR	\$ 11.783.942, 11	\$ 14.309.474, 00	\$ 15.939.878, 92	\$ 16.890.645, 66	\$ 19.690.842,2 3	\$ 21.941.718,3 5	\$ 24.990.748,3 9
CAÑAR	\$ 14.914.018, 18	\$ 16.346.509, 09	\$ 20.077.214, 87	\$ 21.339.427, 79	\$ 27.120.740,4 8	\$ 31.144.930,4 2	\$ 31.476.454,7 1
CARCHI	\$ 9.339.962,9 5	\$ 11.029.524, 36	\$ 12.683.863, 76	\$ 12.927.794, 60	\$ 15.126.456,9 9	\$ 20.082.990,2 0	\$ 23.722.301,4 3
CHIMBORAZO	\$ 22.647.679, 65	\$ 26.962.818, 58	\$ 28.476.564, 08	\$ 28.943.061, 51	\$ 34.534.277,2 4	\$ 40.963.615,6 7	\$ 45.139.484,9 4
COORDINACIONES ZONALES	-	-	-	-	\$ 1.706.337,43	\$ 40.778.421,9 2	\$ 228.053.784, 71
COTOPAXI	\$ 15.747.296, 47	\$ 16.407.636, 76	\$ 18.491.744, 76	\$ 18.359.011, 91	\$ 21.593.588,1 5	\$ 25.346.154,9 3	\$ 31.836.635,6 9
EL ORO	\$ 28.480.424, 70	\$ 33.676.527, 54	\$ 37.063.203, 70	\$ 38.333.913, 63	\$ 48.823.476,2 8	\$ 60.605.249,5 0	\$ 72.123.763,3 9
ESMERALDAS	\$ 20.435.084, 35	\$ 22.728.838, 72	\$ 27.755.538, 10	\$ 31.480.318, 83	\$ 36.832.486,6 5	\$ 45.622.206,6 7	\$ 55.521.085,3 5

GALÁPAGOS	\$ 3.791.617,5 9	\$ 4.320.253,8 0	\$ 5.098.482,8 8	\$ 6.040.889,1 9	\$ 7.985.706,15	\$ 10.333.742,2 1	\$ 12.804.416,1 1
GUAYAS	\$ 121.939.65 5,72	\$ 142.059.99 3,00	\$ 184.041.48 8,54	\$ 192.708.58 9,49	\$ 232.843.329, 16	\$ 330.747.467, 95	\$ 296.589.317, 96
IMBABURA	\$ 18.625.057, 28	\$ 22.517.636, 74	\$ 25.588.610, 41	\$ 26.488.611, 45	\$ 30.460.971,3 6	\$ 34.325.369,1 8	\$ 38.069.548,4 4
LOJA	\$ 25.076.073, 68	\$ 29.317.662, 72	\$ 31.684.727, 40	\$ 31.705.665, 13	\$ 37.585.173,4 2	\$ 45.485.009,8 4	\$ 53.710.510,9 8
LOS RIOS	\$ 19.437.115, 27	\$ 22.643.479, 51	\$ 27.032.636, 88	\$ 27.218.007, 76	\$ 39.866.165,1 2	\$ 48.302.853,5 8	\$ 52.493.543,7 1
MANABÍ	\$ 55.215.395, 75	\$ 66.154.422, 39	\$ 72.383.108, 29	\$ 73.225.189, 60	\$ 92.377.120,1 8	\$ 110.149.225, 80	\$ 115.242.047, 53
MATRIZ Y PLANTA CENTRAL	\$ 41.848.771, 46	\$ 50.507.452, 53	\$ 43.391.089, 67	\$ 88.613.892, 97	\$ 127.551.597, 71	\$ 169.037.295, 26	\$ 141.939.232, 01
MORONA SANTIAGO	\$ 10.253.724, 97	\$ 11.928.944, 14	\$ 15.509.735, 62	\$ 17.195.829, 34	\$ 23.389.919,9 5	\$ 27.834.608,6 1	\$ 33.165.075,7 8
NAPO	\$ 7.868.018,4 1	\$ 9.931.914,2 5	\$ 12.833.175, 95	\$ 12.979.659, 48	\$ 20.662.344,8 0	\$ 20.846.347,8 5	\$ 24.013.166,9 3
ORELLANA	\$ 5.163.373,8 4	\$ 6.727.284,0 1	\$ 8.007.416,2 9	\$ 8.822.497,3 7	\$ 11.402.296,3 9	\$ 16.281.312,7 4	\$ 19.776.282,9 7
PASTAZA	\$ 4.709.256,0 7	\$ 5.656.631,3 9	\$ 6.677.278,0 4	\$ 6.830.503,5 6	\$ 8.056.174,26	\$ 13.235.271,4 8	\$ 14.630.012,9 5

PICHINCHA	\$ 124.809.74 0,60	\$ 140.678.56 6,71	\$ 154.684.56 0,31	\$ 163.743.06 1,69	\$ 216.607.967, 60	\$ 264.391.821, 97	\$ 293.628.617, 45
SANTA ELENA	\$ 3.835.518,2 7	\$ 5.888.096,4 5	\$ 10.683.392, 44	\$ 13.120.462, 12	\$ 22.289.133,5 6	\$ 30.205.788,7 1	\$ 34.017.848,1 5
SANTO DOMINGO	\$ 7.354.787,5 6	\$ 9.606.469,2 4	\$ 12.869.996, 80	\$ 13.130.131, 48	\$ 20.448.132,6 5	\$ 25.322.710,4 3	\$ 32.514.449,5 7
SUCUMBIOS	\$ 7.607.426,5 6	\$ 9.010.925,3 3	\$ 10.134.909, 52	\$ 10.888.092, 16	\$ 12.178.178,5 8	\$ 14.706.936,2 3	\$ 22.405.786,3 1
TUNGURAHUA	\$ 19.057.805, 73	\$ 22.002.881, 05	\$ 27.132.110, 70	\$ 27.906.085, 38	\$ 31.265.966,5 0	\$ 36.170.030,8 1	\$ 39.403.470,4 0
ZAMORA CHINCHIPE	\$ 6.938.997,8 3	\$ 8.492.380,4 3	\$ 9.477.519,9 4	\$ 9.703.928,2 4	\$ 12.889.623,6 3	\$ 14.946.646,6 2	\$ 17.693.465,0 5
TOTAL NACIONAL	\$ 636.801.86 0,46	\$ 742.662.86 5,44	\$ 857.739.28 0,91	\$ 940.584.82 7,66	\$ 1.204.293.82 4,84	\$ 1.562.537.28 5,57	\$ 1.824.091.28 8,18

Fuente: Base de datos proporcionada por el Ministerio de Salud Pública
Elaborado por Camila Yopez del Pozo

Anexo B Gasto de inversión

PROVINCIA/AÑO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
AZUAY	\$ 1.668.956,6 8	\$ 1.808.546, 72	\$ 3.915.560,7 3	\$ 3.520.222,3 6	\$ 7.957.417,2 0	\$ 7.676.675,5 7	\$ 2.246.515,9 9
BOLIVAR	\$ 878.804,33	\$ 423.103,01	\$ 1.642.819,2	\$ 2.449.342,3	\$ 2.742.351,7	\$ 2.023.858,3	\$ 1.158.194,2

			4	9	3	9	6
CAÑAR	\$ 1.208.268,3 4	\$ 391.108,30	\$ 1.816.835,0 9	\$ 1.060.383,5 2	\$ 3.298.224,6 1	\$ 2.664.840,5 2	\$ 778.382,22
CARCHI	\$ 754.925,94	\$ 244.794,22	\$ 835.527,59	\$ 931.722,31	\$ 2.034.746,8 3	\$ 1.676.577,6 5	\$ 1.359.582,1 9
CHIMBORAZO	\$ 1.423.899,7 8	\$ 407.611,64	\$ 3.211.071,4 2	\$ 1.738.822,9 1	\$ 4.397.327,2 5	\$ 3.543.774,6 9	\$ 1.229.457,2 9
COORDINACIONES ZONALES	-	-	-	-	\$ 311.920,12	\$ 1.366.979,7 7	\$ 78.105.911, 19
COTOPAXI	\$ 1.242.202,4 2	\$ 639.555,42	\$ 3.038.106,3 7	\$ 1.770.916,9 3	\$ 4.523.518,9 6	\$ 3.191.899,3 0	\$ 965.918,45
EL ORO	\$ 2.303.869,7 0	\$ 915.553,57	\$ 3.062.706,8 4	\$ 7.689.732,8 4	\$ 6.044.981,4 0	\$ 5.236.866,1 1	\$ 1.963.702,1 2
ESMERALDAS	\$ 1.296.830,3 4	\$ 1.056.560, 13	\$ 2.717.251,0 3	\$ 7.440.254,7 6	\$ 4.867.167,3 2	\$ 3.842.395,3 8	\$ 4.192.908,4 7
GALÁPAGOS	\$ 387.643,32	\$ 159.363,06	\$ 298.005,17	\$ 712.130,58	\$ 476.075,13	\$ 594.988,62	\$ 253.896,47
GUAYAS	\$ 15.555.613, 46	\$ 13.677.688, 98	\$ 25.139.307, 01	\$ 51.668.747, 02	\$ 50.740.666, 99	\$ 85.291.677, 19	\$ 25.517.183, 49
IMBABURA	\$ 1.486.838,6 5	\$ 995.292,41	\$ 3.145.874,9 7	\$ 2.599.243,1 8	\$ 4.303.315,4 3	\$ 3.174.519,1 5	\$ 1.905.018,7 7
LOJA	\$ 1.599.882,1 7	\$ 941.348,43	\$ 3.400.361,7 6	\$ 2.765.656,2 9	\$ 4.926.807,6 2	\$ 4.503.177,2 4	\$ 2.158.359,2 2

LOS RIOS	\$ 2.504.025,9 6	\$ 1.989.224, 81	\$ 3.625.367,0 9	\$ 2.948.397,5 9	\$ 4.986.762,9 4	\$ 3.333.654,5 3	\$ 1.706.674,9 2
MANABÍ	\$ 3.750.917,6 4	\$ 2.313.056, 05	\$ 7.948.071,4 9	\$ 13.823.627, 42	\$ 16.273.536, 20	\$ 6.939.554,2 5	\$ 3.139.153,6 6
MATRIZ Y PLANTA CENTRAL	\$ 97.823.466, 55	\$ 63.624.675 ,11	\$ 118.956.334 ,15	\$ 135.363.131 ,68	\$ 166.938.599 ,48	\$ 119.580.429 ,01	\$ 104.002.143 ,37
MORONA SANTIAGO	\$ 1.501.085,9 5	\$ 926.194,51	\$ 1.762.705,0 5	\$ 2.039.575,6 7	\$ 2.882.182,3 2	\$ 2.070.184,3 5	\$ 591.455,43
NAPO	\$ 1.497.478,8 0	\$ 1.373.110, 82	\$ 802.084,63	\$ 3.059.900,3 1	\$ 4.411.247,6 0	\$ 1.545.384,3 4	\$ 234.020,61
ORELLANA	\$ 1.097.164,7 6	\$ 557.407,49	\$ 560.440,04	\$ 627.077,26	\$ 1.315.385,3 7	\$ 1.468.694,0 6	\$ 417.257,97
PASTAZA	\$ 1.357.498,4 5	\$ 498.631,29	\$ 966.795,52	\$ 1.847.504,1 3	\$ 1.453.335,4 8	\$ 1.232.568,5 3	\$ 510.075,65
PICHINCHA	\$ 8.814.509,2 1	\$ 2.973.565, 21	\$ 16.024.275, 69	\$ 21.598.442, 92	\$ 46.056.586, 73	\$ 20.928.853, 21	\$ 11.469.002, 67
SANTA ELENA	\$ 407.786,82	\$ 585.760,46	\$ 1.834.249,2 1	\$ 1.912.573,7 3	\$ 2.547.752,6 6	\$ 3.167.264,8 6	\$ 617.645,24
SANTO DOMINGO	\$ 409.688,18	\$ 164.346,18	\$ 580.903,26	\$ 1.804.997,1 4	\$ 5.131.007,4 8	\$ 4.019.498,9 0	\$ 578.089,52
SUCUMBIOS	\$ 1.044.976,0 4	\$ 529.531,50	\$ 862.995,27	\$ 4.590.887,8 4	\$ 2.642.200,0 3	\$ 1.694.197,9 6	\$ 776.785,81

TUNGURAHUA	\$ 1.735.087,9 5	\$ 749.062,55	\$ 2.465.792,7 8	\$ 2.384.587,5 5	\$ 3.450.979,8 9	\$ 3.576.949,4 3	\$ 1.705.839,0 4
ZAMORA CHINCHIPE	\$ 819.643,09	\$ 1.101.792, 88	\$ 729.353,20	\$ 1.599.650,9 5	\$ 1.936.137,8 2	\$ 1.614.239,4 9	\$ 433.463,04
Total general	\$ 152.571.064 ,53	\$ 99.046.884 ,75	\$ 209.342.794 ,60	\$ 277.947.529 ,28	\$ 356.650.234 ,59	\$ 295.959.702 ,50	\$ 248.016.637 ,06

Fuente: Base de datos proporcionada por el Ministerio de Salud Pública
Elaborado por Camila Yepez del Pozo

Anexo C
Gasto en personal de inversión

Provincia/Año	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
AZUAY	70.855,47	76.248,12	1.731.390, 20	1.676.484, 61	4.717.643,5 1	3.818.086,7 4	1.424.822, 34
BOLIVAR	61.316,37	86.961,16	942.817,85	933.538,57	2.016.186,7 9	1.511.383,0 2	604.001,37
CAÑAR	63.870,98	71.334,06	1.089.672, 69	473.257,68	1.994.157,0 4	2.261.893,8 0	570.590,78
CARCHI	53.136,47	68.555,27	309.378,10	271.586,52	1.300.880,4 3	1.079.794,1 8	627.832,46
CHIMBORAZO	59.991,87	79.811,24	2.492.227, 64	737.719,15	3.139.293,6 5	2.295.518,3 0	639.030,41
COORDINACIO NES ZONALES					26.050,93	394.501,03	4.970.611, 31
COTOPAXI	59.542,82	65.331,90	1.974.898, 86	587.850,64	3.543.576,1 8	2.201.141,0 9	363.223,31
EL ORO	59.789,63	162.302,1 3	1.695.943, 24	5.038.185, 15	3.322.002,4 8	3.134.712,9 9	1.032.726, 20
ESMERALDAS	59.839,44	86.190,81	1.241.029, 46	4.556.511, 76	1.907.143,9 1	1.630.939,5 7	1.653.505, 16

GALÁPAGOS	17.471,96	28.511,19	113.537,17	400.068,81	151.146,45	494.174,29	53.498,78
GUAYAS	3.786.433,36	4.223.456,98	11.927.786,39	26.335.399,81	24.572.620,24	55.756.184,81	17.912.338,01
IMBABURA	61.533,06	69.009,33	877.455,63	1.157.272,80	2.629.287,97	2.244.028,19	929.649,30
LOJA	63.724,65	88.737,26	1.667.910,83	1.938.464,41	3.297.194,37	3.633.165,57	1.149.055,03
LOS RIOS	200.762,65	374.731,67	2.026.819,89	1.750.894,07	1.833.027,11	1.733.571,69	1.021.079,25
MANABÍ	62.698,73	176.709,03	3.571.012,64	9.232.020,29	10.484.855,08	3.886.481,79	2.347.838,17
MATRIZ Y PLANTA CENTRAL	294.010,87	399.132,90	810.843,45	6.508.510,12	5.955.252,18	4.924.966,70	3.413.951,67
MORONA SANTIAGO	61.133,23	79.314,14	289.137,13	799.300,61	1.652.028,28	1.498.548,82	437.640,61
NAPO	61.417,17	72.861,49	227.700,22	2.229.889,35	3.529.025,84	1.258.297,39	72.787,03
ORELLANA	66.626,96	76.309,46	85.996,53	181.544,90	837.322,22	996.713,48	149.865,35
PASTAZA	59.252,91	69.960,10	215.403,88	1.059.798,74	627.146,59	827.290,60	306.345,91
PICHINCHA	98.596,96	222.009,39	8.816.024,52	9.327.230,56	29.695.362,65	10.607.904,28	4.878.166,85
SANTA ELENA		85.604,60	940.192,91	188.962,39	1.049.911,97	482.575,79	531.916,98
SANTO DOMINGO		13.759,86	261.297,59	436.023,55	3.010.191,71	2.395.452,01	321.900,27
SUCUMBIOS	52.344,60	81.011,13	100.189,41	4.190.634,66	1.895.465,27	1.224.356,71	193.496,48
TUNGURAHUA	70.910,52	79.024,46	1.129.609,82	1.423.589,44	2.162.245,92	2.335.330,20	725.177,19
ZAMORA CHINCHIPE	54.811,06	68.920,35	265.481,13	987.567,09	1.370.767,09	1.353.276,46	320.896,28
Total general	5.500.071,74	6.905.798,03	44.803.757,18	82.422.305,68	116.719.785,86	113.980.289,50	46.651.946,50

Fuente: Base de datos proporcionada por el Ministerio de Salud Pública
Elaborado por Camila Yepez del Pozo

Anexo D
Gasto en capital

PROVINCIA/AÑO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
AZUAY	\$ 1.751.262,5 8	\$ 1.027.309,1 3	\$ 692.314,30	\$ 1.309.272,8 2	\$ 1.652.392,5 3	\$ 3.402.621,27	\$ 2.055.775,7 7
BOLIVAR	\$ 670.921,70	\$ 393.344,40	\$ 42.928,02	\$ 433.668,22	\$ 498.547,30	\$ 232.441,26	\$ 1.704.531,8 4
CAÑAR	\$ 865.306,88	\$ 567.662,27	\$ 430.718,73	\$ 880.597,44	\$ 921.872,13	\$ 727.258,39	\$ 686.115,16
CARCHI	\$ 860.774,43	\$ 312.945,66	\$ 186.941,35	\$ 549.634,87	\$ 8.128.083,6 0	\$ 140.635,89	\$ 548.467,48
CHIMBORAZO	\$ 1.210.139,2 1	\$ 723.917,91	\$ 182.946,20	\$ 1.258.564,8 9	\$ 749.693,47	\$ 1.441.807,92	\$ 1.018.320,8 7
COORDINACION ES ZONALES					\$ 440.511,11	\$ 1.095.875,93	\$ 8.742.282,3 5
COTOPAXI	\$ 934.373,86	\$ 579.401,74	\$ 316.881,12	\$ 864.183,48	\$ 325.970,09	\$ 2.186.624,00	\$ 1.438.323,1 6
EL ORO	\$ 1.664.461,7 9	\$ 1.033.171,5 6	\$ 780.243,27	\$ 2.160.473,1 2	\$ 1.812.913,8 2	\$ 9.561.083,23	\$ 866.044,67
ESMERALDAS	\$ 1.297.755,6 5	\$ 775.304,37	\$ 238.090,23	\$ 801.256,05	\$ 2.047.406,0 2	\$ 4.623.344,41	\$ 2.227.896,7 4
GALÁPAGOS	\$ 159.926,37	\$ 102.102,43	\$ 50.420,14	\$ 337.276,18	\$ 557.187,63	\$ 1.152.262,02	\$ 2.129.215,0 6
GUAYAS	\$ 5.385.628,6 3	\$ 8.009.348,1 3	\$ 8.585.609,5 4	\$ 11.088.932, 23	\$ 17.185.326, 37	\$ 8.840.370,56	\$ 13.762.715, 21
IMBABURA	\$ 1.058.303,7 2	\$ 778.704,10	\$ 1.218.014,0 3	\$ 1.166.321,3 7	\$ 830.278,78	\$ 280.699,80	\$ 2.025.388,3 0

LOJA	\$ 1.724.129,2 2	\$ 1.032.366,1 5	\$ 545.176,19	\$ 1.656.162,7 6	\$ 1.335.803,7 0	\$ 3.372.884,15	\$ 1.187.980,0 8
LOS RIOS	\$ 1.074.774,8 5	\$ 947.113,96	\$ 283.829,85	\$ 895.347,48	\$ 1.483.442,7 5	\$ 290.621,81	\$ 1.413.263,5 0
MANABÍ	\$ 2.964.817,8 3	\$ 1.835.902,0 9	\$ 3.680.820,0 8	\$ 2.829.765,8 9	\$ 1.688.464,4 8	\$ 7.330.116,89	\$ 9.476.955,7 1
MATRIZ Y PLANTA CENTRAL	\$ 33.261.321, 56	\$ 39.725.935, 34	\$ 4.401.390,3 6	\$ 13.636.380, 44	\$ 18.583.686, 45	\$ 64.673.694,8 3	\$ 2.579.606,0 9
MORONA SANTIAGO	\$ 857.783,61	\$ 800.195,43	\$ 304.787,48	\$ 932.349,60	\$ 943.873,85	\$ 1.149.439,59	\$ 531.722,19
NAPO	\$ 548.014,68	\$ 362.526,00	\$ 498.477,99	\$ 196.262,35	\$ 6.029,22	\$ 135.810,75	\$ 846.776,92
ORELLANA	\$ 463.053,98	\$ 209.319,72	\$ 360.762,95	\$ 971.977,42	\$ 876.066,64	\$ 476.702,66	\$ 1.012.904,3 5
PASTAZA	\$ 847.905,88	\$ 195.617,50	\$ 84.527,57	\$ 85.883,35	\$ 104.632,76	\$ 26.716,13	\$ 116.273,37
PICHINCHA	\$ 5.323.814,8 7	\$ 4.791.910,0 3	\$ 2.943.765,9 6	\$ 7.434.214,9 8	\$ 9.845.569,6 6	\$ 9.721.695,64	\$ 10.984.524, 99
SANTA ELENA	\$ 501.474,42	\$ 369.489,88	\$ 609.562,35	\$ 2.376.676,0 4	\$ 3.047.936,1 2	\$ 1.991.856,31	\$ 1.026.896,9 4
SANTO DOMINGO	\$ 509.385,82	\$ 295.200,35	\$ 182.630,26	\$ 585.388,16	\$ 1.228.778,0 7	\$ 2.338.776,86	\$ 782.695,20
SUCUMBIOS	\$ 483.044,53	\$ 387.106,04	\$ 162.328,31	\$ 464.513,72	\$ 816.466,72	\$ 545.217,89	\$ 1.192.052,2 9
TUNGURAHUA	\$ 1.218.318,8 9	\$ 797.481,37	\$ 281.704,64	\$ 521.255,30	\$ 285.655,60	\$ 4.361.592,23	\$ 1.617.927,1 7
ZAMORA CHINCHIPE	\$ 623.740,97	\$ 292.216,79	\$ 153.686,36	\$ 681.088,65	\$ 750.045,50	\$ 145.222,66	\$ 324.049,60
Total general	\$ 66.260.435, 93	\$ 66.345.592, 35	\$ 27.218.557, 28	\$ 54.117.446, 81	\$ 76.146.634, 37	\$ 130.245.373, 08	\$ 70.298.705, 01

Fuente: Base de datos proporcionada por el Ministerio de Salud Pública
 Elaborado por Camila Yopez del Pozo

Anexo E
Metas del Desarrollo del Milenio y el caso Mexicano

Metas	Concepto	Caso mexicano
Meta 1: Reducir a la mitad la proporción de personas que sufren de hambre	Para supervisar esto, las Naciones Unidas (ONU) han propuesto el uso de indicadores relacionados con la salud en un sentido amplio, nutrición, los niños menores de cinco años con peso insuficiente y el porcentaje de la población por debajo del mínimo en cuanto a los niveles de consumo de energía alimentaria.	Si se usa la relación en altura según la edad como indicador de la desnutrición, veremos que entre 1998 y 1999 fue de alrededor del 22% menos lo que se requería para cumplir con los objetivos de desarrollo, suponiendo una tendencia lineal. Una manera indirecta de analizar la desnutrición es examinar cambios en la pobreza extrema (oficialmente llamado "Pobreza por consumo") entre 1992 y 2002. El progreso en este indicador es del 10%, mucho menor que el 44% requerido, debido principalmente al aumento de la pobreza durante la crisis de 1994-1995.
Meta 4: Evolución de los indicadores de mortalidad infantil	Con el fin de llevar a cabo este objetivo, la ONU seleccionó tres indicadores: Mortalidad infantil y la proporción de niños menores de 12 meses inmunizados contra el sarampión	México ha mostrado un índice de progreso del 55,4%, que es mayor que lo observado en cuatro de los países desarrollados y satisfactorios en términos de los Objetivos porque supera el 44%. Asimismo, en la última década México ha tenido una mejora significativa de las tasas de vacunación, contra el sarampión. En 1990, sólo el 75,3% de los niños debajo de los 12 meses habían sido vacunados contra esta enfermedad y en 2002 el número era del 96%.
Meta 5: Salud materna	Para monitorear este objetivo, se ha propuesto que la mortalidad materna y el porcentaje de nacimientos atendidos por personal médico sean evaluadas.	El progreso en la tasa de mortalidad materna es del 32,7%, más bajo al requerido. En cuanto a otros indicadores, el número de partos atendidos por personal médico capacitado debería ser del 100%, pero en México es sólo del 86%. La hipertensión inducida por el embarazo y las hemorragias siguen siendo responsables de un gran número de muertes maternas. Esto indica una persistencia de problemas con el acceso a servicios de salud adecuados y recibir atención durante el embarazo, parto y puerperio en los sectores rurales y marginales. La distribución entre estados también muestra fuertes contrastes, mayor incidencia se registra en las regiones sur y central del país y seis estados tienen más del 50% de este tipo de muertes. Los nacimientos atendidos por personal médico capacitado garantizan salud materna y neonatal. Estos profesionales pueden prevenir, atender o canalizar complicaciones en la entrega y puerperio y ayudan a reducir la morbilidad y mortalidad neonatal

<p>Meta 6: Combatir el VIH / SIDA, la malaria y otras enfermedades serias</p>	<p>El seguimiento del progreso de la lucha contra el VIH / SIDA se basa en indicadores como la prevalencia del VIH / SIDA entre mujeres embarazadas de 15 a 24 años y el número de niños huérfanos por causa del VIH / SIDA. En relación con el paludismo y otras enfermedades, indicadores incluirán la tasa de mortalidad asociada con la malaria y la proporción de población en alto riesgo utilizando prevención efectiva contra la malaria y medidas de tratamientos. También, se sugiere que otros indicadores como el índice de mortalidad asociados con la tuberculosis y la proporción de casos de tuberculosis detectados y curados por la estrategia de tratamiento directamente observada (ETDO) sean evaluados.</p>	<p>Según el Banco Interamericano de Desarrollo, los objetivos e indicadores utilizados para seguir la difusión de VIH / SIDA no son apropiados para América Latina y el Caribe. En América Latina y el Caribe, el VIH / SIDA afecta principalmente a los grupos con prácticas de alto riesgo.</p> <p>Por esta razón, alcanzar este Objetivo de Desarrollo del Milenio, la meta debe ser medida por los cambios en la prevalencia entre estas poblaciones clave: hombres que tienen relaciones sexuales relaciones con otros hombres (HSH), sexo entre compañeros de trabajo y consumidores de drogas intravenosas.</p> <p>Con respecto a la malaria, la situación en sustancialmente mejor que el resto del latinoamerica.</p> <p>En América Latina y el Caribe, hubo ocho muertes por tuberculosis (TB) por cada 100.000 habitantes en 2002. En México durante ese mismo año, sólo cinco muertes ocurrieron por cada 100.000 habitantes. En la lucha contra la tuberculosis, se ha observado que la estrategia de tratamiento directamente observado (ETDO) es La forma más efectiva de tratar la enfermedad, una tasa de recuperación de hasta el 95%. El porcentaje de casos tratados con ETDO se han considerado como un indicador del progreso en la lucha contra la enfermedad. En México, el 83% de todos los casos de tuberculosis son tratados con este procedimiento</p>
<p>Meta 7: Acceso sostenible al agua potable</p>	<p>Para monitorear este objetivo, el uso de indicadores para el porcentaje de la población con acceso sostenible al agua potable y al funcionamiento de agua han sido propuestos.</p>	<p>En términos de condiciones ambientales y saneamiento, medidos a través del acceso al agua potable, en promedio México está muy cerca de alcanzar el objetivo sugerido por los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Sin embargo, en comparación con otros países latinoamericanos, los niveles son aún inferiores a los observados en los países como Chile y Colombia.</p>

Fuente: Invirtiendo en salud para el desarrollo económico
Elaborado por Camila Yopez del Pozo

Anexo F Artículos de la Constitución que mencionan a la salud

Artículo	Derechos
3	"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”. (Artículo 3 de la Constitución de la República del Ecuador, 2008:9)
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, 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. (Artículo 32 de la Constitución de la República del Ecuador, 2008:17)
37	“El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos: La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas”. (Artículo 37 de la Constitución de la República del Ecuador, 2008:18)
43	El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a: 1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral. 2. La gratuidad de los servicios de salud materna. 3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto. 4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia. (Artículo 43 de la Constitución de la República del Ecuador, 2008:21)
46	El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes: 1. Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos. (Artículo 43 de la Constitución de la República del Ecuador, 2008:22) El Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social. Se reconoce a las personas con discapacidad, los derechos a: 1. La atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida (Artículo 43 de la Constitución de la República del Ecuador, 2008:22)
264	Planificar, construir y mantener la infraestructura física y los equipamientos de salud y educación, así como los espacios públicos destinados al desarrollo social, cultural y deportivo, de acuerdo con la ley. (Artículo 264 de la Constitución de la República del Ecuador, 2008:86-87)
358	El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la

	diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional. (Artículo 358 de la Constitución de la República del Ecuador, 2008:110)
362	La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios. . (Artículo 362 de la Constitución de la República del Ecuador, 2008:111)
363	El Estado será responsable de: 1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario. 2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura. 3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud. 4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos. 5. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución. 6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto. 7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales. 8. Promover el desarrollo integral del personal de salud. . (Artículo 363 de la Constitución de la República del Ecuador, 2008:111)
366	El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud. El Estado financiará a las instituciones estatales de salud y podrá apoyar financieramente a las autónomas y privadas siempre que no tengan fines de lucro, que garanticen gratuidad en las prestaciones, cumplan las políticas públicas y aseguren calidad, seguridad y respeto a los derechos. Estas instituciones estarán sujetas a control y regulación del Estado. . (Artículo 366 de la Constitución de la República del Ecuador, 2008:112)
369	El seguro universal obligatorio cubrirá las contingencias de enfermedad, maternidad, paternidad, riesgos de trabajo, cesantía, desempleo, vejez, invalidez, discapacidad, muerte y aquellas que defina la ley. Las prestaciones de salud de las contingencias de enfermedad y maternidad se brindarán a través de la red pública integral de salud. El seguro

	universal obligatorio se extenderá a toda la población urbana y rural, con independencia de su situación laboral. Las prestaciones para las personas que realizan trabajo doméstico no remunerado y tareas de cuidado se financiarán con aportes y contribuciones del Estado. La ley definirá el mecanismo correspondiente. (Artículo 369 de la Constitución de la República del Ecuador, 2008:112)
Disposiciones transitorias	Vigesimosegunda.- el presupuesto general del estado destinado al financiamiento del sistema nacional de salud, se incrementará cada año en un porcentaje no inferior al cero punto cinco por ciento del producto interior bruto, hasta alcanzar al menos el cuatro por ciento. (Constitución de la República del Ecuador, 2008:134)

Fuente: Constitución de la República del Ecuador (2008)

Elaborado por Camila Yepez del Pozo