

ECUADOR

desafíos para el presente y el futuro

Fernando Balseca Franco
César Montúfar Mancheno
Editores



UNIVERSIDAD ANDINA
SIMÓN BOLÍVAR
Ecuador



EDICIONES
LA TIERRA

**Ecuador:
desafíos para el presente
y el futuro**



**UNIVERSIDAD ANDINA
SIMÓN BOLÍVAR**

Ecuador

La Universidad Andina Simón Bolívar es una institución académica de nuevo tipo, creada para afrontar los desafíos del siglo XXI. Como centro de excelencia, se dedica a la investigación, la enseñanza y la prestación de servicios para la transmisión de conocimientos científicos y tecnológicos.

La Universidad es un centro académico abierto a la cooperación internacional, tiene como eje fundamental de trabajo la reflexión sobre América Andina, su historia, su cultura, su desarrollo científico y tecnológico, su proceso de integración, y el papel de la Subregión en América Latina y el mundo.

La Universidad Andina Simón Bolívar fue creada en 1985 por el Parlamento Andino. Es un organismo del Sistema Andino de Integración. La Universidad Andina Simón Bolívar se estableció en el Ecuador en 1992. Es la primera universidad del Ecuador en recibir un certificado internacional de calidad y excelencia.

La Sede Ecuador realiza actividades, con alcance nacional e internacional, dirigidas a la Comunidad Andina, América Latina y otros ámbitos del mundo, en el marco de áreas y programas de Letras, Estudios Culturales, Comunicación, Derecho, Relaciones Internacionales, Integración y Comercio, Estudios Latinoamericanos, Historia, Estudios sobre Democracia, Educación, Adolescencia, Salud y Medicinas Tradicionales, Medio Ambiente, Derechos Humanos, Migraciones, Gestión Pública, Dirección de Empresas, Economía y Finanzas, Estudios Agrarios, Estudios Interculturales, Indígenas y Afroecuatorianos.

UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR, SEDE ECUADOR

Toledo N22-80 • Apartado postal: 17-12-569 • Quito, Ecuador

Teléfonos: (593 2) 322 8085, 299 3600 • Fax: (593 2) 322 8426

www.uasb.edu.ec • uasb@uasb.edu.ec



EDICIONES
LA TIERRA

Ediciones La Tierra busca rescatar la obra de pensadores con reconocida trayectoria en la cultura e historia ecuatorianas, así como acompañar los procesos sociales que buscan la transformación de nuestra injusta realidad. Tiene como principal objetivo publicar la obra de autores nacionales y extranjeros sobre temas de nuestra realidad y de la realidad latinoamericana que contribuyan a afianzar los valores nacionales y a la afirmación de nuestra identidad como ecuatorianos y latinoamericanos.

Nuestras proyecciones incluyen líneas de trabajo con los actores sociales que definen, en estos mismos instantes, los nuevos rumbos de un país en transformación y un apoyo editorial a la difusión de sus propuestas. Nuestro compromiso se orienta a la juventud y a la promoción de la lectura.

EDICIONES LA TIERRA

Avenida de los Shirys N36-152 • Quito, Ecuador

Teléfonos: (593 2) 256 6036 • www.ediciones_latierra@ayhoo.com

César Montúfar Mancheno
y
Fernando Balseca Franco
editores

**Ecuador:
desafíos para el presente
y el futuro**



UNIVERSIDAD ANDINA
SIMÓN BOLÍVAR
Ecuador



EDICIONES
LA TIERRA

Quito, 2015

Ecuador: desafíos para el presente y el futuro

César Montúfar Mancheno y Fernando Balseca Franco, editores

Primera edición

ISBN Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador: 978-9978-19-715-8

ISBN Ediciones La Tierra: 978-9978-320-94-5

Impreso en Ecuador, noviembre de 2015

Tiraje: 500 ejemplares

© Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador

Toledo N22-80 • Apartado postal: 17-12-569 • Quito, Ecuador

Teléfonos: (593 2) 322 8085, 299 3600 • Fax: (593 2) 322 8426

www.uasb.edu.ec • uasb@uasb.edu.ec

© Ediciones La Tierra

Avenida de los Shirys N36-152

Quito, Ecuador

Teléfono: (593 2) 256 6036

ediciones_la tierra@yahoo.com

Corrección editorial: Fernando Balseca

Revisión editorial: Margarita Andrade

Diseño de interiores y cubierta: Edwin Navarrete, Taller Gráfico

La versión original de texto que aparece en este libro fue sometida a un proceso de revisión de pares ciegos, conforme a las normas de publicación de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

Contenido

Presentación	7
La universidad virtuosa <i>Arturo Villavicencio Vivar</i>	9
Educación, cambio institucional y equidad <i>Rosemarie Terán Najas</i>	27
La salud en el neoproductivismo con gobernanza (Debilidad de la conciencia crítica) <i>Jaime Breilh Paz y Miño</i>	37
Extractivismo, soberanía y salud <i>María Fernanda Soliz Torres</i>	63
Inequidad social y redistribución del ingreso en el Ecuador <i>Carlos Larrea Maldonado y Natalia Greene López</i>	81
¿Existen alternativas frente al petróleo en la Amazonía centro-sur? <i>Carlos Larrea Maldonado</i>	107
El Yasuní, los “modelos de desarrollo” y el sumak kawsay desde las mujeres indígenas <i>Ramiro Ávila Santamaría</i>	141
Desafíos para los derechos humanos de las mujeres: La tipificación de la violencia contra la mujer. Ecuador 2014 <i>Gina Benavides Llerena</i>	151
Políticas públicas y derechos de las mujeres: algunos desafíos <i>Gardenia Chávez Núñez</i>	165
Política tributaria, desarrollo y equidad: Régimen tributario a partir de la Ley Reformativa para la Equidad Tributaria del Ecuador (2007) y la Corte Constitucional <i>César Montaña Galarza</i>	181
Política económica, fiscal y de financiamiento <i>Marco Romero Cevallos</i>	223

La pyme y su incidencia en el proceso de desarrollo nacional: Situación actual y desafíos futuros	235
<i>Wilson Araque Jaramillo</i>	
Aproximación al régimen político ecuatoriano (2007-2014)	253
<i>César Montúfar Mancheno</i>	
¿Interculturalidad? Fantasmas, fantasías y funcionalismos	269
<i>Catherine Walsh</i>	
El relato literario frente a la institucionalidad de hoy	283
<i>Fernando Balseca Franco</i>	
Arte, extractivismo y sociedad	295
<i>Alex Schlenker Galindo</i>	
La maldición de la universidad silenciosa	
La educación en el debate de los temas nacionales	309
<i>Enrique Ayala Mora</i>	
Los autores	324

La salud en el neoproductivismo con gobernanza

(Debilidad de la conciencia crítica)

Jaime Breilh Paz y Miño

Introducción

Los balances sobre el estado de la salud suelen reducirse al análisis del comportamiento de indicadores sobre poblaciones, programas y servicios. Si bien dichos reportes informan sobre tendencias nacionales o regionales del fenómeno, no nos permiten explicarlo en sus raíces socioepidemiológicas. Es importante trabajar los datos en su contexto histórico, tratar de desbrozar el sentido profundo de su distribución social, procurando comprender las razones económicas, políticas y culturales que conforman la determinación social de la salud. La presente síntesis de información sobre el crecimiento público del sistema de salud y algunas evidencias epidemiológicas del período 2000-2013 se orientan a comprender dicha determinación, caracterizando los cambios sustanciales de la formación social ecuatoriana desde el año 2000, el correspondiente comportamiento del Estado y lo público en salud, buscando contestar la pregunta: ¿existe un cambio consistente de la situación de salud en el período 2006-2013, caracterizado por un importante remozamiento y fortalecimiento de la gestión pública asistencial?

El aparente contrasentido de una etapa de conciencia pública sobre derechos básicos, de modernización administrativa, pero de relativa ineficacia social, debe comprenderse. Se pretende acuñarnos como una “sociedad del conocimiento” pero, paradójicamente, se desconocen las evidencias rotundas de la ciencia contemporánea sobre las consecuencias y costos del modelo productivista en que se quiere basar la construcción de una nueva sociedad.

Con el fin de redondear esa mirada alternativa que hemos descrito, empezamos con algunas precisiones conceptuales que explican la distancia de nuestro análisis respecto al enfoque tecnocrático y biomédico; luego describimos aspectos característicos de la realidad en el período 2006-2012 que corresponde a una etapa de desarrollo neoproductivista, identificando los límites y brechas

sanitarias que se producen en una época de gobernanza redistributiva limitada; y, finalmente, bosquejamos una reflexión sobre las acciones pendientes en la lucha por el derecho a un vivir realmente saludable.

La salud: precisiones conceptuales para su análisis (Una perspectiva no tecnocrática ni farmo-biomédica)

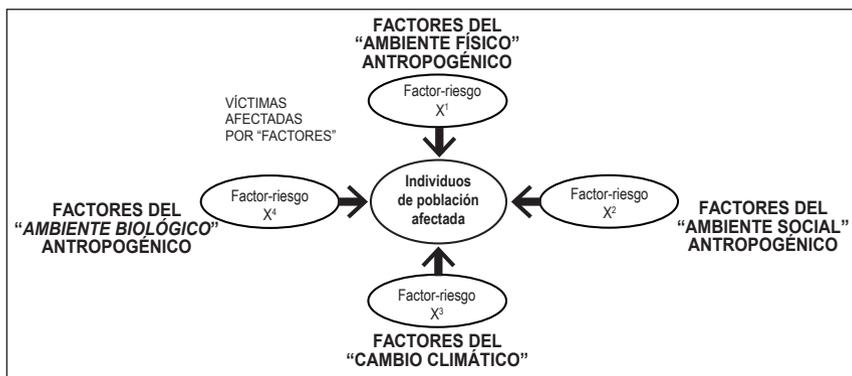
En el campo académico e institucional de la salud pública existe actualmente un disenso entre quienes abordan la salud desde un *paradigma empírico funcional* (Parsons 1966),¹ que la asume desde una lógica reduccionista y lineal, como un hecho fundamentalmente individual provocado por los llamados “factores de riesgo”, y quienes sustentamos un *paradigma crítico integral* que explica la generación y distribución de problemas de salud mediante la teoría de la determinación social de la salud.²

La aplicación de la lógica empírico-analítica a los “diagnósticos de la situación de salud” enfatiza en la sistematización –incluso rigurosa– de las evidencias epidemiológicas y ambientales, pero fragmentando la realidad en factores, convertidos en variables asociadas por un modelo formal matemático: una visión que trabaja en el “pico del iceberg”, aplanando la realidad a lo fenoménico, con evidencias solo conectadas formalmente, pero carentes de una explicación estructural.

En la figura 1 se ilustra ese tipo de modelo asociativo empírico de fundamento cartesiano, que reifica (cosifica) el fenómeno salud en los cuerpos de las personas diagnosticadas como enfermos, y que, cuando se aplica a la salud pública, convierte el análisis epidemiológico en una sumatoria estadística de hechos individuales y los factores asociados.

- 1 *Empírico analítico*: porque explica el mundo físico y social interpretando las propiedades de los conjuntos más complejos en términos de sus unidades componentes; una lógica lineal en un solo plano –el de los fenómenos– que relega la explicación de sus raíces sociales, fragmenta la realidad en pedazos y convoca a una acción focalizada en esos fragmentos de realidad convertidos en “variables” puntuales; y *estructural funcionalismo*: porque es un paradigma que esgrime como principio fundamental el de la estabilidad y equilibrio eternos de los sistemas, bajo los principios de adaptación, cumplimiento de metas, mantenimiento de las pautas e integración social.
- 2 La teoría de la determinación social, ampliamente explicada por autores de la salud colectiva o medicina social latinoamericana.

Fig. 1. Lógica empírico-analítica para entender la relación salud y “ambiente”



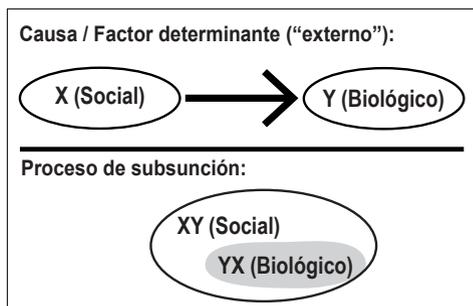
Fuente: Breilh 2003. *Epidemiología crítica*, Buenos Aires.

El paradigma de la epidemiología crítica y la determinación social de la salud

Al evaluar la situación de salud desde el paradigma del pensamiento complejo y la determinación social, la asumimos como un proceso multidimensional donde lo natural biológico y lo social no se relacionan solo externamente.

En la figura 2 se contrastan la visión empírica causal que asume los “factores” sociales como externos a lo biológico, con el enfoque de *subsunción* de lo biológico en lo social, es decir, la concatenación estrecha de la vida social con lo que sucede en nuestros cuerpos, en los procesos fisiológicos del fenotipo y las normas de reacción del genotipo. De esa manera se entiende que los fenómenos como la morbilidad y la mortalidad deben explicarse en el marco de los modos de vivir colectivos, y estos a su vez deben analizarse en el marco más amplio del movimiento social.

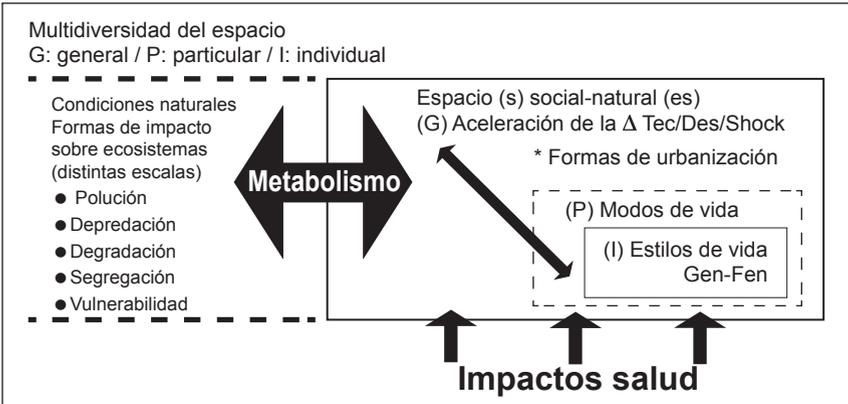
Fig. 2. La subsunción como superación de la concepción lineal cartesiana sobre la relación de lo social y lo biológico



Breilh 1977, 94; Donnangelo 1982.

Finalmente, la epidemiología crítica inserta ese movimiento en la reproducción social de cada sociedad que se efectúa alrededor del metabolismo que esta mantiene con la naturaleza por medio de la producción y el consumo; mo-

Fig. 3. **Espacio, dimensiones y relaciones que participan en la determinación social de la salud**



Breilh 2014. *Epidemiología del siglo XXI*, IX Congreso Epi Brasil.

vimiento que no es simplemente económico, sino que se constituye en la base de un proceso consciente, histórico de creación de cultura, formas de organización, y relaciones de poder, así como la construcción de relaciones con la propia naturaleza, de la cual forma parte el ser humano. El mapa conceptual de la figura 3 sintetiza los espacios, las dimensiones y las relaciones que participan en la determinación social de la salud.

Cuando en un espacio social la lógica de los *procesos generales* (macro), los procesos particulares de los *modos de vivir* de grupos típicos (meso) y los *procesos individuales del estilo de vida* en el orden individual (micro) cumplen las condiciones que hemos llamado las 4 “S” de la vida (ser sustentables; soberanos; solidarios y bioseguros) entonces se constituyen en espacios y *procesos saludables*; de lo contrario se constituyen en espacios y procesos malsanos, que se evidencian en los indicadores epidemiológicos.

Desde esta perspectiva surge la “hipótesis” de este trabajo:

Por más que desde 2006 se haya modernizado y ampliado la cobertura pública de servicios curativos, el impacto favorable de esta política se ve enmascarado por la proliferación de procesos malsanos (supeditados a las condiciones impuestas por el productivismo en ambientes deteriorados física o culturalmente), que se multiplican en los escenarios donde la gente vive, trabaja o se recrea y cuyo efecto va a contracorriente respecto a la curación que ofrecen los servicios. La falta de registro de dichos problemas de la determinación en el sistema de información de salud –que no enfoca consistentemente variables relativas a los modos de vivir grupales ni de los estilos de vida individuales–, hace prácticamente imposible discriminar el efecto

neto de los servicios asistenciales y ahonda el perfil de impacto “muy limitado” de la oferta clínica pública aumentada que arroja el período.

Y, lo que es más, con el paso al siglo XXI se están sumado los otros procesos malsanos que se reproducen en el espacio virtual (cibespacio)³ sobre los que recién comenzamos a tomar conciencia, como lo hemos analizado recientemente (Breilh 2014).

Realidad y disyuntiva en el marco histórico del neoproductivismo

En su memorable discurso, al recibir el premio Nobel, Gabriel García Márquez describió con adolorida belleza las raíces de nuestros países latinoamericanos y sostuvo que “la independencia del dominio español no nos puso a salvo de la demencia [...] Sin embargo, frente a la opresión, al saqueo [...] nuestra respuesta es la vida”.

La economía política explica esa “demencia” del sistema económico actual empleando el concepto *economía de la muerte*. A simple vista eso parecería ser una exageración, o un oxímoron,⁴ pues si la economía es la “administración eficaz de los bienes y la riqueza de una sociedad para satisfacer las necesidades humanas materiales”, cómo podría denunciarse una lógica de la muerte en defensa de una lógica social para la vida.

Ahora bien, situándonos en una perspectiva actual, pareciera que defender la preeminencia de la vida y la salud por sobre el dinero, reclamar la vigencia del principio de equidad, como proponen los Gobiernos socialmente sensibles de Suramérica, como lo proclama nuestra Constitución o como lo pregonoó el papa Francisco en su valiente discurso ante los participantes en el Encuentro Mundial de Movimientos Populares,⁵ viene a ser finalmente una quimera puesto que, más allá de las buenas intenciones y aun de las políticas redistributivas, sigue campeando una inequidad cada vez mayor y una creciente destructividad ambiental-humana, inherentes al sistema socioeconómico y al modelo de civilización que se han impuesto. El poder de acumulación empresarial se basa no solo en el control monopólico de los bienes de la vida, sino en mecanismos de aceleración que presuponen espacios, procesos y finalidades que afectan la vida

3 El autor ha propuesto incorporar el espacio virtual y los procesos de lo que ha llamado determinación cibernética al análisis de la producción de condiciones de salud.

4 El *Diccionario de la Lengua Española* define un *oxímoron* como “una combinación en una misma estructura sintáctica de dos palabras o expresiones de significado opuesto, que originan un nuevo sentido”.

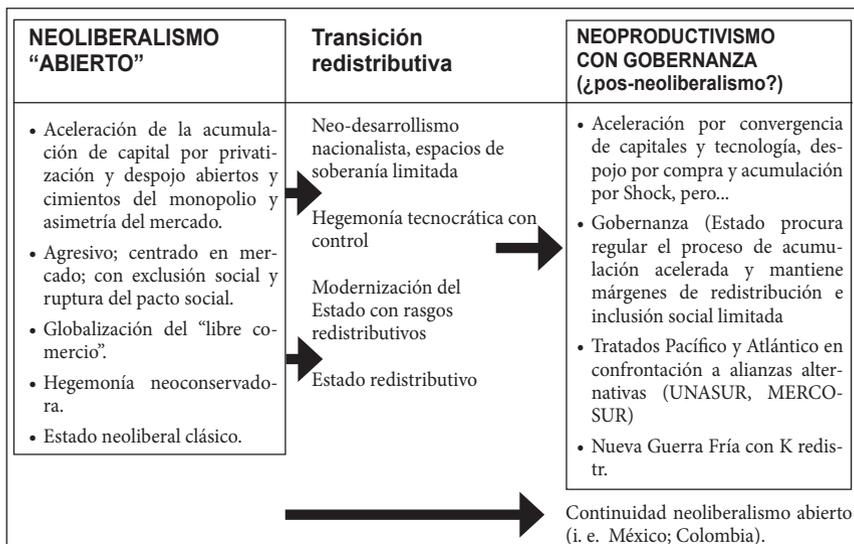
5 Discurso pronunciado en el Salón Aula Vieja del Sinodo Vaticano, 28 de octubre de 2014.

y la salud. Así se ha constituido un ciclo en espiral de *economía de la muerte*, porque orienta su fuerza productiva a la generación de objetos y medios de producción y mercancías (trabajo muerto), en lugar de enfocarse en la producción de los sujetos y la vida (trabajo vivo); porque concentra la fuerza productiva de la humanidad en un sistema no sustentable, ineficiente, degradante y de desperdicio; porque somete a las colectividades a patrones dependientes, alienantes y subalternos; porque destruye la solidaridad, sus bases materiales y culturales; y finalmente porque convierte los procesos de la naturaleza en mercancías, los deteriora y los contamina. Esta comodificación de la naturaleza no es apenas una “externalidad” ecológica lamentable, sino que es un mecanismo de incrementar la renta diferencial del capital y, en el caso de la agricultura, significa el paso de la “renta de la tierra a la renta de la vida” (Bartra 2006).

El asunto se complica aún más porque, como lo he explicado en una reciente contribución al debate sobre el tan mentado “buen vivir”, los Gobiernos del Sur de América que surgieron de la oposición popular al modelo neoliberal y que pasaron por una transición nacionalista, redistributiva, evidencian ahora un cierto agotamiento de su fase más progresiva y están impulsando la inercia de la modernización del Estado para financiar los presupuestos de inversión social mediante un modelo que propongo llamar de *neo-productivismo con gobernanza*. La intención de gobernanza se ve obligada a abrirse paso en una sociedad cuyo eje es ahora el proceso de aceleración (figura 4).

La acumulación de capital sigue operando, solo que ahora bajo mecanismos de aceleración sustentados en un crecimiento monopólico, como son: la convergencia de capitales con usos agresivos de la tecnología; el despojo de recursos vitales; y hasta la acumulación por shock, que operan más allá de las “buenas intenciones”. La recuperación desarrollista y tecnocrática de los países luego de la crisis de comienzos de siglo se ve ahora constreñida por la presión de acumulación, y cada vez más amenazada porque las grandes corporaciones y los empresariados se están “reagrupando” –por decirlo tácticamente– para romper las políticas de redistributivas, las de protección social y las de integración regional del Sur, mediante nuevas ofensivas políticas internas, pero también mediante efectivas estrategias internacionales como la formación de la Asociación Transatlántica para el Comercio y la Inversión (ATCI) o el Acuerdo Estratégico Transpacífico de Asociación Económica (TPP) que ya han proyectado su sombra sobre procesos como el del Brasil, o en las estrategias como los golpes blandos que operaron en Paraguay y Honduras. El hecho es que en las próximas décadas se buscará desgastar y minar, aún más, las bases de los Gobiernos que sostengan políticas progresistas (“Rebeldía esclarecida para el siglo XXI”).

Fig. 4. Transición al neo-productivismo con “gobernanza” (hipótesis)



Elaboración: Breilh 2014.

La salida neoproductivista, en el mejor de los casos, no es más que un intento por sostener mínimos redistributivos y los discretos avances de los derechos sociales. Se trata de mantener márgenes de gobernanza y un posneoliberalismo que simplemente han trastocado la anterior estrategia de concentración escandalosa de la riqueza, devaluación extrema de los salarios y privatización directa de servicios públicos, por una renegociación mínima de las remuneraciones, el dispendio inorgánico de subsidios con programas tibiamente redistributivos y una modernización de la institucionalidad pública; cuestión esta última que termina facilitando paradójica o intencionalmente una privatización velada de los servicios y del comercio de insumos y, de esa forma, la inevitable complicidad de la gestión pública con la acumulación de capital.

El estado de salud: gobernanza y deterioro

El sistema público curativo en salud: fortalecimiento administrativo financiero

Las políticas de fortalecimiento del sector social público en Ecuador se evidencian en algunas cifras importantes de los presupuestos de inversión (gasto devengado y anticipos) a partir de 2006. Así, en el periodo 2006-2012, según

las cifras del Ministerio de Finanzas, las inversiones crecieron: en salud de 0,64 a 332 millones; en educación de 88,86 a 537,0 millones. Igualmente las inversiones en energía pasaron de 3,8 a 912 millones y las de vialidad de 279 a 986 millones (Secretaría de Planificación y Desarrollo 2011).

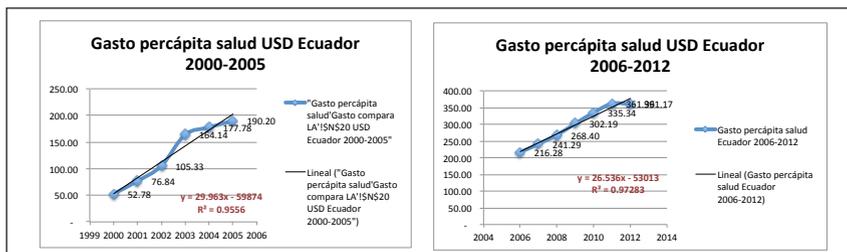
La decisión política de apuntalar la salud pública como una línea de prioridad se evidencia en el crecimiento año tras año de los presupuestos devengados en el sector que pasaron de 775 millones en 2006 a 2.829 millones en 2012 y a más de 3.294 millones en 2013 (MCPE 2013). Con la vuelta del siglo el gasto en salud del Ecuador como porcentaje del PIB subió notablemente de 2000 a 2012 y se ha mantenido por encima del 6% con discretas fluctuaciones.

A la par que una recaudación tributaria en ascenso –que se duplicó en el período–, la inversión social per cápita creció de US \$ 147 a 446 según cifras de la SENPLADES reportadas por el (MSP 2013). En ese mismo tiempo, indicadores sociales como el salario básico ostentaron un discreto crecimiento hasta situarse en US \$ 329. La intencionalidad redistributiva se proyectó también al crecimiento y consolidación de bonificaciones como las de vivienda que crecieron durante el año 2010 de 263 soluciones a 14.567.

Al estudiar la tendencia de las cifras disponibles de gasto público en salud per cápita en precios actuales en varios países de América Latina durante el siglo actual (2000-2012), se constata que, según el Banco Mundial, Ecuador es el de mayor crecimiento porcentual (584,33%), aunque en términos absolutos el *per cápita* asignado en 2012 es apenas de US \$ 361,17; mucho mayor que en años anteriores pero a la vez mucho menor que el de Uruguay (US \$ 1.313,44) o de Chile (US \$ 1103,36), Argentina (US \$ 995,18) o aun de Colombia (US \$ 529,82). Si contrastamos las cifras entre dos subperíodos políticos 2000-2005 y 2006-2012, se observa que, si bien persistió año a año un incremento absoluto en las dos fases, en cambio, el ritmo fue mayor en la primera (260,38%) que en la fase 2006-2012 (66,99%) (figura 5) (MSP 2013). Esta tendencia es similar a la ocurrida en el espacio de la seguridad social nacional. En general, cabe concluir que, a pesar de las imperfecciones y falencias en cuestiones como la accesibilidad, o en el cumplimiento de la gratuidad de los medicamentos, se ha logrado una ampliación notable de cobertura como elemento de garantía del derecho a la asistencia, no de todos pero de una mayor proporción de compatriotas.

Ante la recuperación de calidad y acceso para la oferta pública, se observa simultáneamente un esperado incremento de la demanda, que pasó –según informe del MSP, de 16,2 millones de atenciones en 2006 a 40,3 millones en 2012. Un crecimiento que también puede notarse al mirar el incremento del número de egresos hospitalarios en las dos fases (26,30% de 1999 a 2005 y de 33,97% de 2006 a 2012). En 2012 el 72,98% de los egresos fueron públicos (843.205) y el

Fig. 5. Gasto per cápita en Salud USD actuales
 Diferencia de crecimiento no significativa
 (Prueba $t = 1.76056$; valor- $p = 0.112$)



Fuente: Estadísticas de Recursos y Actividades de Salud 2003-2012. INEC.

Elaboración: Breilh.

Disponible en: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/actividades-y-recursos-de-salud/\(tabulados\)](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/actividades-y-recursos-de-salud/(tabulados))

27,07% (313.032) restante fue privados (INEC 2012). La tasa de egresos, como se verá luego, varía por tipos de provincias, siendo mayor en las de mayor desarrollo empresarial y menor composición subasalariada y desempleo.

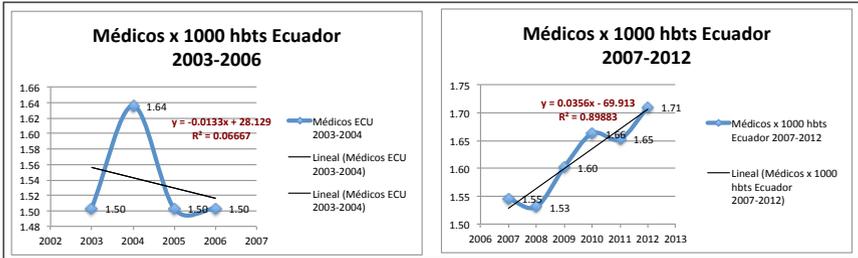
La primera fase arrancó atendiendo 635.766 casos y terminó con 802.943, mientras que de 2006 a 2012 el número aumentó de 863.037 a 1'156.237. Un crecimiento que se aprecia aun en términos relativos (egresos por 1.000 hbt.) que aumentaron en alrededor del 15% en los dos momentos, sin diferencia significativa en las pendientes de incremento.

Cuando miramos las tendencias reportadas para la dotación de personal, se constata que, por ejemplo, si bien crecieron los índices de médicos por cada 1.000 habitantes como indicador del empleo médico público, el país no ha logrado niveles de cobertura como el de Uruguay (3,7 x 1.000), pero se ha dado un incremento importante del 10,62% en el período 2007-2012, situándose el índice hasta el más reciente año reportado en 1,71 x 1000 (figura 6).

Puede estimarse, entonces, que los índices de inversión, cobertura y demanda de servicios en Ecuador, aunque en menor escala que en países de más fuerte trayectoria en la región como Uruguay, han crecido a lo largo de este comienzo de siglo a un ritmo importante para el país.

La voluntad de transformar la salud asistencial se enmarca en un conjunto de políticas de inversión social sustentadas en un incremento del gasto público social y en políticas de corrección discreta de la desigualdad. Esto último se evidencia, por ejemplo, en la evolución decreciente de la concentración de ingresos (medida por el índice de Gini) medido por la SENPLADES para el país, que pasó de 0,54 en 2006 a 0,47 en 2011 o en la mejora de los índices conven-

Fig. 6. Médicos por 1.000 habitantes Ecuador 2007-2012
 crecimiento significativo, a partir de 2006 ($r^2 = +0,90$)
 (Prueba t para diferencia pendientes = 1,940614358; valor $p = 0,10$)



Fuente: Estadísticas de Recursos y Actividades de Salud 2003-2012. INEC.

Elaboración: Breilh.

Disponle en: (<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/actividades-y-recursos-de-salud/>) (Tabulados)

cionales de pobreza y pobreza extrema con los que suele evaluarse la situación social (SENPLADES 2013).

Con el fin de empezar a tener una idea de cuánto ha contribuido este esfuerzo público a mejorar la salud empecemos por mirar lo sucedido en campos prioritarios de la salud.

De la gama de posibilidades de análisis que se muestran en el gráfico sobre perfiles típicos de deterioro y enfermedad, podemos destacar algunos problemas de relieve, sobre los que se ha podido disponer de información básica y que expresan procesos críticos del vivir saludable (figura 7).

Dada la limitación de espacio en esta ponencia, cabe solamente resumir algunas constataciones de relieve, que nos alertan sobre la necesidad de mirar con atención algunos trastornos que tienden a masificarse en contextos de una economía acelerada, basada en niveles crecientes de concentración de riqueza, exclusión social y deterioro de los ecosistemas en espacios productivos, todo lo cual implica la multiplicación de modos de vivir y espacios malsanos donde se reproduce una casuística de enfermedades que luego van a parar a los hospitales. De esta forma, una florida patología se acumula y va congestionando los servicios curativos con demanda cada vez más compleja y costosa. De hecho, en muchas oportunidades hemos alertado sobre la debilidad o falta de conciencia sobre estos problemas, cuya acumulación amenaza los logros de la modernización y desarrollo del sistema público de salud. Exponemos sintéticamente algunos casos a manera de ilustración.

Fig. 7. Perfiles típicos de deterioro de la salud en países sometidos a acumulación acelerada



Algunas señales epidemiológicas de los límites del modelo hegemónico

Mortalidad infantil y materna, evidencia del desarrollo social básico e infraestructura

Son indicadores sensibles aunque inespecíficos e imperfectos del desarrollo social básico y de la infraestructura de servicios. Al analizar las series temporales de mortalidad infantil y materna desde 1990 hasta 2012 –subdivididas en

tres subperíodos: modernización neoliberal (1990-2001), crisis de la hegemonía neoliberal y transición (2002-2006), y neoproduktivismo con gobernanza redistributiva (2007-2012)–, se constata una disminución que parece ser más lenta en años recientes (diferencia de pendientes no significativa; $p = 0,15$), lo cual según sugieren estos y otros datos, podría explicarse porque el grado de mejoría de las condiciones de vida y atención no es suficiente para sobreponerse al posible mayor registro de mortalidad logrado en una mejor cobertura de servicios. De cualquier manera, nuestros índices de mortalidad infantil siguen siendo mucho más altos que los de países de la región con mayor desarrollo de las condiciones de vida básicas y la infraestructura de salud (figura 8).

En la curva de mortalidad materna hay una constatación similar solo que en este caso se observa una inflexión significativa de aumento (diferencia de pendientes significativa, $p = 0,04$) hacia el final, lo cual seguramente traduce una mayor tasa de detección de casos que antes caían en el subregistro, y nos deja una impresión sobre la debilidad de los logros.

Por otro lado, el contraste de promedios provinciales agrupados (no ponderados) de los índices de egresos por mil habitantes y de mortalidad infantil, si bien no alcanza niveles de significación con la muestra aleatoria de boletas censales con las que se puso trabajar, sin embargo insinúa la existencia de diferenciales según las zonas analizadas. La tasa promedio de egresos y la de mortalidad infantil tienden paradójicamente a ser mayores en las provincias de mayor desarrollo empresarial (con una composición más alta de empresarios,

Fig. 8. Contraste tendencias de mortalidad infantil 1990-2011

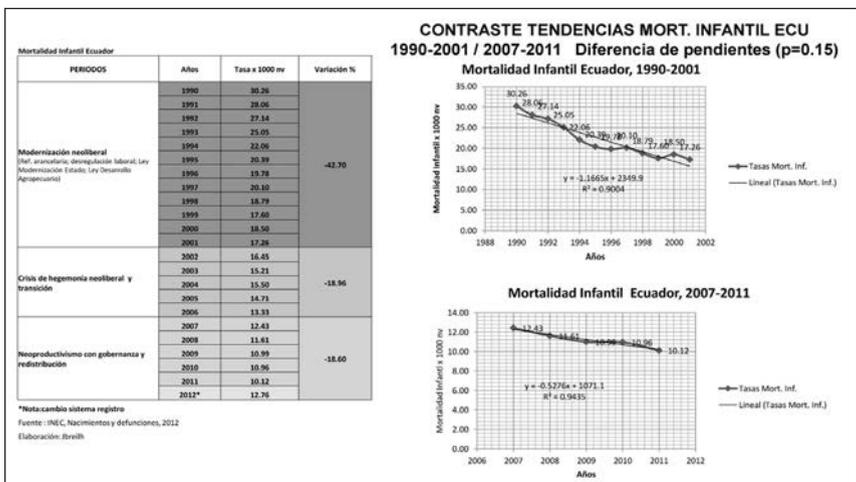


Tabla 1. Contraste de promedios no ponderados de tasas de egresos, mortalidad infantil y materna según tipos de provincias por desarrollo empresarial, Ecuador, 2012

Tipo provincia por desarrollo empresarial(*)	Cód.	Media egresos X1000	Mediana egresos X1000	Mediana TM infantil x1000 nv	Mediana TM infantil x 1000 nv	Media razón M materna x 10 ⁵	Mediana razón M materna x 10 ⁵
Mayor	3	85,9	84,4	14,1	14,4	56,4	47,9
Mediano	2	69,1	69,9	12,0	11,2	75,4	72,4
Menor	1	63,0	61,3	10,0	10,2	84,0	96,3
Valor p de la diferencia (**)		0,84		0,207		0,515	

(*) Clasificación por sistema INSOC desarrollado por autor, basado en los proxy censales de clase social.

(**) Las diferencias no son significativas con estos datos pero el patrón parece ser consistente.

Fuente: INEC, Bases de datos egresos, nacimientos y defunciones, 2012.

Elaboración: Breilh.

clase media pudiente y obrera), y menor en las provincias con mayor población de trabajo informal y desempleo.⁶

Aunque es aventurado realizar conjeturas con esta información puntual, puede pensarse que seguramente la acumulación de casos de la abultada población subproletaria de las regiones con ciudades mayores no puede ser compensada por el mayor desarrollo estructural e institucional de esas regiones. Lo anterior se reafirma pues los contrastes se invierten cuando clasificamos las provincias por la acumulación de subasalariados y desempleados.

Si miramos, en cambio, los contrastes entre las medias y medianas de los índices provinciales de mortalidad materna –aunque tampoco la muestra censal permite mostrar diferencias estadísticamente significativas–, estos se invierten, pues se acumula esta problemática en las provincias de menor desarrollo empresarial, es decir, en las regiones donde tal vez antes no se registraba esa mortalidad.

La malnutrición creciente: evidencia de un modelo agrario de inequidad

La nutrición en una sociedad depende mucho más de los sistemas productivos y comerciales de alimentos, antes que de los programas asistenciales en salud. La actividad agrícola es un proceso vital para la vida y la salud tanto de los trabajadores agrícolas, de las colectividades de zonas agrarias y de los consumidores de los alimentos producidos. Además, los sistemas de producción agrícola determinan la calidad o peligrosidad de amplios ecosistemas. La vida y la salud de todos dependen de la agricultura, pues con esta fertilizamos la tierra de una

6 Estratificación basada en el análisis censal por el sistema INSOC del autor basado en los proxy censales de clase social que se formulan con preguntas (variables) de la boleta censal.

forma sustentable o no; transformamos las semillas de una determinada manera en alimentos, de una cierta calidad; el comercio agrario determina el grado de equidad y soberanía de las colectividades en su alimentación, pudiendo ser solidarias o inequitativas; y, por último, el tipo de modelo agrario se expresa también en el grado de contaminación, desperdicio o generación de desechos.

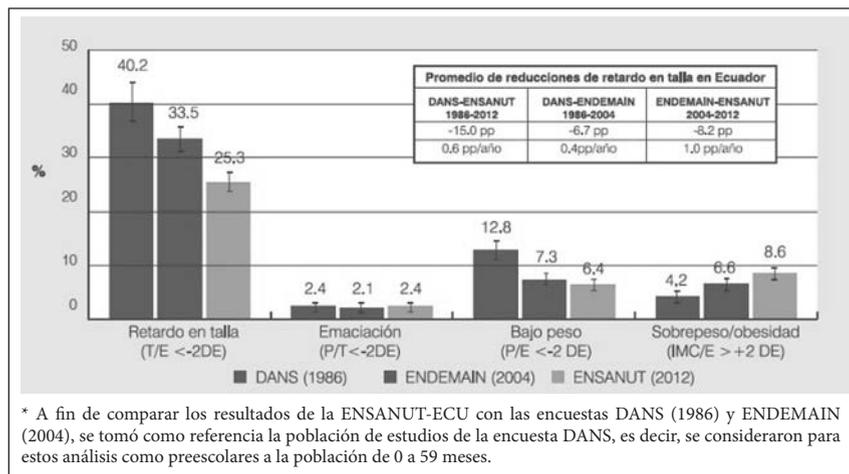
En el país se observa una creciente hegemonía de los sistemas empresariales agroindustriales orientados a la exportación y una retirada muy preocupante de los sistemas agrarios familiares y agroecológicos que generan alimentos para el mercado interno. Del desarrollo de esta contradicción depende la situación alimentaria de una sociedad. En el país hay una cierta resiliencia de los modelos campesinos ancestrales, pero la expansión de una agresiva agricultura productivista, la expansión de modos de vivir ligados a patrones malsanos del comer, el control monopólico creciente de la tierra, del agua de los capitales productivos y del comercio de alimentos es una tendencia muy preocupante que comienza a ser más evidente.

A pesar del crecimiento de la frontera agrícola, de las inversiones públicas en el riego, del crecimiento de capitales agroindustriales ligados a una tecnificación del modelo intensivo en uso de químicos, la situación nutricional del país no mejora consistentemente y, por el contrario, muestra signos de deterioro. En efecto, la evolución de los parámetros clásicos nutricionales registrados en las tres encuestas nacionales –DANS 1986, ENDEMAIN 2004 y ENSANUT 2012– no arroja una imagen de mejoría consistente en sus indicadores globales. Los niveles de desnutrición grave no se han corregido, la desnutrición crónica muestra apenas una ligera mejoría y la obesidad/sobrepeso prácticamente se ha duplicado y, lo que es más serio, hay una expansión del uso de agrotóxicos (y ahora de otros contaminantes como hormonas, antibióticos y transgénicos) orientados a elevar la renta agrícola antes que a nutrir y proteger un futuro alimentario sustentable y soberano (figura 9) (Freile 2012).

El mal comer ligado a modos de vivir malsanos no solo implica malnutrición. Las enfermedades crónicas íntimamente asociadas con modos de vivir malsanos y patrones alimentarios insalubres (diabetes, enfermedades hipertensivas y procesos vasculares) han ascendido a los cuatro escalones más altos de la lista de 10 principales “causas” de muerte (MSP) y van ocupando una creciente proporción de la mortalidad conforme asciende la edad.

La malnutrición es un proceso profundamente relacionado a las clases sociales, tanto en magnitud como por tipos. Como el sistema nacional de información del país no posiciona socialmente los casos –pues ni los formularios y expedientes clínicos donde se registran los datos de los pacientes, ni las bases de datos de las encuestas nacionales incorporan variables que permitan identi-

Fig. 9. Prevalencias comparativas de desnutrición y exceso de peso, en menores de 5 años, entre escuelas nacionales*



T/E: talla para la edad, **P/T:** peso para la talla, **P/E:** peso para la edad, **IMC/E:** índice de masa corporal para la edad. Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2011-2013. Ministerio de Salud Pública. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Elaboración: Freire y otros.

ficar la distribución socio estructural del fenómeno–, se limita notablemente la penetración social del análisis.

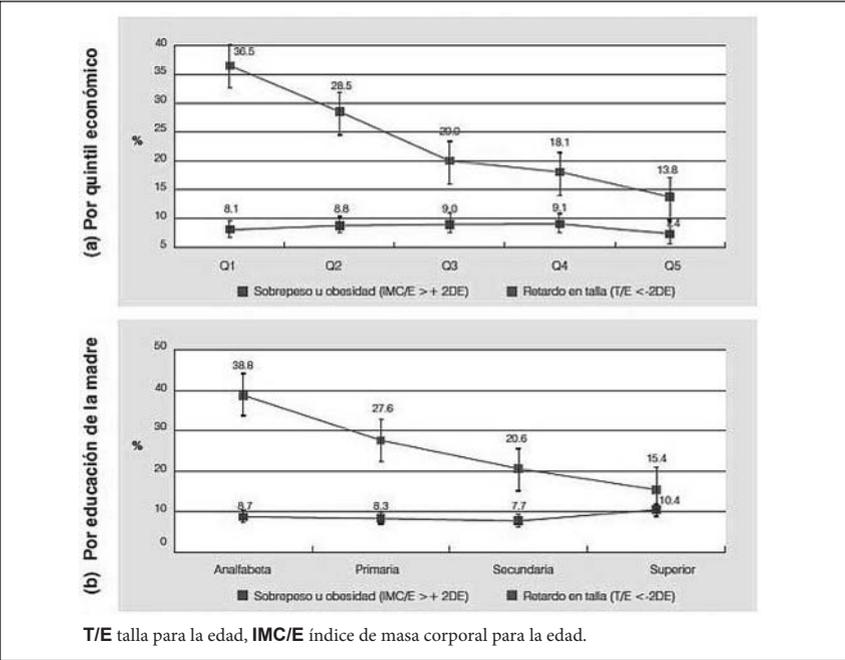
Sin embargo, al recurrir a los percentiles por ingreso que reporta la encuesta nacional ENSANUT-ECU; 2012 como un “proxy” empírico que privilegia solo dicho nivel de ingreso sin incluir otros procesos determinantes del modo de comer, se puede inferir cuánto radica en lo social la distribución de la malnutrición.

Es muy claro que la desnutrición crónica se diferencia notablemente entre grupos poblacionales separados por ingreso (figura 10).

En el informe ejecutivo de la ENSANUT y en las bases de datos del estudio hay un considerable conjunto de variables muy rigurosamente procesadas pero bajo un marco empírico analítico que impide, o por lo menos limita, el trabajar relaciones determinantes; sin embargo, para los fines de este panorama esta evidencia nos permite constar que hay notables diferencias de prevalencia en el consumo excesivo de carbohidratos y grasas –entre grandes regiones, entre grupos étnicos o de género, etcétera–, e iguales contrastes se muestran en la deficiencia de nutrientes vitales como el hierro y zinc que reporta la ENSANUT.

Si, por ejemplo, el zinc en la dieta de amplias colectividades es bajo y si a la vez hay una contaminación con metales pesados como el mercurio y el cobre –como los veremos luego–, o con elementos de los alimentos industrializados

Fig. 10. Prevalencia de retardo en talla, sobrepeso y obesidad en la población de 0 a 60 meses, por quintil económico y nivel de escolaridad de la madre



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2011-2013. Ministerio de Salud Pública. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Elaboración: Freire y otros.

como el maíz de alta fructosa, se rompe el cociente fisiológico zinc/cobre y se genera un proceso tóxico dinámico que puede desencadenar trastornos neuro-comportamentales como el del espectro autista (Dufault y otros 2012) cuya prevalencia crece en el país.

Lo anterior es un problema serio pero más preocupante que estos hallazgos es lo que las encuestas oficiales no abordan y es el problema antes enunciado de la expansión sin control sanitario de una agroindustria que, por motivos de ganancia o por la debilidad de las normas de producción, impacta masivamente a los trabajadores agrarios, las colectividades rurales, los consumidores urbanos y los ecosistemas.

En las plantaciones agroindustriales las regulaciones laborales y las normas de monitoreo de problemas como la intoxicación por agrotóxicos son muy débiles e inefectivas. En los estudios que hemos hecho en floricultoras, por ejemplo, hemos encontrado porcentajes muy altos de intoxicación crónica larvada (de baja intensidad) con alteraciones de parámetros clínicos, y otras evidencias

de toxicidad ligadas no solo a daños respiratorios, digestivos o del sistema nervioso, sino a alteraciones genéticas que son procesos precursores de la producción de cáncer (Breilh y otros 2005; Breilh 2007, 91-104; Breilh 2012, 7-21).

Pero los impactos no se reducen a la población de trabajadores agrícolas, sino que se proyectan en las comunidades. Hemos estudiado los sistemas hídricos de las cuencas que irrigan las zonas agrícolas y encontramos puntos múltiples de contaminación del agua de riego y del agua que esas colectividades usan. Hemos demostrado el impacto de la contaminación por agrotóxicos en niños de las comunidades vecinas a las plantaciones o donde viven los trabajadores. Hemos demostrado cómo los tóxicos industriales penetran en la cadena alimentaria de dichas comunidades. Por supuesto que los sistemas productivos empleados terminan, además, destruyendo la biodiversidad y empobreciendo la biomasa de los sistemas ecológicos de la región.

Los parámetros de calidad de productos de exportación o la urgencia por mantener la renta agrícola o el simple hecho de cubrir invernaderos determina el uso generalizado de cobertores o recipientes plásticos que, a más de ser vectores de contaminación por plaguicidas, contienen en sus polímeros plásticos una alta presencia de químicos de alto impacto como los ftalatos, polivinilos y vinilos. Hemos encontrado en la orina de la población de zona agrícola de la Sierra Norte los ftalatos en zonas vecinas a grandes invernaderos plásticos para floricultura.

Nos enfrentamos, igualmente, a la *contaminación múltiple de los propios alimentos* que van al consumo generalizado; elementos como moléculas de agrotóxicos y metales pesados desprendidos de insumos agrícolas; hormonas y antibióticos de uso masivo en la cría de animales siguen detectándose en estudios de la región. En la actualidad nos encontramos iniciando recién la investigación de esta modalidad contaminación múltiple, pero, por lo pronto, podemos dar una voz de alerta sobre lo que ya han hallado nuestros aliados investigadores del Brasil y que está reportado en un *dossier* muy completo sobre el alto porcentaje de contaminación no solo de los alimentos que se expenden en dicho país contaminados con químicos agrícolas de alta peligrosidad, sino la contaminación múltiple de la leche materna de mujeres expuestas a la contaminación en las zonas agrícolas (Grupo Inter GTs de Diálogos e Convergências da ABRASCO 2012).

Los indicios sobre empleo permanente de antibióticos para acelerar la cría de animales en el país podrían implicar que estamos comiendo carnes o mariscos con moléculas de dichos antibióticos, cuestión que debemos investigar con urgencia.

El panorama de la contaminación agrícola se agrava aún más si miramos el caso de la intensa acumulación de *metales pesados* en las cuencas hídricas del país. Un caso que alarmó a las autoridades del ambiente es la contaminación de los esteros La Lisa, Las Ranas, El Palanqueado y Mogollón. Forman parte de la cuenca del río Guayas donde drenan los residuos de la minería en zonas altas de provincias vecinas, pero también los efluentes de zonas agrícolas donde los fertilizantes y funguicidas contribuyen con cuotas altas de mercurio, cadmio y cromo, en concentraciones sumamente elevadas (Cárdenas 2010; Ministerio del Ambiente 2006).

La lógica comercial que se impone en el manejo agrícola se pone también en evidencia al analizar los resultados de estudios como el de la FAO que han calculado que más del 30% de los alimentos producidos se desperdician tanto en la propia fase productiva como en la circulación comercial (AO 2011). Eso significa que enormes cantidades de recursos usados para producir alimentos se usan en vano y que las emisiones causadas por la producción de alimentos que finalmente se pierden son provocadas también por la producción de ese 30% de alimentos que, finalmente, se desperdicia. Las tasas per cápita de desperdicio de alimentos son muy elevadas en América Latina y Ecuador no es excepción.

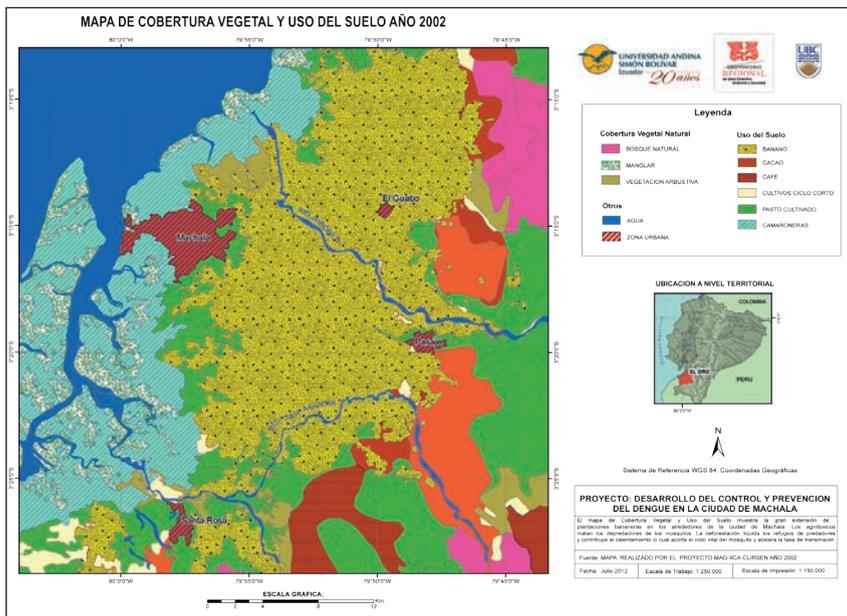
Las crisis de las transmisibles: mucho más que “agentes”, “huéspedes” y “transmisores”

El nexo con la agricultura de procesos transmisibles vectoriales como el dengue se conoce poco. En estudio realizado por la UASB en asocio con la Universidad de British Columbia y el propio Ministerio de Salud en la región de Machala, hemos mostrado el peso determinante del sistema agrícola sobre dicha epidemia; un caso entre tantos otros que se expanden en el país (Breilh y otros 2013).

La investigación ha permitido comenzar a entender el modelo dominante de producción bananera bajo el cual se relaciona la presencia de extensas áreas de monocultivos que rodean la ciudad (ver figura 11), el desarrollo urbano desigual y socialmente segregado de Machala, los patrones de vida urbana de poblaciones vulnerables, el comportamiento del insecto vector y la distribución social de la enfermedad. Sin comprender la articulación de esos dominios del problema no se podría entender cómo se determina socialmente el dengue: su transmisión en cuanto construcción de fuentes infectivas; los patrones urbanos diferenciados de exposición, vulnerabilidad y distribución; las políticas públicas y gestión relativas; la capacidad colectiva de afrontamiento de los barrios; y la formación histórica de ecosistemas ligadas a la vida de los mosquitos y sus predadores.

En el enorme anillo de monocultivo bananero que rodea la ciudad se aplican agrotóxicos abundantemente por fumigación aérea sobre los cultivos, comunidades y fuentes de agua. La forma de artificialización lucrativa de los suelos produce un territorio de baja biodiversidad, de suelos “pelados” que son como calefactores para el calentamiento climático; la artificialización de la flora provoca una transformación física y química de los ecosistemas entomológicos en que se reproducen los vectores, favoreciendo su reproducción; el sistema técnico y uso intensivo de químicos para el control de plagas demanda enormes cantidades de agua, su creciente escasez y sobreexplotan de agua superficial y subterránea; por ese mismo mecanismo y el uso de aspersión aérea multiplican innecesariamente la contaminación de la red hídrica, de las fuentes de agua para consumo humano, animal y de la agricultura familiar, alterando además la dinámica entre los mosquitos y sus predadores –es decir rompiendo el equilibrio entre estos últimos y el mosquito transmisor-. Y como el modelo bananero de concentración implica el empobrecimiento de las colectividades campesinas, la pérdida de sus tierras y su forzada migración hacia la ciudad, se consume así un sistema de inmigración y habitación urbana muy deteriorado

Fig. 11. Machala: Expansión de monocultivos agroindustriales de banano, camarón y pastos



e inequitativo, que reproduce barrios y costumbres de alta vulnerabilidad, con deficiencias estructurales y carencias como la del agua potable que facilitan la reproducción de fuentes infectivas y la transmisión del dengue.

El estudio ha demostrado la relación entre ese proceso de segregación social del espacio urbano de Machala y la existencia de diferenciales entre tipos de barrio. Los barrios mejor dotados donde habitan predominantemente las clases media y empresarial, mostraron prevalencias más bajas del problema, menor número y superficie de criaderos para el vector (*aedes aegypti*) y, correspondientemente, menores índices aélicos y prevalencia del problema.

Las epidemias “modernas”: el consumo de sustancias psicoactivas

Cuando miramos, por otro lado, un problema de salud mental como el uso y percepción sobre el consumo de drogas extraemos señales igualmente preocupantes como las que publica la 4ta encuesta del CONSEP (2012). En una muestra de ciudades representativas del país, vuelve a constatarse la importancia de la determinación social frente a dicho consumo y percepción. En las ciudades con mayor desarrollo de una economía empresarial hay mayor consumo de cigarrillos en los jóvenes de 12 a 17 años; lo inverso sucede cuando auscultamos la mayor composición de subasalariados y desempleados; tendencia opuesta en cambio al consumo de marihuana. En todo caso, de lo que se trata aquí es de insistir sobre la necesidad de entender que los modos de vivir asociados con las condiciones estructurales de la clase social intervienen en la generación y distribución de los modos de enfermar y morir y otros problemas de salud (ver tabla 2).

El modelo vigente y la salud de los profesionales de la salud

Finalmente, si damos una mirada a la frecuentemente olvidada salud de los propios profesionales de la salud, aparecen serios problemas epidemiológicos que no solo afectan a los proveedores de servicios, sino la calidad de la atención de la población atendida.

La intensificación de la oferta de mejores servicios públicos generó, especialmente desde 2006, un incremento de la demanda a los hospitales y centros de salud. Al no haber un crecimiento paralelo de recursos humanos dicho crecimiento ha implicado una sobrecarga laboral que recae sobre profesionales. El número de egresos por médico creció de 40,42 en 2005 a 47,53 en 2012 (figura 12).

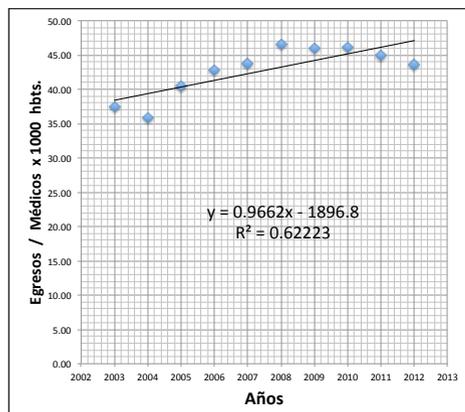
Para conocer la situación de las condiciones de vida y salud de los profesionales de la salud realizamos una investigación en los hospitales de Cuenca (“Vi-

Tabla 2. Contrastes consumo de drogas entre ciudades según desarrollo empresarial.
4a. Encuesta Nacional, 2012

Comparación de promedios consumo de drogas según contextos sociales urbanos Ecuador 2012						
cmaepescala	cigacons	alcohconsu	inhalconsu	marihconsu	marihcast	cocaconsu
1 Promedio	,4467	1,9033	,0300	,0767	1,800	,0533
N	3	3	3	3	3	3
Desviación estándar	,38889	,93725	,02646	,06807	,3000	,04726
Mediana	,6300	2,3200	,0400	,1000	1,800	,0700
2 Promedio	,9640	1,837	0,893	,1607	1,987	,0627
N	15	15	15	15	15	15
Desviación estándar	,60693	,74356	0,7469	,11913	,7698	0,7265
Mediana	,8800	1,7200	,0800	,1200	1,900	,0600
3 Promedio	1,6720	1,7260	,0720	,1660	2,640	,0700
N	5	5	5	5	5	5
Desviación estándar	,93924	1,05524	,05215	,16682	2,2131	,08093
Mediana	1,6600	1,5200	,0600	,2100	2,100	,0500
Total Promedio	1,0504	1,8174	,0778	,1509	2,104	,0630
N	23	23	23	23	23	23
Desviación estándar	,74241	,79823	,06721	,12402	1,1675	,06911
Mediana	,8800	1,7200	,0600	,1200	1,900	,0600
P=0.05						

Elaboración: Breihl.

Fig. 12. Tendencia de egresos por médico por cada 1.000 habitantes, Ecuador



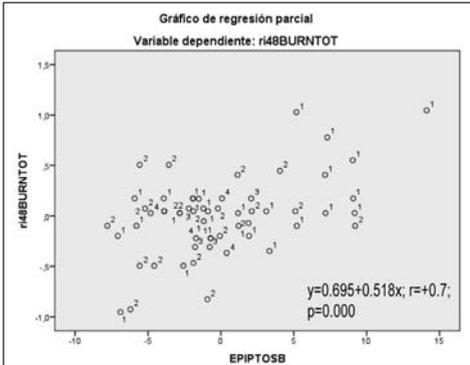
Fuente: INEC, datos de egresos hospitalarios 2012.
Elaboración: Breihl.

cente Coral Moscoso” –MSP– y “José Carrasco Arteaga” –IESS–), que constituyen las principales unidades de nivel terciario de la provincia del Azuay. La selección de dichos centros obedeció a que dicha provincia ostenta las tasas de consulta por 1.000 habitantes más altas del país (INEC 2012).⁷

El estudio se realizó al poco tiempo de un ajuste gerencial del trabajo hospitalario y el incremento de exigencias al personal, y pudimos detectar la presencia de múltiples procesos malsanos. Dichos trastornos se relacionan con los modos de vivir y, dentro

7 En 2012 dicho índice fue de 97 por mil, mucho mayor que la tasa nacional de 74,5 por mil y mayor que las de provincias más populosas como Pichincha (81,7 por mil) o Guayas (77,7 por mil).

Fig. 13. Estresores modo de vivir y “burnout” en médicos, Cuenca 2011



Elaboración: Breilh, Castro y Reinoso 2014.

implementación de mejores índices de cobertura asistencial y la disminución de algunos indicadores de salud aislados.

Conclusiones

Visiones y metas para la construcción del derecho al vivir saludable y la salud

En una entrevista reciente el filósofo Chomsky recomienda, a quienes buscan cambios, separar las *visiones* de la vida y *metas* en la vida: “Las metas son más inmediatas, resuelven problemas que los humanos tenemos en esta vida misma, y para poder alcanzarlas lo más importante es partir de principios... y en un segundo término pensar ya en un estado ideal, que sería lo visionario” (Chomsky 2014).

Una visión para la transformación de la salud estaría necesariamente ligada a una transformación profunda del sistema económico que nos impone patrones de vivir malsanos y de la civilización cuyas bases culturales lo reproducen. En un plazo más inmediato, en cambio, las metas surgen de un análisis crítico del panorama complejo que hemos descrito. El punto de partida es un cambio radical de enfoque sobre la salud como proceso complejo, multidimensional, que demanda acciones intersectoriales en las dimensiones macro, meso y micro sociales.

Pero un proyecto ideal claro no es suficiente pues requerimos de bases sociales organizadas y conscientes que lo sustenten y de conocimientos técnicos que acompañen la acción transformadora. Para construir un modelo de salud realmente innovador, eficaz y sustentable, necesitamos aplicar un proyecto que

de estos, con los patrones de trabajo hospitalario, destacándose el estrés y el “burnout” o agotamiento extremo crónico (ver figura 13) (Breilh y otros 2011).

Es importante mencionar este tipo de evidencias porque respaldan nuevamente, y desde un ángulo distinto, el argumento que venimos desarrollando de que una política de salud integral, y verdaderamente ligada al principio del vivir saludable o vivir bien, es mucho más que la

equipare las inversiones en servicios curativos, con una transformación de los modos de vivir de los amplios colectivos más afectados –trabajadores y comunidades de las zonas agroindustriales, por ejemplo– mediante una agresiva política de prevención, mediante una creativa renegociación de los de normativas que tornen saludables los espacios sociales y ecosistemas convertidos ahora en “zonas de peligro” para la salud y la vida.

Para eso necesitamos superar la seductora falacia del pensamiento tecnocrático que centra todo en la eficiencia productivista, e instaurar tanto en los cuadros del sector público como en la dirigencia social un profundo remozamiento de las ideas, de la conciencia crítica. Una visión radicalmente renovadora que mire la realidad sin las fórmulas simplistas del funcionalismo, pero igualmente sin dogmatismos y estridencias míticas.

En el eje de nuestros empeños debe estar la transformación de las bases del derecho a la salud ampliando la cobertura del tal derecho a la regulación de la economía para ponerla realmente en función del ser humano y no del capital; una economía que opere el metabolismo sociedad-naturaleza de modo sustentable. Lo anterior presupone el desarrollo de una identidad sanitaria soberana y libertaria y de una política profundamente solidaria para la salud colectiva. Hay que empezar por poner límites y estrictas regulaciones a los grandes negocios; apoyar a los medianos y pequeños para que puedan desarrollar una productividad alternativa pero eficaz y eficiente y respetuosa de los derechos sociales y de la naturaleza.

El control de monopolios es central a esta necesidad y la renegociación de la integración comercial para que sea una integración solidaria. En este sentido es clave el papel de UNASUR y su instituto Sudamericano de Gobierno en Salud, así como el de las unidades técnicas de los movimientos sociales, y también el de las redes académicas social y ambientalmente responsables.

Hay que levantar un movimiento de recuperación e información sobre el principio de precaución que debe colocarse en el centro de las leyes, normas y programas preventivos del país y de la regulación de acuerdos nacionales e internacionales de inversión. No habrá oportunidad para las nuevas políticas si es que el poder de las grandes empresas que lucran con procedimientos y usos tecnológicos malsanos no es controlado.

Deben fortalecerse en el país los centros de investigación independientes y de excelencia que contribuyan a evaluar, monitorear y certificar los procedimientos industriales y las aplicaciones de las nuevas y valiosas tecnologías como la nanotecnología o la modificación genética, las neurociencias, la comunicación digital y los procesos del ciberespacio.

Las compras públicas nacionales y programas como los de economía popular y solidaria, la renegociación de los acuerdos de integración que permitan proteger esfuerzos nacionales de la producción y el vivir saludable son una herramienta fundamental para la protección de los avances logrados por sociedades responsables y de procesos saludables como la agroecología.

Es urgente una transformación de los espacios académicos de pre y posgrado para liberarlos del pensamiento empírico lineal y funcional o del relativismo cultural. El fortalecimiento de las vertientes críticas de las ciencias naturales y sociales y de los programas de educación y estudios culturales es una estrategia imprescindible para expandir una conciencia real y crítica sobre la salud.

Si nuestra sociedad tiene la sabiduría y tenacidad para rediseñarse en función de las 4 “S” de la vida, entonces, las inversiones en hospitales y curación tendrán sentido y eficacia real.

Referencias

- AO (AO Foundation). 2011. “Global Food Losses and Food Waste (Extent, Causes and Prevention)”. International Congress Save Food at Interpack. Dusseldorf: FAO-Saver Food.
- Bartra, Armando. 2006. *El capital en su laberinto: de la renta de la tierra a la renta de la vida*. México DF: Universidad Autónoma de la Ciudad de México / Itaca / CEDRSSA.
- Breilh, Jaime. 2014. “Epidemiología del siglo XXI y ciberespacio: Repensar la teoría del poder y la determinación social de la salud”. Conferencia central del IX Congreso Brasileño de Epidemiología, Centro de Convenções da Vitória, Universidad Federal do Espírito Santo. Victoria.
- . 2007. “Nuevo modelo de acumulación y agroindustria: las implicaciones ecológicas y epidemiológicas de la floricultura en Ecuador”. *Ciência & Saúde Coletiva* 12, No. 1: 91-104. DOI: <10.1590/S1413-81232007000100013>.
- . 2015. “Rebeldía esclarecida para el siglo XXI (La subversión del buen vivir)”. México DF: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (en prensa).
- Breilh, Jaime, F. Castro, A. Tenesaca y otros. 2011. “Evaluación del estresamiento del personal médico e internos en hospitales de Cuenca y validación de la capacidad predictiva de la prueba EPISTRES”. Informe de investigación, Área de Salud de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. Quito.
- Breilh, Jaime, J. Spiegel, K. Foster y E. Beltran. 2013. “Estudio para la innovación de la prevención y control del dengue en Machala”. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador / University of British Columbia.
- Breilh, Jaime, M. Larrea, F. Hidalgo, J. Suárez, F. Cordero, T. Egúez y A. Handal. 2005. “Floriculture ecosystem disruption and human health impact in Cayam-

- be: Participatory approaches for a health ecosystem, Ecuador”. Informe técnico, CEAS. Quito.
- Breilh, Jaime, Nino Pagliccia y Annalee Yassi. 2012. “Chronic pesticide poisoning from persistent low-dose exposures in Ecuadorean floriculture workers: toward validating a low-cost test battery”. *International Journal of Occupational and Environmental Health* 18, No. 1: 7-21.
- Cárdenas, Maritza. 2010. “Efecto de la contaminación hidrocarburífera sobre la estructura comunitaria de los macroinvertebrados bentónicos presentes en el sedimento del Estero Salado”. Guayaquil: Universidad de Guayaquil.
- Chomsky, Noam. Entrevista. *La Jornada* (México DF), 18 de octubre de 2014.
- CONSEP (Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas). 2012. “4a. Encuesta nacional sobre uso y percepción del consumo de drogas”. Resumen ejecutivo. Quito.
- Freile, W., y otros. ENSANUT ECU. 2012.
- Grupo Inter GTs de Diálogos e Convergências da ABRASCO. DOSSIÊ ABRASCO. 2012. “Um alerta sobre os impactos dos Agrotóxicos na Saúde. Apresentado a la World Nutrition Meeting”. Río de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva.
- INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos). 2012. Egresos hospitalarios. ----- Base de datos de egresos hospitalarios. <[http://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios/\(Tabulados\)](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios/(Tabulados))>.
- “Proyecciones Población”. Versión digital.
- MCPE (Ministerio de Coordinación de Política Económica). “PIB 2013 estimado” Cuadros estadísticos versión digital.
- Ministerio del Ambiente. 2006. “Información Plomo y cadmio en Ecuador. Monitoreo Técnico Ambiental”. Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente. Quito: Ministerio del Ambiente. <http://www.unep.org/chemicalsandwaste/Portals/9/Lead_Cadmium/docs/submissions/Submis_GOV_ECUA DOR.pdf>.
- MSP (Ministerio de Salud Pública). 2013. El Plan Nacional del Buen Vivir, determinación social de la salud y la gestión pública. Quito: Informe de la Ministra.
- “Presupuestos institucionales devengados y Resol.CD.441 (2000-2013)”. Cuadros estadísticos versión digital