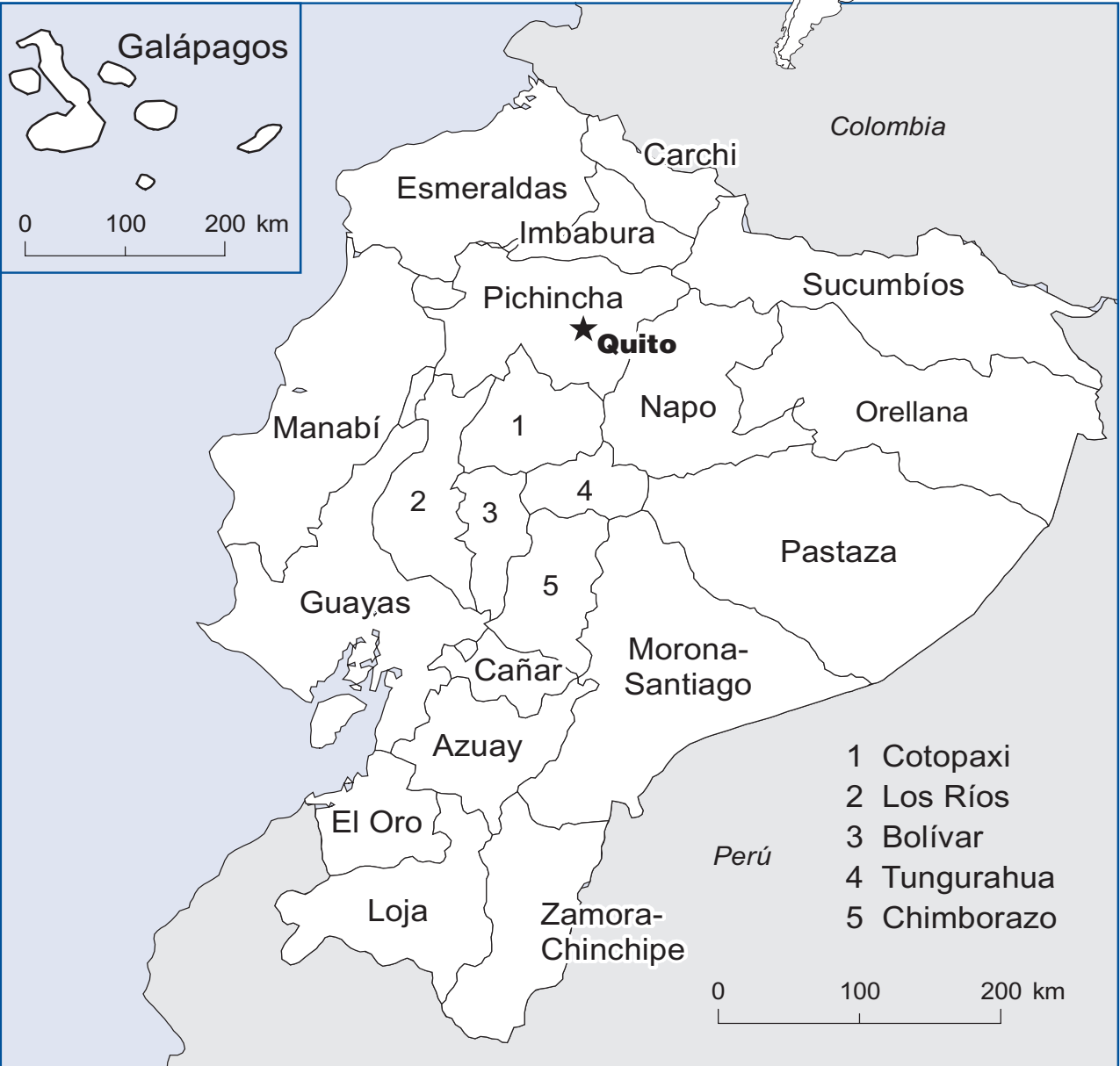
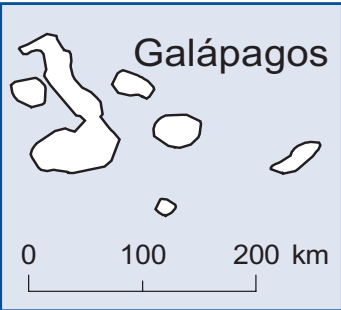


# ECUADOR



- 1 Cotopaxi
- 2 Los Ríos
- 3 Bolívar
- 4 Tungurahua
- 5 Chimborazo

**E**l Ecuador se encuentra en la costa noroeste de América del Sur y tiene una extensión territorial de 256.370 km<sup>2</sup>. La cadena montañosa de los Andes divide al país en las regiones geográficas Costa, Sierra, Amazonía e Insular (o Islas Galápagos, localizadas a 1.000 km de la costa). El país está dividido geopolíticamente en 22 provincias, las cuales a su vez se subdividen en 269 cantones y estos en parroquias.

## CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

### Determinantes sociales, políticos y económicos

Como resultado de la crisis económica de 1999, en 2000 Ecuador adoptó el dólar estadounidense como moneda oficial. Entre 2001 y 2005, la economía del país registró una tasa de crecimiento promedio de 4,9%. El desempeño de esta se tradujo en un mayor nivel de producto interno bruto (PIB) per cápita, que se expandió a una tasa promedio anual de 3,5% en este período; al cierre de 2005, el PIB per cápita alcanzó US\$ 2.743. Por otra parte, la inflación se redujo significativamente al pasar de un promedio anual de 37,7% en 2001 a 2,12% en 2005, lo que permitió la recuperación de los salarios reales (1). El desempleo también disminuyó: la tasa de desempleo urbano pasó de 10,9% en 2001 a 7,9% en 2005 y, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en noviembre de 2003 el desempleo de la población total era de 9,2% (246.085 mujeres y 215.008 hombres) (2). Por su parte el salario mínimo, en términos reales, registró un incremento promedio de 10% entre 2001 al 2005. Como consecuencia de la crisis económica de 1999–2000, en el período 2001–2005 aproximadamente un millón de personas abandonaron el país en busca de mejores condiciones de vida y oportunidades económicas. Para 2005, más de US\$ 1.700 millones al año ingresaron al circuito de la economía por concepto de remesas.

Esta evolución de la economía se dio en un marco de inestabilidad política interna, ya que de 2001 a 2005 hubo tres presidentes, cuando el período presidencial normal es de cuatro años. El presupuesto fiscal del sector salud —que incluye el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y otras instituciones— se incrementó de 3,3% del presupuesto general en 2001 a 5,9% en 2005 (3). Además se canalizaron otras fuentes de financiamiento, como el Fondo de Solidaridad para la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, para el fortalecimiento de la red pública del MSP.

En 2004, el II Congreso por la Salud y la Vida emitió políticas en favor de la interculturalidad y recomendaciones para las re-

formas estructurales tendientes a desarrollar un modelo de atención integral (es decir, considerando los factores económicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales), intercultural, con enfoque de género e intergeneracional (4). En el mismo congreso se complementaron las políticas al plantear la agenda de salud para 2005–2006.

En una encuesta nacional donde se midió la pobreza según consumo,<sup>1</sup> realizada por el INEC, se encontró que en 2003 41,5% vivía en situación de pobreza y 8,5%, en pobreza extrema, mientras que para el siguiente año, los porcentajes fueron 52% y 14%, respectivamente. Para el período 2005–2006, la proporción de pobreza registrada para la población rural fue 79% y para la urbana 39%. Ese mismo año, el 20% más rico de la población accedía a 46,5% de todo el consumo, mientras que el 20% más pobre tenía acceso a 7,7%. Mediante el Decreto Ejecutivo 1619 de mayo de 2004, el gobierno reconoció que uno de los problemas más graves que enfrenta el país es la pobreza, por lo que diseñó una estrategia nacional para su reducción mediante procesos sostenidos de reforma institucional que permitan consolidar nuevos parámetros de gestión en la producción, entrega y prestación de servicios sociales públicos a la población más vulnerable.

En 2004, aproximadamente 56% de las mujeres de 20 a 49 años de edad no realizaba trabajo remunerado, siendo un poco menor este porcentaje en la sierra (51%) y en la zona insular (54%). En las esferas política y pública, las mujeres tienen menos voz que los hombres y ocupan 31% de los puestos ejecutivos y 25% de los cargos locales de elección popular.

Según el *Informe sobre desarrollo humano* de 2005 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Ecuador se situó en el puesto 82 entre los 159 países que se incluyeron en la medición de Índice de Desarrollo Humano (IDH).

<sup>1</sup>Pobreza de consumo: número de personas pobres expresado como porcentaje del total de la población en un determinado año. Se define como “pobres” a aquellas personas que pertenecen a hogares cuyo consumo per cápita, en un período determinado, es inferior al valor de la línea de pobreza. La línea de pobreza es el equivalente monetario del costo de una canasta básica de bienes y servicios por persona por período de tiempo (generalmente, quincena o mes).

En 2005 se publicó un informe que estableció la política nacional para alcanzar el compromiso del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (5). Este mostró un diagnóstico sobre los progresos sociales conseguidos en el período 1990–2003; detalló los principales desafíos, incluido un primer ejercicio de costeo, y destacó el principal reto de modificación de las tendencias inerciales de crecimiento económico y de la acción pública y social. Se estimó que un crecimiento real de 4,5% del PIB anual permitiría lograr los niveles de inversión pública requeridos para el cumplimiento de los ODM, siempre y cuando se priorice efectivamente el gasto público social en los sectores en desventaja.

La inestabilidad política de 2001 a 2005 generó problemas de gobernabilidad, violencia social, incremento de la corrupción (6), inestabilidad administrativa y falta de continuidad en la gestión pública (7). Esta situación afectó la dinámica del sector salud y sus potenciales reformas. Los reiterados cambios de autoridades (nueve ministros de salud entre 2001 y 2005) y la inserción de planes y programas propios en cada administración —tales como protección social en salud, descentralización, extensión de cobertura, licenciamiento de servicios, plan integrado de alimentación complementaria y nutricional en las parroquias más pobres del país, y aseguramiento universal, entre otros— debilitaron la autoridad sanitaria nacional, limitando el desarrollo y la sostenibilidad de procesos de reforma más coherentes. En la primera fase del Aseguramiento Universal en Salud (8) se preveía alcanzar, para 2010, la cobertura universal de las poblaciones de los quintiles 1 y 2 de menores ingresos (5.200.000 habitantes); se incluían diversas iniciativas de acciones educativas y preventivas intersectoriales para el control de eventos epidémicos (en especial de dengue y otras enfermedades transmisibles) y acciones integradas de alimentación y nutrición para la protección de los grupos más vulnerables en las zonas con más carencias, tanto urbanas como rural.

La tasa general de analfabetismo de la población de más de 15 años se situó en 9,0% para 2004: 9,3% en la Sierra y Oriente, y 8,7% en la Costa; en las provincias de Chimborazo, Cotopaxi y Bolívar, con alta concentración de población indígena, fue de 19%, 17,6% y 17,5%, respectivamente. La tasa fue mayor para las mujeres (10,3%) que para los hombres (7,7%); este predominio de analfabetismo en las mujeres se registró en todas las provincias, a excepción de Manabí (por ejemplo, en Chimborazo esa tasa fue 13,4% para los hombres y 23,8% para las mujeres). Para 2005, 66,8% de la población total completó la educación primaria (67,9% hombres y 65,8% mujeres) (9). La proporción de mujeres que no han ingresado al sistema escolar se incrementó de 1% en el grupo de 15 a 19 años a 10% en el grupo de 45 a 49 años; la proporción con instrucción superior y postgrado descendió de 23% en mujeres de 20 a 24 años a 16% en el grupo de 45 a 49 años. Excepto en el grupo de 15 a 19 años, la escolaridad promedio de las mujeres (promedio nacional = 8,7 años) descendía en la medida que aumentaba la edad (10).

En la política nacional de agua y saneamiento (2003) el gobierno identificó la necesidad de una inversión de alrededor de US\$ 150 millones por año, para eliminar el déficit existente en los servicios de agua y saneamiento en el período 2001–2010. En cuanto a residuos sólidos, para el mismo período se estimaron US\$ 42 millones como la inversión necesaria para la disposición final en 180 municipios del país.

Para el período 2001–2005 se identificaron dos importantes zonas fronterizas objeto de análisis e intervención por el gobierno en su conjunto y de manera especial por el sector salud y organismos de cooperación: la zona de frontera Norte con Colombia y la zona de frontera Sur con Perú. La frontera Norte está conformada por las provincias de Esmeraldas, Carchi, Imbabura y Sucumbíos; con la excepción de Imbabura, las otras tres limitan con Colombia, tienen un total de 42.065 km<sup>2</sup> (16% del territorio nacional) y 1.119.550 habitantes (8,3% de la población del país en 2005). En Esmeraldas, Imbabura y Sucumbíos había 7 cantones (de un total de 20) con más de 90% de la población bajo la línea de pobreza (medida por las necesidades básicas insatisfechas), particularmente en el área rural (11).

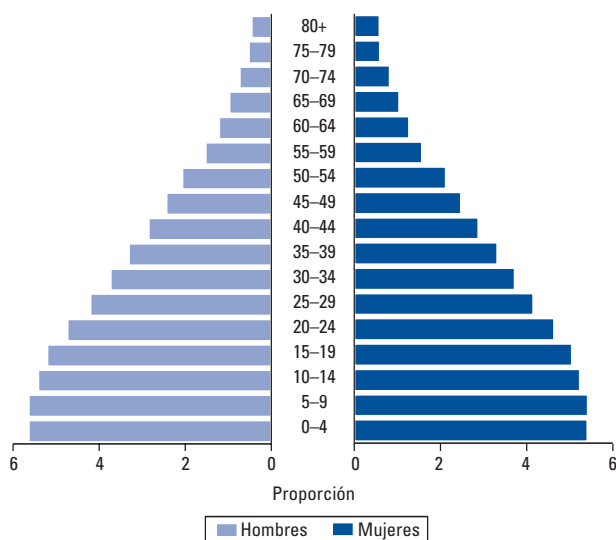
La situación de conflicto en Colombia generó el desplazamiento de población de ese país en busca de refugio; el MSP y el Alto Comisionado para los Refugiados de las Naciones Unidas (ACNUR) registró un aumento de solicitudes de refugio: 475 solicitantes en 2000, 11.515 en 2003 y 27.190 solo en el primer semestre de 2004. Hasta el primer trimestre de 2006, 12.000 personas recibieron estatus de refugiados y se ubicaron principalmente en las provincias de Sucumbíos, Esmeraldas, Imbabura, Pichincha, Carchi y Azuay.

El país presenta riesgos para desastres naturales debido a las múltiples amenazas (fallas geológicas, volcanes, terrenos en declive, deforestación, inundaciones y deslizamientos, entre otras), las cuales interactúan con las vulnerabilidades de un alto porcentaje de su población. La cordillera de los Andes que atraviesa el país y un territorio insular netamente volcánico contribuyen con un grupo de 72 volcanes con algún factor de riesgo y de ellos al menos 13 con alto riesgo para la población; entre los más conocidos están Tungurahua, Guagua Pichincha, Reventador, Cotopaxi, Sangay y Sierra Negra (en las Galápagos).

### Demografía y mortalidad

En 2005, la población total estimada fue de 13.215.089, de los cuales 6.586.721 (49,8%) eran mujeres (Figura 1). La densidad poblacional en el país es de 49,3 habitantes por km<sup>2</sup> y la mayoría de la población (63,4%) vive en zonas urbanas. La distribución poblacional no es homogénea y se encuentra concentrada en los polos de desarrollo de las principales provincias (Guayas 26% y Pichincha 15%), en especial en las ciudades de Quito (12%) y Guayaquil (17%) (12). El país se caracteriza por ser pluricultural y multiétnico; según el VI Censo de Población, realizado en 2001

**FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Ecuador, 2005.**



Fuente: Ecuador, Proyecciones de Población 1950-2025. INEC-CEPAL

por el INEC, 6,1% de la población mayor de 15 años se consideró como indígena; 5%, afroecuatoriana y mulata; 77,7%, mestiza, y 10,8%, blanca. La concentración de población indígena por provincias en 2005 fue la siguiente: Chimborazo 70%, Cotopaxi 60%, Imbabura 45%, Bolívar 40% y Tungurahua 28% (13).

De acuerdo con el censo de población de 2001, la tasa de crecimiento poblacional anual fue de 2,05% con respecto al censo de 1990 que fue de 2,19%, siendo mayor la tasa de crecimiento en el sector urbano (3%) que en el rural (0,85%). La tasa global de fecundidad (TGF) según diferentes fuentes mantuvo tendencia a disminuir en el período 2001-2005. Para 2001 alcanzó 2,8 hijos/mujer y para 2005 2,7 (14, 15). Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos y el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (INEC-CELADE), para el período 2000-2005 la TGF fue 2,8 hijos/mujer y 3,1 en el período anterior (1995-1999) (16), mientras que según la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN) de 2004, para el período 1999-2004 la TGF fue 3,3, siendo mayor en el área rural, 3,9 (urbana 2,9), en la población indígena, 4,9 y en los mestizos, 3,1.

Según el INEC-CELADE, el índice de envejecimiento para 2005 fue de 25% (adultos mayores de 60 años/población 0-14 años). La esperanza de vida en los períodos 1995-1999 a 2000-2005 se incrementó para ambos sexos, pasando de 72,3 a 74,2 años; para los hombres aumentó de 69,6 a 71,3 años y para las mujeres, de 75,1 a 77,2 (16). En 2004 se registraron 305.620 nacidos vivos, de los cuales 53,3% correspondían a nacimientos ocurridos en ese mismo año y los demás fueron inscripciones tardías (46,7%).

El subregistro de mortalidad estimada para el período 2000-2005 fue de 13,4%. La tasa cruda de mortalidad (por 1.000 habitantes) para 2001 se estimó en 5,8 (14) y para 2005 en 5,0 (15). El INEC notificó en 2003 que 76,9% de las muertes tuvieron certificación médica, y las causas mal definidas constituyeron el 12,6% (17). En un período anterior (alrededor del año 2000) este último dato fue 13,3% (18). Para 2004 se registraron un total de 54.729 muertes (31.292 hombres y 23.437 mujeres), cuyas causas principales se describen en el cuadro 1.

En 2004, la distribución en hombres y mujeres tuvo diferencias: las tasas por 100.000 habitantes de cirrosis y otras enfermedades del hígado fueron 8,0 para mujeres y 17,0 para hombres; las de diabetes mellitus, 23,0 para mujeres y 18,0 para hombres, y la tasa de insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades mal definidas del corazón fue la misma para hombres y mujeres, 31,0.

En relación con las causas de muerte por violencia para 2004, las tasas de mortalidad por 100.000 habitantes fueron las agresiones (homicidios), 18,0 (32,0 hombres, 3,0 mujeres); los accidentes de tránsito terrestre, 14,0 (22,0 hombres, 7,0 mujeres) y los suicidios 6,0 (9,0 hombres, 4,0 mujeres).

## SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

### Salud de los niños menores de 5 años

Para 2001 la tasa de mortalidad infantil estimada por 1.000 nacidos vivos fue de 24,9 y para 2004, de 22,3 (15). En 2003 las muertes registradas de menores de 1 año fueron 3.942 (2.241 niños y 1.701 niñas), de las cuales 3.121 fueron en el área urbana y 821 en el área rural. La mayoría de las defunciones se concentraron en la región Sierra (2.100) y la provincia con más muertes fue Pichincha (1.061). Las principales causas de mortalidad infantil fueron trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal (14,8%, 340 niños y 244 niñas); neumonía e influenza (10,1%, 218 niños y 181 niñas); sepsis bacteriana del recién nacido (9,0%, 205 niños y 150 niñas); otras afecciones respiratorias del recién nacido (6,1%, 143 niños y 99 niñas); y dificultad respiratoria del recién nacido (4,5%, 97 niños y 80 niñas) (19). En relación a la lactancia materna, 73% de mujeres encuestadas en 2004 lactaron el primer día después del parto; a los tres meses únicamente 49% practicaban la lactancia materna exclusiva. Por otro lado, 39,6% de los menores de 6 meses recibieron lactancia materna exclusiva. El promedio total (no exclusiva) fue de 16 meses (10).

En el grupo de 1 a 4 años de edad, en 2003 se registraron 1.800 muertes (996 niños y 804 niñas). Las principales causas de muerte fueron influenza y neumonía (14,4%), seguidas por las enfermedades infecciosas intestinales (11,2%), ahogamiento y sumersión accidentales (5,4%), desnutrición y anemias nutriciona-

**CUADRO 1. Tasa de mortalidad por causa y sexo según lista condensada de 103 grupos (CIE 10), Ecuador, 2004.**

			Total país								
			Total			Hombres			Mujeres		
Población estimada 2004			13.026.891			6.535.564			6.491.327		
Total de defunciones			54.729			31.292			23.437		
Tasa de mortalidad general			420,1			478,8			361,1		
Código	Códigos CIE-10	Causas de muerte	Número	Tasa	%	Número	Tasa	%	Número	Tasa	%
068	I26-I51	Otras enfermedades del corazón	4.014	30,8	7,3	2.010	30,8	6,4	2.004	30,7	8,6
074	J12-J18	Neumonía	2.998	23,0	5,5	1.608	24,6	5,1	1.390	21,3	5,9
069	I60-I69	Enfermedades cerebrovasculares	2.949	22,6	5,4	1.540	23,6	4,9	1.409	21,6	6,0
052	E10-E14	Diabetes mellitus	2.672	20,5	4,9	1.179	18,0	3,8	1.493	22,8	6,4
066	I10-I13	Enfermedades hipertensivas	2.474	19,0	4,5	1.289	19,7	4,1	1.185	18,1	5,1
102	X85-Y09	Agresiones	2.315	17,8	4,2	2.104	32,2	6,7	211	3,2	0,9
067	I20-I25	Enfermedades isquémicas del corazón	2.300	17,7	4,2	1.379	21,1	4,4	921	14,1	3,9
092	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	1.906	14,6	3,5	1.109	17,0	3,5	797	12,2	3,4
096	V01-V99	Accidentes de transporte	1.873	14,4	3,4	1.451	22,2	4,6	422	6,5	1,8
080	K70-K76	Enfermedades del hígado	1.655	12,7	3,0	1.124	17,2	3,6	531	8,1	2,3
029	C16	Tumor maligno del estómago	1.484	11,4	2,7	822	12,6	2,6	662	10,1	2,8
076	J40-J47	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	909	7,0	1,7	529	8,1	1,7	380	5,8	1,6
101	X60-X84	Lesiones autoinfligidas intencionalmente	796	6,1	1,5	559	8,6	1,8	237	3,6	1,0
012	A40-A41	Septicemia	697	5,4	1,3	356	5,4	1,1	341	5,2	1,5
005	A15-A16	Tuberculosis respiratoria	697	5,4	1,3	471	7,2	1,5	226	3,5	1,0
053	E40-E46	Desnutrición	646	5,0	1,2	315	4,8	1,0	331	5,1	1,4
040	C61	Tumor maligno de la próstata	636	4,9	1,2	636	9,7	2,0	0	0,0	—
031	C25	Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	573	4,4	1,0	279	4,3	0,9	294	4,5	1,3
034	C43	Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	569	4,4	1,0	332	5,1	1,1	237	3,6	1,0
093	Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	503	3,9	0,9	265	4,1	0,8	238	3,6	1,0
020	B20-B24	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	495	3,8	0,8	404	6,2	1,1	91	1,4	0,3
098	W65-W74	Ahogamiento y sumersión accidentales	467	3,6	0,9	391	6,0	1,2	76	1,2	0,3
045	C17, C23-C24	Leucemia	458	3,5	0,7	237	3,6	0,7	221	3,4	0,8
049	D50-D64	Anemias	424	3,3	0,8	198	3,0	0,6	226	3,5	1,0
038	C54-C55	Tumor maligno de otras partes y de las no especificadas del útero	409	3,1	0,7	0	0,0	—	409	6,3	1,7
030	C18-C21	Tumor maligno del colon, del recto y del ano	401	3,1	0,7	175	2,7	0,6	226	3,5	1,0
097	W00-W19	Caídas	369	2,8	0,7	303	4,6	1,0	66	1,0	0,3
003	A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	334	2,6	0,6	178	2,7	0,6	156	2,4	0,7
036	C50	Tumor maligno de la mama	312	2,4	0,6	8	0,1	0,0	304	4,7	1,3
032	C25	Tumor maligno del páncreas	256	2,0	0,5	122	1,9	0,4	134	2,1	0,6
056	F10-F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	251	1,9	0,5	228	3,5	0,7	23	0,4	0,1
079	K25-K27	Úlcera gástrica y duodenal	247	1,9	0,5	156	2,4	0,5	91	1,4	0,4
043	C82-C85	Linfoma no hodgkin	239	1,8	0,4	136	2,1	0,4	103	1,6	0,4
037	C53	Tumor maligno del cuello del útero	235	1,8	0,4	0	0,0	—	235	3,6	1,0
042	C70-C72	Tumor maligno de las meninges, del encéfalo y de otras partes del sistema nervioso central	204	1,6	0,4	111	1,7	0,4	93	1,4	0,4

*(continúa)*

**CUADRO 1 (Continuación).**

Código	Códigos CIE-10	Causas de muerte	Número	Tasa	%	Número	Tasa	%	Número	Tasa	%
070	I70	Aterosclerosis	163	1,3	0,3	81	1,2	0,3	82	1,3	0,3
100	X40-X49	Envenenamiento accidental por exposición a sustancias nocivas	156	1,2	0,3	125	1,9	0,4	31	0,5	0,1
083	M00-M99	Enfermedades del sistema osteo-muscular y del tejido conjuntivo	154	1,2	0,3	52	0,8	0,0	102	1,6	0,4
059	G00,G03	Meningitis	126	1,0	0,2	78	1,2	2,0	48	0,7	0,2
039	C56	Tumor maligno del ovario	111	0,9	0,2	0	0,0	–	111	1,7	0,5
089	O10-O92	Otras muertes obstétricas directas	109	0,8	0,2	0	0,0	–	109	1,7	0,5
099	X00-X09	Exposición al humo, fuego y llamas	101	0,8	0,2	66	1,0	0,2	35	0,5	0,1
094	R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	6.363	48,8	11,6	3.338	51,1	10,7	3.025	46,3	12,9
		Resto de causas de muerte	9.679	74,3	17,7	5.548	84,9	17,7	4.131	63,2	17,6

*Nota:* Se incluye la población de zonas no delimitadas; se incluyen 69 defunciones de residentes en el exterior. Las tasas son por 10.000 habitantes.

les (4,7%) y accidentes de transporte terrestre (3,4%) (20). En 2004 el MSP reportó una cobertura de 20,6% en la atención ambulatoria de este grupo de edad (21).

### Salud de los niños de 5 a 9 años

En 2005 este grupo constituía 21,1% de la población (proporción similar entre hombres y mujeres). En 2003, en el grupo de 5 a 14 años se registraron 1.364 muertes (787 niños y 577 niñas); los accidentes de transporte terrestre constituyeron la primera causa de muerte con 12,1%, seguidos por ahogamiento y sumersión accidentales (6,0%), influenza y neumonía (5,8%), neoplasia maligna del tejido linfático, hematopoyéticos y tejidos afines (4,8%) y enfermedades del sistema urinario (2,8%); la desnutrición y las anemias nutricionales ocuparon la décima posición con 1,7% (20). Un estudio realizado en 2001 encontró una prevalencia de sobrepeso y obesidad de 14% en escolares de 8 años (obesidad 5% y sobrepeso 9%) (22).

### Salud de los adolescentes (10–14 años y 15–19 años)

El 2005, según proyecciones del INEC, la población de 10 a 19 años representó 20,7% del total de los habitantes (más de 2,7 millones), de los cuales 46,9% fueron hombres y 53,1% mujeres (23). En 2004, un estudio (24) encontró que 45% de las muertes de adolescentes entre 12 y 17 años fueron por causas evitables, como accidentes o actos de violencia. Según la misma fuente, entre 2000 y 2002 murieron un promedio de 1.200 adolescentes por año por las mismas causas; además, se estimó un total de 256 suicidios (1 cada cuatro días). Para 2003, 32% de la población de 15 a 19 años reportó algún tipo de agresión (25).

En 2004, 27,0% de mujeres de 15 a 19 años ya habían tenido relaciones sexuales y 38,9% en el grupo de 15 a 24 años ya habían estado embarazadas—38,0% en el área urbana y 40,3% en la rural. Los porcentajes por regiones fueron 43,0% en la Costa, 42,9% en la Amazonía y 35,0% en la Sierra; el porcentaje más alto entre las provincias lo alcanzó Los Ríos (50,8%) (10). Para ese mismo año, el INEC informó que 78,6% de los partos se realizaron con asistencia profesional (19). En 2003, el INEC reportó 30.489 abortos, siendo esta la segunda causa de egresos hospitalarios femeninos a nivel nacional (16). En 2004 el MSP reportó 20.439 abortos y 21.358 legrados o curetajes (21).

### Salud de los adultos (20–59 años)

La edad mediana de la población para 2005 se estimó en 24 años; la población de 15 a 29 años representó 27,7% del total de la población, y los adultos entre 30 y 59 años, 32%. En 2004, 13,5% de las mujeres de 15 a 24 años con experiencia sexual informó haber usado un método anticonceptivo en su primera relación sexual. El promedio nacional de uso de métodos de anticoncepción fue 73% y en indígenas 47%; el método más utilizado fue el condón (6,7%). En relación a los partos, en el grupo de 15 a 49 años, 43,9% se atendieron en establecimientos del MSP; 20,1% en casas con o sin partera; 19,2% en instituciones semiautónomas y 16,8% en instituciones privadas (10). Ese año el MSP reportó la atención de 130.524 partos (cobertura estimada 36%). Las provincias con mayor número de partos atendidos fueron Pichincha (31.091, cobertura 47,3%), Guayas (19.666, 21,2%) y Manabí (13.437, 34,3%). También en 2005, se informaron 30.783 cesáreas; las provincias con el mayor número fueron Pichincha (7.098), Guayas (4.484) y Manabí (3.918). Respecto a la citología

cervicouterina, el MSP registró 144.514 en 2004 (cobertura estimada 8,3%) (21).

En 2001 la razón de mortalidad materna estimada fue 97,0 por 100.000 nacidos vivos, y en 2003 fue 77,8 (15, 26). El INEC en 2004 reportó como principales causas de muerte materna: la eclampsia y otros trastornos hipertensivos (41,7%); las complicaciones del trabajo de parto y del parto (31,7%); el embarazo terminado en aborto (6,5%), y las complicaciones relacionadas principalmente con el puerperio (5,8%). En 2004 la tasa nacional de mortalidad materna fue 76,4 por 100.000 nacidos vivos. Con relación a la distribución urbana y rural, según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Muerte Materna, existió un predominio de muertes en mujeres que residían en áreas rurales de mayor pobreza (65%), lo que coincide con lo informado por ENDEMAIN en 2004. En 2003, el INEC notificó 12.089 muertes en el grupo de 15 a 49 años (8.213 hombres y 3.876 mujeres). Las primeras causas fueron homicidios (12%, 1.346 hombres y 114 mujeres); accidentes de transporte terrestre (9,7%, 988 hombres y 194 mujeres); suicidios (4,4%, 344 hombres y 186 mujeres); ahogamiento y sumersión accidentales (4,1%, 420 hombres y 78 mujeres), y enfermedades cerebrovasculares (3,4%, 247 hombres y 167 mujeres). El mismo año, para el grupo de 50 a 59 años se reportaron 8.053 muertes (4.821 hombres y 3.232 mujeres). Las primeras causas de mortalidad fueron diabetes mellitus (8,3%, 345 hombres y 322 mujeres); enfermedades cerebrovasculares (6,0%, 277 hombres y 207 mujeres); cirrosis y otras enfermedades del hígado (5,8%, 345 hombres y 121 mujeres); enfermedades isquémicas del corazón (5,4%, 296 hombres y 144 mujeres), y enfermedades hipertensivas (4,8%, 234 hombres y 155 mujeres). En este grupo se registraron 193 muertes por neoplasia maligna del útero (2,4% del total) y 122 por cáncer mamario femenino (1,5% del total). Los accidentes de transporte terrestre (3,8%) se desplazaron hasta el octavo puesto en este grupo y la neoplasia maligna del estómago (3,6%) aparece en noveno lugar (27).

### Salud de los adultos mayores (60 años y más)

En 2004, en base al censo de la población de 2001, la proyección de población para el grupo de 65 años y más fue de 724.658 (53,2% mujeres), y para el período 2000–2005 se estimó un incremento de 16,5% en este grupo (19). Para 2003 se reportaron 26.173 muertes (13.317 hombres y 12.856 mujeres). Las primeras causas de mortalidad fueron insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades mal definidas del corazón (8,7%, 1.045 hombres y 1.220 mujeres); enfermedades cerebrovasculares (7,5%, 956 hombres y 1.011 mujeres); enfermedades hipertensivas (5,9%, 712 hombres y 823 mujeres); enfermedades isquémicas del corazón (5,8%, 859 hombres y 647 mujeres), y diabetes mellitus (5,8%, 600 hombres y 905 mujeres) (27). El IESS para 2005 registraba 87.000 personas jubiladas afiliadas, de las cuales

17.000 se beneficiaban de servicios sociales complementarios a los de salud.

### Salud de la familia

En relación a la composición del grupo familiar, para el período 2003–2004 se registraron en el área urbana un promedio de 4,1 integrantes, con una diferencia entre el quintil más pobre (5,4) y el más rico (3,0). Para el mismo período, el ingreso per cápita por grupo familiar fue de US\$ 177,7 mensuales —para el quintil más pobre US\$ 48,9 y para el más rico US\$ 555,6 (28). La estructura de los hogares se afectó especialmente debido al proceso de emigración; en 2003 se informó que un promedio de 15% de las familias de las principales ciudades del país (Quito, Guayaquil y Cuenca) tenían algún miembro identificado como emigrante. La distribución de emigrantes por sexo fue equilibrada para el total nacional (50% para cada uno), con excepción de Cuenca, donde predominaron los hombres con 67%. La mayor concentración se presentó en el grupo de 20 a 39 años de edad (29).

### Salud de los grupos étnicos

El promedio de desnutrición crónica en niños indígenas de 0 a 59 meses fue 47%, mientras que el promedio nacional en este grupo de edad fue 23%. La desnutrición global en menores de 5 años fue 9,4%; en niños indígenas, 15,3%; en afrodescendientes, 11,6%; en mestizos, 8,7%, y en blancos, 6,3%.

Para 2004 el promedio de mujeres afiliadas o beneficiarias de un seguro social público fue 15,7%, y el de mujeres indígenas 13,7%. El porcentaje de mujeres indígenas que reportó haber sido maltratada físicamente antes de cumplir los 15 años fue 40,8% (promedio nacional, 27,7%) y psicológicamente 34,7% (promedio nacional, 24,9%) (30).

### Salud de las personas desplazadas

En 2004, un acuerdo ministerial ratificó el compromiso del país en la asistencia humanitaria y en la atención de la población refugiada; los refugiados se incorporaron a los programas regulares del MSP, se estableció que la atención de su salud debía ser bajo iguales condiciones que para la población local y se integró la atención de embarazadas refugiadas en la Ley de Maternidad Gratuita. Para ese año, la cobertura de atención prenatal de esta población por las provincias receptoras fue de 87,8% en Carchi, 79,2% en Imbabura y 82,8% en Esmeraldas (promedio nacional 80,6%). En términos de atención profesional del parto, Carchi reportó 78,5%, Imbabura 60,4% y Esmeraldas 51,8% (promedio nacional 75,0%) (10). En cuanto a la atención ambulatoria en establecimientos del MSP en esas provincias, las enfermedades más frecuentes fueron 15.058 casos de infecciones respiratorias agudas en Carchi (65,2%); 2.328 casos de enfermedad diarreica

aguda en Esmeraldas (65,9%) y 15.644 casos de infecciones respiratorias agudas en Sucumbíos (60,8%) (31).

## CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

### ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

#### Enfermedades transmitidas por vectores

Con respecto a la **malaria**, en 2001 el índice parasitario anual (IPA) por 1.000 habitantes fue 22,5 y las provincias con mayor IPA fueron, en orden de frecuencia, Cotopaxi (54,7), Esmeraldas (54,7), Sucumbíos (53,5) y Pichincha (35,1). En 2005, el IPA nacional fue 2,21 y los IPA más elevados se registraron en Esmeraldas (17,0), Pastaza (6,6), Pichincha (5,9) y Sucumbíos (5,0). Ese año la provincia con el mayor porcentaje de casos de malaria fue Esmeraldas con 29,0%. En el período 2001–2005 predominó la malaria por *Plasmodium vivax*, aunque se presentaron casos de *P. falciparum*. Durante 2005 se examinaron 358.361 muestras hemáticas, de las que se diagnosticaron 16.487 casos; de estos, 2.127 resultaron positivos para *P. falciparum* y 14.360 para *P. vivax*. El grupo de edad más afectado fue el de la población económicamente activa (15 a 44 años), con 65% del total de casos. El fracaso terapéutico en 90% de los pacientes con tratamiento antimalárico superó el umbral recomendado de 25%. Se determinó resistencia incipiente a la sulfadoxina con pirimetamina, que se sitúa en niveles de 8%. La susceptibilidad del *P. vivax* al uso de la cloroquina continúa manteniéndose en 100% (32).

En relación con la transmisión del **dengue**, se demostró la dispersión de *Aedes aegypti* en las zonas tropicales, amazónicas, subtropicales e insulares del país, con la identificación de los cuatro serotipos del virus del dengue. En 2003 hubo un brote de dengue con un total de 10.726 casos sospechosos de dengue clásico y 206 casos confirmados de dengue hemorrágico, de los cuales 189 correspondieron a la provincia del Guayas, con una tasa provincial de 5,44 por 100.000 habitantes. La tasa de incidencia para la región Costa fue de 3,15 (33). En 2004 se notificaron 6.057 casos en todo el país, de los cuales solo 1.111 tuvieron exámenes confirmatorios. En 2005 se confirmaron 4.653 casos; las tasas más altas se observaron en Napo, Zamora y Manabí, con valores de 268,0, 135,1 y 131,0 por 100.000 habitantes, respectivamente. En 2004, el número de casos notificados de dengue hemorrágico fue de 64 en todo el país, concentrados principalmente en las provincias costeras: 46 casos en Guayas; 10 en Manabí; 3 en Los Ríos, y 2 en el Oro (tasa para la Región Costa, 0,9 por 100.000 habitantes). En 2005, se produjo un brote de dengue hemorrágico en la Región Costa, con 334 casos (tasa de 4,9 por 100.000 habitantes y letalidad de 4,2%). De estos casos, el mayor número se ubicó en Guayas (225; 175 de ellos en Guayaquil), Manabí (75) y Los Ríos (14).

En 2001 no se notificaron casos de **fiebre amarilla**. La vigilancia centinela implantada desde 2003 permitió mejorar la vigi-

lancia del síndrome febril icterico hemorrágico agudo relacionado con fiebre amarilla. Se implementó el monitoreo rápido de las coberturas urbanas y rurales en la Amazonía para mejorarlas en la población de alto riesgo (34).

Durante 2000–2004 se notificaron 32 casos de **peste** y tres muertes. Si bien en 2005 no se reportaron casos, los factores de riesgo se mantienen en observación (35).

Las zonas de riesgo para enfermedad de **Chagas** abarcaron 183 cantones en 20 provincias; de aproximadamente 8,4 millones de personas que vivían en estas zonas, 3 a 5 millones eran especialmente vulnerables debido a las características de sus viviendas o a su condición de pobreza. La prevalencia general de la infección por *Trypanosoma cruzi* alcanzó 1,3% de la población general (0,6% en la Sierra, 1,9% en la Costa y 1,7% en la Amazonía).

El país formó parte de la iniciativa regional representada por el Programa para la Eliminación de la **Oncocercosis** en las Américas. Además, dentro del marco de la estrategia regional, llevó a cabo programas efectivos, seguros y localmente sostenibles para la distribución de Ivermectina en las localidades endémicas. En 2001 la OMS difundió criterios de eliminación y con ello el país inició un ejercicio de certificación. En 2002 se realizaron dos rondas de distribución de tratamiento, con una cobertura de 94,8% en la población elegible. En 2005 la distribución de Ivermectina como estrategia de eliminación de la enfermedad se realizó en 119 comunidades endémicas para oncocercosis, 117 en la provincia de Esmeraldas y 2 en la de Pichincha (aproximadamente 25.000 personas en riesgo).

#### Enfermedades inmunoprevenibles

En 2006, el Programa Ampliado de Inmunización cumplió 16 años sin poliomielitis, 9 sin sarampión, 4 sin fiebre amarilla y uno sin rubéola y logró la eliminación de tétanos neonatal como problema de salud pública. La ley de vacunas creada en 1999 y reformada en 2000 facilitó la obtención de esos resultados; también permitió que se asignara presupuesto para el financiamiento de la aplicación de vacunas de uso regular y la introducción de nuevas vacunas. A partir de 1999 se introdujo la vacuna contra la fiebre amarilla en la población de 1 año de edad en la Región Amazónica. En 2000 se introdujo la vacuna triple viral SPR (sarampión, parotiditis y rubéola) y en 2003 la pentavalente (difteria, tétanos, tos ferina, hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo b) con tres dosis en menores de 1 año, y se incorporó la vacuna monovalente contra hepatitis B en escolares en zonas de riesgo. Las coberturas mantuvieron niveles sobre 90% en 2004–2005 (en este último año, por ejemplo, las tres dosis de la pentavalente alcanzaron 93,45%; las tres dosis de la vacuna antipoliomielítica oral llegaron a 92,6% y la de SPR fue de 92,9%). El país incrementó su tasa de notificación de parálisis flácida de 0,5 por 100.000 menores de 15 años en 2004 a 1,0 en 2006 (hasta la semana epidemiológica 25).

Se fortaleció la vigilancia integrada del **sarampión** y la **rubéola**, lo que incrementó la notificación de casos sospechosos.

En relación con la eliminación de la rubéola, el país comenzó a aplicar las estrategias de vacunación con SR (sarampión y rubéola) sugeridas por la OPS desde 2002, cuando vacunó a la población de 6 meses a 14 años e incrementó las coberturas. Entre mayo y junio de 2004, se llevó a cabo exitosamente una campaña para vacunar adolescentes y adultos de ambos sexos contra el sarampión y la rubéola, cubriendo a 98% de la población meta. Se interrumpió la circulación del virus de la rubéola a partir de noviembre 2004, año en que se reportó el último caso confirmado por laboratorio.

### Enfermedades infecciosas intestinales

A fines de 2003 se notificó un brote de **cólera** en la provincia de Zamora Chinchipe con 25 casos, lo que correspondió a una tasa de 30,8 por 100.000 habitantes en esa provincia. Durante 2001, 2002, 2004 y 2005 no se reportaron casos.

En 2003, 2004 y 2005 las tasas de notificación de **enfermedades diarreicas agudas** fueron de 2,0, 2,4 y 2,7 por 100.000 habitantes, respectivamente. En 2005 la región Oriental presentó la mayor tasa de notificación (5,9), que duplicó la tasa nacional. Las tasas más altas del país por provincia fueron: Pastaza, Morona, Napo y Zamora (36).

### Enfermedades crónicas transmisibles

En 2004 la **tuberculosis** ocupó el lugar 15 como causa de muerte (5,0 por 100.000 habitantes). Fue más frecuente en hombres (7,0 por 100.000 habitantes) que en mujeres (3,0). El grupo más afectado fue el de 15 a 24 años con 1.254 casos, seguido por el de 25 a 34 con 879 casos. Los menos afectados fueron los de 0 a 14 años y los de 65 y más (192 y 273 casos, respectivamente). Ese mismo año se notificaron 5.557 casos de tuberculosis de todas las formas (tasa 42,6 por 100.000 habitantes); 4.340 casos tuvieron baciloscopias positivas y 438 fueron de tuberculosis extrapulmonar. La coinfección sida/tuberculosis en 2003 y 2004 fue de 226 casos anuales en promedio (de un total de 1.806 de casos sida). La mayoría de los enfermos coinfectados eran de Guayas (76,5%), seguido por Pichincha (8,0%); la predominancia fue masculina (73,0%) y 60,6% eran trabajadores y obreros. En 2005, un estudio de resistencia a las drogas antituberculosas evidenció resistencia primaria (5%) y resistencia secundaria a múltiples drogas (24,3%). La cobertura del tratamiento acortado directamente observado (DOTS, por sus siglas en inglés) en las unidades operativas del MSP hasta 2005 fue de 100% en Azuay, Pichincha, Guayas, Tungurahua y El Oro y de 90% en Manabí (lo que en conjunto representa 70% de la población meta definida por el programa).

En 2003 se registraron 251 casos de **lepra**, lo que correspondió a una tasa de 2,0 por 100.000 habitantes. Ese año se notificaron 189 nuevos casos; en 2004, 144, y en 2005, 116 (tasas de 14,0, 11,0 y 9,0 por 100.000 habitantes, respectivamente). El grupo más afectado fue el de mayores de 15 años. Los casos multibacilares predominaron en los hombres (78%) y los paucibacilares fueron más frecuentes en mujeres (58%).

### Infecciones respiratorias agudas

En 2005 constituyeron la primera causa de consulta externa en las unidades operativas del MSP, en todas las provincias a excepción de Bolívar. Las tasas más altas (26,6 y 18,7 por 100.000 habitantes) correspondieron a Napo y Morona. En ese año las infecciones respiratorias agudas fueron tres veces más frecuentes en la consulta externa que las enfermedades diarreicas agudas (36).

### VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

Hasta 2006, el país no contaba con un estudio de prevalencia de personas infectadas por VIH. De 2001 a 2005 los casos VIH positivos notificados llegaron a un total de 2.752 (con una variación desde 294 en 2001 hasta 1.027 en 2005); los casos de sida acumulados en ese mismo período fueron 1.902 (la variación fue de 318 en 2001 a 445 en 2005) y murieron 884 personas. En 2005, 67,9% del total de enfermos con sida mayores de 14 años fueron hombres y la razón hombre:mujer fue 2:1, menor a la del año anterior (3:1). En 2005 las tasas de notificación más altas de sida fueron en el grupo de 30 a 34 años (8,9 por 100.000 habitantes) seguido por los de 35 a 39 y 25 a 29 años (8,8 y 8,1, respectivamente). En menores de 15 años, los de 1 a 4 años tuvieron la tasa más alta (1,9 por 100.000 habitantes) y en mayores de 60 años fue de 1,0 por 100.000.

En 2005, en el grupo de mujeres con sida e infectadas por VIH, el mayor porcentaje correspondió a amas de casa (73,9%), seguido por trabajadoras sexuales (5,5%). Por provincias, la tasa más alta de notificación de sida en 2005 fue la de Guayas con 6,6 por 100.000 habitantes, seguida por Manabí (5,2), Sucumbíos (3,9), Pichincha (3,87) y Cañar (3,17). Hasta marzo de 2006 se encontraban en tratamiento antirretroviral un total de 1.093 pacientes (887 adultos y 206 niños). El INEC notificó 399 y 422 muertes por sida en 2002 y 2003, respectivamente. En 2003, 82,4% de las muertes correspondieron a hombres y 89,1% al grupo de 15 a 49 años de edad, seguido por el de 50 a 64 años con 9,3% (37).

El Programa Nacional de VIH/ITS inició la implementación del manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual en 2005; hasta 2006 no se contaba con datos nacionales consolidados. Para 2005, las provincias que reportaron algunas de las infecciones fueron Guayas, Pichincha, El Oro, Manabí, Loja y Sucumbíos. Esta última reportó una tasa de 58 por 100.000 habitantes para gonorrea, 55 para sífilis primaria y secundaria y 18 para herpes genital.

### Zoonosis

En 2005 se registraron 23 rebaños de ganado (21 bovinos y 2 porcinos) afectados por **fiebre aftosa** por virus tipo O (38, 39), con 4.089 animales perjudicados y siete muertos; 78% de estos focos se registraron en Manabí. Hasta 2006 el país no alcanzó a tener zonas libres de la enfermedad. La cobertura de vacunación registrada a nivel nacional alcanzó 56,2% en 2005.

En 2001 se notificaron 75 casos de **rabia** canina y posteriormente, de 2002 a 2005, se notificaron 6, 12, 11 y 2 anuales, res-

pectivamente. De 2001 a 2003 las provincias que presentaron casos fueron Cañar, Azuay, Cotopaxi y Tungurahua y en 2004 Guayas y Manabí. En 2004 la cobertura de vacunación alcanzó 82% de la población canina estimada para ese año. En 2001 se notificó un caso de rabia humana; de 2002 a 2004 no se reportaron casos, y en 2005 hubo dos casos de rabia humana transmitida por mordedura de murciélago en la provincia de Pastaza (40).

## ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

### Neoplasias malignas

En 2004, el registro de defunciones del INEC informó que las neoplasias malignas más frecuentes fueron las de estómago con 2,7% (total 1.484, 822 hombres y 662 mujeres), seguidas por las de próstata 1,2% (636), hígado y vías biliares intrahepáticas 1,0% (total 573; 279 hombres y 294 mujeres), tráquea, bronquios y pulmón 1,0% (total 569; 332 hombres y 237 mujeres), útero 0,7% (409), colon, sigmoide, recto y ano 0,7% (total 401; 175 hombres y 226 mujeres) y la de la mama femenina 0,6% (312) (16).

## OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

### Desastres

Las erupciones del Tungurahua en 1999 y sus consecuencias hicieron que 25.000 personas fueran evacuadas; se estimó el costo de los daños en US\$ 17 millones y las pérdidas en el campo turístico en US \$12 millones. Posterior a esto la actividad volcánica continuó con períodos de crisis variables desde 1999 hasta 2006. La erupción del volcán Reventador en noviembre de 2002 comprometió cerca de 40.000 hectáreas de pastizales, y causó daño en vías y servicios de acceso a agua segura. Dejó lecciones sobre la evacuación de personas de las zonas de alto riesgo y los efectos sobre la salud de la población, así como sobre las acciones de intervención. Por la temporada invernal de 2002, cerca de 28.000 personas fueron afectadas, 25 murieron, 1.700 quedaron sin vivienda y 1.500 familias fueron evacuadas; también hubo daños en 5.200 casas y 3.000 centros educativos. El período de lluvias a inicios de 2006 afectó a 29.818 familias, 1.160 de ellas damnificadas, causó 12 muertos y comprometió a cinco provincias de la Región Costa por el incremento de la morbilidad por enfermedades transmisibles, situación ante la cual se movilizaron apoyos internacionales para mitigar el impacto en salud.

### Salud mental

En 2005 los principales motivos de consulta psiquiátrica por cada 100.000 habitantes en el MSP fueron violencia y maltrato (53,6), alcoholismo (23,6) e intentos de suicidio (15,3) (36). En la segunda encuesta nacional sobre consumo de drogas, realizada en 2005 por el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP) con el apoyo de la OEA

(41) en estudiantes entre 11 y 21 años, se informó que la prevalencia de vida fue 61,6% para consumo de alcohol, 54,4% para cigarrillos, 7,0% para marihuana y 6,1% para tranquilizantes sin receta médica. Asimismo, la edad de inicio del primer consumo de drogas se encontró entre los 12,6 y los 14,1 años.

### Contaminación ambiental

La producción de flores y cultivos no tradicionales se incrementó de 2001 a 2005, lo que produjo un aumento en la producción, la comercialización y el uso de plaguicidas; en 2004 se estimó en US\$ 115,8 millones el monto de las importaciones de plaguicidas —2,6 veces superior al dato registrado en 1992 (42). El mismo estudio para 2003 encontró que la tasa de mortalidad entre los trabajadores agrícolas expuestos al manejo de plaguicidas alcanzó 20,5 por 100.000 habitantes. Ese año, las provincias Carchi y Manabí ubicaron a las intoxicaciones agudas por plaguicidas como la novena causa de morbilidad. En 2004 y 2005 la tasa de notificación en Carchi se incrementó a 28,0 y 33,2 por 100.000 habitantes, ubicándose como la décima causa de morbilidad. En 2005, las provincias de Tungurahua y Orellana notificaron 35,9 intoxicaciones agudas por 100.000, ubicándose en el noveno lugar de morbilidad. En 2003, el INEC registró 1.826 egresos hospitalarios debido a intoxicaciones con plaguicidas; en el grupo de 20 a 44 años se concentraron 49,2% de los casos, seguido por el grupo de 10–19 años con 26,1%; por sexo, 48,4% correspondió a los hombres y 51,6% a las mujeres (43).

### Salud oral

En 2004 el MSP registró 1.850.010 consultas odontológicas. Para el período 1995–2003 las estimaciones reportaron un índice CPOD (dientes cariados, perdidos y obturados) de 2,9 (15).

## RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

### Políticas y planes de salud

La Constitución del país vigente desde 1998 expresa la decisión del Estado de reconocer a la salud como un derecho que debe ser garantizado, promovido y protegido, así como el acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud para las personas que los necesiten.

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (2002) estructura el sistema en los niveles nacional, provincial y cantonal, y plantea el funcionamiento de los consejos provinciales y cantonales de salud. También delimita el ámbito del sistema por medio de las funciones de rectoría, provisión de servicios de salud, aseguramiento y financiamiento, y establece las normativas generales sobre los recursos humanos en salud, los medicamentos e insumos y la ciencia y tecnología.

En mayo de 2005 el MSP elaboró y divulgó su plan estratégico para 2005–2006, con los siguientes objetivos: fortalecer la rectoría del MSP; llevar a cabo la primera fase del aseguramiento uni-

versal en salud dirigida a la población más pobre; desarrollar el sistema nacional de salud; controlar las enfermedades de alto impacto epidemiológico, social y económico; fortalecer la red de servicios, en especial en las provincias y cantones correspondientes a las parroquias donde vive la población más pobre, y realizar acciones intersectoriales para la protección y promoción de la salud, principalmente en temas relacionados con ambiente, escuelas, alimentación y nutrición.

El Sistema Nacional de Salud, por medio del Consejo Nacional de Salud (CONASA), organizó dos congresos nacionales, en 2002 y 2004, con el tema “por la salud y la vida”, los cuales contaron con una amplia participación social; en estas reuniones se elaboraron la política de Estado en salud y, para su implementación, la agenda de salud.

La Constitución establece en los artículos 225 y 226 la descentralización del Estado, y el proceso de descentralización en salud comenzó en 2001 con la promulgación del Decreto Ejecutivo 1616 y la formulación del Plan Nacional de Descentralización. Desde 1997, con reformas en los años 2000 y 2003, está vigente la Ley de descentralización del Estado y de participación social. La ley reafirma la fortaleza rectora del nivel central, a la vez que promueve el funcionamiento de los consejos de salud como instancias de coordinación, para que la descentralización se dé en un proceso coherente y ordenado. Desde marzo de 2004 se está trabajando en el proyecto de Ley Orgánica de Salud, sustitutiva del Código de la Salud (1971).

### Estrategias y programas de salud

La política nacional de salud se fundamenta en los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad, pluralidad, eficiencia, ética e integralidad. Sus principales objetivos son promover en la ciudadanía la garantía, el respeto, la promoción, la protección y la demanda de los derechos humanos en salud para el ejercicio de una vida digna y saludable; garantizar la protección integral de la salud de la población, facilitando los medios para promover la salud, tanto física como mental, y prevenir y enfrentar las enfermedades y sus causas, mitigando sus efectos biológicos, económicos y sociales.

CONASA y los gobiernos provinciales y cantonales promovieron la aplicación de la ley para la construcción del sistema mediante la conformación de los consejos cantonales y provinciales de salud y sus respectivos planes locales de salud. Hasta 2006, el MSP realizaba actividades de prevención de la enfermedad y protección de la salud junto con la atención de la morbilidad prevalente; el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, y la Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía atendían a sus afiliados, y el sector privado se dedicaba a la atención de los eventos de morbilidad. El marco jurídico de modernización del Estado y la Ley del Sistema Nacional de Salud mencionan expresamente la participación social y comunitaria como un requisito básico para su implantación y desarrollo, y reconocen todas las formas de orga-

nización barriales y comunitarias existentes. En ese contexto, desde 2002 se realizaron acuerdos en el ámbito de la salud para empoderar a la comunidad en la toma de decisiones en los consejos de salud, así como a comités de usuarias para la vigilancia del cumplimiento de la Ley de Maternidad Gratuita y Prevención de la Violencia Intrafamiliar.

En 2002 se promulgó la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, que estableció los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. La Ley de Seguridad Social, vigente desde noviembre de 2001, estableció el marco de referencia en este campo. A la par de la aprobación de la nueva constitución (1998) se aprobaron reformas a la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, vigente desde 1994, que en función de sus disposiciones constituye el primer peldaño del aseguramiento universal en salud al asegurar el derecho de toda mujer a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y posparto; el acceso a programas de salud sexual y reproductiva, y la atención sin costo a los recién nacidos y menores de 5 años. El país cuenta con otras leyes específicas como la Ley de Derechos y Amparo al Paciente, la Ley de Prevención y Asistencia Integral del VIH/sida, la Ley de Aprovechamiento y Utilización de Sangre y sus Derivados, la Ley de Transplante de Órganos y Tejidos, la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional, así como las reformas al Código de Salud y la adopción oficial de la Comisión Nacional del Codex Alimentario. En mayo de 2006 el Congreso Nacional ratificó el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.

### Organización del sistema de salud

El sector público de salud está conformado por los servicios del MSP, el cual desarrolla programas tradicionales de promoción y protección de la salud; el IESS, la Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía (dependientes de los Ministerios de Defensa y de Gobierno, respectivamente); los servicios de salud de algunos municipios; la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG); la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil; la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA), y la Cruz Roja Ecuatoriana. Al MSP le corresponde la regulación, dirección y control del sector y cuenta con una dirección de salud en cada provincia y, al interior de cada una de ellas, con áreas de salud que son circunscripciones geopoblacionales, en su mayoría coincidentes con el ámbito político-administrativo del cantón o municipio. El MSP también lleva a cabo una serie de programas de promoción y protección de la salud y coordina con el Ministerio de Educación el desarrollo de la iniciativa de escuelas saludables.

El IESS mantiene un régimen de afiliación personal, orientado básicamente a proteger a los trabajadores dependientes tanto del sector público como del privado; el esquema de seguro social incluye prestaciones económicas y de atención médica, con las cuales cubre a 10% de la población. El Seguro Social Campesino afilia a los trabajadores del área rural y su cobertura es de carácter

familiar; incluye prestaciones sociales como servicios mortuorios, invalidez y vejez, así como servicios de atención médica primaria que se proyectan a la población rural del país (la cual representa 37% de la población nacional), de la cual se estima cubre a 9,2%. La Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía dispone de servicios ambulatorios y de hospitalización. La JBG es una entidad autónoma de servicio social cuyo financiamiento proviene principalmente de la lotería nacional y que cuenta con cuatro hospitales, dos de medicina general y dos especializados localizados en la ciudad de Guayaquil. SOLCA —una entidad privada con fines sociales que cubre parte de la demanda nacional de diagnóstico y tratamiento del cáncer y que se basa en instituciones regionales con autonomía administrativa y financiera ubicadas en las principales ciudades del país— cuenta con cinco hospitales especializados. Los servicios de salud municipales tienen a su cargo las direcciones de higiene para atender problemas de salud ambiental y de control sanitario, a excepción de los de Quito y Guayaquil, que incluyen algunos servicios ambulatorios y hospitalarios privados.

El sector privado (que representa 15% de los establecimientos de salud del país) está integrado tanto por entidades con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina prepagada), como por diversas ONG, asociaciones de servicio social y otras. Para su funcionamiento, los entes privados deben estar registrados y autorizados por el MSP. Las empresas de medicina prepagada cubren menos de 3% de la población de los estratos de ingreso mediano y alto.

En cumplimiento de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y de las recomendaciones del II Congreso por la Salud y la Vida, la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas del MSP, junto con la Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador y otras entidades oficiales, públicas y privadas, crearon las comisiones de medicinas ancestrales, de las nacionalidades y pueblos indígenas, así como una comisión de interculturalidad, con el fin de fortalecer los modelos de atención (4). Para 2006, se conocían experiencias de interculturalidad y de relación entre los sistemas de salud, cultura y desarrollo, por ejemplo el sistema cantonal descentralizado de Cotacachi en Imbabura; el proyecto de aseguramiento de la calidad en Tungurahua, aplicado en áreas de salud y un hospital provincial (ejecutado por una ONG); los promotores de salud de la cooperativa de producción agrícola y pecuaria en el Napo y Orellana (apoyados por la Cruz Roja Suiza); el puesto de salud de Borbón en la Provincia de Esmeraldas; y el proyecto de desarrollo humano sustentable ubicado en la provincia de Morona, en las áreas de salud 3 y 5. En este ámbito se encontraban también iniciativas tales como el centro de salud integral “Jambi Huasi” de Otavalo, Imbabura; el hospital Alli Causai de Ambato, Tungurahua, y el Hospital Alternativo Andino en Riobamba, Chimborazo. De igual manera, los departamentos de salud indígena promovieron trabajos relativos al uso de recursos etnobotánicos en el Guayas, al modelo de salud intercultural en Azuay (Nabón) y al parto vertical y las

casas de espera en Pastaza (Puyo); además, el del área de salud de Guamaní, en Quito, proporcionaba medicinas y terapias tradicionales y alternativas.

### Servicios de salud pública

Diversos foros nacionales recogieron las posiciones de los diferentes actores del sector, que manifestaron la necesidad de profundizar la reforma del Estado sobre la base de fortalecer los procesos de desconcentración y descentralización de la estructura de salud, salvaguardando la vigencia del sistema nacional de salud, el fortalecimiento de la autoridad sanitaria y la amplia y permanente participación social en la construcción del modelo de salud familiar y comunitaria. En ese contexto, el MSP definió y viene aplicando desde junio de 2004 un nuevo modelo de atención integral basado en la atención primaria de salud.

La evaluación del sistema de vigilancia epidemiológica del MSP en 2001 identificó un subregistro de 47% de las enfermedades de notificación obligatoria (44). En respuesta a ese subregistro se desarrollaron sistemas de vigilancia por programas (tales como el PAI, muerte materna, alimentación y nutrición y enfermedades vectoriales), por enfermedades (VIH/sida, tuberculosis y lepra) o eventos (muertes maternas y violencia intrafamiliar); sin embargo, el simultáneo y creciente desarrollo de sistemas de información (múltiples y paralelos) limitó alcanzar la integralidad de los sistemas de información y vigilancia. En este tema, además, se presentaron dificultades y limitantes en la coordinación del MSP con otras instituciones prestadoras de servicios, así como en la sistematización, análisis y uso de la información para la gestión.

En 2003 se inició en el MSP la implementación del sistema integral de vigilancia epidemiológica (SIVE), el cual alcanzó una cobertura de 60% de las provincias, según una evaluación a finales de ese año. En 2004 se inició la implantación del SIVE-Alerta, como una versión más desarrollada del sistema antes mencionado, y en 2005 el sistema alcanzó una cobertura de 88% de las áreas de salud del MSP (150 de 169).

El Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical “Leopoldo Izquieta Pérez” (INHMT), entidad adscrita al MSP, tiene su sede en Guayaquil; cuenta con 33 laboratorios a nivel nacional y supervisa 250 laboratorios locales. Tiene como ámbitos de acción: ser el centro nacional de referencia de laboratorios; realizar el diagnóstico definitivo en la vigilancia epidemiológica; otorgar el registro sanitario, que garantiza la calidad de los productos que se consumen en el país (medicamentos, productos naturales, cosméticos, productos higiénicos, alimentos procesados y plaguicidas); producir biológicos y vacunas; conducir investigaciones en salud humana y animal, y asegurar la capacitación y docencia del recurso humano interno y externo. El Instituto mantiene estructurada su red de laboratorios en microbiología para el diagnóstico de tuberculosis, sífilis, VIH, dengue, peste, leishmaniasis, Chagas, aspergilosis, clamidiasis, meningococemia y otras. El

INHMT logró certificar el laboratorio de alimentos procesados en base a la norma ISO 17025 y recibió certificación de evaluación externa en el laboratorio de bioquímica en salud humana durante 2003–2005 (45).

Los servicios de agua, saneamiento y residuos sólidos están bajo las atribuciones de la Subsecretaría de Agua Potable y Saneamiento Básico del Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda (MIDUVI), que ejerce la rectoría en este sector mediante la política nacional de agua y saneamiento. En este marco y a solicitud del gobierno, la OPS/OMS impulsó una mesa intersectorial de agua y saneamiento que tuvo como objetivo manejar la cartera de proyectos con el propósito de beneficiar a las poblaciones más pobres; el MSP fue responsable de la coordinación y el MIDUVI se hizo cargo de la secretaría.

El MIDUVI, entidad rectora de los servicios de agua y saneamiento, registró para 2006 coberturas a nivel nacional de 67% en agua potable, 57% en saneamiento y 51% en residuos sólidos (46). Según estimaciones de las Naciones Unidas, para 2002 la cobertura nacional fue 86% (92% urbana y 77% rural). El gobierno programó una inversión de US\$ 343 millones en el período 2002–2006 para incrementar 6,5% la cobertura de agua potable y 11,5% la de alcantarillado (47).

En 2005 se implementó el Programa de Manejo de Desechos Hospitalarios en 891 instituciones públicas y privadas, el cual es regido por un reglamento sobre el manejo de los desechos infecciosos en las instituciones de salud. Además, el MSP capacitó y asesoró a casi 6.000 trabajadores y profesionales de la salud en el manejo de desechos hospitalarios. En 2001 se adoptó el Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes (COP), y en 2004 se ratificó y se asumió la responsabilidad de desarrollar el Plan Nacional de Implementación para la Gestión de los COP, que tiene como finalidad proteger a la población y al ambiente frente a los COP. El plan propone: velar por la reducción de bifenilos policlorados (BPC), que en 2003 se calcularon en 6.000 toneladas de aceite contaminado; eliminar dioxinas y furanos, con un valor de emisiones por año de (gEQT/a) de 97,57, y terminar de eliminar los plaguicidas COP, que en su mayoría están suprimidos en el país, pero aún restan 1.650,81 kg de residuos de DDT de los que hay que disponer.

En septiembre de 2005 el gobierno solicitó a las Naciones Unidas conformar una misión para explorar la viabilidad y tipos de estudio posibles para evaluar el impacto potencial de las aspersiones aéreas de glifosato en la salud, el ambiente y la agricultura en la frontera norte del país. En respuesta, la ONU conformó una misión interinstitucional que empezó su trabajo a inicios de 2006 y en el curso de este año entregó su informe; en él se propusieron cinco estudios requeridos para clarificar científicamente el escenario de los eventuales perjuicios en la salud y en el ambiente derivados de las aspersiones aéreas del herbicida glifosato o de sus mezclas, así como proyectos de corto plazo orientados al mejoramiento de las condiciones básicas para el desarrollo socioeconómico integral de la región.

El Servicio Ecuatoriano de Sanidad Agropecuaria (SESA), por medio de la Comisión Nacional de Erradicación de la Fiebre Aftosa (CONEFA), es el organismo encargado de precautelar la situación sanitaria de las ganaderías ecuatorianas. Para tal finalidad el SESA dispone de 51 oficinas a nivel nacional, con el apoyo de 194 comités locales de la CONEFA. El MSP y las otras instituciones del sector no cuentan con un sistema de vigilancia de la seguridad alimentaria.

Desde 2003, con el propósito de integrar programas y estrategias en los temas de alimentación y nutrición, se emitió un decreto ejecutivo por medio del cual se inició el Sistema Integrado de Alimentación y Nutrición (SIAN). Este sistema focalizaba sus acciones en la población más pobre y estaba conformado por el Programa Nacional de Alimentación y el Programa Integrado de Micronutrientes del MSP, el Programa de Alimentación Escolar del Ministerio de Educación y Cultura y el Programa Aliméntate Ecuador del Ministerio de Bienestar Social. En 2005, el MSP reformuló el Sistema y diseñó un plan integrado de alimentación complementaria y nutricional, para mejorar el estado nutricional y la situación alimentaria de la población residente en las 200 parroquias más postergadas del país, en base a necesidades básicas insatisfechas (48). La estrategia contemplaba la integración y coordinación con otros programas y proyectos del MSP, del Ministerio de Educación y Cultura y del Ministerio de Bienestar Social, que estaban conformados como estrategias de ayuda social con base en la entrega de complementos alimentarios. La evaluación del programa nacional de alimentación por medio de su producto “Mi Papilla”, dirigido a niños de 6 a 24 meses, demostró sus beneficios sobre el estado nutricional (mejoramiento del peso para la edad) y los micronutrientes (hierro, zinc y vitamina A) (49).

Tanto en las inundaciones en la Costa (2002, 2005 y 2006), como en las erupciones del Reventador (2002) y Tungurahua (2006) y en el flujo permanente de población en busca de refugio en la frontera norte (2001–2005), hubo respuestas oportunas del sector salud y liderazgo en la coordinación sectorial. Los hospitales de mayor complejidad de las provincias en riesgo de inundaciones (Guayas y Manabí), erupciones volcánicas (Chimborazo, Pichincha, Tungurahua y Cotopaxi) y flujos masivos de población (Sucumbíos, Imbabura, Carchi, Esmeraldas), contaron con planes de contingencia para desastres, lo que les facilitó una respuesta adecuada.

En 2001 el Sistema Nacional de Defensa Civil inició, con su normativa y guías correspondientes, el Centro de Operaciones de Emergencia, el cual abarca al sector salud. La respuesta a emergencias incluye la constitución a nivel provincial de las salas de situación y la conformación de equipos multidisciplinarios de respuesta rápida; la coordinación de los equipos recae en los puntos focales de desastres de las direcciones provinciales, quienes han sido previamente preparados en metodologías de evaluación de daños y análisis de necesidades, lo que ha facilitado una atención oportuna a las situaciones de emergencia y desastre. En 2004, el MSP estableció una Red Nacional de Salud para

## Integración intersectorial para la seguridad alimentaria

Con el fin de realizar acciones integradas de alimentación y nutrición para la protección de los grupos más vulnerables en las zonas con más carencias, tanto urbanas como rurales, en 2003 se inició el Sistema Integrado de Alimentación y Nutrición (SIAN). En 2005 se reformuló el Sistema y se diseñó un plan integrado de alimentación complementaria y nutricional, conformado por los siguientes programas:

- Programa de Alimentación Complementaria, del MSP, que atiende a mujeres embarazadas y en período de lactancia y a niños menores de 3 años con los complementos alimentarios “Mi Bebida” y “Mi Papilla”.
- Programa Integrado de Micronutrientes del MSP, con los subprogramas de suplementación con micronutrientes (hierro, ácido fólico, vitamina A) y el Subprograma de Fortificación de Harina de Trigo con micronutrientes.
- Programa de Alimentación Escolar del Ministerio de Educación y Cultura, que cubre la población escolar de 6 a 15 años.
- Programa Aliméntate Ecuador del Ministerio de Bienestar Social, que atiende a la población infantil entre 4 y 5 años, discapacitados y adultos mayores.

La evaluación de “Mi Papilla” mostró un efecto benéfico sobre el estado nutricional y de micronutrientes, principalmente de hierro, en la población menor de 2 años. Este producto proporciona el 100% de los requisitos diarios del hierro, ácido fólico y cinc; el 60% de vitamina C, vitaminas del complejo B y magnesio, y el 30% de vitamina A, calcio y fósforo; además, es precocido y solo requiere de una fuente limpia de agua potable para su preparación.

Atención en Emergencias y Desastres, liderada por la Dirección de Planeamiento de la Seguridad para el Desarrollo Nacional, responsable de la gestión de riesgos y de la planificación y ejecución de las acciones de mitigación, prevención y atención de la salud en casos de emergencias y desastres.

De 2002 a 2006 se ejecutaron, por parte de la OPS/OMS, cinco fases del proyecto de fortalecimiento del sector salud para la atención de la población refugiada; se movilizó un total de US\$ 250.000, proveniente de USAID, ECHO y CIDA, en coordinación con el MSP, gobiernos locales, ONG, iglesias y agencias del sistema de Naciones Unidas (ACNUR y OIM). El proyecto generó resultados en gestión de riesgos para emergencias y desastres, planeamiento hospitalario, vigilancia en salud pública, sistemas de información, atención integral de población refugiada y mejoramiento de la calidad del agua de consumo en las comunidades de riesgo de las provincias de la frontera norte. Desde 2005, en el marco del CTBS los gobiernos de Ecuador y Colombia aplicaron el plan de desarrollo de la zona de integración fronteriza. La OPS/OMS ofreció apoyo para el fortalecimiento de la vigilancia en salud pública, con énfasis en plaguicidas y calidad del agua. Entre 2004 y 2005, como parte del fortalecimiento de la capacidad de respuesta del sector salud y con financiamiento de la Oficina Humanitaria de la Comisión Europea (US\$ 400.000), la OPS/OMS desarrolló un proyecto de preparativos para erupciones volcánicas para Ecuador y Colombia, cuyos materiales técnicos fueron utilizados después por países de América Central y del Sur. Para el período 2002–2006 los organismos de Naciones Unidas en Ecuador establecieron un grupo técnico interinstitucional para la res-

puesta a emergencias por inundaciones, erupciones volcánicas, desplazamientos masivos y temas relacionados.

En 2005 se desarrolló un plan nacional de contingencia para enfrentar la posible pandemia de influenza en el Ecuador; el plan fue de carácter interinstitucional e incluyó guías operativas y estrategias para el abordaje de esta amenaza para los períodos pre-pandémico y pandémico. El plan contempló acciones específicas de coordinación interministerial (MSP, Ministerio de Agricultura, Ministerio de Ambiente, Servicio Ecuatoriano de Sanidad Agropecuaria) e intersectorial (Ministerio de Gobierno, empresas avícolas y medios de comunicación social) y, además, contó con las contribuciones de los organismos del sistema de Naciones Unidas —especialmente la OPS/OMS y FAO. Componentes importantes del plan fueron: la vigilancia epidemiológica, la preparación de los servicios de salud y un plan estratégico de comunicación y movilización social. En 2006 se inició la vacunación contra la gripe estacional (con recursos asignados en el presupuesto del MSP) (50). La inversión nacional en este tema se inició en 2006 y se hicieron asignaciones presupuestarias para 2007. Previo a la entrada en vigor del Reglamento Sanitario Internacional en 2007, las autoridades de salud asumieron el cumplimiento voluntario e inmediato de las disposiciones en relación a la gripe aviar y la posible pandemia de influenza.

### Servicios de atención a las personas

La capacidad resolutoria de los servicios de salud del MSP está organizada por niveles de complejidad. En el nivel I (complejidad

baja) se encuentran 434 puestos, 1.122 subcentros (774 rurales y 348 urbanos) y 153 centros de salud, los cuales ofrecen atención ambulatoria, promoción y fomento de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud; todos promueven acciones básicas de saneamiento ambiental y participación comunitaria y los subcentros ofrecen atención del parto, emergencias y atención odontológica. En el nivel II (complejidad intermedia) hay 90 hospitales básicos y 23 hospitales generales que, además de la atención del nivel I, ofrecen hospitalización de corta estancia. El hospital básico ofrece atención ambulatoria y hospitalaria de medicina general, gineco-obstetricia, pediatría y cirugía de emergencia; el hospital general ofrece, además de lo mencionado, alguna especialidad de acuerdo al perfil epidemiológico de su área de influencia; también dispone de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento. En el nivel III (complejidad alta) hay 14 hospitales especializados y 1 de referencia para la atención de la población local, regional y nacional; también realizan docencia e investigación en salud.

Para la organización funcional del MSP existían al 2005 tres niveles: área de salud (169), nivel provincial (22) y nivel nacional (1). El área de salud está conformada por la unidad de conducción y las unidades operativas del primero y segundo nivel, con capacidad resolutoria técnica, administrativa y financiera. El nivel provincial está constituido por la dirección provincial de salud, cuya función es apoyar técnica y administrativamente a las jefaturas de área y a los hospitales de su jurisdicción geográfica. El nivel nacional es la instancia rectora del sector salud, conformada por diversos procesos responsables de elaborar y difundir normas técnicas, administrativas y financieras de aplicación nacional. El IESS administra 5 hospitales de nivel I, 10 hospitales de nivel II, 3 hospitales de nivel III, 25 centros ambulatorios, 42 unidades ambulatorias y 348 dispensarios del seguro social campesino.

En 2003 se registraron 33 bancos de sangre en el país y se recolectaron 79.204 unidades de sangre (29,9% de donantes voluntarios y el resto por “reposición”), las cuales fueron tamizadas en 100% para *Trypanosoma cruzi*, sífilis, virus de la hepatitis C, antígeno de superficie de la hepatitis B y VIH. La prevalencia de esos marcadores fueron 0,36% para *T. cruzi*; 3,90% para sífilis; 0,35% para el virus de hepatitis C, 0,15% para el antígeno de superficie de la hepatitis B y 0,28% para el VIH (51).

En 2006 el MSP solicitó la incorporación del país a la propuesta regional CARMEN para el control de las enfermedades no transmisibles; para ese mismo año no se contaba con un registro de datos de este grupo de enfermedades.

### Promoción de la salud

En 2004 el CONASA conformó una comisión de promoción de la salud que coordina y orienta las acciones de promoción de carácter intersectorial. En 2006 se inició la discusión de la política nacional de promoción de la salud (52), con la participación del

MSP, el Ministerio de Educación, el Ministerio del Ambiente, la Asociación de Municipalidades del Ecuador (AME), universidades, algunos gobiernos locales, ONG y otras instituciones. La red ecuatoriana de escuelas promotoras de salud, coordinada por los Ministerios de Educación y Salud y por la OPS, y apoyada por otras instancias nacionales e internacionales, registraba en 2004 más de 3.000 escuelas que propiciaban el desarrollo de ecolubres. La red de ecolubres promueve la participación comunitaria y la comunicación social en el control de dengue, malaria y otras enfermedades y riesgos (53).

El proyecto de espacios saludables de Loja, que concluyó en el año 2002, generó conocimientos y experiencias locales en promoción de la salud. En 2006 la red de municipios saludables, coordinada por la AME y el MSP y apoyada por la OPS, estaba conformada por más de 20 municipios. Ese mismo año se aprobó un acuerdo ministerial para establecer la estrategia de promoción de la actividad física y la alimentación saludable, centrada en la reglamentación de los lugares donde se expenden alimentos dentro de las escuelas, y en el combate al sedentarismo.

### Suministros de salud

Las líneas fundamentales de la política nacional de medicamentos (1999) se orientan a garantizar la disponibilidad, el acceso, la calidad, el uso racional y el menor precio de los medicamentos. La Ley de Producción, Importación, Comercialización y Expendio de Medicamentos de Uso Humano de 2000 establece normativas orientadas a ampliar el mercado de medicamentos genéricos, al incentivar su producción nacional y facilitar su registro mediante el procedimiento de homologación para los productos importados. En 2004 el mercado farmacéutico ecuatoriano (87% privado y 13% público) contaba con alrededor de 225 laboratorios, 170 distribuidores, 5.000 farmacias y 6.439 productos (1.539 de ellos genéricos) (54, 55). El mercado privado creció 35,8% en el período 2001–2005 (de US\$ 407.079 millones a US\$ 553.157 millones) (56). El número de productos genéricos aumentó de 16,2% en 2001 a 25,2% en 2005; el volumen de ventas en 2005 no superó 11,3% del total, entre otras razones debido a la desconfianza de quienes emiten las prescripciones por la falta de garantía de calidad y seguridad de esos productos. En 2004 se estimó que alrededor de 80% de los medicamentos se adquiría y consumía sin receta médica. La Comisión Nacional de Medicamentos e Insumos del CONASA bianualmente actualiza, publica y difunde el cuadro nacional de medicamentos básicos. La quinta revisión se publicó en 2004, y en 2006 se aprobó y revisó la sexta. Los medicamentos incluidos en ese listado son de uso obligatorio en todas las instituciones del sector público de salud y de referencia para el sector privado.

En 2006, el país contaba con la producción de las vacunas DTP (difteria, tos ferina y tétanos), DT (difteria y tétanos), BCG (antituberculosa), antirrábica de uso humano y veterinario (cerebro de ratón lactante modificado), suero antiofídico (contra envene-

namiento por serpientes del género *Bothrops*, especies *asper*, *atrox* y *xantograma*). Ese año, se encontraban en proceso de implementación las buenas prácticas de manufactura.

En 2004, con base en la atención primaria en salud y el modelo de atención integral, el programa de extensión de cobertura del MSP desarrolló y aplicó un sistema de licenciamiento de las unidades de salud de primero y segundo nivel en las 200 parroquias identificadas como las más pobres del país (según las necesidades básicas insatisfechas), movilizand o recursos financieros (US\$ 6.600.000) y realizando adecuaciones y equipamiento de las unidades (57). Además, capacitó al recurso humano de los niveles técnico-administrativos de apoyo e identificó a la población beneficiaria.

### Recursos humanos

En 2001, en las escuelas de medicina, enfermería, obstetricia y tecnología médica se registró una relación mujer: hombre de 1,8:1. Ese año, los médicos y odontólogos tendían a concentrarse en las áreas urbanas mientras que las enfermeras y obstetras se desplazaban más a las áreas rurales. En 2003, por cada 10.000 habitantes había 15,6 médicos; 5,3 enfermeras; 1,7 odontólogos; 1,8 obstetras, y 9,8 auxiliares de enfermería. El mismo año la tasa más baja de médicos fue en Orellana (5,4) y la mayor en Azuay (26,6). En cuanto a enfermeras, la provincia de Orellana presentó la menor tasa (1,8) y la mayor Pichincha (9,8). Un estudio de 2004 realizado en cuatro universidades de Quito y Cuenca concluyó que, a la fecha del estudio, del total de médicos y enfermeras formados en 2001, 9,8% habían salido del país y 34,8% tenían planes de viajar al exterior (58). En 2005 existían 18 universidades formadoras de profesionales en medicina, debidamente reconocidas y acreditadas por el Consejo Nacional de Educación Superior. Entre 2001 y 2005 se crearon 5 instituciones formadoras de odontólogos, 2 de enfermeras y 1 de obstetras. A partir de 2005, los centros de educación superior que incluyeron temas de interculturalidad fueron la Universidad Andina Simón Bolívar y la Universidad Intercultural de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas Amawtay Wasi, ambas en Quito.

Desde 2001 la Comisión Nacional de Recursos Humanos en Salud del CONASA tiene a su cargo el Observatorio de Recursos Humanos en el país; además, esta instancia elaboró el anteproyecto de la Ley de Carrera Sanitaria (2006) que fue presentado al CONASA. Hasta 2006, el MSP desarrollaba proyectos o programas de educación permanente en salud.

Debido a que desde 1992 se detuvo la creación de puestos en los servicios del MSP, en 2003 esa institución empleaba 54,6% de los médicos que laboraban en el sector, 59,6% de las enfermeras, 68,8% de los odontólogos, y 94,6% de las obstetras. En ese mismo año la distribución de los profesionales de salud que trabajaban en el sector público correspondió a 49,95% de los médicos, 81,86% de las enfermeras, 91,82% de los odontólogos y 80,95% de las obstetras (59).

### Investigación y desarrollo tecnológico en salud

El MSP, mediante su proceso de ciencia y tecnología, ejerce la rectoría en investigación y desarrollo científico y tecnológico en salud. Para tales fines cuenta con el apoyo de la Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología (SENACYT), la Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología del CONASA (COMCYT) —que en 2006 formuló la política de investigación en salud que fue considerada por el CONASA—, el Consejo Nacional de Universidades y Escuelas Politécnicas, y otros organismos nacionales e internacionales. El Foro Nacional de Investigación en Salud reúne a investigadores e instituciones relacionadas con investigación en salud e impulsa políticas de investigación orientadas a las prioridades nacionales.

La inversión en investigación y desarrollo en 2003 fue 0,07% del PIB. Por su importancia como instrumento para el desarrollo social y económico del país, el gobierno decidió invertir en ciencia y tecnología, por lo que se adjudicó 5% de los fondos existentes en la Cuenta Especial de Reactivación Productiva y Social—US\$ 8 millones en 2005 y US\$ 26 millones en 2006, en cada caso aproximadamente 14% del total para salud— para actividades relacionadas con ciencia, tecnología e innovación (60).

Desde su inicio en 1998 hasta 2003, la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) abrió siete centros cooperantes, los cuales ingresan y envían información regularmente para alimentar la base de datos de la BVS (61); además, se organizó la red de información con cuatro centros de área ubicados en diferentes universidades y un centro coordinador de áreas. En enero de 2006 se publicó la política nacional de ciencia, tecnología e innovación (60).

### Gasto y financiamiento sectorial

En 2004, 50,4% del gasto total en salud provino del sector público (MSP, IESS, Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía, y gobiernos seccionales) y 49,2% del sector privado. Del gasto privado en salud, 90% correspondió a gasto directo de los hogares (61% para la adquisición de medicamentos e insumos, 24,3% para la atención médica y 4,7% para exámenes de laboratorio, materiales odontológicos y aparatos ortopédicos); el 10% restante es pago directo a los médicos proveedores. Del gasto privado, 74,7% se realizó en el área urbana y 25,3% en el área rural, donde vive 37% de la población, de la cual más de 50% es pobre. El gasto público social en salud como porcentaje del PIB pasó de 0,6% en 2000 a 0,8% en 2001, 1,2% en 2002 y 1,5% en 2004. En el sector público, el gasto en salud destinó 81,2% para atención curativa y 18,8% para atención preventiva. Asimismo, se gasta en el primer nivel de atención 34,1%, en el segundo 29,9% y en el tercero 36%. De ese gasto, 34,4% corresponde a la provisión de servicios hospitalarios, 29,3% al suministro de medicamentos, 23,6% a servicios ambulatorios, 11,7% a la salud pública y 0,9% a la investigación. Por otro lado, sólo 31,8% se focaliza en los grupos en pobreza y el resto recibe 68,2%. El presupuesto del MSP mantuvo un incremento constante desde 2001 (US\$ 151,7 millones) hasta 2006

(US\$ 561 millones), pasando de 2,8% del presupuesto general del Estado en 2001 a 6,0% en 2006 (3). La propuesta presentada para 2007 fue de US\$ 845 millones (8,3%) del presupuesto nacional.

### Cooperación técnica y financiera en salud

En 2003 el país recibió US\$ 811 millones en cooperación internacional, 79,6% por préstamos externos y 20,4% por fondos no reembolsables. En 2004 el monto total descendió a US\$ 555 millones, de los cuales 67,3% correspondieron a préstamos externos y 32,7% a fondos no reembolsables. El monto total de la cooperación bilateral durante el período 2003–2004 fluctuó de US\$ 105 millones en 2003 a US\$ 102 millones en 2004, mientras que la cooperación multilateral se incrementó 40%, de US\$ 26 millones en 2003 a US\$ 36 millones en 2004. La cooperación proveniente de los organismos no gubernamentales se incrementó 23%, de US\$ 34 millones en 2003 a US\$ 42 millones en 2004 (62). La cooperación multilateral se enfocó principalmente en el sector de bienestar social (nueve cooperantes), educación, ciencia y tecnología (ocho cooperantes), y ambiente y recursos naturales y salud y saneamiento (siete cooperantes). En función del financiamiento otorgado para proyectos en el período 2003–2004, la Comisión Europea fue la principal contribuyente, con 8,6% del total (US\$ 12,31 millones).

En el período 2001–2005 la cooperación de la OPS/OMS se enfocó política y técnicamente en procesos estratégicos que contribuyeron al desarrollo de la salud. Los logros más importantes fueron la aprobación de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y su posterior desarrollo. En la fase de implementación apoyó el proceso reglamentario, el desarrollo y fortalecimiento del directorio del CONASA y sus comisiones técnicas (de carácter intersectorial) y los consejos cantonales y provinciales de salud, así como el incremento del presupuesto de salud pública.

En 2003 se introdujo la vacuna pentavalente (difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo b), se incorporó la vacuna contra la influenza estacional para grupos de riesgo y se aprobó financieramente la introducción de la vacuna contra rotavirus para 2007. En este período el país se mantuvo libre de poliomielitis y dejaron de ser un problema de salud pública el sarampión, la difteria, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, y el tétanos neonatal. La OPS apoyó al MSP en el fortalecimiento y descentralización del Programa Nacional de Malaria y en el desarrollo de investigaciones de resistencia a los insecticidas y a los antimaláricos. En dengue se colaboró en el trabajo intersectorial que fue liderado por el MSP y contó con la participación de las municipalidades, los ministerios de educación, gobernación y defensa, y la comunidad organizada—lo que favoreció el rápido control de brotes y la disminución del número de muertes.

Asimismo, la OPS apoyó la respuesta ante emergencias y desastres ocasionados por inundaciones y riesgos volcánicos. En el MSP se fortaleció la descentralización del Programa Nacional de

Preparación, Respuesta y Mitigación de Desastres; se movilizó recursos internacionales para la mitigación de los desastres, principalmente las inundaciones en la Costa, y se estimuló el trabajo interinstitucional para una respuesta coordinada de la comunidad internacional. Se construyó un liderazgo reconocido por todos los actores nacionales e internacionales; se promovió el trabajo intersectorial e interinstitucional en la frontera con Colombia, donde participaron el MSP, el Ministerio de Vivienda y Desarrollo Urbano y la Organización Internacional de Migraciones, a fin de asegurar la vigilancia de la calidad del agua a nivel de plantas de tratamiento y redes de abastecimiento, y de garantizar el agua potable para la población sin acceso mediante tecnología apropiada y participación comunitaria; esta experiencia también se llevó a cabo en poblaciones ubicadas en las parroquias más pobres del país. Se asesoró al país en la elaboración de políticas nacionales para el cumplimiento de los ODM y la implementación del aseguramiento universal de salud, así como en la preparación de informes y planes prácticos relacionados con los ODM en general y con la salud en particular.

### Referencias

1. Banco Central del Ecuador. Boletín estadístico mensual. Disponible en: [www.bce.fin.ec](http://www.bce.fin.ec). Acceso el 15 de mayo de 2006.
2. Ecuador, Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta Nacional de Empleo, Subempleo y Desempleo (ENEMDU). Serie histórica. INEC; diciembre 2006. Disponible en: [www.inec.gov.ec](http://www.inec.gov.ec). Acceso el 14 de abril y 15 de mayo de 2006.
3. Ecuador, Ministerio de Economía y Finanzas. Estados financieros consolidados a diciembre 2005. Disponible en: [www.minfinanzas.ec-gov.net](http://www.minfinanzas.ec-gov.net). Acceso el 14 de abril y 15 de mayo de 2006.
4. Ecuador, Consejo Nacional de Salud; Ministerio de Salud Pública; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Fondo de Población de las Naciones Unidas; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. II Congreso Nacional por la Salud y la Vida, junio 2005.
5. Gobierno de Ecuador; Naciones Unidas, Secretaría Nacional de Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe ODM 2015: el futuro tiene fecha. 2005.
6. Transparencia Internacional. Barómetro Global de la Corrupción, 2004, Ecuador, septiembre 2005. Disponible en: [www.transparencia.org.es](http://www.transparencia.org.es). Acceso el 14 de abril y el 15 de mayo de 2006.
7. Sola J. Una desconcentración incompleta: la reforma de la salud en el Ecuador. Revista Ecuador Debate N° 61. Quito; 2004.
8. Presidencia de la República del Ecuador; Secretaría Nacional de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Sistema Nacional de Aseguramiento Universal en Salud; abril 2006. Disponible en: [www.presidencia.gov.ec](http://www.presidencia.gov.ec). Acceso el 14 de abril y el 15 de mayo de 2006.

9. Contrato Social por la Educación en el Ecuador. Indicadores de la situación educativa en Ecuador; 2005.
10. Ecuador, Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social. Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN) 2004. Informe final. Quito: CEPAR; octubre 2005.
11. Naciones Unidas. La frontera norte del Ecuador: evaluaciones y recomendaciones de la Misión Interagencial del Sistema de Naciones Unidas del Ecuador. Quito; junio 2004.
12. Ecuador, Instituto Nacional de Estadística y Censos. Proyecciones de población por provincias, cantones, áreas, sexo y grupos de edad, período 2001–2010.
13. Ecuador, Ministerio de Salud Pública. Informe de la Dirección Nacional de Salud de Pueblos Indígenas; 2005.
14. Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 2001. Washington, DC: OPS; 2001.
15. Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 2005. Washington, DC: OPS; 2005.
16. Ecuador, Ministerio de Salud Pública; Instituto Nacional de Estadística y Censos; Programa Anual de Inversiones (SEMPLADES); Secretaría Técnica de Frente Social. Indicadores básicos de salud del Ecuador, 2005. septiembre 2005.
17. Ecuador, Ministerio de Salud Pública; Instituto Nacional de Estadística y Censos; Secretaría Técnica de Frente Social; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; Fondo de Población de las Naciones Unidas; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Indicadores básicos de salud del Ecuador, 2004. agosto 2004.
18. Organización Panamericana de la Salud. Boletín Epidemiológico. 2003;24(4).
19. Ecuador, Instituto Nacional de Estadística y Censos. Anuario de estadísticas vitales, nacimientos y defunciones, 2004. Disponible en: [www.inec.gov.ec](http://www.inec.gov.ec). Acceso el 14 de abril y el 15 de mayo de 2006.
20. Ecuador, Ministerio de Salud Pública, Dirección de Mejoramiento y Control de la Salud Pública, Subproceso de Epidemiología-Vigilancia Epidemiológica. Situación de la salud del Ecuador. Quito; marzo 2006.
21. Ecuador, Ministerio de Salud Pública, Sistema Común de Información. Producción de establecimientos de salud, Ecuador 2004. Quito; mayo 2005.
22. Aguilar D, Alarcón E, Guerrón A, López P, Mejía S, Riofrío L. El sobrepeso y la obesidad en escolares de 8 años del área urbana. [Tesis de grado]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2001.
23. Ecuador, Ministerio de Salud Pública; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; Fondo de Población de las Naciones Unidas. Proyecciones de la población por provincias, cantones y parroquias según grupos programáticos. Ecuador 2005. abril 2005.
24. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia. Estado de los derechos de la niñez y adolescencia en el Ecuador, 2005. UNICEF; 2005.
25. Ecuador, Ministerio de Salud Pública, Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud, Comisión de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos del CONASA. Quito; abril 2005.
26. Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas: Indicadores básicos 2003. Washington, DC: OPS; 2003.
27. Ecuador, Instituto Nacional de Estadística y Censos. Anuario de estadísticas vitales nacimientos y defunciones 2003. Disponible en: [www.inec.gov.ec](http://www.inec.gov.ec). Acceso el 14 de abril y el 15 de mayo de 2006.
28. Ecuador, Instituto Nacional de Estadística y Censos; Banco Interamericano de Desarrollo. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de Hogares Urbanos 2003–2004. Resultados preliminares. Quito; abril 2004.
29. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede Ecuador; Banco Central del Ecuador; Universidad de Guayaquil; Universidad de Cuenca. La emigración internacional en Quito, Guayaquil y Cuenca. Quito; enero 2004.
30. Ecuador, Centro de Estudio de Población y Desarrollo Social. Situación de salud de los pueblos indígenas en el Ecuador. En: ENDEMAIN 2004. abril 2006.
31. Gross M, Terán C, Terán J. Línea de base en temas del sector salud de provincias de la frontera norte del Ecuador. Quito; mayo 2006. Documento inédito.
32. Ecuador, Ministerio de Salud Pública, Programa Nacional de Malaria; Instituto Nacional de Higiene. Estudio de drogoresistencia a los anti-maláricos. Resultados preliminares. Ecuador 2004–2005.
33. Ecuador, Ministerio de Salud Pública. Informe anual Programa Nacional de Malaria, 2004.
34. Ecuador, Ministerio de Salud Pública. Informe Programa Ampliado de Inmunizaciones, 2005.
35. Ecuador, Ministerio de Salud Pública, Programa Nacional de Zoonosis, 2001–2005.
36. Ecuador, Ministerio de Salud Pública, Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica, 2001–2005.
37. Ecuador, Ministerio de Salud Pública. Informe Programa Nacional de SIDA, 2005.
38. Ecuador, Ministerio de Salud Pública. Informe del Programa Nacional de Rabia, 2001–2006.
39. Terán G. Plaguicidas: su impacto en salud. Ecuador, 2005.
40. Ecuador, Instituto Nacional de Estadística y Censos. Egresos hospitalarios, 2003.
41. Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas; Organización de Estados Americanos, Comi-

- sión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas; Naciones Unidas, Oficina contra la Droga y el Delito. II Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. Ecuador, 2005.
42. Organización Panamericana de la Salud, Centro Panamericano de Fiebre Aftosa; Servicio Ecuatoriano de Sanidad Agropecuaria; Ministerio de Agricultura y Ganadería. XXXIII COSALFA: Informe anual de los países 2005. Documento de trabajo. OPS; 2005.
  43. Organización Panamericana de la Salud, Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. Situación de los programas de erradicación de la fiebre aftosa: América del Sur. 2004.
  44. Ecuador, Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Planificación y Financiamiento. Propuesta para la creación del sistema único de información con enfoque georeferencial para el Ministerio de Salud Pública y el sector salud. septiembre 2001.
  45. Benites E. Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical “Leopoldo Izquieta Pérez”. Informe especial MT15-SSH.AC. junio 2005.
  46. Ecuador, Ministerio de Vivienda y Desarrollo Urbano. Agenda de agua potable y saneamiento básico, 2006.
  47. Ecuador, Ministerio de Vivienda y Desarrollo Urbano. Política nacional de agua y saneamiento, diciembre 2003.
  48. Ecuador, Ministerio de Salud Pública; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas. Plan integrado de alimentación complementaria y nutricional en las parroquias más pobres del Ecuador. Quito; 2005.
  49. Lutter C, Sempértegui F, Rodríguez A, Fuenmayor G, Ávila L, Madero J, et al. Evaluación de impacto del Programa Nacional de Alimentación y Nutrición (PANN 2000). Washington, DC: OPS; mayo 2005.
  50. Ecuador, Ministerio de Salud Pública; Ministerio de Agricultura y Ganadería; Servicio Ecuatoriano de Sanidad Agropecuaria; Ministerio del Ambiente. Plan nacional de contingencia para enfrentar posible pandemia de influenza en el Ecuador, diciembre 2005.
  51. Organización Panamericana de la Salud. Medicina transfusional en los países del Caribe y Latinoamérica 2000–2003. Washington, DC: OPS; 2005. (Publicación técnica THS/EV-2005/005 E).
  52. Ecuador, Consejo Nacional de Salud, Comisión de Promoción de la Salud. Política nacional de promoción de la salud. Versión preliminar; junio 2006.
  53. Ecuador, Fundación Nacional de Ecoclubes. Ecoseñal: guía para la formación de ecoclubes. Guayaquil; noviembre 2004.
  54. Paredes P, Romo H, Quevedo M. Estudio del mercado farmacéutico en el Ecuador. Quito; julio 2004.
  55. Corporación de Estudios para el Desarrollo. Impacto económico sobre el sector farmacéutico ecuatoriano de la adopción de un capítulo sobre la protección de derechos de propiedad intelectual. Resumen ejecutivo. Quito; septiembre 2005.
  56. Ecuador, Instituto Nacional de Salud. Auditoría mercado farmacéutico privado. Investigación de mercado en salud. Ecuador. 2001–2005.
  57. Ecuador, Ministerio de Salud Pública; Organización Panamericana de la Salud, Proyecto Modernización y Desarrollo de Redes Integrales de Servicios de Salud (MODERSA). Programa de extensión de cobertura en salud en base a la estrategia de atención primaria y el licenciamiento de la red de servicios de salud. mayo 2004.
  58. Ecuador, Consejo Nacional de Salud; Comisión Nacional de Recursos Humanos; Observatorio de Recursos Humanos de Salud en Ecuador; Ministerio de Salud. Migración de médicos y enfermeras recién graduados en Quito y Cuenca. Informe para el Proyecto Modersa. Elaborado por Merino C. Quito; 2004.
  59. Merino C; Observatorio de Recursos Humanos en Salud en Ecuador; Comisión Nacional de Recursos Humanos. Empleo de los recursos humanos en salud en instituciones del sector público. Quito; 2006.
  60. Ecuador, Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología, Fundación para la Ciencia y Tecnología. Memoria anual 2005. Enero 2006.
  61. Ecuador, Biblioteca Virtual en Salud. Disponible en: [www.bvs.org.ec](http://www.bvs.org.ec). Acceso el 15 de mayo de 2006.
  62. Ecuador, Instituto Ecuatoriano de Cooperación Internacional; Ministerio de Relaciones Exteriores. Cooperación para el desarrollo. Ecuador 2003–2004. Quito; 2005.

