

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Gestión

Maestría en Gerencia para el Desarrollo

Mención en Desarrollo Local

**Análisis y evolución del gasto público en salud en el periodo 2008 –
2014**

Mauricio David Guarderas Rivera

Tutor: Diego Fabián Raza Carrillo

Quito, 2019



Yo, Mauricio David Guarderas Rivera, autor de la tesis intitulada “**Análisis y evolución del gasto público en salud en el periodo 2.008 – 2.014**”, mediante el presente documento de constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de magíster en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, durante 36 meses a partir de mi graduación, pudiendo por lo tanto la Universidad, utilizar y usar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico. Esta autorización incluye la reproducción total o parcial en los formatos virtual, electrónico, digital, óptico, como usos en red local y en internet.

2. Declaro que en caso de presentarse cualquier reclamación de parte de terceros respecto de los derechos de autor/a de la obra antes referida, yo asumiré toda responsabilidad frente a terceros y a la Universidad.

3. En esta fecha entrego a la Secretaría General, el ejemplar respectivo y sus anexos en formato impreso y digital o electrónico.

Fecha: 12 de julio de 2019

Firma:

Resumen

La presente disertación realiza una exploración teórica del fenómeno del desarrollo desde una mirada histórica con el afán de comprender cuál es el estado del concepto en el escenario actual de la sociedad ecuatoriana, en donde se ejecutan las políticas públicas de salud y sus respectivos presupuestos. Posteriormente, se busca determinar cuál es el rol del Estado en la salud pública y los sustentos teóricos para el tratamiento de ésta como un derecho humano. A continuación, se establece el marco normativo internacional y nacional de la salud como derecho y una reseña histórica de este concepto en las constituciones del Ecuador desde su aparición como Estado.

Con estos antecedentes, se plantea un marco metodológico para establecer la orientación del gasto público en salud en el periodo 2008 – 2014, hacia la normativa internacional y nacional en materia de este derecho, para luego presentar los correspondientes resultados de la evaluación realizada, buscando determinar si el gasto público ecuatoriano fue o no enfocado en el cumplimiento de la normativa legal que lo ampara.

Finalmente, se presentan las conclusiones de la investigación junto con las fuentes y referencias bibliográficas de sustento.

Tabla de contenidos

Introducción	9
Capítulo uno: Marco Teórico	11
1.1 El desarrollo: una mirada histórica que nos permita comprender el presente	11
1.2 El rol del Estado en la salud pública	20
1.3 La salud como derecho humano	25
Capítulo dos: Marco Normativo.....	29
2.1 Marco normativo supranacional en salud pública	29
2.2 Marco normativo nacional en salud pública.....	37
2.2.1 El derecho a la salud y su evolución en las Constituciones de la República del Ecuador ...	43
Capítulo tres: Metodología para determinar la orientación del gasto público a la normativa internacional y nacional	53
3.1 Propuesta metodológica para evaluar la orientación del gasto público en salud al marco normativo supranacional	53
3.2 Propuesta metodológica para evaluar la orientación del gasto público en salud al marco normativo nacional	59
Capítulo cuatro: Marco empírico	63
Conclusiones	79
Lista de referencias	83

Introducción

A partir del año 2007 el Ecuador implementó un modelo de desarrollo basado en el incremento del gasto público con la intención, al menos desde el discurso político, de garantizar los derechos consagrados en el nuevo marco normativo constitucional vigente. Desde entonces, el Estado ha canalizado ingentes cantidades de recursos económicos hacia distintos sectores de la sociedad, siendo el sector salud una de las prioridades gubernamentales. Sin embargo, las evaluaciones y análisis presentados desde el Gobierno Central y la cartera de salud, no permiten establecer la pertinencia del uso de recursos públicos con respecto a la normativa legal vigente, tanto a nivel local como internacional.

Además, las cifras publicadas por el Ministerio de Salud Pública con respecto al uso y destino específico de los más de USD 10.700 millones asignados durante el periodo 2008-2014, resultan insuficientes para determinar si dicha cartera de Estado ha cumplido con su deber legal y constitucional en el periodo de Gobierno anterior.

Por lo tanto, la ausencia de un tipo de evaluación que permita vincular el “deber ser” desde el punto de vista normativo del Ministerio de Salud Pública, con la gestión de los recursos asignados desde el Gobierno Central, dificulta a los actores de la sociedad civil el poder ejercer su derecho a un mejor control de las instituciones del Estado.

De la misma manera, de la revisión de varias experiencias internacionales se destaca que la mayoría de evaluaciones del gasto público en salud se enfocan en aspectos financieros como la sostenibilidad y la posibilidad de atender a la población a largo plazo (Macías Sánchez y Villarreal Páez 2018). Existen también numerosas evaluaciones de impacto en donde se busca establecer la causalidad entre el gasto público y la reducción de enfermedades o mejoras en la calidad de vida (Pinilla-Rodríguez, de Dios Jiménez Aguilera, y Granados 2018), así como también la relación que existe entre los diferentes sistemas tributarios y los presupuestos disponibles para las políticas sociales (Lustig 2017). Sin embargo, de la revisión bibliográfica efectuada, no se han encontrado investigaciones que permitan vincular el gasto público en salud con la normativa legal que debe orientar dicho gasto.

En este sentido, la presente disertación luego de realizar una sustentación teórica que permita ubicar a la salud como derecho humano, haciendo uso de un marco metodológico planteado inicialmente por las Naciones Unidas, busca vincular el gasto público en salud del

periodo 2008 – 2014 con la normativa internacional y nacional en materia de este derecho. De la misma manera, se pretende estimar la cantidad de recursos económicos que han sido destinados al cumplimiento de las distintas dimensiones del derecho a la salud e identificar aquellos gastos que no se encuentran sustentados en las normas legales.

Capítulo uno: Marco Teórico

1.1 El desarrollo: una mirada histórica que nos permita comprender el presente

Con el fin de comprender de mejor manera el momento actual que vive la sociedad ecuatoriana en cuanto a sus niveles de bienestar, progreso y el adecuado desenvolvimiento de la vida cotidiana, el presente capítulo expone una reseña histórica de los principales momentos del paradigma del desarrollo (económico-social), desde un punto de vista teórico. La intención es sintetizar y simplificar el entendimiento del fenómeno del desarrollo, dada su presencia en la mayoría de ámbitos del debate público, político y académico, en dónde dicha categoría se presenta como el *deber ser* de todo proceso social, aun cuando sus magnitudes y amplitud son en gran medida desconocidas para la mayoría de las personas.

Hasta la fecha, contar con una definición única o consensuada de esta categoría resulta complejo, por cuanto a criterio del autor de esta disertación, las visiones sobre el desarrollo pueden resultar abundantes así como son las formas en las que cada sociedad aborda los problemas sobre su cotidianeidad, la pobreza, el crecimiento económico, las libertades individuales, el rol del estado, entre otros. Por lo tanto, siendo que en una democracia representativa, los gobernantes de un país llevan consigo las visiones y creencias de toda la sociedad, sus decisiones dependen de la interpretación que éstos tengan sobre los problemas del desarrollo, con consecuencias directas para el futuro de la colectividad. De ahí la importancia de comprender a cabalidad el afamado concepto.

En este sentido, el concepto de desarrollo surge por primera vez en un documento de la primera declaración Inter-Aliada de 1941 y se reafirma en la Conferencia de San Francisco que dio origen a la Organización Internacional de Naciones Unidas (Mena 2004). A partir de entonces, las teorías del desarrollo surgen como una especialidad de la ciencia económica, principalmente enfocadas en la explicación del crecimiento económico y la transformación de las estructuras productivas como principal medida del bienestar de una sociedad, en el mediano y largo plazo. Poniéndolo en negativo, las teorías iniciales del desarrollo buscaban explicar las causas de la ausencia de capital, el bajo crecimiento y el deficiente nivel de vida de los países llamado sub desarrollados, así como proponer las políticas necesarias para cambiar estas realidades (Garza 2007).

Desde el enfoque neoclásico, el desarrollo supone “trasformar la sociedad de un estado tradicional caracterizado por el estancamiento y la subsistencia, a una sociedad dinámica capitalista centrada en el sector empresarial” (Arasa y Andreu, 1996). En este sentido, la preocupación se centra en cómo producir las condiciones necesarias para transformar las estructuras productivas de un país desde una economía basada en la agricultura hacia una llamada producción industrial *moderna*, evidentemente capitalista (Lewis, 1955)

Dichas condiciones consisten en reducir progresivamente el tamaño del sector tradicional (agrícola) a casi un nivel de subsistencia, creación de incentivos para que la fuerza laboral se traslade al sector industrial, consolidación de las grandes empresas capitalistas y finalmente después de un largo periodo de tiempo se habrá alcanzado la modernización de la estructura económica y el anhelado “consumo de las masas” que genera el bienestar deseado (Garza 2007).

Paralelamente, surge en Latinoamérica una propuesta teórica amparada en la CEPAL de la mano de Raúl Prebisch, conocida como la teoría económica estructuralista a decir de Celso Furtado (1985). La principal diferencia entre la propuesta de Prebisch y el enfoque neoclásico es que éste no consideró al subdesarrollo como una etapa normal del proceso de desarrollo, sino que lo concibió como un fenómeno histórico dadas las condiciones estructurales de la economía del mundo, planteando la noción de centro – periferia, explicada en el permanente deterioro de las relaciones de intercambio comercial entre países.

La teoría de la CEPAL plantea que:

Para contrarrestar el intercambio desigual es necesario aumentar la productividad e impulsar una adecuada legislación social que fortalezca las instituciones sindicales y eleve progresivamente el nivel del salario real. Esto permitirá crear las condiciones estructurales (productividad) y sociales (legislación e instituciones), para corregir el desequilibrio de ingresos entre el centro y la periferia (Garza 2007).

Por lo tanto, se plantearon estrategias a mediano plazo empezando por la llamada industrialización por sustitución de importaciones, el rol del estado como promotor, impulsor y planificador del desarrollo en alineación con la teoría Neo Keynesiana, promoción de la clase empresarial y una agresiva política de impulso al ahorro interno y la inversión (Andrade 2013).

Ahora, si bien hasta los años sesenta surgen dos concepciones de desarrollo distintas y planteadas desde diferentes regiones del planeta, hay que destacar que ambas centran sus

esfuerzos en fomentar, a toda costa, el crecimiento económico como medida del bienestar, luego de lo cual, aparentemente y subiendo de manera ordenada la escalera del desarrollo, se alcanzaría una sociedad que goce de un mejor nivel de vida.

Con la crisis internacional del petróleo del año 1973¹, los países del centro, por utilizar la categoría de Prebish, lanzan nuevas propuestas para el desarrollo enfocadas en la privatización de servicios públicos, la toma de préstamos a bajas, aunque reajustables, tasas de interés para financiar la *modernización*, la reducción del tamaño del Estado, la eliminación del déficit fiscal con el recorte de programas sociales, entre otros. El discurso ligado a esta forma de alcanzar el desarrollo, aun visto como crecimiento económico, estaba ligado a que las sociedades debían hacer innumerables sacrificios en el presente para alcanzar el bienestar en el futuro. Mediante el conocido “goteo hacia abajo”, se impulsó la idea de que el progreso de la clase capitalista, produciría como consecuencia natural, una distribución por “goteo” de los beneficios de la nueva generación de riqueza (Atul Kohli, 2009). Fue el Banco Mundial uno de los promotores de dichas medidas de ajuste planteadas ya de manera formal en el año de 1989, en el marco del consenso de Washington.²

Durante la década de los 90 hasta el año 2.000 se consolida el fenómeno de la globalización, enfatizando que el desarrollo se alcanza como resultado de, entre otras cosas, la inserción de cada país al sistema global de mercado que se institucionaliza mediante la creación de la Organización Mundial del Comercio en 1995.³

De forma paralela, la Organización de Naciones Unidas (ONU), a través de su Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) define el concepto de desarrollo humano como una alternativa que deja de lado el crecimiento como “deber ser” del proceso de desarrollo y plantea el bienestar y la libertad del individuo como fin último de cualquier esfuerzo. Un bienestar que debe materializarse de manera progresiva y permanente en todas

¹ La Crisis del Petróleo de 1973 es una crisis internacional que tuvo lugar con la decisión de varios países del golfo pérsico de no exportar petróleo a países occidentales. Debido a la fuerte dependencia que existía del petróleo procedente de Oriente Medio, los países occidentales se vieron sumidos en una grave crisis económica mientras el precio del petróleo aumentaba. El precio del barril de petróleo aumentó de los 2,90 dólares a los 11,90 dólares en pocos meses del año 73.. (“Crisis Del Petróleo de 1973” n.d.)

² El denominado Consenso de Washington se refiere al conjunto de medidas de política económica de corte neoliberal aplicadas a partir de los años ochenta como salida impuesta por el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM) a los países del Sur ante el estallido de la crisis de la deuda externa. Todo ello por medio de la condicionalidad macroeconómica vinculada a la financiación concedida por estos organismos. (“Consenso de Washington - OMAL | Observatorio de Multinacionales En América Latina” n.d.)

³ https://www.wto.org/spanish/thewto_s/whatis_s/tif_s/fact4_s.htm

las etapas del proceso de desarrollo, procurando la intervención y participación estatal a través de diversos programas sociales que minimicen las consecuencias bruscas del crecimiento. El paradigma se empieza a concebir también desde las propuestas teóricas de Amartya Sen, procurando el desarrollo integral de las capacidades del ser humano. Es decir, se alcanza el desarrollo no solo habiendo logrado el anhelado crecimiento económico, sino cuando todos los individuos de una sociedad han logrado las condiciones de vida que les permitan el pleno desenvolvimiento de sus capacidades naturales (Pugno 2015).

La Clasificación de Amartya Sen

Según Amartya Sen (1998), se plantea una clasificación de las distintas teorías del desarrollo en dos categorías. Las teorías duras del desarrollo o también conocidas como Teorías Blast: “sweat, blood and tears”, que consideran al desarrollo como un proceso inherentemente “cruel”, basado en estrictos principios inquebrantables. Dentro de esta agrupación se puede incluir a la teoría de la acumulación, la teoría de la modernización, el estructuralismo, la teoría de la dependencia y el paradigma neoclásico bajo la propuesta del FMI y el Banco Mundial. En general, agrupa a todas aquellas teorías del desarrollo estrictamente económico que requiere un gran sacrificio para la generación actual.

Aunque ya mencionado anteriormente, la forma de plantear el desarrollo que más se ajusta a las teorías “Blast” se consolida en 1990 a través del Consenso de Washington, que plantea 10 medidas de política económica con el objetivo de globalizar el capitalismo triunfante con la caída del muro de Berlín. La expresión “Consenso de Washington” se recoge en un documento publicado por John Williamson, como resultado de las principales ponencias del seminario internacional Latin American Adjustment (Observatorio de Multinacionales en América Latina, 2018)

A esto se suma la concepción que compartían las principales instituciones mundiales con sede en Washington, acerca de la crisis latinoamericana y de las medidas que debían aplicarse para superarla.

En relación al diagnóstico de la crisis, el documento plantea dos razones principales:

1. El excesivo crecimiento del Estado, del proteccionismo, de la regulación y del peso de las empresas públicas

2. La existencia de populismo económico como la incapacidad de controlar el déficit público y el aumento en el gasto del gobierno sobre todo en salarios.

Respecto a las 10 medidas de política económica, que constituyen la síntesis del pensamiento neoliberal, son:

1. Disciplina presupuestaria
2. Cambios en las prioridades del gasto público
3. Reforma fiscal
4. Liberalización financiera, especialmente de los tipos de interés
5. Búsqueda de un tipo de cambio competitivo
6. Liberalización comercial
7. Apertura a la entrada de inversiones extranjeras
8. Privatizaciones
9. Desregulaciones
10. Garantía de derechos de propiedad

Se asumía que con la aplicación de las medidas, una vez que las economías estuvieran estabilizadas, liberalizadas y privatizadas, los países retornarían a la senda del desarrollo, resolviendo así un problema en el que se llevaba más de cincuenta años trabajando desde la -ahora- despreciada economía del desarrollo.

Sin embargo, dados los resultados económicos y sociales de los países sobre los cuales recayó la receta expuesta en síntesis en los 10 aspectos anteriores, las críticas en torno al enfoque neoliberal no se hicieron esperar. En este sentido, el principal aspecto cuestionado por Stiglitz es el tema de la equidad, no contemplada en la propuesta de desarrollo. En palabras del propio autor:

Algunos países han seguido muy de cerca los dictados del modelo, pero no han experimentado funcionamientos económicos especialmente fuertes. Otros países han ignorado muchos de los dictados -como mínimo respecto a detalles cruciales de secuenciación- y han experimentado algunas de las tasas más altas de crecimiento sostenido que el mundo haya visto jamás. Concentrándose en un grupo excesivamente estrecho de objetivos – incremento del PIB – otros objetivos como la equidad, pueden haber sido sacrificados (...). Intentando forzar una transformación rápida – a menudo imponiendo una

acentuada condicionalidad a recibir la asistencia vitalmente necesaria – no solo han sido minados los procesos democráticos, sino que se ha debilitado, a menudo, la sostenibilidad política. (Stiglitz Joseph, 1999:2)

Por otro lado, Sen (1998) plantea las Teorías amables del desarrollo: (Teorías GALA: “getting by, with a little assistance” o “saliendo adelante con un poco de ayuda”) que consideran el desarrollo como un proceso esencialmente “amigable”, donde se destaca la cooperación entre los individuos y para con uno mismo. Se incluirían en esta modalidad, las teorías del capital humano y capital social, el enfoque de la satisfacción de las necesidades básicas y finalmente, se daría el salto al desarrollo humano como un paradigma diferente y evolucionado.

Cabe mencionar que Sen no desconoce la importancia que el crecimiento económico debe tener en el proceso de desarrollo, pero no lo reconoce como un fin en sí mismo, sino como un medio más para el desarrollo, cuyo fin último debe ser la materialización de las libertades de los individuos, evidenciada luego en el pleno goce de sus derechos.

Hasta ahora, la teoría neoclásica y convencional, sostenía que el crecimiento económico era resultado de la acumulación de capital físico y de la ampliación de la fuerza de trabajo, combinadas con un factor exógeno como el progreso tecnológico, pero no podía explicar cómo se podía acelerar dicho progreso. De la misma manera, podemos destacar numerosos aportes teóricos que atribuyen el crecimiento/desarrollo a la influencia de variables de carácter exógeno, sin embargo, el tratamiento del enfoque del capital humano, se realiza a través de la teoría del crecimiento endógeno, la cual considera el rol fundamental del capital humano como parte medular del proceso de crecimiento.

El desarrollo de la teoría del capital humano reconoce que para la explicación de ciertos fenómenos macroeconómicos, como por ejemplo, el crecimiento del ingreso nacional, es necesario incluir, además de los factores: capital y trabajo, un tercer factor, que considera el conjunto de habilidades y capacidades de los trabajadores. El capital humano ha sido definido por la Organización para el Comercio y el Desarrollo Económico como: “el conocimiento, las competencias y otros atributos que poseen los individuos y que resultan relevantes a la actividad económica.” (OECD, 1998).

Cabe destacar el aporte de Lucas (1988) que reafirma el planteamiento anterior afirmando que las acciones y comportamientos de los individuos tienen un efecto muy

importante sobre la economía. En este sentido, la educación y formación de las personas es fundamental, por cuanto es su voluntad y decisión de capacitarse, la que incrementa la productividad del trabajo (por lo tanto potencializa el crecimiento), no únicamente la inserción de nuevas maquinarias como se había considerado.

Paul Romer (1994), premio noble de economía, sostiene que el conocimiento es un factor más de producción, introduciendo el concepto de “Learning by doing”, por el cual el aprendizaje de un actor de la economía podría incrementar la productividad sistémica y muestra como la tecnología, la innovación, el desarrollo y la investigación representan un músculo importante para el crecimiento.

Adicionalmente, se puede afirmar que no solo la educación de la fuerza laboral influye positivamente en el crecimiento económico, también existen una gran cantidad de factores que no son cuantificables y que juegan un importante papel en los procesos de crecimiento. En el informe de Desarrollo Humano de 1996, el PNUD expresa:

Los hábitos de la gente, sus grupos y redes sociales, el carácter de las instituciones y las políticas gubernamentales (que tienen importancia fundamental para explicar las diferencias en las tasas de crecimiento de otros países), la familia y el sistema de enseñanza escolar, ayudan a impartir otros conocimientos como la autodisciplina, el orgullo por el trabajo propio y la flexibilidad, la apertura mental a nuevas ideas y la disposición a cooperar. (PNUD, Informe de Desarrollo Humano, 1996:58)

De la misma manera como la teoría del capital humano adquiere significado dentro de las Teorías Amables del Desarrollo, por su contribución endógena al crecimiento económico, el capital social es considerado un elemento valioso y autónomo en el desarrollo de las economías (Sen 2.000). Lo mismo ocurre con el valor de la confianza, la mejor expresión del término capital ético, por su aporte activo y transversal en el buen funcionamiento de las relaciones económicas.

James Coleman (1988) plantea la noción de capital social como aquel formado por un conjunto de factores que aumenta la capacidad de las personas para agruparse y organizarse en propósitos comunes, emprender acciones conjuntas e involucrarse en relaciones cooperativas. Este conjunto de factores está formado por obligaciones, expectativas, confianza, normas sociales, canales de información, etc., que crean una red social capaz de potencializar la dinámica de las relaciones económicas entre los agentes, contribuyendo al proceso de crecimiento/desarrollo económico. No es un capital tangible,

como tampoco lo es el capital humano, pero a diferencia de éste, el capital social existe en las relaciones entre las personas y no en las personas mismas.

En definitiva, la acumulación de capital social dentro de una sociedad propone mecanismos para alcanzar objetivos comunes, fuera de las premisas de la lógica económica, pero que en última instancia, contribuyen enormemente a alcanzar también objetivos económicos.

Ahora, profundizando en las relaciones sociales planteadas anteriormente, se destaca el principio de confianza mutua que debe gobernar dichas relaciones. La presencia de confianza generalizada en las decisiones/acciones de los actores sociales, es lo que se puede denominar como capital ético. Como lo expresa Adela Cortina (2001:58): “En la educación, los alumnos deben confiar en sus profesores; en la sanidad, los pacientes en los médicos, etc. La confianza potencia la economía, las buenas prácticas, y todo ello, potencia el desarrollo moralizado de la sociedad.”

El desarrollo humano

El paradigma del desarrollo humano se aborda desde la perspectiva de Amartya Sen el cual entiende al desarrollo como libertad real (Sen, 2.000).

El Desarrollo Humano se define como un aumento y expansión de las libertades fundamentales, donde las condiciones materiales que hacen posible gozar de esa libertad deben estar garantizadas, y donde la libertad se constituye como el principio legislador y regidor de una sociedad justa. Es precisamente la garantía de las condiciones materiales de la libertad, la que permite añadir el término de real e impide que se convierta en una libertad teórica y especulativa. Para Sen, la libertad real es realizable a partir de una serie de medios e instrumentos destinados para ello y se concreta en que todas las personas puedan llevar a cabo el tipo de vida que tienen razones para valorar.

Van Parijs en su libro Libertad real para todos comenta:

“Utilizaré el término libertad real para referirme a una noción de libertad que incorpore los tres componentes: seguridad, propiedad de sí y oportunidad. Una sociedad libre, una sociedad cuyos miembros son auténticamente libres, satisface las tres condiciones. (Van Parijs, 1996)

A continuación se presenta una cita de Isaiah Berlin en la cual se matiza el concepto de libertad desde una perspectiva que incluso puede ser interiorizada por cada individuo:

Quiero que mi vida y mis decisiones dependan de mí mismo, y no de fuerzas exteriores, sean del tipo que sean. Quiero ser el instrumento de mí mismo y no de los actos de voluntad de otros hombres. Quiero ser el sujeto y no objeto, ser movido por propósitos conscientes que son míos, y no por causas que me afectan, por así decirlo, desde afuera. Quiero ser alguien, no nadie. (Berlin, 1969)

Para Berlin, cada individuo es sujeto activo y constructor de su libertad, por lo tanto, activo en el proceso de desarrollo.

La libertad se presenta entonces, como fin de una teoría del desarrollo humano, fundamentada en una teoría de la justicia (social y económica). El desarrollo ya no se plantea en términos de distribución de la riqueza, aumento de la productividad de los trabajadores, o ampliación de la esperanza de vida, ahora consiste en lograr una vida de libertad para todos (Pedrajas, 2007). Pero una libertad realizable, real, pragmática, posible, histórica, material y política. En este sentido, se recoge el planteamiento de que entre las libertades fundamentales:

Se encuentran algunas capacidades como por ejemplo, poder evitar privaciones como la inanición, la desnutrición, la morbilidad evitable y la morbilidad prematura, o gozar de las libertades relacionadas con la capacidad de leer, escribir y calcular, la participación política y la libertad de expresión, etc. Desde este punto de vista, el desarrollo es el proceso de expansión de las libertades humanas y su evaluación ha de inspirarse en esta consideración. (Sen, 2000:55)

Por otro lado, a la hora de profundizar en el papel constitutivo y principal de la libertad en el modelo de desarrollo humano, Sen (2.000) destaca tres puntos:

1. La libertad como valor universal

Desde una visión kantiana se establece que, más allá de su pertenencia a cualquier grupo, categoría, entidad o comunidad, los individuos poseen la capacidad de cuestionar los paradigmas establecidos y promulgar de manera clara sus preferencias.

2. La libertad como oportunidades y libertad de procesos

Hace referencia a que aun reconociendo lo importante que es el factor de crecimiento económico, una de las diferencias entre un desarrollo humano y un desarrollo económico, es que éste viene caracterizado por el logro de dos expresiones de la libertad: su incorporación absoluta en los procesos de

desarrollo y el aumento de las oportunidades de las personas para llevar a cabo el tipo de vida que desean. Por lo tanto, la libertad se refiere tanto a los procesos de toma de decisiones como a las oportunidades para lograr resultados valorados.

3. La libertad como compromiso social

Hace referencia a que nuestro sentido de la responsabilidad no tiene por qué referirse sólo a las aflicciones que puede causar nuestra propia conducta, sino también, en términos más generales, a las miserias que observamos a nuestro alrededor. Sen afirma que:

Concluyendo con el análisis del Desarrollo Humano, plantearemos que para alcanzar la libertad como fin, es necesario aumentar y garantizar unas libertades instrumentales concebidas como los medios. Se hace referencia a las siguientes libertades instrumentales:

- Libertades políticas
- Servicios económicos (refiriéndose a libertades y derechos económicos)
- Oportunidades sociales
- Garantías de transparencia y
- Seguridad protectora.

Finalmente, a manera de conclusión de esta exploración histórica, podemos decir que existe un antes y un después de la propuesta del desarrollo formulada por el PNUD a finales de los 90's y que continúa a inicios del siglo presente. Pasamos de concebir al desarrollo como crecimiento económico y mejoramiento de las condiciones materiales de vida de la población, hacia un enfoque más integral que incorpora desde la propuesta de Amartya Sen, nuevas dimensiones de la condición humana, en donde alcanzar el mayor y pleno goce de las libertades humanas se convierte en el fin mismo de cualquier proceso de desarrollo.

1.2 El rol del Estado en la salud pública

Habiendo determinado en el inciso anterior que la materialización del desarrollo consiste en que las personas puedan entre otras cosas, “evitar privaciones como la inanición,

la desnutrición, la morbilidad evitable y la morbilidad prematura” (Sen, 2.000), a continuación analizaremos de manera más profunda el papel que debe jugar el Estado en la provisión de servicios de salud de calidad que garanticen el bienestar de la población.

A continuación se presentan tres visiones del acceso a servicios públicos de salud, empezando por una perspectiva liberal – ortodoxa, luego una liberal – redistributiva y finalmente una tercera aproximación marxista – igualitarista.

Liberal Ortodoxa

Desde el enfoque liberal ortodoxo, se reconocen principalmente el derecho a la vida, a la libertad de pensamiento y a la propiedad privada como las garantías fundamentales que deberán ser salvaguardadas por el Estado, mientras que en esta corriente el principio de la igualdad hace referencia únicamente a la condición natural de *hombres libres* sin abordar otras circunstancias más específicas. La redistribución de beneficios a las personas pobres de la sociedad se considera un mero acto de caridad o altruismo, más no una obligación del Estado, el cual no debe intervenir para que sea el mercado el que resuelva de forma imparcial los problemas de distribución, por medio de relaciones contractuales (Uribe, 2000) que eso sí, deben ser protegidas por dicho Estado (Hernández, 2012).

En este sentido, de acuerdo al enfoque Liberal – Ortodoxo la intervención del Estado en la salud pública debe ser la generación de las condiciones de mercado necesarias para que actores privados puedan ofertar servicios de salud a la población con base a la demanda natural o perfil epidemiológico de ésta. Por lo tanto, no existen elementos de orden moral que definan a la salud como derecho y por ende el Estado no está en la obligación de garantizarla. Por el contrario, *“los servicios deben ser obtenidos en la libre competencia de mercado y en el marco de las transacciones justas”* (Romero y Estévez, 2013). La única responsabilidad que le corresponde al Estado es la provisión de servicios altamente costo – efectivos y que de no entregarse de manera universal a la población, generarían externalidades negativas extremadamente nocivas para la sociedad. La vacunación en la primera infancia constituye un ejemplo de dichos servicios. Cabe mencionar que en la línea de la evolución histórica del desarrollo planteada en el inciso anterior, este enfoque guarda correspondencia con las medidas de ajuste estructural planteadas por el Consenso de

Washington y aplicadas en varios países de Latinoamérica en los años 80's y 90's del siglo anterior (Navarro, 2002).

Ya en la práctica, los sistemas de salud estructurados en base a este enfoque, se basan en el mercado de seguros que valoran individualmente a los usuarios, calculando estrictamente el riesgo de cada prestación de salud y sin importar los factores socio-culturales y demográficos como determinantes de la salud (Breilh, 2003). Se trata entonces de poblaciones segmentadas de acuerdo a sus ingresos y de servicios médicos basados en la concepción de eficiencia según dicta la lógica empresarial, donde predomina “el criterio economicista en las actividades asistenciales”. La perversidad de este modelo se expresa en que la implementación de barreras de acceso a los seguros privados está plenamente justificada para proteger la rentabilidad de las empresas del sistema, dejando por fuera a pacientes de edad avanzada, con enfermedades crónicas (renales, SIDA, diabetes), cáncer, enfermos mentales, entre otros, por cuanto representan riesgos demasiado elevados. (Giraldo-Piedrahita 2015).

Liberal – Redistributiva

Desde la corriente liberal – redistributiva, se plantea que la idea de libertad no es posible en el marco de sociedades inequitativas y por lo tanto se requiere garantizar a las personas ciertas condiciones básicas que les permitan el ejercicio pleno de dicha libertad (Rawls, 2006). En este sentido, es obligación del Estado promover con visión universal, condiciones de vida dignas no solo relacionadas con la salud sino también con la educación, el trabajo, la vivienda, entre otros derechos fundamentales, a través de políticas públicas con carácter redistributivo que involucren a los actores privados de la sociedad.

En términos de salud pública, en este enfoque se consideran además del perfil epidemiológico de las personas, ciertos determinantes socio culturales como la pobreza y la marginación como las causas principales de la enfermedad (OMS, 2005).

En este sentido, la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud perteneciente a la Organización Mundial de la Salud plantea que:

La Mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma

inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno natural. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud (Giraldo-Piedrahita 2015)

Por lo tanto, es el Estado el ente encargado de implementar las medidas necesarias para que las personas que se encuentran en una situación desfavorable puedan alcanzar una vida en general, más saludable. Sin embargo, no se desconoce la necesidad de que los propios individuos y comunidades participen como sujetos activos en mejorar su calidad de vida y en corregir los factores que afectan negativamente a su salud, por ejemplo, tomando las precauciones básicas de aseo y prevención de enfermedades (Marmot, 2004).

En la práctica, los modelos de salud basados en este enfoque plantean el aseguramiento universal de la población pero considerando la situación económica de cada individuo. Es decir, se fomenta una relación Estado –mercado, en donde las fuentes de financiamiento del sistema son los impuestos, los aportes de empleados y empleadores y un gasto personal de cada individuo al momento de enfrentar una enfermedad. De esta manera, el aseguramiento universal “no busca cubrir todas las prestaciones sino que se enfoca en una serie de paquetes básicos diferenciados conforme el nivel de ingreso de los grupos poblacionales” (Ascásubi, 2012). La realidad entonces es que si la diferenciación por ingresos no es adecuada o es insuficiente, gran parte de los individuos queda fuera de las prestaciones estatales de salud y los costos de atención médica generalmente elevados, terminan siendo asumidos por las personas afectando su posibilidad de cubrir otras necesidades.

Marxista – Igualitarista

De acuerdo con esta corriente, no solo se reconocen desigualdades estructurales como las planteadas por el enfoque liberal – redistributivo sino que además, se plantea una explicación histórica para dicho fenómeno al decir que dichas desigualdades son producidas por una “apropiación indebida por parte de una clase, un género o una etnia, de los medios de realización de la vida de las personas” (Hernández, 2008). Adicionalmente, se plantea que

“Sólo si se afectan las condiciones en las cuales se produce una distribución desigual del poder en la sociedad, en función de la propiedad de los medios, o de los privilegios acumulados de género o de raza, se podrá construir una sociedad justa, en función de las desiguales capacidades y necesidades humanas” Hernández, 2008 en (Giraldo-Piedrahita 2015).

En este sentido, el concepto de salud pública de acuerdo al enfoque Marxista – Igualitarista es de carácter multidimensional, es decir debe trabajarse desde la dimensión preventiva, curativa y desde la promoción, sin descuidar la perspectiva cultural que integra las diferencias en cuanto a la concepción de la enfermedad y su tratamiento. Entonces, la salud se convierte en un proceso de construcción conjunta, de respeto a las diferencias, de igualdad de derechos y de oportunidades (Breihl, 1986). Se hace énfasis en el modo de vida de las personas expresada no solo en sus estilos de vida y su cotidianeidad, sino en las relaciones históricas que han determinado sus comportamientos. “Más que exposición a riesgos externos, los sujetos sufren procesos de imposición de condiciones de vida” (Breihl, 2013).

En la práctica, esta concepción de salud significa que el Estado reconocerá la salud como derecho humano fundamental y además promoverá las condiciones de vida y de trabajo que permitan a los individuos gozar de dicha salud de manera integral, de acuerdo a las necesidades de las diferentes culturas que integran la sociedad (Borrero, 2011).

Esto se materializa en sistemas de salud eminentemente universales que reconocen a la salud como derecho individual y colectivo. De acuerdo con la visión del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS), la salud se define como:

El derecho a la atención a la enfermedad, así como el cuidado del bienestar físico y mental de las personas, sin perder de vista que el derecho a la salud forma parte del derecho a la vida, comprendida ésta, en toda la dimensión de la existencia humana dentro de un espacio que va más allá de lo individual: la persona en su entorno familiar, comunitario, como parte de la naturaleza y el universo (ISAGS, 2014).

El financiamiento del sistema universal de salud se sostiene con los aportes de toda la sociedad mediante impuestos los cuales son administrados por el Estado a través de su presupuesto general. Todas las personas sin importar su condición o aporte tienen derecho a acceder a servicios de salud gratuitos y con carácter de integralidad, es decir, desde su nacimiento hasta los cuidados necesarios en su última etapa de vida y tanto preventivos como curativos y paliativos.

Sin duda, alcanzar un sistema universal de salud se presenta como un reto complejo que parte por el reconocimiento explícito de la salud como derecho humano en la normativa constitucional de cada Estado. En este sentido, a continuación se profundizará en el tratamiento del llamado derecho a la salud para poder establecer el marco normativo que permita, a su vez, determinar la pertinencia y orientación del gasto público en salud en el Ecuador, para el periodo 2.008 – 2.014.

1.3 La salud como derecho humano

Ante la pérdida de la hegemonía del discurso neoliberal en la última década, surge a nivel internacional una nueva narrativa de construcción de sociedades más justas que incorpora el enfoque de derechos humanos en las políticas públicas. En este sentido, resulta de vital importancia el análisis de la categoría “derechos humanos” para luego definir de manera particular el derecho a la salud en este marco conceptual.

Según Stolkiner (2010), los derechos humanos son construcciones históricas que reflejan las condiciones de poder de quienes los formulan y por lo tanto, evolucionan de acuerdo a las variaciones de dichas relaciones de poder. Se enmarcan entonces en la historia del capitalismo mundial de occidente y se materializan alrededor del concepto de libertad como autonomía del sujeto. “Se trata de la forma jurídica de una voluntad de lo colectivo”. Por otro lado, Villanueva Egan y Lezana Fernández (2016), reivindican los derechos humanos como una lucha también de índole colectiva, de proteger y promover el bienestar de las personas, principalmente en los sectores menos favorecidos de la población, reconociendo el pluralismo y la diversidad cultural, integrando principios de equidad, solidaridad y libertad.

El ejercicio de la libertad se orienta entonces al pleno goce de la dignidad humana y se convierte en una praxis emancipadora. Dicha praxis consiste llevar a cabo prácticas que impidan la objetivación mercantil de todas las cosas, incluyendo la vida humana misma, que por su naturaleza, no puede ser considerada como mercancía o cosificada, considerando que dicha objetivación anula al sujeto de derechos. En este sentido, los derechos humanos permiten reivindicar la supremacía del ser humano por sobre la noción de producción de ganancia e intercambiabilidad de las cosas, siendo lo antagónico de la objetivación, la vigencia efectiva de los derechos. (Apparudai, 1991). En palabras de Kant:

Las cosas tienen precio, pero el hombre, en cambio, tiene dignidad. Lo que tiene precio es intercambiable, puede ser mercancía, servir de medio para otros fines. La dignidad del hombre implica, por el contrario, que todo ser humano sea fin en sí mismo, insustituible, nunca intercambiable ni tomado como objeto o cosa, como instrumento o mercancía (Kant, 1785).

He aquí la explicación de los principios de irrevocabilidad, imprescriptibilidad y universalidad de los derechos humanos, principios que por su naturaleza no pueden aplicarse a las cosas o a las mercancías.

En el caso de la salud, un ejemplo de objetivación se produce

cuando los siempre escasos recursos se distribuyen siguiendo criterios centrados en el costo beneficio o en la pertenencia al grupo considerado como “económicamente productivo” haciendo a un lado en las prioridades, las necesidades de salud de quienes no lo son, como en el caso de los adultos mayores (Villanueva Egan y Lezana Fernández 2016).

Ahora, para abordar al derecho a la salud y las prácticas específicas que lo materializan, según Stolkiner (2010), la contradicción ente objetivación y subjetivación está presente desde la relación entre los profesionales y los pacientes hasta el papel de las poblaciones en la fijación de las políticas bajo la forma de la medicalización y/o la falta de acceso a cuidados. En este sentido, en el debate sobre el derecho a la salud existen visiones radicalmente liberales que niegan su existencia, otras que lo reducen a un mínimo posible de justicia dentro de un esquema de libre mercado, siendo el Estado un ente apenas regulador, y finalmente visiones contrapuestas que plantean sistemas universales de acceso de manera gratuita (Velez, 2010). Sin embargo, cabe mencionar que aun en las visiones más extremas se reconoce la necesidad de evitar los posibles excesos del mercado de la salud y plantear ciertos criterios de justicia, estableciendo “mínimos indeclinables” denominados “derechos humanos de baja intensidad” (De Sousa Campos, 1998).

En la práctica se busca evitar los excesos del mercado de la salud e incluir en los sistemas criterios de justicia y equidad a través de un proceso de universalización progresiva de los servicios, considerando la sostenibilidad generacional de las prestaciones. La equidad y la justicia se alcanzan mediante sistemas impositivos que financian de manera directa los servicios de salud, incluyendo nueva infraestructura sanitaria (Giraldo-Piedrahita 2015).

Por otro lado, a raíz de la implementación del llamado Plan Beveridge⁴ en Inglaterra en el periodo de la posguerra, la salud entra por primera vez en el campo de la macroeconomía y se convierte en política de Estado, de un Estado con enfoque social o el llamado Estado de Bienestar. En América Latina, luego de la crisis de mediados de los 70's que derivó en periodos de fuerte endeudamiento y la posterior aplicación de ajustes estructurales de corte neoliberal, se forman movimientos sociales cuya lucha incluyó la reivindicación de derechos y la lucha por una vida digna, siendo uno de los componentes principales el derecho a la salud como condición fundamental del bienestar del ser humano. Esto, en contraposición a la mercantilización de la salud (privatización) promovida por las medidas del consenso de Washington que fueron revisadas anteriormente (Stolkiner 2010).

Sin embargo, opuesto a esta postura de privatización, en el Brasil surge de manera paralela, un fuerte movimiento de salud colectiva y se funda el Sistema Único de Salud en busca de prestaciones de carácter universal y gratuitas. En términos prácticos, se busca ampliar la aproximación de costo-efectividad por una visión más integral que garantice el bienestar del ser humano en todo su ciclo vital.

De manera general, el reconocimiento de la salud como derecho humano constituye una lucha política para integrar en los marcos normativos nacionales, el deber objetivo de cuidado por parte del Estado a cada uno de sus habitantes, en cada momento de su ciclo de vida. Para la filósofa María Teresa López de la Vieja (2008), la dignidad en sentido pleno, implica algo semejante a “tener derecho a bienes públicos”. En este sentido, se requiere que el Estado a través de una organización con personería jurídica específica, con legitimidad social y política, reconozca y proteja los derechos fundamentales, en este caso el derecho a la salud.

Por lo tanto, la apuesta es sencilla y se centra en la valoración que cada sociedad haga de la salud, ya sea considerar a esta como un objeto más de comercio o una condición

⁴ Programa para la reconstrucción del Estado Inglés en el período de posguerra. En 1942 se publicó el “Informe al Parlamento acerca de la seguridad social y de las prestaciones que de ella se derivan”, sugirió que toda persona en edad laboral pagará una serie de tasas con el fin de que, en caso de enfermedad, desempleo, jubilación, etc, se le pudieran ofrecer prestaciones para garantizar la satisfacción de sus necesidades elementales. Es considerado el inicio del Estado de Bienestar. (http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/mirm/nacimiento_seguridad_social.html).

fundamental y necesaria para alcanzar la dignidad humana. En el caso de la segunda opción, la materialización del derecho a la salud sí resulta compleja y requiere de diversos mecanismos para implementarse. Por ejemplo, se deben garantizar inversiones que incidan con fuerza en la salud y en el desarrollo social de las poblaciones. Esto, dado que:

La privación absoluta o relativa de algunos subgrupos sociales para participar en los beneficios de salud derivados de los progresos en nutrición, condiciones de vida, educación, asistencia sanitaria y salud pública subyace como factor causante de mala salud y, a su vez, la mala salud es causa de empobrecimiento: la justicia en salud solo se alcanzará si se reducen las inequidades (Villanueva Egan y Lezana Fernández 2016)

En este sentido, el principal aporte de esta disertación es precisamente el planteamiento de una metodología que permita establecer si el gasto público en salud en el Ecuador en el periodo 2008-2014, fue orientado a garantizar el derecho a la salud de la población, tal como lo indica la normativa constitucional de nuestro país.

Capítulo dos: Marco Normativo

2.1 Marco normativo supranacional en salud pública

El abordaje del marco normativo supranacional en salud pública se realizará en el marco del enfoque de derechos, en concordancia con el marco teórico expuesto en el capítulo uno de esta disertación. Es decir, se considera la normativa que permite el tratamiento de la salud como un derecho humano y que en una escala de orden jerárquica de la norma, establece consideraciones de índole más general hasta recomendaciones específicas de organismos internacionales competentes a cada uno de los Estados para materializar el derecho a la salud.

Según Karel Vasak, 1979, se plantean tres generaciones de derechos humanos de acuerdo al orden de aparición y reconocimiento jurídico que a nivel internacional ha sido dado a cada categoría de derechos. En este sentido se entiende por generación al periodo o tiempo en que un movimiento o corriente de opinión sostiene y defiende la vigencia de ciertas facultades de las personas. (Salazar Pimentel 2017).

De acuerdo a esta clasificación, los derechos de primera generación o también conocidos como derechos civiles y políticos están relacionados con el ejercicio individual de cada derecho, cuya aplicación y reconocimiento se realiza de manera particular. El derecho a la libertad, a la vida, al honor, a la intimidad y a la propiedad, el derecho a la no esclavitud y al trabajo forzoso, el derecho de reunión y libre asociación, son ejemplos dentro de esta categoría.

Dentro de la segunda categoría de derechos, se encuentra los llamados derechos económicos, sociales y culturales, los cuales fueron reconocidos jurídicamente de manera posterior a los de primera generación, gracias a las luchas y reivindicaciones sociales de los pueblos del mundo. En este sentido, si bien se habían consignado las libertades políticas y civiles que permitían el desenvolvimiento del hombre, esto no era garantía de su bienestar económico, ni mucho menos de una mejora en la satisfacción de sus necesidades, en épocas en las que la producción industrial dentro del modelo capitalista daba saltos acelerados. Esto genera procesos de lucha social capaces de demandar el reconocimiento de condiciones mínimas que permitan una mayor dignificación de la vida humana (Carmona Cuenca 2017).

Los derechos de segunda generación están sustentados en instrumentos como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1976 y el Pacto de San José de Costa Rica que serán analizados con detalle más adelante.

Con respecto a los derechos de tercera generación, también conocidos como derechos de solidaridad o derechos de los Pueblos son una actualización de la Carta de 1948. Están motivados por una serie de preocupaciones globales propias de finales del siglo XX y principios del XXI, principalmente el deterioro del medioambiente y sus efectos negativos en la calidad de vida de las personas, por lo tanto contemplan cuestiones de carácter supranacional como el derecho a la paz y al reconocimiento cultural. Dentro de este grupo se encuentran el derecho a la autodeterminación, a la independencia económica y política, a la identidad nacional y cultural, el derecho a la paz, a la coexistencia pacífica, al entendimiento y confianza, al uso de los avances de las ciencias y la tecnología, al medio ambiente, entre otros. La lista de los derechos humanos de tercera generación no es absoluta, sino todo lo contrario: está en permanente transformación y es común que acoja nuevos derechos en función de las preocupaciones mundiales de nuestro tiempo (ACNUR, 2017).

Con estos antecedentes, se puede afirmar que el apareamiento del derecho a la salud se da en el marco del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales adoptado y abierto a la ratificación y adhesión de los estados miembros de la Asamblea General de Naciones Unidas, mediante resolución 2200, de 16 de diciembre de 1966. Por su parte, dicha resolución entra en vigor el 3 de enero de 1976, de acuerdo al artículo 27 del propio instrumento (ACNUDH | "Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales Y Culturales", n.d.).

En este sentido, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales empieza por reconocer que los principios fundamentales sobre los cuales se sostiene la Carta de las Naciones Unidas, es decir la libertad, la justicia y la paz, no pueden ser aplicados sin el reconocimiento de la dignidad inherente a la condición de todos los seres humanos. De igual manera, sostiene que la Declaración Universal de Derechos Humanos proclamada en París el 10 de diciembre de 1948, no puede realizarse a menos que “se creen condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos económicos, sociales y

culturales, tanto como de sus derechos civiles y políticos” (ACNUDH | "Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales Y Culturales” n.d.).

Ahora, de manera específica, el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece que los estados reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y cita las medidas que deberán adoptarse para asegurar la plena vigencia de dicho derecho, siendo estas (ACNUDH | Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales Y Culturales” n.d.):

1. Reducción de la mortalidad materno infantil
2. Desarrollo sano de niñas y niños
3. Mejoramiento de las condiciones de higiene en hogares
4. Prevención y tratamiento de enfermedades epidémicas, endémicas e infecto contagiosas
5. Creación de condiciones que aseguren asistencia médica universal y servicios médicos de calidad en caso de enfermedad.

También es necesario mencionar que según el artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, cada uno de los Estados se comprometen a adoptar medidas, hasta el máximo de los recursos que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive mediante la promulgación de normativa local, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos. De igual manera, el artículo 16 de dicho instrumento establece la obligatoriedad por parte de los Estados a presentar informes sobre las medidas que hayan adoptado y los progresos realizados, con el fin de asegurar el respeto a los derechos reconocidos en el mismo.

Siguiendo el orden jerárquico de la normativa internacional con respecto al derecho a la salud, ahora se analiza la Convención Americana sobre Derechos Humanos suscrita en San José de Costa Rica el 22 de noviembre de 1969, o más conocida como el Pacto de San José. En este instrumento, los estados americanos signatarios de dicha convención, entre los cuales se encuentra el Ecuador como veremos más adelante, reafirman el propósito de consolidar un régimen de libertad personal y justicia social. Adicionalmente, los estados reconocen que los derechos esenciales del hombre tienen como fundamento los atributos de

la persona humana y justifican una protección internacional y además reiteran que en apego a la Declaración Universal de Derechos Humanos, el ideal del ser humano libre solo puede darse si se crean condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos económicos, sociales y culturales (OEA "Tratados Multilaterales", n.d.).

El pacto de San José de 1969 establece que los estados partes de la Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y garantizar su libre y pleno ejercicio de toda persona sujeta a su jurisdicción, reconociendo por persona a todo ser humano. En este sentido, el capítulo III, Derechos económicos, sociales y culturales, de la citada norma internacional, en su artículo 26 habla del desarrollo progresivo de los derechos, comprometiéndolo a los estados a alcanzar gradualmente la plena efectividad de los mismos, en la medida de los recursos disponibles, tanto por vía legislativa como a través de políticas públicas.

Cabe mencionar que la Convención Americana sobre Derechos Humanos, reconoce la obligación de los estados firmantes a garantizar los derechos económicos, sociales y culturales, dentro de los cuales se encuentra el derecho a la salud, pero no logra matizar con claridad las políticas y mecanismos que deben adoptarse para alcanzar dicho fin. Es decir, en términos generales, insta a los países a realizar sus mayores esfuerzos en el marco de sus posibilidades. Sin embargo, el mayor aporte de este instrumento para fomentar el pleno goce del derecho a la salud se centra que establece los medios de protección para sancionar el cumplimiento de los compromisos contraídos por los estados firmantes. En este sentido, señala como órganos competentes a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y a la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos tiene la función principal de promover la observancia y la defensa de los derechos humanos formulando recomendaciones a los gobiernos de los estados miembros, velando y vigilando el cumplimiento de los artículos del pacto de San José. Cualquier persona natural o jurídica podrá presentar una petición a la Comisión para su análisis, respetando las condiciones expuestas en los artículos pertinentes de la Convención. Sin embargo, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos luego de conocer casos y denuncias, solo tiene la facultad de emitir recomendaciones pertinentes (artículo 51, Pacto de San José).

Por otro lado, la Corte Interamericana de Derechos Humanos únicamente conocerá los casos presentados por la Comisión o por los estados firmantes del pacto de San José, siendo su dictamen vinculante y de obligatorio cumplimiento (artículo 68, Pacto de San José). En este sentido, con base al artículo 63 de la Convención Americana de Derechos Humanos, la Corte dispondrá que se garantice al lesionado el goce de su derecho o libertad conculcados cuando decida que hubo violación de un derecho o libertad protegidos en el pacto de San José.

Los dos organismos mencionados anteriormente, Comisión y Corte Interamericana de Derechos Humanos, constituyen por lo tanto mecanismos posibles para garantizar el cumplimiento de las obligaciones de los estados en materia del derecho a la salud, pudiendo denunciarse ante ellos las violaciones y vulneraciones de las que sean objeto las personas con respecto al pleno goce del mayor nivel de salud posible. Sin embargo, dado el carácter de progresividad en la materialización del derecho a la salud (artículo 26), no queda claro bajo qué circunstancias las personas pueden acudir a instancias internacionales a reclamar vulneraciones a su derecho. Esto abre una puerta a un debate mucho más extenso sobre los alcances jurídicos de las obligaciones de los Estados con respecto a todos los derechos económicos, sociales y culturales, que serán materia de otros trabajos de especialidades diferentes.

A partir del pacto de San José surge el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales, conocido como Protocolo de San Salvador, adoptado en la ciudad del mismo nombre el 17 de noviembre de 1988. Este instrumento se enfoca de manera más explícita los alcances de las obligaciones del Estado en materia de garantizar los derechos económicos, sociales y culturales, incluyendo el derecho a la salud. Considera además que:

Existe una estrecha relación entre la vigencia de los derechos económicos, sociales y culturales y la de los derechos civiles y políticos, por cuanto las diferentes categorías de derechos constituyen un todo indisoluble que encuentra su base en el reconocimiento de la dignidad de la persona humana, por lo cual exigen una tutela y promoción permanente con el objeto de lograr su vigencia plena, sin que jamás pueda justificarse la violación de unos en aras de la realización de otros (OEA “Tratados Multilaterales” n.d.)

Adicionalmente, se reconoce que:

Si bien los derechos económicos, sociales y culturales fundamentales han sido reconocidos en anteriores instrumentos internacionales, tanto de ámbito universal como regional, resulta de gran importancia que éstos sean reafirmados, desarrollados, perfeccionados y protegidos (OEA “ Tratados Multilaterales” n.d.).

En este sentido, el Protocolo de San Salvador en su artículo 2, obliga a los Estados a adoptar las disposiciones de derecho interno y las medidas legislativas necesarias para hacer efectivos los derechos económicos, sociales y culturales, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social (artículo 3, Protocolo de San Salvador).

En lo que respecta al derecho a la salud, el artículo 10 de este instrumento establece que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y obliga a los Estados a reconocer a la salud como un bien público. Adicionalmente, especifica por primera vez medidas de política pública para garantizar el derecho, dentro de las cuales se encuentran:

1. Atención primaria en salud para todos los individuos de una determinada comunidad.
2. Cobertura universal para todos los individuos sujetos a la jurisdicción del estado.
3. Completa inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
4. La prevención y tratamiento de las enfermedades endémicas
5. Educación en salud de la población para la prevención de enfermedades.
6. La completa atención en salud de los grupos de más alto riesgo y considerados vulnerables.

En esta medida el Protocolo de San Salvador de 1988 constituye un avance importante en la definición de los alcances del derecho a la salud y las obligaciones del Estado, así como en la determinación de los objetivos de la política sanitaria y por supuesto del gasto público.

Finalmente, a pesar de no constituirse de manera directa como normativa, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) acordados en la cumbre mundial de las Naciones Unidas de Nueva York en septiembre de 2.000, establecieron tres objetivos relacionados con el derecho a la salud. El ODM número 4 plantea reducir la mortalidad infantil, y para ello define tres indicadores de medición concretos: la tasa de mortalidad infantil, la tasa de mortalidad infantil en niños menores de 5 años y la proporción de niños menores a un año inmunizados contra el sarampión. El objetivo número 5 buscaba mejorar la salud materna evaluando a su vez la tasa de mortalidad materna, la proporción de partos con asistencia médica especializada, la tasas de uso de anticonceptivos, la tasa de natalidad en adolescentes, la cobertura de atención prenatal y las necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar. Por su parte el objetivo número 6 planteaba combatir el VIH, paludismo y otras enfermedades y sería medido a partir de 9 indicadores específicos incluyendo la incidencia y la tasa de mortalidad asociadas a la malaria y la proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales (“ODM | Organización de Las Naciones Unidas Para La Educación, La Ciencia Y La Cultura” n.d.). Los objetivos expuestos anteriormente constituyeron metas puntuales hasta el año 2015 por parte de los Estados que los suscribieron, mas no representaron compromisos legales ni vinculantes, a diferencia de los instrumentos legales citados en párrafos anteriores a los cuales sí fueron necesarias adhesiones y ratificaciones explícitas por parte de los países.

De la misma manera, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) constituyen un nuevo horizonte para direccionar los esfuerzos de los Estados a nivel mundial, procurando poner fin a la pobreza y proteger el ecosistema planetario⁵. Estos 17 objetivos se basan en los resultados de los Objetivos de Desarrollo del Milenio e incluyen nuevas dimensiones como el cambio climático, la desigualdad económica, la innovación y el consumo sostenible. Con respecto al derecho a la salud los ODS plantean que se han logrado importantes avances en la reducción de la mortalidad infantil, el mejoramiento de la salud materna y la lucha contra el VIH, la malaria y otras enfermedades. Sin embargo, se plantea alcanzar una cobertura universal de salud para el año 2030 así como facilitar medicamentos y vacunas

⁵ Naciones Unidas, <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>, (Consultada el 3 de abril de 2019).

seguras y asequibles para todos. En este sentido, se han establecido 13 metas específicas al 2030 dentro del ODS número 3: Salud y Bienestar. Dentro de las más relevantes están:

1. Reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.
2. Poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos
3. Poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.
4. Reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar
5. Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol
6. Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales
7. Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos

Cabe mencionar que además del marco normativo internacional expuesto hasta el momento, existen cientos de resoluciones y observaciones de menor jerarquía que se exponen principalmente a través de publicaciones de los órganos de Naciones Unidas especializados en distintas materias del campo de la salud. La recopilación de toda esa normativa resulta fuera del alcance del tema de esta disertación. Sin embargo, al momento de plantear una metodología que permita evaluar el cumplimiento de la normativa nacional y supranacional de salud pública, materia del capítulo 3, se explicará de manera detallada por

qué dicha metodología escogida por las propias Naciones Unidas, integra y consolida todas las normas internacionales en materia del derecho a la salud para establecer las mediciones del cumplimiento del derecho.

Para concluir este apartado se puede decir que a pesar de que los instrumentos internacionales expuestos hasta el momento, establecen obligaciones vinculantes para los Estados firmantes con el fin de garantizar el derecho a la salud, existe una evidente ambigüedad en los alcances de dichas obligaciones al establecer que éstas sean alcanzadas por ejemplo, de manera **progresiva** y con el **máximo de recursos disponibles**. Estos dos criterios pueden prestarse a numerosas interpretaciones dada la realidad local de cada Estado. En este sentido, como veremos en la propuesta metodológica de la presente disertación, las Naciones Unidas a través de sus órganos competentes han visto la necesidad de establecer los indicadores mínimos que permitan establecer si un Estado está cumpliendo o no con su obligación de garantizar, en nuestro caso, el derecho a la salud. En este sentido, a la luz de una propuesta metodológica, y en concordancia con el tema de la presente disertación, se buscará determinar si el gasto en salud del Ecuador en el periodo 2008-2014, ha sido efectivamente orientado hacia el cumplimiento de la normativa que sustenta el derecho a la salud.

2.2 Marco normativo nacional en salud pública

A nivel local, el análisis del derecho a la salud debe iniciarse por la Constitución Política del Estado dado el orden jerárquico de la normativa. En este sentido, es necesario mencionar el contexto político que da origen a la Constitución vigente en el Ecuador a partir del año 2008. Dicha Carta Magna surge de una propuesta electoral del movimiento Alianza País, liderado por el Economista Rafael Correa Delgado, que ganó las elecciones presidenciales de octubre de 2006, para el periodo 2.007 – 2.011. En aquella época, el nuevo gobierno planteaba de manera frontal una ideología amparada en la reivindicación de derechos, redistribución de beneficios a las clases populares y recuperación del rol del Estado en la economía y la sociedad. Estos fundamentos ideológicos alejados de los criterios neoliberales que predominaron en la década anterior (menor participación del Estado, privatización de servicios públicos y la auto regulación del mercado), fueron plasmados en la nueva Constitución de la República como se analizará a continuación. Cabe mencionar

que la presente disertación no busca tomar una postura a favor ni en contra de ninguna ideología política como tal, sino tan solo evaluar, a la luz de una metodología que establezca a la salud como derecho humano, la orientación y la pertinencia del gasto público para alcanzar el pleno goce de dicho derecho. Esto para el periodo 2008-2014, dados los incrementos sustanciales en los presupuestos del Estado suscitados en estos años.

En este sentido, el preámbulo de la Constitución plantea la construcción de una nueva forma de convivencia ciudadana para alcanzar el buen vivir, una propuesta de filosofía política que sostiene:

La satisfacción de las necesidades, la consecución de una calidad de vida y muerte digna, el amar y ser amado, el florecimiento saludable de todos y todas, en paz y armonía con la naturaleza y la prolongación indefinida de las culturas humanas. El Buen Vivir supone tener tiempo libre para la contemplación y la emancipación, y que las libertades, oportunidades, capacidades y potencialidades reales de los individuos se amplíen y florezcan de modo que permitan lograr simultáneamente aquello que la sociedad, los territorios, las diversas identidades colectivas y cada uno -visto como un ser humano universal y particular a la vez- valora como objetivo de vida deseable (tanto material como subjetivamente y sin producir ningún tipo de dominación a un otro) (SENPLADES, 2009).

Dentro de la propuesta del buen vivir, el derecho a la salud cobra vital importancia como una condición indispensable para alcanzar calidad de vida y la materialización de las libertades, oportunidades y capacidades.

Ya en el articulado, la Carta Magna sostiene en el artículo primero, que el Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia social, mientras que en el artículo tercero sostiene que sus deberes fundamentales son entre otros, garantizar el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, salud, alimentación, seguridad social y el agua para sus habitantes.

Por su parte el artículo 32 establece que la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo y la seguridad social. Se plantea además que el Estado:

Garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud

reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Adicionalmente en el artículo 261 de la Constitución se establece que el Estado tendrá competencias exclusivas sobre las políticas de educación, salud, seguridad social y vivienda.

Con respecto a las finanzas públicas, el artículo 286 sostiene que los egresos permanentes para salud serán prioritarios y de manera excepcional podrán ser financiados con ingresos no permanentes. Por su parte el artículo 366 reza que el financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud. Finalmente, la disposición transitoria vigésimo segunda establece que el presupuesto general del estado destinado al financiamiento del sistema nacional de salud, se incrementará cada año en un porcentaje no inferior al cero punto cinco por ciento del Producto Interior Bruto, hasta alcanzar al menos el cuatro por ciento.

Por otra parte, en los artículos 358 al 365 se establecen los objetivos del sistema nacional de salud y sus particularidades, por ejemplo políticas con enfoque de diversidad social y cultural. A continuación se detallan los elementos que de acuerdo a la Constitución debe recoger el Estado en sus acciones para garantizar la salud de la población:

1. Buscar el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades
2. Reconocimiento de la diversidad social y cultural
3. Fomentar la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación
4. Enfoques de medicina familiar y comunitaria.
5. Atención primaria en salud
6. Medicina ancestral y alternativa
7. Servicios con calidad y calidez
8. Universalidad y gratuidad en todos los niveles de atención
9. Ampliación de cobertura
10. Cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria.
11. Salud sexual y reproductiva
12. Cuidados materno infantiles

13. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces
14. Desarrollo integral del personal de salud
15. Prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas

Todos estos elementos y dimensiones del derecho a la salud debieron haber sido incorporados en las políticas públicas, planes, programas y proyectos financiados con el gasto en salud en el periodo 2008-2014, en cumplimiento de la normativa constitucional citada anteriormente. Ese será precisamente el ejercicio de evaluación de los próximos capítulos de la presente disertación.

Ley Orgánica de Salud

Continuando con la revisión del marco normativo nacional en materia de salud, se aborda ahora la Ley Orgánica de Salud promulgada por el entonces Congreso Nacional el 14 de diciembre de 2006 y vigente actualmente. En este cuerpo normativo se exponen las consideraciones que la Constitución vigente en ese momento hacía sobre la salud en el Ecuador. A pesar de que dicha Constitución fue esbozada en el año 1998, en un contexto político ideológico distinto al de la Carta Magna del año 2007, el numeral 20 del artículo 23 del documento de 1998 consagra también a la salud como un derecho fundamental y el Estado reconoce su obligación de garantizar dicho derecho a todas las personas. Adicionalmente, el artículo 42 de la mencionada Constitución establecía que el Estado garantizará el derecho a la salud mediante la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

En este sentido, la Ley Orgánica de Salud estableció los principios que regirían el sistema siendo estos equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético. Define además como salud al completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (LOS, 2006). Además, define que la rectoría del sistema a nivel nacional le

corresponde al Estado así como la promulgación de programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de su vida.

La Ley Orgánica de Salud del 2006 es explícita con respecto a la gratuidad de los servicios y programas de salud pública, así como la obligatoriedad de cualquier casa asistencial pública o privada de brindar atención a cualquier persona en los casos de riesgo inminente para su vida, sin requerir compromiso económico ni trámite administrativo previo. Además deja claro que la salud pública será priorizada por sobre los intereses comerciales y económicos y que se garantizarán las inversiones en infraestructura y equipamiento de los servicios de salud que “permita el acceso permanente de la población a atención integral, eficiente, de calidad y oportuna para responder adecuadamente a las necesidades epidemiológicas y comunitarias” (Art. 9, inciso i, LOS, 2006).

El resto del articulado de la legislación mencionada, se enfoca en establecer de manera bastante específica las acciones de política pública que debe llevar a cabo la autoridad sanitaria nacional con el fin de dar cumplimiento a los principios constitucionales y legales citados anteriormente. Incluye un glosario extenso de términos y definiciones que van desde procedimientos médicos hasta las características de los establecimientos. Por lo tanto, a criterio del autor de esta tesis, se constituye en un cuerpo legal disperso y desarticulado, que sin duda deja claro los principios fundamentales del derecho a la salud pero posteriormente baja de nivel hasta determinar procedimientos y prácticas demasiado específicas que podrían estar contenidas en manuales y guías de prácticas clínicas. Quedan fuera por ejemplo, precisiones sobre los presupuestos y recursos públicos que deben ser asignados para garantizar el derecho a la salud, así como la ausencia de un modelo que integre las numerosas dimensiones del derecho a la salud que si bien han sido anunciadas aparentemente se encuentran desarticuladas.

Cabe mencionar que del análisis realizado a este cuerpo normativo, existen 58 lineamientos de política sanitaria que guardan concordancia con aquellos expuestos en la Constitución de Montecristi de 2008. Criterios como la atención especial a grupos vulnerables, control de establecimientos sanitarios, salud sexual y reproductiva, reconocimiento a la medicina ancestral, dotación de medicamentos de calidad, promoción de la salud, entre otros. Por lo tanto, en un primer análisis se puede determinar que tanto la

Constitución del año 2008 como la Ley Orgánica de Salud del 2006, contienen enfoques similares para el tratamiento de la salud como derecho, a pesar de que las dos normativas fueron planteadas bajo realidades políticas e ideológicas aparentemente distintas. Por lo tanto, este hecho sostiene aún más la necesidad de realizar evaluaciones como la que plantea esta disertación, con el fin de determinar si los mandatos legales y constitucionales fueron respetados con las políticas públicas específicas llevadas a cabo en cada periodo de gobierno y aún más, estableciendo si el gasto público en salud fue orientado hacia el cumplimiento de la normativa vigente. En este sentido, nuestro análisis se centra en el periodo 2.008 – 2.014, pero permite abrir la puerta a la misma interrogante para el periodo de vigencia de la anterior Constitución (1998-2007), buscando establecer si la problemática de la salud en el Ecuador se debe principalmente a la normativa legal o mas bien a su cumplimiento.

Proyecto de Código Orgánico de Salud

En la actualidad, la Asamblea Nacional tiene en sus manos el borrador para segundo debate del proyecto de Código Orgánico de Salud mismo que según el Ministerio de Salud Pública, ha sido producto de un proceso de diálogo y participación de numerosos actores del sector de la salud y busca actualizar la normatividad vigente a la realidad que vive el sistema en estos momentos (Diario El Universo, mayo 30, 2018). Desde esta perspectiva, la nueva normativa se compone de un Título preliminar que establece el objeto y principios de la ley así como los ámbitos del derecho a la salud en general y los derechos de las familias, comunidades, grupos de atención prioritaria, derechos a la información, participación y control social. Por otro lado, en el libro primero se define la organización del sistema nacional de salud, sus facultades sobre la gobernanza del sistema y sobre la provisión de servicios, así como las facultades de financiamiento. Se establece también un modelo de atención pública en salud que incluye una red pública integrada por todos los prestadores del Estado.

En el libro segundo se fijan las normas para el cuidado integral en salud, la promoción de la alimentación saludable y la lactancia materna, así como las regulaciones para la salud ambiental. Con respecto a la prevención de las enfermedades, el nuevo texto jurídico establece seis ejes de trabajo que son: prevención por ciclo de vida y detección temprana de enfermedades, prevención de problemas de salud pública, prevención de enfermedades

transmisibles, prevención de enfermedades no transmisibles, prevención en el uso de estupefacientes y prevención en el consumo de bebidas alcohólicas.

Con relación a los servicios de salud generales y específicos, el título V del libro segundo del nuevo Código Orgánico de Salud plantea las normas y lineamientos para la atención pre hospitalaria de emergencias y desastres, la atención pre hospitalaria de emergencias y urgencias, los servicios generales de recuperación y cuidados paliativos de largo plazo, así como también aborda los servicios de salud sexual y reproductiva, salud neonatal, salud mental, enfermedades catastróficas y raras, trasplante de órganos y atención integral del cáncer.

Finalmente, establece normativa en sangre y componentes sanguíneos, medicina ancestral y alternativa, vigilancia epidemiológica y control de enfermedades y medicamentos e insumos médicos, para concluir con un régimen de control y disciplinario.

Todos los elementos expuestos en párrafos anteriores dan cuenta, a criterio de este autor, de un abordaje integral, sistémico y ordenado de la problemática del sector salud en el Ecuador y además cabe mencionar que casi la totalidad de temas que aborda la propuesta del Código Orgánico de Salud ya venían siendo implementados al amparo de normativa de mejor jerarquía emitida por la autoridad sanitaria nacional. Esto se verá con mayor detalle en los capítulos siguientes cuando se analice el gasto público en los distintos programas y proyectos llevados a cabo por el Ministerio de Salud Pública en el periodo 2008 – 2014, materia de análisis de esta disertación.

2.2.1 El derecho a la salud y su evolución en las Constituciones de la República del Ecuador

A continuación se presenta un análisis del derecho a la salud en las Constituciones de la República del Ecuador desde el año de 1830 al 2008, para lo cual se examinarán 20 Constituciones buscando establecer el tratamiento que cada Carta Magna le ha dado a la salud a lo largo de la historia. Los documentos revisados son:

Riobamba, 23 de septiembre de 1830

El texto no establece ningún criterio sobre salud pública, enfermedad, tratamiento ni otro término relacionado. Con respecto a los derechos se reconocen aquellos de índole civil y político únicamente, como la igualdad ante la ley, libertad de pensamiento y de ser sometido a juicio.

Ambato, 13 de agosto de 1835

Se establece que los ecuatorianos tienen únicamente deberes y derechos políticos como igualdad ante la ley y la opción de elegir y ser elegidos. Se es ciudadano solo si se tiene una propiedad y si se sabe leer y escribir.

Quito, 1 de abril de 1843

Con respecto a los derechos y garantías de los ciudadanos se plantea que todo individuo tiene derecho de escribir, imprimir y publicar sus pensamientos y acciones sin necesidad de censura previa. Derecho al trabajo, juicio justo, derecho a la propiedad y a la no esclavitud están consagrados en esta constitución. No se hace ninguna consideración con respecto a la salud de los habitantes. Se mantienen los mismos requisitos de la Constitución anterior para ser ciudadano.

Cuenca, 8 de diciembre de 1845

En ninguna parte de la Constitución se hace referencia a los términos salud, enfermedad, hospital, médico, salubridad o higiene. Se reconoce como deber de los ecuatorianos respetar la religión y las leyes. Los derechos consagrados en este instrumento son igualdad ante la ley y elegir y ser elegidos. Se mantienen los requisitos de ciudadanía de Constituciones anteriores y se puede suspender dicha ciudadanía por ser vago declarado, ebrio de costumbre o deudor fallido.

Quito, 27 de febrero de 1851

Por primera vez aparece el término salubridad. En el artículo 116 se establece que ningún género de trabajo e industria puede ser prohibido, a no ser que se oponga a las buenas costumbres, o a la seguridad y salubridad de los ciudadanos. También

se dictamina la obligación de todo ecuatoriano de respetar la religión de la República y de obedecer a las autoridades. Se establece el derecho al voto en los términos en los que determina la ley.

Guayaquil, 6 de septiembre de 1852

Los deberes de los ecuatorianos son respetar la religión, sostener la constitución, obedecer las leyes, defender la Patria y velar sobre la conservación de las libertades públicas. Se reconocen únicamente derechos civiles y políticos. Para ser ciudadano se necesita ser mayor de 21 años o casado, tener propiedades raíces y saber leer y escribir. En este sentido hay diferencia entre tan solo ser ecuatoriano por nacimiento por ejemplo y tener ciudadanía.

Quito, 10 de abril de 1861

Aparece por primera vez el término hospitales. En el numeral 7 del artículo 71 se establece que en casos de invasión exterior o grave conmoción interna el Congreso de la República le concederá al Presidente disponer de los dineros públicos aunque estén destinados a otros fines, excepto los pertenecientes a hospicios, hospitales y lazaretos. Se reconoce el derecho a la propiedad privada, a la presunción de inocencia, juicio justo y otros de índole político. Para ser ciudadano ya no se necesita tener bienes, solo ser mayor de 21 años y saber leer y escribir.

Quito, 11 de agosto de 1869

Los derechos de los ecuatorianos son: igualdad ante la ley y opción a elegir y ser elegidos para desempeñar los destinos públicos, siempre que tengan las aptitudes legales. En esta Constitución se establece que para ser ciudadano hay que ser católico, saber leer y escribir y tener más de 21 años.

Ambato, 6 de abril de 1878

En el artículo 80 se establecen las mismas consideraciones que la Constitución de 1861 en cuanto no se podrán disponer de las asignaciones presupuestarias para hospitales y hospicios bajo ningún concepto. En este sentido, se reconoce cierto

involucramiento del Estado para proporcionar atención médica a la población en hospitales, sin embargo este no se define como obligación ni como derecho. No se requiere ser católico para ser ciudadano y se reconocen los mismos derechos civiles y políticos que en Constituciones anteriores.

Quito, 13 de febrero de 1884

Se hace referencia a hospitales en los mismos términos de la Constitución anterior. No aparecen otros términos relacionados con salud, salubridad, higiene, medicina y demás. Nuevamente se establece que la religión católica es la religión de la República.

Quito, 14 de enero de 1897

Se reconocen únicamente derechos civiles y políticos como por ejemplo que no se pueden conceder privilegios ni imponer obligaciones que hagan a unos ciudadanos de mejor o peor condición que los demás. Hay libertad de pensamiento, de sufragio y de enseñanza. Además se establece que las creencias religiosas no obstan para el ejercicio de los derechos políticos y civiles (Art.13)

Quito, 22 de diciembre de 1906

En esta Constitución se hacen precisiones con respecto a la enseñanza declarándola libre, sin más restricciones que las señaladas en las leyes respectivas. No se menciona nada con respecto a la salud ni términos relacionados con esta.

Quito, 26 de marzo de 1929

El artículo 151 establece que la Constitución garantiza a los habitantes del Ecuador el derecho a la salubridad pública, indicando que su mejoramiento y beneficio procurará el Estado, aunque dicho propósito se enfoca en la dotación de agua potable. Además menciona que la ley reglamentará las condiciones de salubridad y seguridad que deben reunir los establecimientos industriales.

Quito, 2 de diciembre de 1938

En este documento, en el numeral 20 del artículo 159 se establece que el Estado reconoce y garantiza la asistencia, higiene y salubridad públicas, especialmente en lo que respecta a los trabajadores, obreros y campesinos. Además indica que el Estado atenderá obligatoriamente el saneamiento de las poblaciones. Sin embargo, no se especifica ningún mecanismo para cumplir con esta obligación ni se presentan nociones de salud pública o tratamiento de enfermedades, tampoco de hospitales ni de establecimientos de salud.

Quito, 6 de marzo de 1945

Por primera vez en el recuento histórico de las Constituciones del Ecuador aparece el término salud y lo hace en el marco del artículo 142 en donde establece que el Estado garantizará la defensa de la salud física, mental y moral de la infancia. Además, en el inciso q) del artículo 148 se dice que el Estado regulará la higiene y la seguridad en el trabajo para garantizar la salud y la vida de los trabajadores. De igual manera, en el artículo 149 se establece que la previsión y asistencia sociales son servicios ineludibles del Estado, incluyendo la salubridad pública como garantía del derecho a la salud. Se prevé además que el Estado asignará anualmente los fondos necesarios para que el servicio sanitario nacional pueda desarrollar planes progresivos de saneamiento y de medicina preventiva. Menciona por primera vez el concepto de organismos técnicos de salud del Estado y la noción de salud pública. Podemos decir entonces que en la Constitución de marzo de 1945, la salud entra formalmente dentro de las preocupaciones y deberes del Estado.

Quito, 31 de diciembre de 1946

A pesar de lo anotado en el análisis de la Constitución de 1945, un año más tarde desaparecen del texto constitucional las nociones de salud pública, derecho a la salud, saneamiento, medicina y servicio sanitario nacional.

Quito, 25 de mayo de 1967

En esta Carta Magna, el artículo 32 establece que el Estado velará por la salud física, mental y moral de los menores y por su derecho a la educación y a la vida del hogar. Además, en el artículo 67 sostiene que el Estado contribuirá e impulsará el mejoramiento de la salud, y en el artículo 65 dice que todos los habitantes tienen derecho a la protección del Estado contra la enfermedad. Esta Constitución no hace más precisiones al respecto.

Quito, 15 de enero de 1978

Ya de manera más explícita en la Constitución de 1978, específicamente en el artículo 19 numeral 13 se establece que toda persona tiene derecho a un nivel de vida que asegure la salud. Adicionalmente, el artículo 29 numeral 2 reza que el Estado se encargará de la atención en la salud de la población y el saneamiento ambiental de las ciudades y el campo, por medio de la socialización de la medicina, de los diferentes organismos encargados de su ejecución y de la creación de la correspondiente infraestructura, de acuerdo con la ley. Además, la aplicación de programas tendientes a eliminar el alcoholismo y a disminuir la mortalidad infantil. En este sentido se puede observar como este cuerpo normativo desglosa e integra varias dimensiones de la salud y especifica aunque todavía de manera incipiente, el rol del Estado en la salud pública.

Riobamba, 5 de junio de 1998

La Constitución de 1998 en su artículo 23 numeral 20 establece que el Estado reconocerá y garantizará a las personas el derecho a una calidad de vida que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, saneamiento ambiental; educación, trabajo, empleo, recreación, vivienda, vestido y otros servicios sociales necesarios. Adicionalmente, por primera vez en la historia constitucional del Ecuador aparece una sección dedicada de manera exclusiva a la Salud. En este sentido, el artículo 42 dice que el Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a

servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia. El artículo 43 establece que los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos, mientras que los servicios públicos de atención médica serán gratuitos para quienes los necesiten. Con respecto al financiamiento del sistema de salud, el artículo 46 establece que éste provendrá aportes obligatorios, suficientes y oportunos del Presupuesto General del Estado, de personas que ocupen sus servicios y que tengan capacidad de contribución económica. Esto deriva en una peligrosa discrecionalidad sobre quién está en capacidad de pagar o no por determinado servicio de salud, y en el caso de cometerse errores en la segmentación, se ocasionarían graves perjuicios para gente escasos recursos.

El mismo artículo 26 sostiene que la asignación fiscal para salud pública se incrementará anualmente en el mismo porcentaje en que aumenten los ingresos corrientes totales del presupuesto del gobierno central, pero no establece una meta deseable que como Estado se busque alcanzar con respecto a las asignaciones presupuestarias.

Montecristi, 28 de septiembre de 2008

El aporte en materia de legislación constitucional para el derecho a la Salud es sin duda importante en la Constitución de Montecristi frente a todas las 19 Cartas Magnas anteriores. Se establece a la salud como derecho y se responsabiliza al Estado de su realización mediante la implementación de políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. Establece que la prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Se crea un sistema nacional de salud con los parámetros para su funcionamiento y se dictamina que los egresos permanentes para salud, educación y justicia serán prioritarios y, de manera excepcional, podrán ser financiados con

ingresos no permanentes según el artículo 286. Finalmente, el artículo 362 establece de manera tácita que los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

A efectos de comprender mejor el tratamiento del derecho a la salud en las Constituciones del Ecuador a continuación se presenta la siguiente tabla resumen:

Tabla 1
Derecho a la salud en las Constituciones del Ecuador

Constitución (es)	Derechos reconocidos	Hechos relevantes
1830, 1835,1843,1845	Igualdad ante la ley, libertad de pensamiento, elegir y ser elegido.	Se es ciudadano solo si se tiene una propiedad y si se sabe leer y escribir. Se puede suspender la ciudadanía por ser vago declarado, ebrio de costumbre o deudor fallido
1851,1852	Habla por primera vez de procurar la salubridad e higiene en las condiciones de trabajo.	Obligación de todo ecuatoriano de respetar la religión de la República.
186, 1869, 1878,1884	Aparece por primera vez el término hospitales.	Habla de presupuestos para hospitales y hospicios. Para ser ciudadano ya no se necesita tener bienes pero hay que ser católico (1869)
1897, 1906	Ya no se mencionan hospitales ni salud, solo derechos civiles. Se declara la libre enseñanza.	Las creencias religiosas ya no son requisito para el ejercicio de los derechos.
1929,1938	Derecho a la asistencia, higiene y salubridad pública.	El Estado atenderá obligatoriamente el saneamiento de las poblaciones
1945	El Estado garantizará la defensa de la salud física, mental y moral de la infancia. Salubridad pública y salud preventiva	El Estado asignará anualmente los fondos necesarios para que el servicio sanitario nacional

1967, 1978	El Estado velará por la salud física, mental y moral de los menores. toda persona tiene derecho a un nivel de vida que asegure la salud	Todos los habitantes tienen derecho a la protección del Estado contra la enfermedad
1998	El Estado reconocerá y garantizará a las personas el derecho a una calidad de vida que asegure la salud, alimentación y nutrición	Por primera vez en la historia constitucional del Ecuador aparece una sección dedicada de manera exclusiva a la Salud.
2008	Se establece a la salud como derecho y se responsabiliza al Estado de su realización mediante la implementación de políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud	Establece que la prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética

Fuente: Constituciones de la República del Ecuador. Elaboración: propia

Capítulo tres: Metodología para determinar la orientación del gasto público a la normativa internacional y nacional

3.1 Propuesta metodológica para evaluar la orientación del gasto público en salud al marco normativo supranacional

Una vez que se ha expuesto el marco normativo supranacional que permite establecer a la salud como un derecho humano inalienable, a continuación se presenta una propuesta metodológica con el fin de analizar si el gasto público en salud del Ecuador en el periodo 2008-2014, fue orientado al cumplimiento de dicha normativa. Cabe mencionar que la importancia de esta evaluación radica en que, en el marco del derecho internacional, los Estados tienen la obligación de cumplir con los compromisos establecidos en los tratados internacionales que hayan sido ratificados de manera local. En el caso del Ecuador, los tres instrumentos de internacionales de derechos humanos analizados en el numeral 2.1 de esta disertación han sido debidamente aprobados y ratificados en el marco de las normas constitucionales y por lo tanto, son de carácter obligatorio y vinculante (Salgado, 2005).

En este sentido, las propias Naciones Unidas, a través de su Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH), planteó en el año 2008 la necesidad de contar con una metodología que permita evaluar el cumplimiento de los diferentes instrumentos de derechos humanos por parte de los Estados. Dicha metodología plantea las distintas dimensiones de los derechos humanos, tanto civiles y políticos, como económicos, sociales y culturales que según ACNUDH (2007), deben ser atendidas por los estados para poder garantizar tal o cual derecho.

Estas dimensiones específicas, comprenden la desagregación de cada derecho humano en temáticas específicas que lo materializan y lo aterrizan en problemáticas concretas. Por ejemplo, al hablar de derecho a la salud, se debe abordar el problema específico de la mortalidad infantil o de la salud sexual y reproductiva, entre otros, para no permanecer en la esfera de lo abstracto y demasiado general del derecho, sin posibilidad a medir su cumplimiento.

Sin embargo, el establecimiento de las dimensiones sobre las cuales se puede evaluar la realización de un determinado derecho, en este caso el derecho a la salud, debe guardar la suficiente rigurosidad, sustento teórico y respaldo institucional para que cualquier evaluación

con base en dichas dimensiones sea lo suficientemente objetiva. En este sentido, el ACNUDH llevó a cabo un proceso un proceso de investigación académica, consultas con expertos internacionales y organizaciones gubernamentales a escala mundial que permitiera establecer que efectivamente cuando se trata de derecho a la salud, se debe considerar por ejemplo a la mortalidad infantil y no a otras dimensiones que fueron excluidas como se verá más adelante. En este sentido, la importancia de haber seleccionado la propuesta del ACNUDH radica en su legitimidad institucional de alcance mundial, para establecer en el marco del derecho internacional, el nivel de cumplimiento de las normas y tratados internacionales en materia de derechos humanos por parte de los estados firmantes.

Por lo tanto, el marco metodológico de Naciones Unidas constituye un insumo importante para esta disertación, al determinar las dimensiones del derecho a la salud hacia las cuales debió haber sido orientado el gasto público ecuatoriano en el periodo de análisis. Sin embargo, es necesario realizar varias consideraciones importantes que delimitan los alcances de la propuesta metodológica de esta disertación:

1. Las Naciones Unidas a través del ACNUDH y su informe sobre la utilización de indicadores para promover y vigilar el ejercicio de los derechos humanos de 2008, han establecido las dimensiones cualitativas que recogen toda la normativa e instrumentos internacionales en materia de derechos humanos, incluyendo el derecho a la salud. Por ende, el cumplimiento de estas dimensiones determinan a su vez, la vigencia y el ejercicio del derecho a la salud en un determinado Estado.
2. El gasto público al que hace referencia el tema de esta disertación comprende todo el presupuesto del Gobierno Central asignado a través de la autoridad sanitaria nacional o Ministerio de Salud Pública en el periodo 2008 – 2014. No se considera dentro del análisis las prestaciones de salud derivadas de la seguridad social.
3. La presente propuesta metodológica busca vincular y alinear las dimensiones del derecho a la salud establecidas por el ACNUDH a los distintos planes, programas y proyectos que el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha ejecutado en el periodo 2008 – 2014, con sus respectivos presupuestos.

4. La vinculación y alineación de las dimensiones con los planes, programas y proyectos se realiza con base en la información oficial del MSP sobre metas y objetivos de cada uno de ellos. Dicho proceso de alineación será presentado con detalle en el siguiente capítulo correspondiente a los resultados de la investigación. Esto con el fin de establecer, en última instancia, la cantidad de recursos que han sido destinados al cumplimiento de un determinado indicador, es decir, al cumplimiento de la normativa internacional en materia de derecho a la salud, en concordancia con el marco metodológico de este capítulo.
5. Con estos antecedentes, se establece que la presente metodología no constituye un marco para llevar a cabo una evaluación de impacto sino que cumpliendo con la propuesta temática de esta disertación, permite determinar la orientación del gasto público hacia el cumplimiento de la normativa supranacional en salud.

Con los antecedentes expuestos anteriormente, a continuación se detallan las dimensiones propuestas por el ACNUDH para medir el cumplimiento del derecho a la salud por parte de los países, es decir aquellas hacia las cuales se debió orientar el gasto público en salud del Ecuador en el periodo 2.008 – 2014:

1. Registro de nacimientos, muertes y matrimonios compilados a través de un sistema de información
2. Salud sexual y reproductiva
3. Aborto
4. Salud y nutrición de la infancia
5. Salud física y mental
6. Atención a personas con discapacidad
7. Entrega de medicamentos esenciales y alternativas genéricas
8. Investigación de vulneraciones al derecho a la salud
9. Promoción de la salud
10. Atención especializada de salud en el parto
11. Cuidados prenatales
12. Entrega de métodos anticonceptivos

13. Educación a niños y niñas en edad escolar sobre aspectos nutricionales y de salud
14. Chequeos médicos a niños y niñas en edad escolar
15. Promoción de la lactancia materna
16. Vacunación contra enfermedades prevenibles
17. Prevención del VIH
18. Tratamiento de tuberculosis
19. Prevención y tratamiento en el consumo de drogas
20. Atención primaria en salud
21. Equipamiento hospitalario y de primer nivel en salud
22. Mejoramiento de infraestructura en salud
23. Mejoramiento de capacidades del personal de salud
24. Mortalidad pre natal
25. Mortalidad materna
26. Tratamiento de enfermedades transmisibles
27. Tratamiento de enfermedades no transmisibles
28. Alargamiento de la expectativa de vida
29. Gobierno en salud

Ahora, con el afán de sintetizar la presentación de resultados y dado que varias de las dimensiones expuestas anteriormente guardan elementos comunes, se decidió agrupar dichas dimensiones en las siguientes categorías:

Tabla No. 2
Agrupación de dimensiones del derecho a la salud

Categoría	Dimensiones del derecho a la salud
1. Atención a grupos vulnerables	- Atención a personas con discapacidad
2. Salud Mental	- Salud mental
3. Medicamentos e insumos	- Entrega de medicamentos esenciales y genéricos, -
4. Promoción y prevención de la salud	- Salud sexual y reproductiva, - Promoción de la salud, - Métodos anticonceptivos, -Educación a niños y niñas en salud, - Chequeos en edad escolar, - Vacunación, - Prevención del VIH, - Consumo de drogas, - Alargamiento de la expectativa de vida
5. Salud materno infantil	-Aborto, - Salud y nutrición de la infancia, - Atención especializada en el parto, -cuidados prenatales, - lactancia materna, - Mortalidad prenatal, - Mortalidad materna
6. Tratamiento de enfermedades	- Tuberculosis, tratamiento de enfermedades transmisibles, - Tratamiento de enfermedades no transmisibles
7. Atención primaria en salud	- Atención primaria en salud
8. Equipamiento e infraestructura	- Equipamiento hospitalario, - Mejoramiento de infraestructura
9. Gobierno en salud	- Registro de nacimientos, muertes en sistema de información. – Investigaciones en salud, - Mejoramiento de capacidades, - Gobierno en salud

Ahora, con las 29 dimensiones del derecho a la salud, extraídas del marco metodológico propuesto por la ACNUDH y agrupadas en las 9 categorías expuestas anteriormente, se realiza una vinculación de carácter cualitativo hacia los programas y proyectos ejecutados por el Ministerio de Salud en el periodo de análisis y sus correspondientes presupuestos. En este sentido, la información disponible sobre la ejecución

presupuestaria de la Autoridad Sanitaria Nacional en el periodo 2008 – 2014 se compone de 215.061 items de gasto, distribuidos en 91 proyectos de inversión y en gasto corriente.

En un primer momento, se realiza la agrupación de los 215.061 items presupuestarios en grupos de gasto por cada proyecto y para cada año analizado, con lo cual se obtienen 21.514 grupos que serán codificados con el número correspondiente a una de las 9 categorías del derecho a la salud. Por lo tanto, en base a la revisión de los objetivos y componentes de cada proyecto, se procede a distribuir los presupuestos de la siguiente manera (ejemplo):

Tabla No. 3
Ejemplo de asignación de presupuestos de un determinado proyecto a las dimensiones agrupadas (categorías) del derecho a la salud correspondientes

Proyecto Mi Hospital	Año 2011 (USD millones)	Dimensión del derecho a la salud
Bienes de larga duración	83.023.697,66	Equipamiento e infraestructura (6)
Gasto en personal	11.365.582,12	Tratamiento de enfermedades (8)
Instalación, Mantenimiento y Reparaciones	6.259.961,22	Equipamiento e infraestructura (6)
Medicinas y Productos Farmacéuticos	33.030.467,79	Medicamentos e insumos (3)
Obras de Infraestructura	-	
Otro	24.611.198,44	33% Dimensión 5, 67% Sin categoría para alinearse
Total general	158.290.907,23	

Fuente: MSP – Elaboración: Propia

En la tabla anterior se observa el presupuesto del año 2011 para la ejecución del proyecto denominado “Mi Hospital”. Adicionalmente, se establece que en dicho año se destinaron USD 158 millones distribuidos en bienes de larga duración, gasto en personal, instalación, mantenimiento y reparaciones, medicinas y productos farmacéuticos y otros gastos. En este sentido, luego de analizar los componentes y objetivos detallados en el proyecto “Mi Hospital” y las partidas de gasto correspondientes, se ha establecido por ejemplo, que el personal contratado en dicho proyecto ejecutó funciones relacionadas con el tratamiento de enfermedades, es decir correspondiente a la dimensión número 8 de la agrupación expuesta en la tabla No. , por un monto de 11.3 millones de dólares. Por lo tanto,

un proyecto en particular se encuentra orientado, en distinta proporción, al cumplimiento de una determinada dimensión del derecho a la salud propuesto a su vez por la ACNUDH.

Sin embargo, como resultado del análisis en la tabla anterior se puede evidenciar que la metodología permite identificar aquellos gastos ejecutados dentro de un determinado proyecto que no son posibles vincular a una dimensión específica del derecho a la salud. Dichos gastos se resumirán más adelante bajo la categoría “SA” o Sin Alineación.

En un segundo momento de la metodología, luego de haber codificado a cada grupo de gasto dentro de un determinado proyecto y para cada año de análisis, se procede a realizar la sumatoria de los presupuestos asignados a cada dimensión agrupada del derecho a la salud, obteniéndose los resultados de la investigación. Con este trabajo se espera determinar si el gasto público en salud en el periodo 2008 – 2014, fue efectivamente orientado al cumplimiento de la normativa internacional en materia del derecho a la salud o sirvió para otros fines (categoría “Sin Alineación”)

3.2 Propuesta metodológica para evaluar la orientación del gasto público en salud al marco normativo nacional

En concordancia con la metodología expuesta en el numeral anterior, a continuación se presenta el mecanismo para evaluar si el gasto público ejecutado por la autoridad sanitaria nacional en el periodo 2008-2014, fue enfocado en el cumplimiento de la normativa ecuatoriana en salud.

En este sentido, es necesario hacer algunas consideraciones metodológicas:

1. El gasto público al que hace referencia el tema de esta disertación comprende todo el presupuesto del Gobierno Central asignado a través de la autoridad sanitaria nacional o Ministerio de Salud Pública en el periodo 2008 – 2014. No se considera dentro del análisis las prestaciones de salud derivadas de la seguridad social.
2. La presente propuesta metodológica busca vincular y alinear las distintas dimensiones del derecho a la salud consagradas en la Constitución del Ecuador a los programas y proyectos que el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha ejecutado en el periodo 2008 – 2014, con sus respectivos presupuestos. Se ha

escogido a la Constitución como principal cuerpo normativo debido al nivel más general de la norma, por cuanto la Ley Orgánica de Salud vigente, contiene artículos demasiados específicos que no permiten ser alineados al portafolio de proyectos del MSP con la información disponible para este estudio.

3. La vinculación y alineación de las dimensiones constitucionales del derecho a la salud con los programas y proyectos se realiza con base en la información oficial del MSP sobre metas y objetivos de cada uno de ellos. Así por ejemplo, el principio de la gratuidad de la salud pública será alineado al o a los proyectos correspondientes ejecutados por el MSP en el periodo 2.008 – 2.014, cuyos componentes apunten a garantizar el acceso gratuito de la población a los distintos servicios de salud. Esto con el fin de establecer en última instancia, la cantidad de recursos que han sido destinados al cumplimiento de un determinado principio constitucional.

Con estos antecedentes, a continuación se presentan los principios constitucionales o dimensiones constitucionales del derecho a la salud hacia los cuales debió haber estado dirigido el gasto público en el periodo de análisis:

1. Buscar la recuperación de las capacidades
2. Reconocimiento de la diversidad social y cultural
3. Garantizar la promoción y prevención de la salud
4. Enfoques de medicina familiar y comunitaria.
5. Atención primaria en salud
6. Medicina ancestral y alternativa
7. Servicios con calidad y calidez
8. Universalidad y gratuidad en todos los niveles de atención
9. Ampliación de cobertura
10. Cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria
11. Salud sexual y reproductiva
12. Cuidados materno infantiles
13. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces
14. Desarrollo integral del personal de salud

15. Prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas, salud mental.

Ahora, una vez definidas las dimensiones o principios constitucionales del derecho a la salud, se aplicará el siguiente esquema de análisis (ejemplo):

Dimensión 12: Cuidados materno infantiles – año 2010

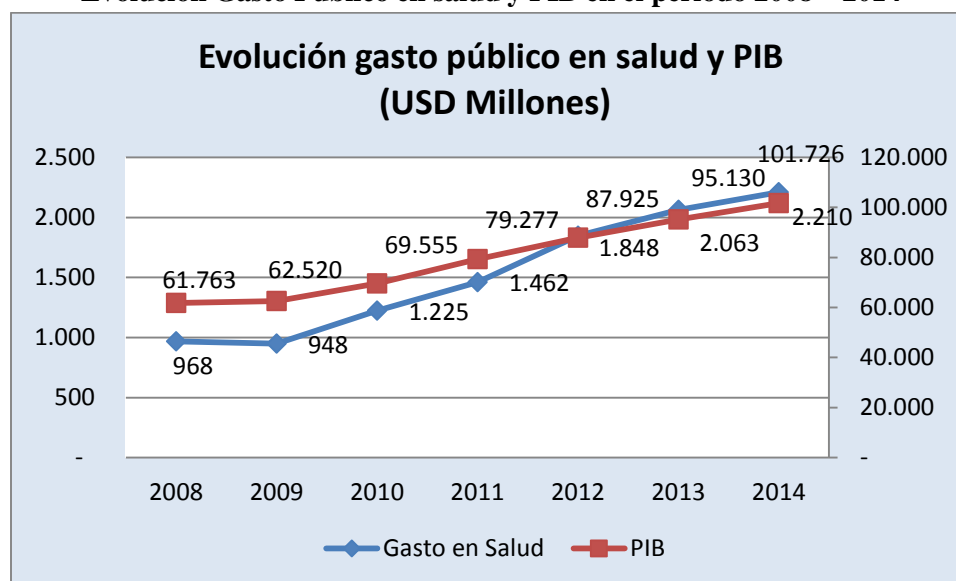
- 17 proyectos ejecutados en el año 2010 contemplan componentes enfocados en la dotación de cuidados materno infantiles.
- En cada proyecto se identifican las partidas y grupos de gasto que se orientan a la dimensión en análisis.
- Se realiza la codificación correspondiente. Al mismo tiempo, si en un determinado proyecto se registran gastos que corresponden a otra dimensión constitucional del derecho a la salud, estos gastos son de igual manera codificados.
- Se identifican aquellos componentes de un determinado proyecto que pueden aportar a más de una dimensión constitucional del derecho a la salud y de ser el caso se realiza la ponderación correspondiente con base en el análisis de las metas y objetivo de cada proyecto.
- La sumatoria de los gastos en cuidados materno infantiles se la realiza utilizando tablas dinámicas.
- Una vez realizada la agregación de los presupuestos de cada dimensión para un año específico, se puede determinar si todos los principios constitucionales o solamente algunos de ellos tuvieron asignaciones presupuestarias. De la misma manera, se puede establecer qué cantidad de recursos fueron destinados a categorías de gasto que no se encuentran sustentadas en un artículo constitucional. A dichos gastos se los agrupará en la categoría “SA” o sin alineación constitucional.

En este sentido, el próximo capítulo presentará los resultados de la investigación, luego de procesar toda la información de programas, proyectos y sus correspondientes presupuestos ejecutados por el Ministerio de Salud Pública en el periodo 2008 – 2014, para asignar dichos recursos a cada una de las 15 dimensiones constitucionales del derecho a la salud.

Capítulo cuatro: Marco empírico

Siguiendo el marco metodológico expuesto en el capítulo anterior y a manera de introducción a la presentación de los resultados finales de la presente investigación, a continuación se presentan las generalidades del gasto público en salud en el periodo 2008 – 20014.

Grafico 1
Evolución Gasto Público en salud y PIB en el periodo 2008 – 2014



Fuente: MSP – Banco Mundial. Elaboración: Propia

En el gráfico 1 se observa la evolución del gasto público en salud en el periodo 2008 – 20014 junto con el PIB del mismo periodo, evidenciándose una clara correlación entre las dos series. El gasto en salud pasa de 968 millones de dólares en el año 2008 a 2.210 millones en el 2.014, representando inicialmente el 1.57% del PIB y el 2.17% al final del periodo, y un presupuesto acumulado de USD 10.700 millones de dólares en los 7 años de análisis.

Dicho gasto en salud fue implementado por 282 unidades ejecutoras a nivel nacional de distintos niveles de jerarquía, desde la llamada Planta Central, hasta los hospitales y centros de salud más pequeños en todo el territorio. De la misma manera, se llevaron a cabo 92 proyectos con presupuesto de inversión distribuidos en 23 programas, lo que representó el 23% del total del gasto. Esto quiere decir que el 77% del gasto en salud en el periodo de análisis, fue destinado al llamado gasto corriente, correspondiente a la adquisición de bienes

y servicios que realiza el sector público, sin que estos incrementen su patrimonio (Estévez, 2006). Esta proporción entre gasto corriente y gasto de inversión no significa por sí sola nada positivo o negativo y como veremos más adelante, lo importante en el marco de esta investigación, es determinar si el gasto agregado en salud fue destinado al cumplimiento de la normativa internacional o local, conforme a la metodología planteada.

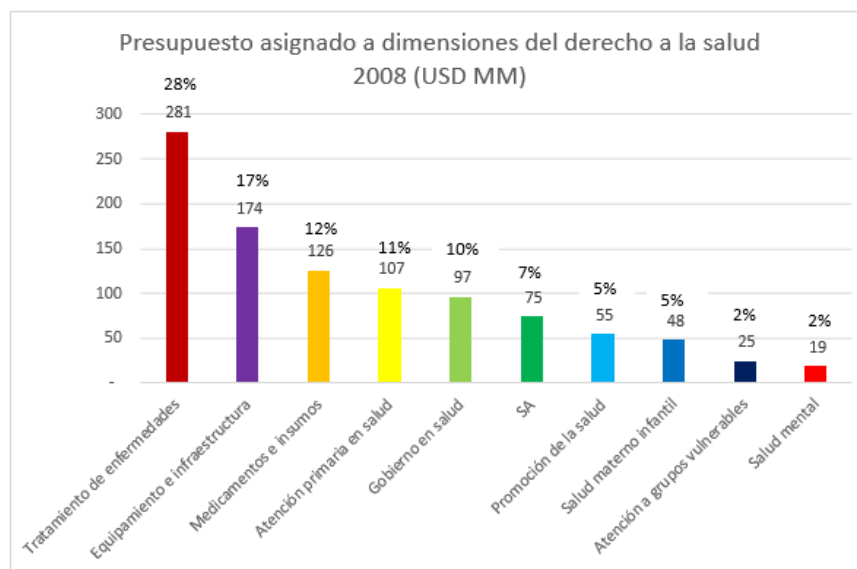
En este sentido, de acuerdo al Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH), se definió 29 dimensiones del derecho a la salud que fueron posteriormente agrupadas en las siguientes categorías por encontrarse elementos comunes y para facilitar la presentación de resultados:

1. Atención a grupos vulnerables
2. Salud mental
3. Medicamentos e insumos
4. Promoción de la salud
5. Salud materno infantil
6. Tratamiento de enfermedades
7. Atención primaria en salud
8. Equipamiento e infraestructura
9. Gobierno en salud

Con estos antecedentes y en cumplimiento con el marco metodológico de la presente disertación, los resultados de la orientación del gasto público en salud hacia el cumplimiento de la normativa internacional en materia de este derecho son los siguientes:

Evolución del gasto público en salud en el periodo 2008 – 2014 de acuerdo a las dimensiones internacionales del derecho a la salud

Grafico No. 2



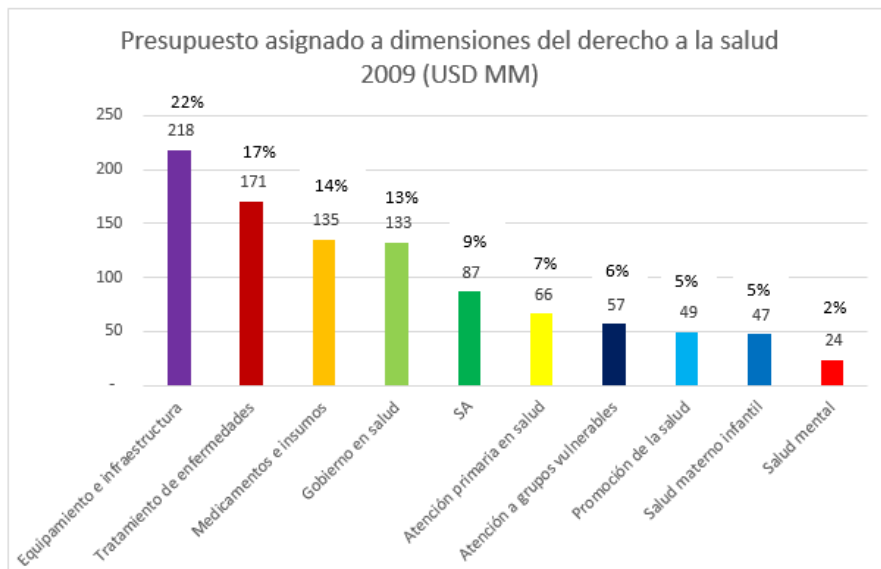
Fuente: MSP. Elaboración: Propia

En el año 2008, el presupuesto en salud administrado a través de la Autoridad Sanitaria Nacional alcanzó un total de USD 1.007 millones que fueron distribuidos en las distintas dimensiones del derecho a la salud, conforma al gráfico anterior. El tratamiento de enfermedades y las inversiones en equipamiento e infraestructura fueron los principales destinos del gasto con USD 281 millones y USD 174 millones respectivamente, equivalentes al 28 y 17%. Por otro lado, la categoría “SA” o “Sin Alineación” registra un presupuesto de USD 75 millones, es decir que en el año 2008, existieron gastos por USD 75 que no pudieron ser alineados a una de las dimensiones del derecho a la salud.

Ahora, con respecto al gasto en salud del año 2009, en el gráfico siguiente (No.3) se puede observar que el equipamiento e infraestructura es ahora la dimensión del derecho que ocupa el primer lugar en el presupuesto con USD 218 millones equivalentes al 22%, el tratamiento enfermedades se encuentra en segundo lugar con USD 171 millones equivalentes al 17%, mientras que la categoría “Sin Alineación” aumenta su presupuesto a USD 87 millones. Otras dimensiones del derecho como la atención primaria en salud, atención a grupos vulnerables, promoción de la salud, salud materno infantil y salud mental, de manera

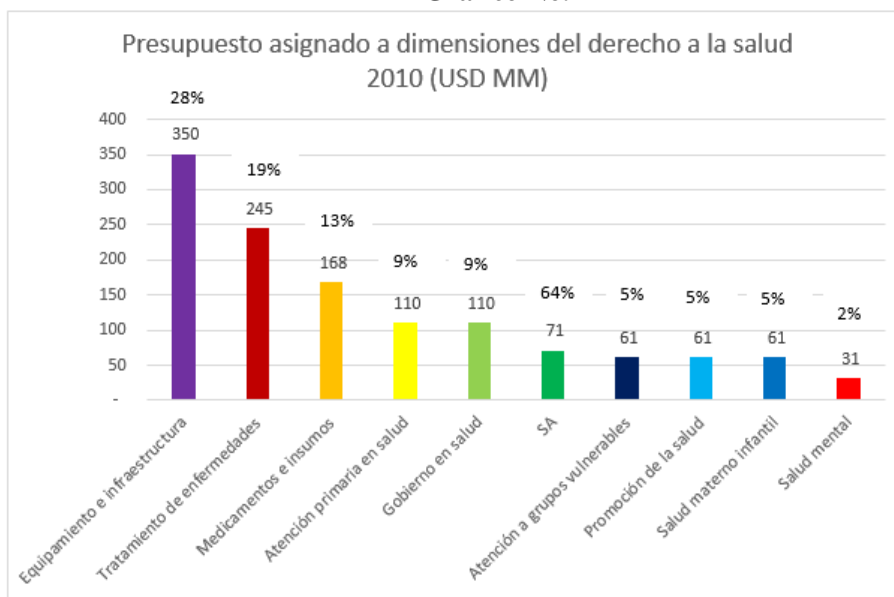
combinada alcanzan los USD 243 millones o el 25% de un presupuesto total de USD 987 millones.

Grafico No. 3



Fuente: MSP. Elaboración: Propia

Grafico No. 4

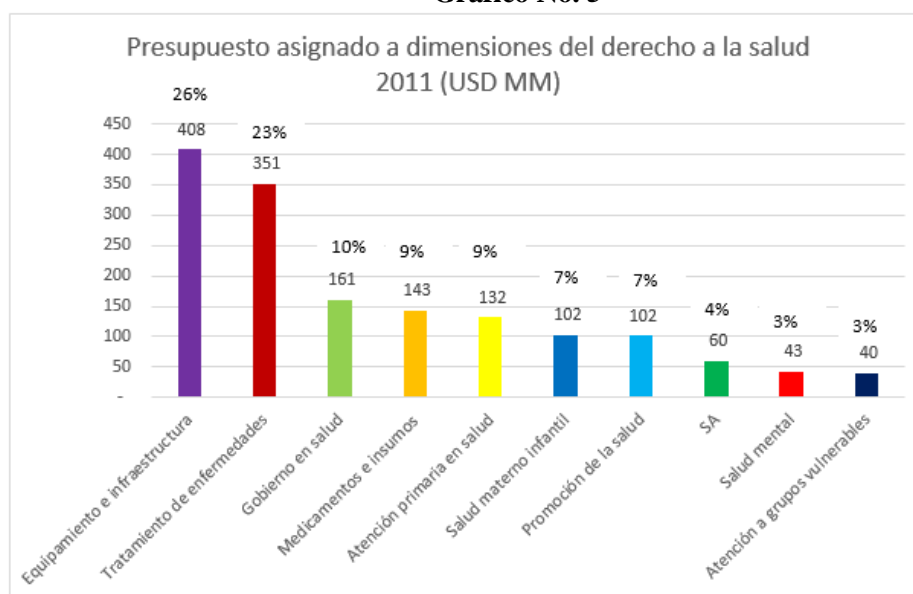


Fuente: MSP. Elaboración: Propia

Al comparar el gráfico No. 3 (2009) con el gráfico No.4 (2010), se observa que las prioridades del gasto público con relación a las dimensiones internacionales del derecho a la salud no varían en su mayoría. El equipamiento e infraestructura se mantiene en primer

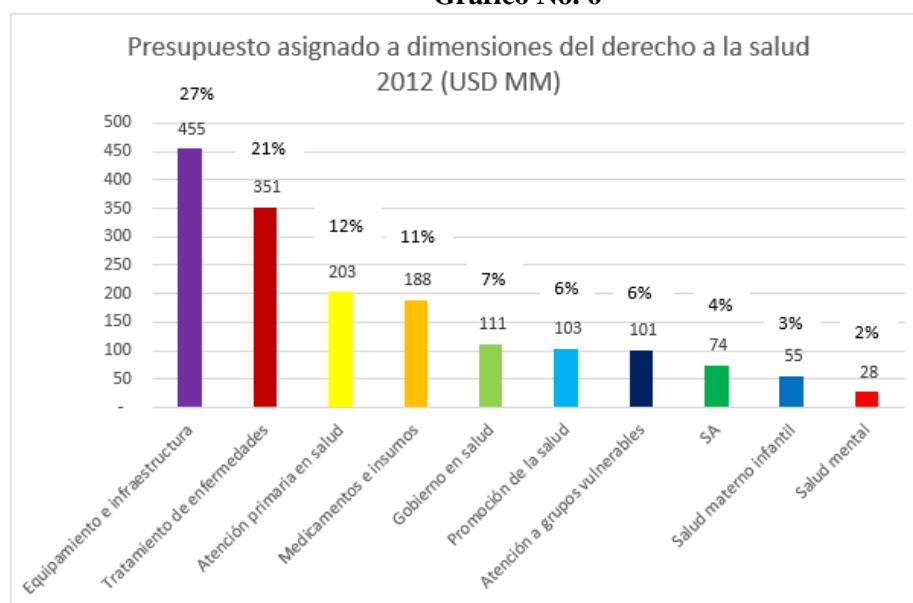
lugar, seguido del tratamiento de enfermedades y el gasto en medicamentos e insumos, con USD 350, 245 y 168 millones respectivamente para el año 2010, en un presupuesto total de USD 1.269 millones. Sin embargo, existe un repunte importante del presupuesto destinado a la atención primaria en salud, pasando de USD 66 millones en 2009 a USD 110 millones en 2010. En cambio las actividades relacionadas con el gobierno o la gobernanza de la salud se reducen de USD 133 a USD 110 millones del año 2009 al año 2010.

Grafico No. 5



Fuente: MSP. Elaboración: Propia

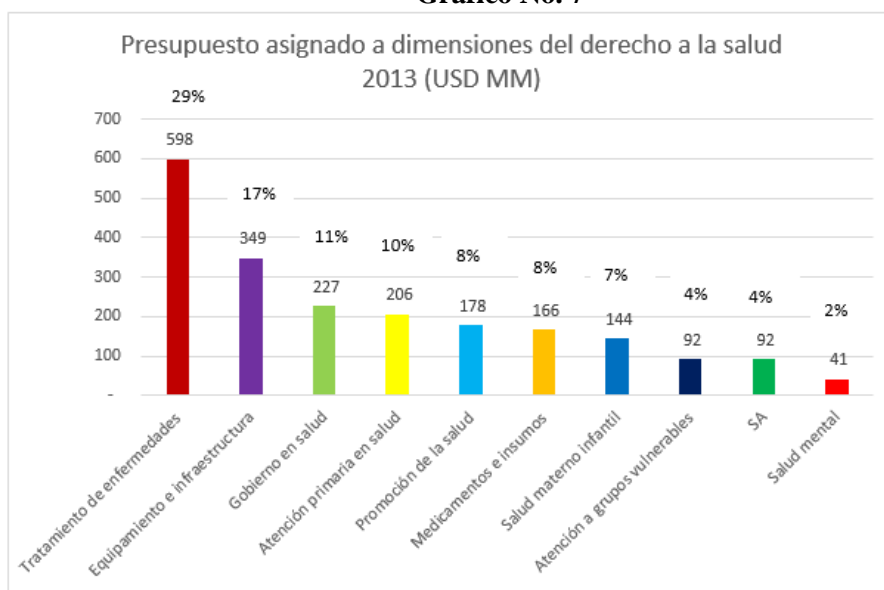
Grafico No. 6



Fuente: MSP. Elaboración: Propia

Cuando se analiza el gasto de los años 2011 (gráfico No.5) y 2012 (gráfico No.6), se observa que las dimensiones equipamiento e infraestructura y tratamiento de enfermedades concentran gran parte del presupuesto con USD 455 y USD 351 millones respectivamente para el año 2012, en un presupuesto de USD 1.670 millones. Se analiza también que el modelo en salud entrega mayor importancia a la atención primaria que pasa de USD 132 millones en 2011 a USD 203 millones en el 2012, mientras que la categoría “Sin alineación” se mantiene estable en estos dos periodos representando el 4% del total del presupuesto.

Grafico No. 7

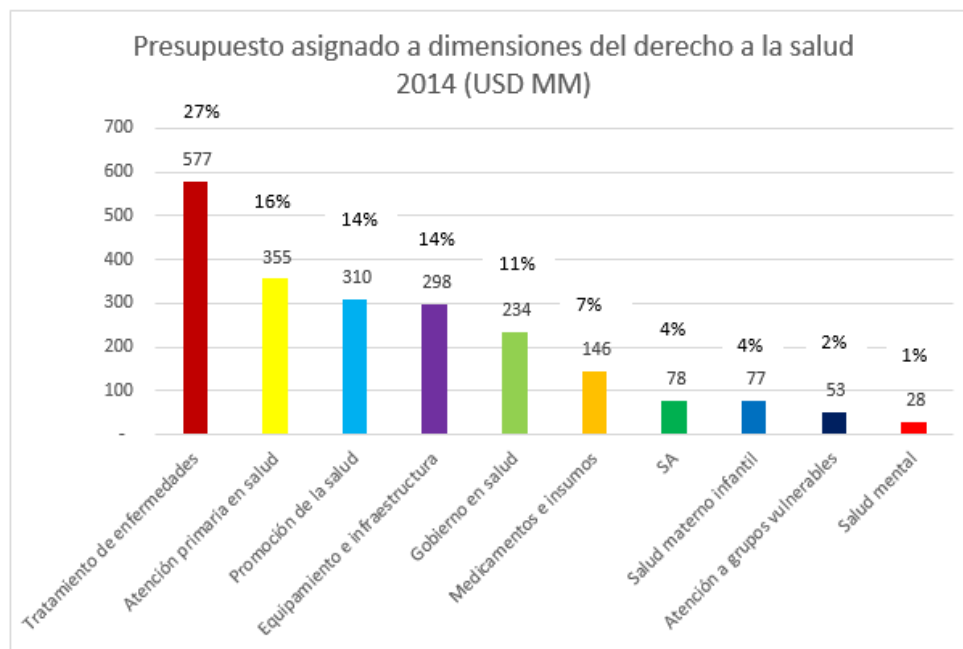


Fuente: MSP. Elaboración: Propia

En el gráfico anterior se puede observar un decrecimiento en la participación de la dimensión equipamiento e infraestructura sobre el total del presupuesto, pasando del 27% en el año 2012, al 17% en el 2013, en un total de USD 2.093 millones. La atención primaria en salud se mantiene con el mismo presupuesto en terminos absolutos (USD 200 millones aproximadamente). Cabe mencionar que el tratamiento de enfermedades aumenta su presupuesto de USD 351 millones en el 2012 a USD 598 millones en el 2013, lo cual es muestra de un modelo de salud que a pesar de haber dado algo más de impulso a la atención primaria, sigue concentrando sus esfuerzos en la dimensión curativa. Hasta el momento, se

evidencia que la salud mental y la atención a grupos vulnerables registran los presupuestos más bajos en todos los años de análisis.

Grafico No. 8



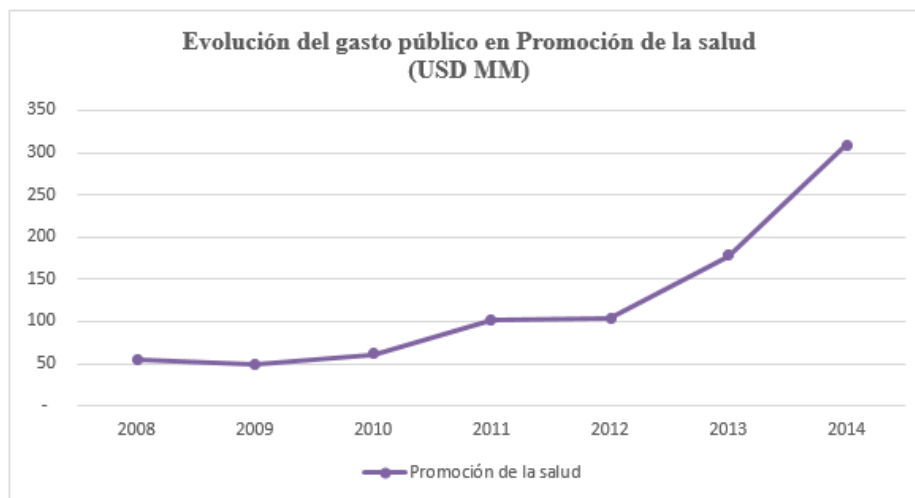
Fuente: MSP. Elaboración: Propia

Para el año 2014, se destaca que a pesar del enfoque curativo del modelo, en el cual el tratamiento de enfermedades sigue ubicándose en primer lugar del presupuesto, la atención primaria en salud y la promoción de la salud se ubican en el segundo y tercer lugar con el 16 y 14% del presupuesto respectivamente. De la misma manera, el equipamiento e infraestructura ha reducido su presupuesto de un pico de USD 455 millones en 2012 a USD 298 millones en 2014. Finalmente, la categoría “Sin Alineación” registra un gasto de USD 78 millones en 2014. Más adelante se analiza con mayor nivel de detalle la evolución de esta categoría y sus gastos en los 7 años del estudio.

Ahora, cuando se considera de manera individual la evolución del gasto en salud en las distintas dimensiones del derecho, se observa que la promoción de la salud registra incrementos importantes en el periodo de análisis, pasando de aproximadamente USD 50 millones en el 2008 a más de USD 300 millones en el 2014 (gráfico No.9). Esto en concordancia con el presupuesto de atención primaria en salud el cual en el 2008 alcanzaba un

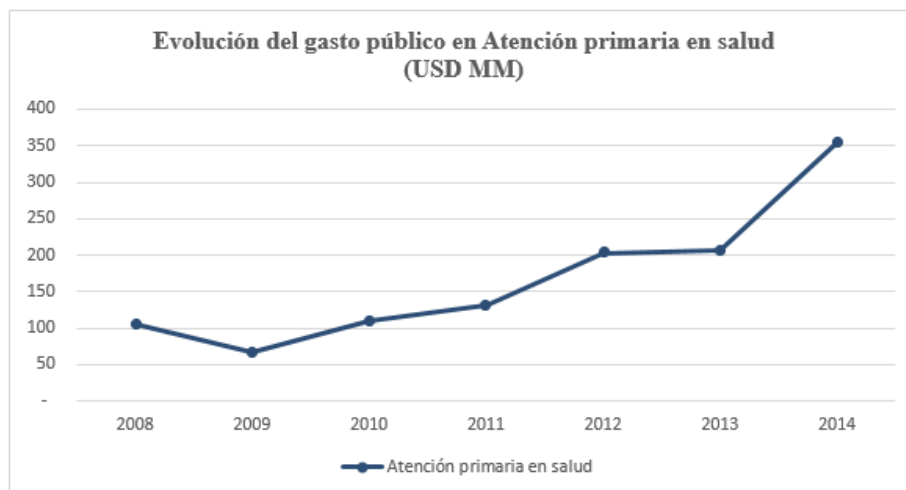
poco más de USD 100 millones, mientras que en el 2014 se ubicó en más de USD 350 millones (gráfico No.10).

Gráfico No. 9



Fuente: MSP. Elaboración: Propia

Gráfico No. 10

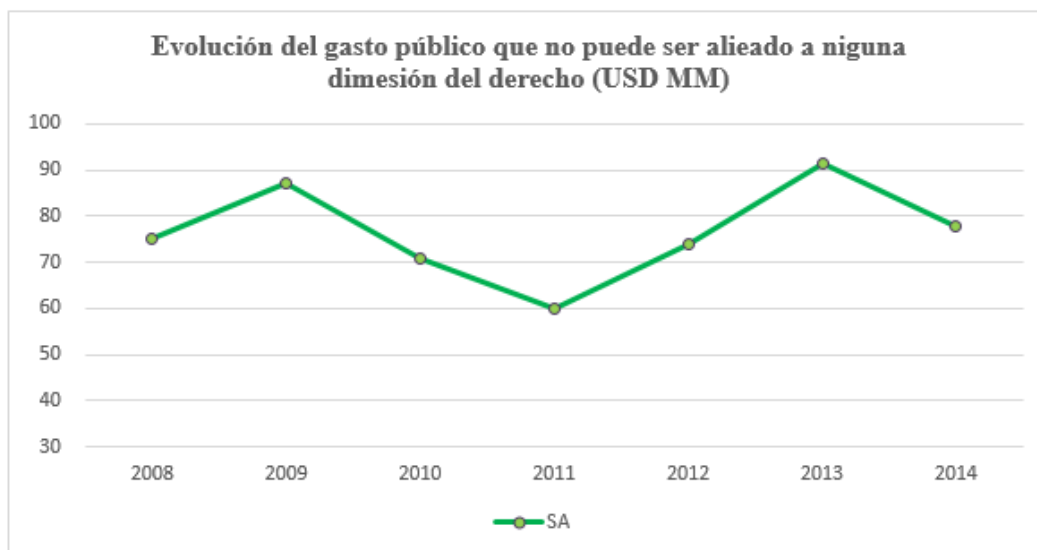


Fuente: MSP. Elaboración: Propia

Por otro lado, la evolución del gasto público en equipamiento e infraestructura (gráfico No. 10), registra una tendencia creciente que va desde los USD 174 millones en el 2008 hasta un pico de USD 455 millones en el año 2012. Posteriormente, la tendencia se vuelve negativa pasando a USD 349 millones en 2013 y USD 298 millones en 2014, dando

cuenta que las inversiones en infraestructura fueron realizadas en los primeros años para que luego el modelo de enfoque en las dimensiones preventivas y de atención primaria en salud.

Gráfico No. 11



Fuente: MSP. Elaboración: Propia

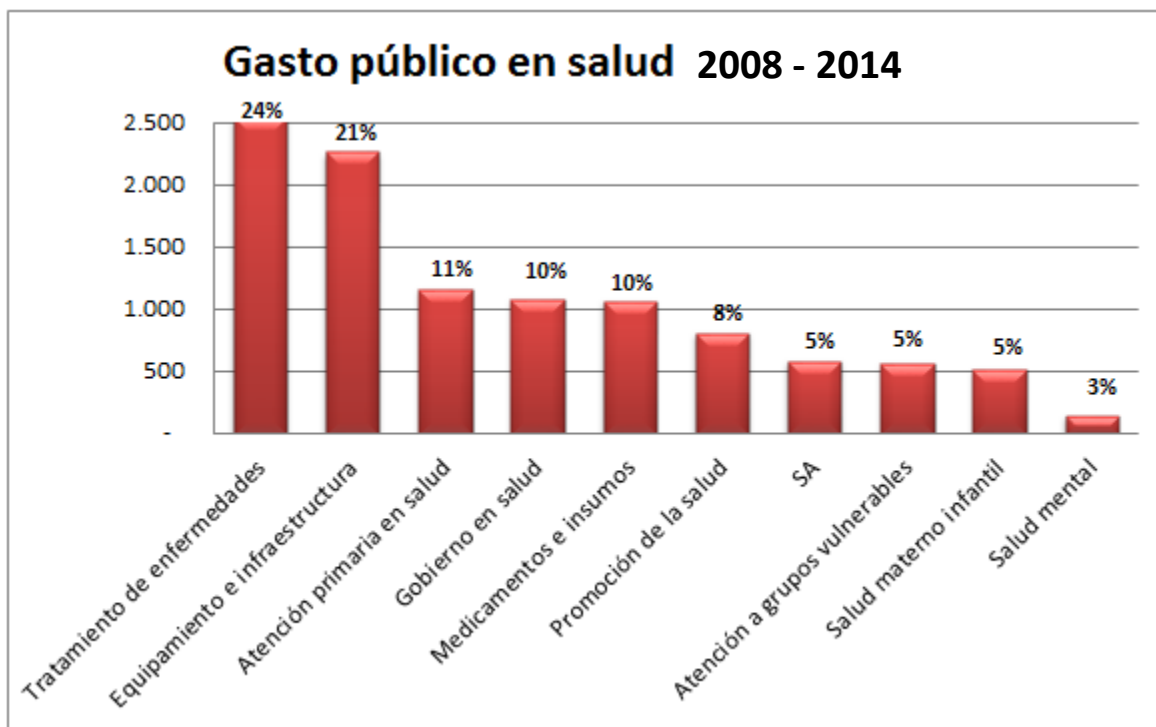
Con respecto a la categoría “Sin Alineación” o “SA”, en el gráfico anterior se evidencia una evolución irregular de los gastos en los 7 años de análisis, con dos picos claramente identificables que coinciden con los periodos electorales del 2009 y 2013. En dichos años se suscitaron elecciones presidenciales y al mismo tiempo el gasto sin alineación se incrementa de USD 75 a USD 87 millones del 2008 al año 2009, y, de USD 74 a USD 92 millones del 2012 al año 2013.

En un análisis cualitativo, los gastos que no pudieron ser alineados a ninguna de las dimensiones del derecho a la salud, considerando los componentes y objetivos no contemplaban dichos gastos, fueron: prendas de vestir, campañas publicitarias y de promoción institucional, numerosos contratos de servicios ocasionales que de acuerdo al análisis de los proyectos no presentan justificativos, gastos de comisariato, bonos de residencia, impresiones y reproducciones, algunos eventos públicos y oficiales, gastos de representación, gastos para situaciones de emergencia, entre otros.

Finalmente, a continuación se presenta el análisis consolidado el gasto público en salud de acuerdo a las dimensiones internacionales del derecho para todo el periodo 2008 – 2014:

Grafico No.12

Gasto público en salud de acuerdo a dimensiones internacionales del derecho a la salud en el periodo 2008 – 2014



Fuente: Ministerio de Salud Pública. Elaboración: Propia

Como se puede observar en el gráfico anterior, el tratamiento de enfermedades es la dimensión que más presupuesto recibió en el periodo de análisis, dando cuenta de un modelo de salud con enfoque más curativo que preventivo, en términos globales. Dicha dimensión captó 2.534 millones de dólares, equivalentes al 24% del presupuesto, de los cuales, el 90% de fueron destinados al pago de remuneraciones para el personal de salud de los diferentes establecimientos a nivel nacional. Cabe mencionar que este dato por si mismo, no representa una característica positiva ni negativa de las políticas públicas en salud del Ecuador en el periodo de análisis, por cuanto simplemente constituye un elemento objetivo de la orientación del gasto público hacia una de las dimensiones establecidas por el ACNUDH para el cumplimiento del derecho a la salud.

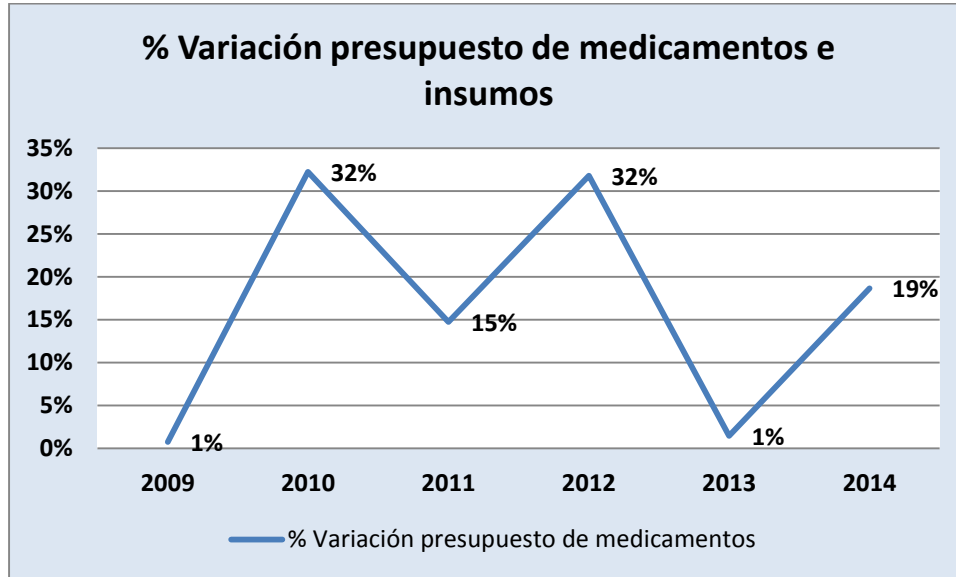
Por otro lado, la dimensión de equipamiento e infraestructura recibió la segunda asignación más importante de recursos con 2.268 millones de dólares equivalentes al 21% del presupuesto. Dichos recursos fueron destinados a la construcción de 67 centros de salud y 10 nuevos hospitales a nivel nacional, con sus respectivos equipamientos, así como a la repotenciación de varias unidades existentes.

En tercer lugar se ubica la atención primaria en salud, es decir, todos los servicios y prestaciones que se realizan en los establecimientos de salud de primer nivel o centros de salud, en donde principalmente se brinda atención ambulatoria a la población para sus necesidades elementales. La asignación entregada para este concepto fue de 1.158 millones de dólares y respresenta el 11% del presupuesto, de los cuales, el 93% corresponde al pago de salarios del personal de salud y el 7% restante a los gastos operativos propios de cada unidad prestadora del servicios.

La categoría Gobierno en Salud, correspondiente a todas las acciones desarrolladas por funcionarios y funcionarias de las dependencias administrativas del Ministerio de Salud a nivel nacional, registra un presupuesto acumulado de 1.084 millones de dólares, equivalente al 10% del total. De este rubro, el 73% corresponde al pago de remuneraciones del personal administrativo, asesores y cargos de libre remoción y el 27% restante, o sea 292 millones de dólares, constituyen gastos operativos de las unidades. Cabe mencionar, que estos datos permiten abrir la puerta para otro tipo de análisis de tipo financiero – contable que pueden determinar si dichas proporciones son eficientes en la administración estatal. Mientras tanto, la presente investigación pretende convertirse en un primer insumo descriptivo del gasto y sobre todo, en concordancia con el marco metodológico, determinar si dicho gasto público fue dirigido hacia las distintas dimensiones del derecho a la salud establecidas por el ACNUDH, en este caso, a la dimensión Gobierno en Salud.

Con respecto a la categoría medicamentos e insumos, se han asignado 1.060 millones de dólares equivalentes al 10% del total del presupuesto y a continuación se muestra la variabilidad que ha tenido este grupo de gasto en el periodo de análisis:

Grafico No. 13
Porcentaje de variación del presupuesto de medicamentos



Fuente: Ministerio de Salud Pública, Elaboración: Propia

Como se observa en el cuadro anterior, existe una variabilidad muy pronunciada en el presupuesto de medicamentos e insumos, lo cual eleva una alerta desde la presente investigación para futuros trabajos que puedan explorar otras dimensiones de la política pública como la sostenibilidad del gasto público. Sin embargo, para efectos de esta disertación, se demuestra que ha sí existido un presupuesto asignado a esta dimensión designada por el ACNUDH como parte del derecho a la salud.

La promoción de la salud es la 6ta dimensión que más recursos ha recibido sumando un total de 806 millones de dólares entre el 2008 y el 2014, representando el 8% del presupuesto. Dentro de los programas y proyectos que ha llevado a cabo la autoridad sanitaria nacional en materia de prevención se encuentran el control de enfermedades crónicas no transmisibles, tuberculosis, dengue, fiebre amarilla, prevención y control del tabaquismo, del VIH, malaria, enfermedades metaxénicas, propuestas de salud ambiental y detección temprana de varias enfermedades que pueden ser evitadas con una intervención oportuna, vacunación, etc.

Por otra parte, en la categoría denominada “SA” o “Sin Alineación” se han ubicado todos aquellos gastos que no pueden ser vinculados con alguna de las dimensiones del

derecho a la salud determinadas por la ACNUDH. Para el periodo 2008 – 2014, estos gastos suman un total de 584 millones de dólares y corresponden al 5% del presupuesto del periodo.

Continuando con el análisis del gasto, la categoría Atención a grupos vulnerables, que incluye actividades como la Misión Joaquín Gallegos Lara en favor de las personas con discapacidad y sus familiares, el sistema de acogida a personas con discapacidad intelectual severa, el abordaje de discapacidades auditivas y visuales, entre otras, recibió un presupuesto de 564 millones de dólares correspondientes al 5%, mientras que los proyectos y actividades relacionadas con la salud materno infantil alcanzaron los 517 millones de dólares en el periodo de análisis. Finalmente, la salud mental recibió una asignación de 147 millones de dólares correspondientes al 1% del total.

Evolución del gasto público en salud en el periodo 2008 – 2014 de acuerdo a las dimensiones constitucionales del derecho a la salud

En el acápite 3.2 de la metodología de la presente disertación se definieron 15 dimensiones o principios constitucionales del derecho a la salud hacia las cuales debió haber estado orientado el gasto público en el periodo de análisis. Si bien en algunos casos, estos principios constitucionales coinciden estrictamente con aquellas dimensiones del derecho a la salud de acuerdo al marco normativo internacional, en otros casos ha sido necesario realizar una vinculación diferente entre los distintos programas y proyectos ejecutados por la autoridad sanitaria nacional y dichos principios constitucionales.

En este sentido en la siguiente tabla se muestra la relación entre las dimensiones internacionales del derecho a la salud extraídas del marco metodológico planteado por la ACNUDH y las dimensiones constitucionales del derecho:

Tabla No.4
Principios constitucionales y dimensiones internacionales del derecho a la salud

Principio constitucional	Dimensión del derecho a la salud - ACNUDH
Buscar la recuperación de las capacidades	Tratamiento de enfermedades
Garantizar la promoción y prevención de la salud	Promoción de la salud
Atención primaria en salud	Atención primaria en salud
Ampliación de cobertura	Equipamiento e infraestructura
Cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria	Atención a grupos vulnerables
Cuidados materno infantiles	Salud materno infantil
Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces	Medicamentos e insumos
Prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas, salud mental.	Salud mental

Fuente: Marco metodológico. Elaboración: propia

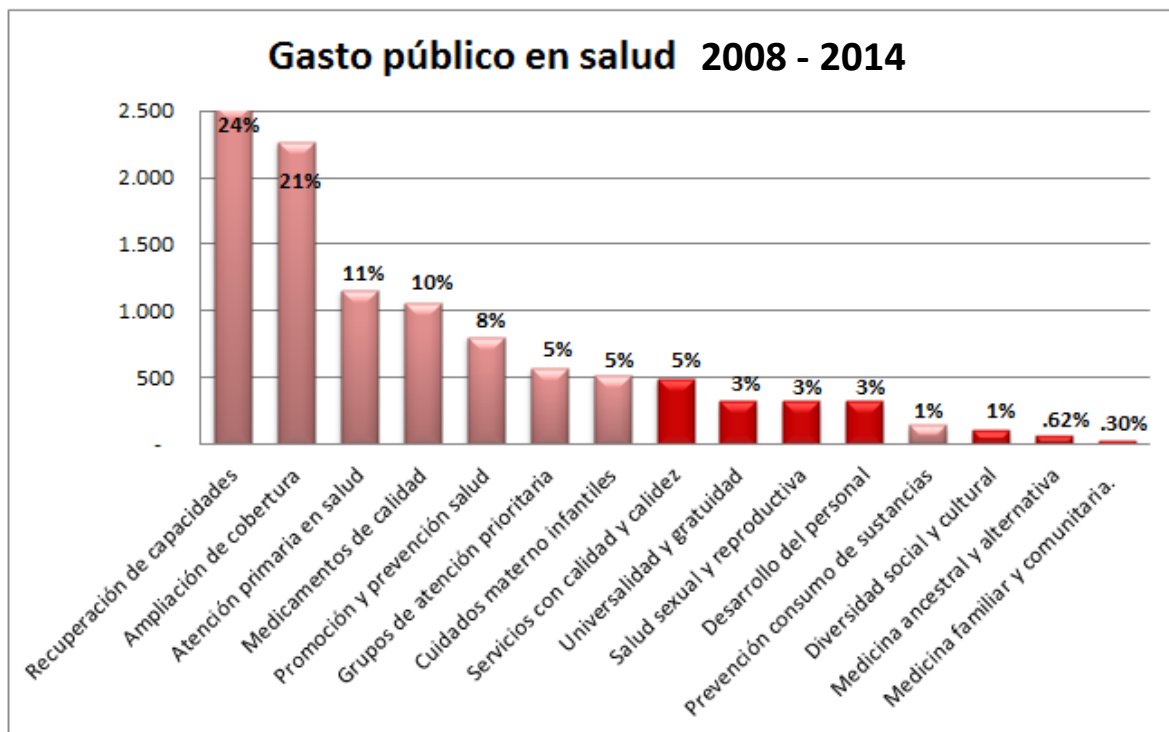
En la tabla anterior se evidencia que 8 principios constitucionales del derecho a la salud de los 15 establecidos en el numeral 3.2 de la metodología, guardan correspondencia con una dimensión directa del derecho a la salud definida por el ACNUDH.

Sin embargo, los 7 principios constitucionales que no guardan correspondencia directa con alguna de las dimensiones internacionales del derecho a la salud son:

- Reconocimiento de la diversidad social y cultural
- Enfoques de medicina familiar y comunitaria.
- Medicina ancestral y alternativa
- Servicios con calidad y calidez
- Universalidad y gratuidad en todos los niveles de atención
- Salud sexual y reproductiva
- Desarrollo integral del personal de salud

Con estos antecedentes, los resultados de la alineación del gasto público en salud a las dimensiones constitucionales del derecho a la salud son los siguientes:

Grafico No. 14
Gasto público en salud de acuerdo a dimensiones internacionales del derecho a la salud en el periodo 2008 – 2014



Fuente: Ministerio de Salud Pública, Elaboración: Propia

En el gráfico anterior se observan en color rojo suave, aquellos principios constitucionales que coinciden con las dimensiones del derecho a la salud establecidas por el ACNUDH y que fueron ya analizadas anteriormente (tabla No.4). Por lo tanto, el gasto en salud de estos 8 principios constitucionales es el mismo gasto analizado anteriormente para la dimensión internacional del derecho correspondiente.

Ahora, con respecto a los 7 principios constitucionales que no coinciden de manera directa con las categorías del ACNUDH, se procedió a distribuir los presupuestos de planes, programas y proyectos ejecutados por el MSP en el periodo 2008 – 2014 con los siguientes resultados. Las políticas públicas y acciones enfocadas en brindar servicios con calidad y calidez al usuario, incluyendo la implementación de planes de mejora y acreditación con estándares internacionales de unidades de salud a nivel nacional y las acciones de gobernanza en salud para esta arista suman un presupuesto de 493 millones de dólares, equivalentes al 5% del total. Adicionalmente, el enfoque de universalidad y gratuidad en todos los niveles

de atención registra un presupuesto de 326 millones de dólares, mientras que las políticas públicas enfocadas en salud sexual y reproductiva alcanzan los 322 millones de dólares, equivalentes al 3% del total del presupuesto en los dos casos.

Con respecto al desarrollo integral del personal en salud desde el año 2008 hasta el 2014 se registra un gasto de 322 millones de dólares con políticas enfocadas en su mayoría en el recambio generacional de servidoras y servidores públicos. Finalmente, el reconocimiento de la diversidad social y cultural, las prácticas de medicina ancestral y alternativa y el enfoque de medicina familiar y comunitaria registran presupuestos de 107, 66 y 32 millones respectivamente, sumando entre estas tres categorías el 2% del total.

Conclusiones

Luego de haber realizado una exploración teórica con el fin de comprender el fenómeno del desarrollo desde una mirada histórica, en donde se han abordado las nociones neoclásicas de crecimiento económico y la transformación de las estructuras productivas como principal medida del bienestar de una sociedad, pasando por la propuesta de la CEPAL de Raúl Prebisch y el modelo de sustitución de importaciones, hasta llegar a abordajes más complejos del desarrollo como los planteamientos de Amartya Sen que plantea que el fin último del proceso debe ser la materialización de las libertades de los individuos, se ha podido concluir lo siguiente:

El aparecimiento de la salud como derecho humano es producto de un arduo proceso de evolución de las propias teorías del desarrollo y el grado de aplicación de dicho derecho en una determinada sociedad, depende de la visión política del Estado, el cual decide otorgarle o no dicho tratamiento. Sin embargo, de llegarse a reconocer en toda su magnitud como derecho humano, existen principios irrevocables como la universalidad, la gratuidad y la no cosificación del derecho.

Por otro lado, el llamado derecho a la salud como fue definido en el marco conceptual de esta disertación, se sustenta en un marco normativo internacional establecido por las Naciones Unidas desde la promulgación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 y demás instrumentos normativos que fueron promulgados en años venideros. Dicha normativa internacional recoge todas las dimensiones del derecho a la salud que deben ser abordadas por los Estados para efectivizar el goce del derecho. Sin embargo, dada la amplitud de las normas, las propias Naciones Unidas a través de su Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH), establecieron un marco metodológico en donde se especifican aquellos aspectos específicos del derecho a la salud hacia los cuales, en el marco de esta disertación, debió haberse orientado el gasto público en el periodo 2008 – 2014, dado que el Ecuador ha ratificado las correspondientes normativas internacionales en esta materia.

Con estos antecedentes, luego de la aplicación de la metodología de cálculo planteada en esta disertación se evaluó de manera cualitativa que el gasto público en salud del Ecuador en el periodo 2008 – 2014, fue en su mayoría orientado al cumplimiento de la normativa

internacional en materia del derecho a la salud. Esto, debido a que las dimensiones del derecho a la salud establecidas por las Naciones Unidas, tuvieron una asignación de recursos por parte del presupuesto del Estado, aun cuando esto no permita por sí solo, determinar el grado de satisfacción de cada arista del derecho.

Desde otra perspectiva se puede concluir que la salud en el Ecuador, analizando el destino del gasto público en el periodo 2008 – 2014, de acuerdo al marco metodológico planteado, fue tratada mayoritariamente como un derecho humano.

Cabe aclarar que las afirmaciones anteriores no significan que la población ecuatoriana en el periodo de análisis alcanzó el pleno goce y disfrute de su derecho a la salud, por cuanto dicho resultado va más allá de los alcances de esta disertación. Simplemente se ha establecido, que desde el punto de vista del gasto público, dicho gasto fue encaminado en su mayoría hacia el cumplimiento de la normativa internacional en materia de dicho derecho.

Con respecto a los principios constitucionales del derecho a la salud establecidos en la Carta Magna del Estado del año 2008, se puede concluir que los 15 principios establecidos, tuvieron en mayor o menor medida, una asignación presupuestaria en el periodo de análisis, lo cual permite afirmar que las políticas públicas y sus presupuestos tuvieron coherencia con la Constitución del Estado.

En concordancia con la conclusión de orientación del gasto hacia la normativa internacional, el objeto del presente trabajo no fue establecer si una determinada dimensión del derecho recibió muy pocos o demasiados recursos, sino lograr una vinculación del presupuesto general del estado con los mandatos normativos del derecho a la salud. Esto debido a que la normativa nacional o internacional, no establece un porcentaje sobre el cual el gasto sea considerado o no deseable, sino que fija los horizontes cualitativos hacia donde debería orientarse el gasto público. Lo anterior se alinea a la doctrina de derechos humanos que determina la realización progresiva de los derechos económicos, sociales y culturales.

Sin embargo, de los análisis realizados se concluye también que USD 536 millones equivalentes al 5% del total del presupuesto en el periodo de análisis no pudieron ser vinculados a ninguna de las dimensiones del derecho a la salud. Esto es un indicativo grave del destino de los recursos públicos ya que si bien la proporción puede parecer baja frente al total, USD 536 millones que pudieron haber sido mal enfocados, representan la construcción de 178 centros de salud.

Finalmente, cabe resaltar que una de las aplicaciones prácticas de este trabajo es abrir la puerta para otros análisis enfocados en la calidad del gasto público. Es decir, una vez establecido que los presupuestos del Estado han sido enmarcados correctamente en la normativa tanto local como internacional, se podrá explorar si es deseable o no, que una determinada dimensión del derecho reciba más o menos recursos en detrimento de otras.

Lista de referencias

- ACNUDH. "Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales." Ginebra: ACNUDH, 2014, <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>.
- ACNUDH, "Informe sobre los indicadores para promover y vigilar el ejercicio de los derechos humanos", Ginebra, 2008.
- Andrade, Pablo. 2013. "¿Por Qué Es Importante La Historia? La Economía Política Del Desarrollo En Debate." *Problemas Del Desarrollo. Revista Latinoamericana de Economía* 44 (174): 197–210.
- Appadurai, Arjun. 1991. "La vida social de las cosas". Mexico: Consejo Nacional para la cultura y las artes.
- Atul, Kohli. 2009. "Estado Y Desarrollo Económico." *Documentos y Aportes en Administración Pública y Gestión Estatal* 9 (12): 7–29.
- Berlin, Isaiah, 1969. "Cuatro ensayos sobre la libertad", Oxford: University Press
- Borrero, Yen. 2011. "Derecho a la salud, justicia sanitaria y globalización: un debate pendiente". *Revista Nacional de Salud Pública* 29 (3): 299-307.
- Breilh, Jaime. 2013. "Addressing the Challenges of Social Determination of Health: a View from the South". Ponencia presentada en the Teleconference, University of Toronto, Dalla Lana School of Public Health, Quito: Universidad Andina Simón Bolívar.
- Brehil, Jaime. 2011 "Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud" México: Alames - Universidad Autónoma Metropolitana. <http://www.saludcolectivaunr.com.ar/docs/SeminarioBreilh03.pdf>.
- Breihl, Jime. 1986. "Epidemiología: medicina, economía y política". México: Fontamara
- De Souza Campos, Boaventura. 1998. "Hacia una concepción multicultural de los derechos humanos", Facultad de Derecho Universidad de los Andes, Bogotá:Ediciones Uniandes.

Carmona Cuenca, Encarna. 2017. “Derechos Sociales De Prestación Y Obligaciones Positivas Del Estado En La Jurisprudencia Del Tribunal Europeo De Derechos Humanos.” Madrid: Manantial.

Coleman, James. 1988. Social Capital in the Creation of Human Capital. *The American Journal of Sociology* 94, S95-S120.

Cortina, Adela. 2001. “Ciudadanos del mundo: “Educar en la ciudadanía, Valencia: El Magnánimo.

Ecuador. Constitución Política del Estado Ecuatoriano, Asamblea Constituyente, Montecristi, 2008.

Ecuador Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana. “Constituciones del Ecuador desde 1830 hasta 2008”, Quito, 2012.
<https://www.cancilleria.gob.ec/constituciones-del-ecuador-desde-1830-hasta-2008/>.

Furtado, Celso. 1985 "Teoría y Política del desarrollo económico". México: Siglo XXI Editores.

García - Marza, Domingo. 2003. “Razón pública y éticas aplicadas”. México: Siglo XXI Editores.

Garza, Esthela Gutiérrez. 2007. “*De Las Teorías Del Desarrollo Al Desarrollo Sustentable: Historia de La Construcción de Un Enfoque Multidisciplinario.*” 9 (25): 45–60.

Giovanella L, Feo O, Faria M, Tobar S. 2012. “Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad”. Rio de Janeiro: ISAGS.

Giraldo-Piedrahita, Fernando. 2015. “Expresión de Tres Perspectivas de La Justicia Social En La Organización de Los Sistemas de Salud.” *Expression of Three Perspectives of Social Justice in the Organization of Health Systems.* 14 (29): 27–40.
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps14-29.etpj>.

Guarderas, David. 2011. “Sistema de indicadores para medir el trabajo en el Ecuador con enfoque de derechos”. Quito: PUCE.

- Hernández M. Seminario; 2012 “La discusión determinantes o determinación social de la salud desde una reflexión de la justicia social”. Doctorado en Salud Pública, Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín: Universidad de Antioquia.
- Instituto Suramericano de Gobierno en Salud “ISAGS”, Informe Anual, Rio de Janeiro, 2014.
- Kant, Immanuel. 1980 “Fundamentación de la metafísica de las costumbres” Buenos Aires: Editores Asociados.
- Kohli, Atul. 2009 “Nationalist versus Dependent Capitalist Development: Alternate Pathways of Asia and Latin America in a Globalized World”. Princeton: Studies in Comparative International Development.
- Lewis, Arthur. 1955. “The Theory of Economic Growth”, Homewood, Illinois.
- Ecuador Congreso de la República del Ecuador. Ley Orgánica de Salud, Registro Oficial, 13 septiembre de 2006.
- López de la Vieja, María Teresa. 2008. “Educación en Bioética”, Salamanca: Amarante.
- Lucas, Robert E. Jr. 1988 “On the mechanics of development planning. Journal of Monetary Economics”, Cambridge: MIT Press.
- Lustig, Nora. 2017. “El impacto del sistema tributario y el gasto social en la distribución del ingreso y la pobreza en América Latina. Una aplicación del marco metodológico del proyecto compromiso con la equidad (CEQ).” 84 (335): 493–568.
- Macías Sánchez, Alejandra, and Héctor Juan Villarreal Páez. 2018. “Sostenibilidad del gasto público: cobertura y financiamiento de enfermedades crónicas en México.” *Public Spending Sustainability: Coverage and Financing of Chronic Diseases in Mexico*. 37 (1): 99–134.
- Marmot M. 2004 “Social Causes of Social Inequalities in Health”. Oxford: Oxford University Press;

Mena-Fenandez, Ileanys, 2004. "Estrategia de desarrollo para la localidad de la real campiña" Cienfuegos.<http://www.eumed.net/librosgratis/2011b/968/evolucion%20del%20concepto%20desarrollo.html>.

Navarro, V. 2002. "The Political Economy of Social Inequalities. Consequences for Health and Quality of Life". New York: Baywood.

Observatorio de Multinacionales en América Latina, 2018. "Consenso de Washington." <http://omal.info/spip.php?article4820>.

Organización de las Naciones Unidas para la educación, la ciencia y la cultura, ODM, <http://www.unesco.org/new/es/culture/achieving-the-millennium-development-goals/mdgs/>.

Van Parijs, Philippe. 1996 "Libertad real para todos", México: Fondo de Cultura Económica

Pedrajas, Martha. 2007 "El desarrollo humano en la economía ética de Amartya Sen" Valencia: Universidad de Valencia.

Pinilla-Rodríguez, Diego E., Juan de Dios Jiménez Aguilera, and Roberto Montero Granados. 2018. "Gasto Público Y Salud En El Mundo, 1990-2012." *A Public Expenditure and World's Health, 1990-2012*. 44 (2): 240–58.

Pugno, Maurizio. 2015. "Capability and Happiness: A Suggested Integration From a Dynamic Perspective." *Journal of Happiness Studies* 16 (6): 1383–99. <https://doi.org/10.1007/s10902-014-9559-7>.

Rawls, John. 2006. "Teoría de la justicia". México: Fondo de Cultura Económica.

Romer, Paul. 1994 "The Origins of Endogenous Growth". Oxford :The Journal of Economic Perspectives.

Salazar Pimentel, Isaí Arturo. 2017. "Derecho a La Protección de La Salud En El Sistema Constitucional Mexicano Y Español." *Right to Health Protection in the Mexican and Spanish Constitutional System*. 22 (2): 87–92.

- Sen, Amartya. 1998. "Development Theory at the Beginning of the Twenty-first Century", Cuadernos de Economía, v. XVII, n. 29, Bogotá.
- Sen, Amartya. 2000 " El desarrollo como libertad", Gaceta Ecológica, núm. 55, 2000, pp. 14-20, Distrito Federal, México.
- Stiglitz, Joseph. 1999. "Reforming the Global Economic Architecture: Lessons from Recent Crises" Boston – Massachusetts.
- Stolkiner, Alicia. 2010. "Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente." *Medicina Social* 5 (1): 89–95. México DF.
- OEA "Tratados Multilaterales, Departamento de Derecho Internacional", 2018. https://www.oas.org/dil/esp/tratados_b32_convencion_americana_sobre_derechos_humanos.htm.
- Uribe, M. 2000. "La justicia distributiva en la concepción libertaria de Nosick y Hayek" *Revista Agenda, Universidad de los Andes.*; 151-63. Bogotá.
- Villanueva Egan, Luis Alberto, and Miguel Ángel Lezana Fernández. 2016. "Derechos Humanos y Derecho a La Salud. Los Desafíos Contemporáneos." *Revista CONAMED* 21 (4): 161–63.