



LA SALUD COMO PROBLEMA ECONÓMICO SOCIAL: ALTERNATIVAS DESDE EL ECUADOR

Dr. Ángel Floresmilo Parreño Urquizo*
Ing. Silvana Paola Ocaña Coello**
aparrenou@yahoo.com

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Ángel Floresmilo Parreño Urquizo y Silvana Paola Ocaña Coello (2017): "La salud como problema económico social: alternativas desde el Ecuador", Revista OIDLES, n. 23 (diciembre 2017). En línea: <http://www.eumed.net/rev/oidles/23/salud-ecuador.html>

Resumen

Desde fines del siglo pasado, en América Latina la globalización neoliberal ha impuesto un modelo acorde a los intereses de las grandes transnacionales y el capital, en todas las esferas de la vida del hombre, comprendidos los servicios sociales y, en particular, sobre la salud. Desde esta perspectiva, los servicios de salud suelen ser abordados como un negocio, bajo diversos esquemas de financiamiento y entrega. Llegado el siglo XXI, en el mundo se observan altos índices de exclusión de la población de dichos servicios, más marcadamente en los países subdesarrollados. En particular, en Latinoamérica los más afectados por la pobreza y la falta de servicios básicos son los pueblos indígenas. Desde los años 90, los movimientos indígenas han tomado cada vez más ímpetu, hecho que se ha observado con más fuerza en los países andinos. Precisamente, en esta década adquiere mayor desarrollo el concepto llamado del Buen Vivir en Ecuador. Se trata de una propuesta alternativa a la lógica del desarrollo neoliberal que apuesta por establecer una relación dinámica y constructiva entre mercado, Estado y sociedad que tiene como propósito el mejoramiento del nivel y calidad de vida de la población ecuatoriana. En esta lógica, el presente trabajo tiene como objetivo examinar las secuelas de la aplicación del modelo neoliberal sobre el sistema de salud en el país e identificar posibles alternativas actuales en el marco de un nuevo modelo basado en el Buen Vivir.

Palabras clave: Globalización neoliberal – administración sanitaria – buen vivir- servicios- salud

Abstract

Since the end of the last century, in Latin America, neoliberal globalization has imposed a model according to the interests of large transnational corporations and capital in all spheres of human life, including social services and, in particular, health. From this perspective, health services are usually approached as a business, under various funding and delivery schemes. In the 21st century, there are high levels of exclusion of the population of these services, most notably in underdeveloped countries. In particular, in Latin America, those most affected by poverty and lack of basic services are indigenous peoples. Since the 1990s, indigenous movements have taken on more and more impetus, a fact which has been most strongly observed in the Andean countries. Precisely, in this decade the concept called the Good Living in Ecuador acquires greater development. This is an alternative proposal to the logic of neoliberal development that aims to establish a dynamic and constructive relationship between market, state and society whose purpose is to improve the level and quality of life of the Ecuadorian population. In this logic, the present work aims to examine the sequels of the application of the neoliberal model on the health

*Profesor de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Ecuador. Estudiante de Doctorado del CETED. Facultad de Economía. Universidad de la Habana. Cuba.

**Profesora de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Ecuador.

system in the country and identify possible alternatives in the framework of a new model based on Good Living.

Keywords: Neoliberal globalization - health administration - good living - services- health

INTRODUCCIÓN

Según reconoce la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su Parte 3, artículo 12, la salud constituye un derecho del hombre, específicamente, el alcanzar el "más alto nivel posible de salud física y mental" es un componente inexcusable para la plenitud del ser humano. A la par, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución, aprobada en 1948, entiende que salud no es solamente ausencia de afecciones o enfermedades, sino es un estado de completo bienestar físico, mental y social. Estos documentos de amplia trascendencia reconocen que la salud del hombre es tan importante como la alimentación, el vestir y calzar, la vivienda, etc., y, del mismo modo, suscriben que la satisfacción de las necesidades primarias, contribuye a un mejor estado de salud.

Existen cuatro determinantes universales que influyen en la salud del hombre (Moscoso, 2014), a saber, la biología humana, el ambiente, la forma de vida y la organización del cuidado de la salud; a éstos se suman los llamados determinantes sociales que son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (Organización Mundial de la Salud, 2017). A su vez, ellas, como todas las acciones de la vida humana, dependen de las circunstancias socioeconómicas que las originan. Digamos, en las sociedades de economía de mercado, el nivel y calidad de la asistencia médica que recibe cada individuo depende de su posición económica, y, en gran medida, prescribe su estado de salud. Sin embargo, buena parte de las veces, el capitalista pierde de vista que una población sana reportará mejores resultados económicos, es decir, no advierte que el gasto en salud lejos de ser un costo es una inversión.

En los últimos años, la forma de desarrollo económico que ha prevalecido en la sociedad ha llevado al hombre a enfrentar graves problemas y verse excluido de la solución de muchos de sus problemas más acuciantes. La salud es sin dudas una de las necesidades básicas a satisfacer y de las prestaciones más apreciadas por la ciudadanía, sin embargo, paradójicamente es de la que más carece buena parte de la humanidad, lo que se ha visto agravado en muchos países bajo el modelo económico neoliberal, como ha sido el caso del Ecuador antes de la Revolución Ciudadana.

De ahí que el presente trabajo tiene como objetivo examinar el impacto sobre el sistema de salud de la aplicación del modelo neoliberal y sondear algunas de las concepciones y perspectivas presentes en el campo de la salud, al amparo del proyecto del Buen Vivir, como alternativa de desarrollo económico-social con énfasis en el ser humano.

Las recientes reformas capitalistas y los sistemas de salud.

El mundo actual, marcado por el fenómeno de la globalización y de políticas conservadoras promovidas por corrientes neoliberales, se caracteriza por la hegemonía de un grupo de potencias y de grandes transnacionales, que saquean los recursos de los países más pobres, les imponen sus políticas y les convierten en víctimas de guerras, de hambre, de muertes evitables, de tráfico de drogas, de órganos y de personas, de explotación indiscriminada de recursos y de deterioro del medio ambiente, unido a la ausencia de políticas sociales, en particular, de salud, que permitan una adecuada protección sanitaria de las grandes mayorías.

A partir de la década de los años 80 del siglo pasado, a la luz de nuevas corrientes del pensamiento en países capitalistas desarrollados, especialmente estimulados por instituciones financieras y de cooperación internacional como el Banco Mundial, y la OCDE, se comenzó a producir el abandono del llamado “Estado de Bienestar” o *Welfare State* en muchos países capitalistas desarrollados, con la eliminación de políticas públicas que beneficiaban a la ciudadanía, el recorte de presupuestos y programas, los ajustes fiscales, la privatización de empresas y servicios públicos, entre otros cambios (Santana, 2001). Este fenómeno comenzó a manifestarse en Gran Bretaña bajo el gobierno conservador de la primera ministra Margaret Thatcher, y se extendió luego a otros países de Europa y América, incluyendo muchos países latinoamericanos. Si bien en algunos casos estas reformas permitieron determinados avances a nivel macroeconómico, su efecto social ha resultado muy negativo, con incremento de la inflación, de las desigualdades, el deterioro de indicadores de educación y salud y un incremento general de la pobreza, el clientelismo y la corrupción, así como el endeudamiento público en nuestra área geográfica.

Desde otra perspectiva, las reformas administrativas que se implantaron a partir de los años 80 tuvieron como objetivo principal reducir el Estado, no necesariamente mejorarlo. La crisis fiscal y de legitimidad de los gobiernos se aducía a una creciente e “indebida” intervención del Estado en la regulación del mercado y a sus respuestas poco articuladas a “excesivas” demandas de los ciudadanos. (Iglesias, 2013).

Al mismo tiempo, la implementación de estas reformas en países de diferentes niveles de desarrollo ha evidenciado el fracaso de este modelo, al no producirse un desempeño económico y social satisfactorio, especialmente en los menos desarrollados. (Iglesias, 2013).

En teoría, se vaticinaba que mejoraría su acceso a recursos y mercados; el mercado “desbordaría” la economía y se “desparramaría” la riqueza sobre todos, pero en la práctica los países pobres siguen sumidos en círculos viciosos de pobreza y la mayoría continúan ignorados por los flujos de inversión extranjera directa y sometidos a los experimentos de los programas de ajuste estructural.

En este nuevo contexto, los servicios de salud en muchos países han sido de los más afectados. La característica fundamental de la aplicación del modelo neoliberal en esta actividad ha sido el considerarlos como una mercancía más, bajo diversos esquemas de financiamiento y entrega.

Bajo la influencia de las nuevas políticas conservadoras, en franca contradicción con los principios de universalidad, igualdad, y equidad, el sector salud entró en un proceso de privatización y reducción del papel del Estado como garante de dicho derecho, con un nuevo paradigma de descentralización excluyente.

Como resultado, se producen secuelas en la salud pública, tales como:

- Deterioro de los sistemas sanitarios, de los servicios y de las políticas de salud.
- Aumento de exposición a riesgos de enfermedades infecciosas (tuberculosis, VIH, paludismo, cólera).
- Estilos de vida dañinos (obesidad, hambre).
- Daños derivados de la contaminación ambiental.
- Encarecimiento de los servicios de salud.

En efecto, el traslado del “negocio” de la salud a los conglomerados económicos no logró reducir los costos ni crear coberturas de servicios suficientes, mucho menos ha producido una mayor equidad en el acceso a los servicios o mejores niveles de salud. Así, en los Estados Unidos de América (EUA) varios estudios (Dill, 2001), (Dranove, 2002) mostraban que los servicios de salud estaban fragmentados y descoordinados, eran ineficientes y costosos y producían grandes desperdicios.

Por su parte, Schuster, McGlynn y Brooks (Schuster, McGlynn, & Brooks, 2005) encontraron que sólo la mitad de los pacientes recibía la atención recomendada y que 30% receptan una atención contraindicada. Por su parte, Jacobs afirmaba (Jacobs, 2005) que esta situación había despertado rabia y desconfianza en el público por los servicios que recibía, expresadas en críticas en los medios de comunicación y ataques políticos.

Mientras tanto, el Consejo Canadiense para el Desarrollo Social (Council., 2001) afirmaba que la respuesta al problema que se venía presentando con el sistema de salud estaba en el fortalecimiento del modelo no lucrativo, ilustrando esta idea como sigue: “La pretensión de los que proponen el mercado privado [. . .] no resultará en una mayor eficiencia ni en costos reducidos. Y ciertamente no redundará en mayor salud para los canadienses”. Los argumentos a favor de los servicios privados de salud ignoran en absoluto décadas de evidencia acerca de que los servicios de salud que se brindan con fines de lucro son significativamente más caros, menos eficientes, más difíciles de auditar, a menudo de menor calidad y mucho menos accesibles, especialmente a los más vulnerables.

Inclusive el Banco Mundial (Mundial, 2004), en su Informe Anual, afirmaba que no sólo es cierto en teoría, sino que en la práctica ningún país ha logrado mejoras significativas en materia de mortalidad infantil y educación primaria sin la acción del gobierno. Además, declaraba que la participación del sector privado en la salud y la educación era problemática, sobre todo, cuando se trata de llegar a los pobres, “pues están repletos de fallas del mercado [. . .] y por eso el sector privado, dejado a merced de sus mecanismos, no permitirá alcanzar el nivel de salud y educación que desea la sociedad”. El propio George Soros declaró: “La medicina es demasiado importante para dejarla a merced de los valores del mercado” (Echeverri, Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia, 2008).

Según el informe de PNUD, en el mundo una de cada nueve personas en el mundo padece hambre y una de cada tres, malnutrición. Anualmente, alrededor de 15 millones de niñas se casan antes de los 18 años, es decir, casi una cada dos segundos. En todo el mundo mueren al día 18.000 personas debido a la contaminación atmosférica, y el VIH infecta a 2 millones de personas al año. En promedio, 24 personas por minuto se ven desplazadas forzosamente de sus hogares. Estas carencias básicas son comunes entre diversos grupos. Las mujeres y las niñas, las minorías étnicas, los pueblos indígenas, las personas con discapacidad y los migrantes se ven privados de las dimensiones básicas del desarrollo humano. (PNUD, 2016).

1. El Plan Nacional del Buen Vivir y la salud.

Los pueblos indígenas se encuentran entre los más afectados por las políticas conservadoras antes analizadas. Son estas comunidades las que más han padecido tradicionalmente de la pobreza y la falta de servicios básicos. Ello condujo a que el movimiento indígena fuera tomando cada vez más fuerza, lo que se manifestó de manera más pujante en los países andinos. Fue precisamente en los años 90, cuando tomó fuerza el concepto llamado del Buen Vivir en Ecuador.

El Buen Vivir alude a una propuesta alternativa a la lógica del desarrollo que subyace en países con políticas neoliberales con mercados desregulados y la privatización de los servicios públicos. La noción de Buen Vivir es la traducción de la expresión *Sumak Kawsay*, proveniente de la lengua *kichwa* y en su concepción actual, se pone un énfasis en la protección del medio ambiente y en el despliegue de la solidaridad. Por otra parte, apunta también a la necesidad de “profundizar la democracia”, en un sentido patriarcal de democracia, con énfasis en la promoción de una serie de derechos y garantías sociales. Tanto la concepción de desarrollo, como la importancia asignada a los derechos y las garantías sociales, fueron asumidas por la Asamblea Constituyente e incorporadas en la nueva Constitución ecuatoriana de 2008.

Al tratar lo económico, Alberto Acosta sostiene que la propuesta del Buen Vivir no significa sustituir al mercado por el Estado. Por el contrario, se apuesta por establecer “una relación dinámica y constructiva entre mercado, Estado y sociedad” (p. 20). En términos específicos, se intenta asegurar el acceso a los bienes y servicios a un trabajo digno a los sectores más postergados y, al mismo, tiempo evitar la formación de grandes monopolios. Además, se intenta “humanizar” la actividad económica, permitiendo a quienes han sufrido la marginación y la exclusión el acceso a la pequeña producción y al comercio. Finalmente, plantea Acosta (p. 28), resulta primordial evitar la mera extracción de recursos naturales apostando a la generación de nuevas riquezas. En materia social, el Buen Vivir implica la gratuidad de la salud y la educación, así como una mayor inversión de recursos hacia este tipo de servicios.(Acosta & Martínez, 2009).

El socialismo del siglo XXI ecuatoriano emana de las necesidades y aspiraciones de los sectores progresistas y de izquierda del Ecuador, de la fuerza alcanzada por los movimientos indígenas por sus reivindicaciones económicas y sociales, en alianza con otros amplios grupos que, en algunos puntos, coinciden e identifican intereses mutuos.

Bajo el gobierno de Correa se han dado pasos bien definidos para la transformación del sector de salud en el país. Así, en el 2006, se crea el Programa de Aseguramiento Universal en Salud. Más tarde, en el 2008, se incorpora un capítulo específico sobre salud a la nueva Constitución, en el que se reconoce a la protección de la salud como un derecho humano. Luego, en el 2009 se inicia la construcción de la propuesta de Red Pública Integral de Salud a partir de su incorporación en la nueva Constitución. En la misma se contemplan las aspiraciones y propuestas de los sectores democráticos del país, que se plasmaron en un conjunto de principios y mandatos que identifican los derechos fundamentales de la población, una nueva institucionalidad que garantice esos derechos, un ordenamiento social que fortalezca el convivir democrático y la plena participación de la ciudadanía.

Uno de los aportes más importantes de este proceso es que se sustenta en una visión de desarrollo que supera el enfoque economicista, concentrador y excluyente, hacia una visión que pone en el centro de la preocupación al ser humano y articula los diferentes ámbitos de la vida a nivel económico, social, político, cultural, ambiental, en función de la generación de oportunidades y potenciación de las capacidades, para el logro de condiciones de bienestar de toda la población. Desde esta perspectiva, la salud es reconocida como un derecho fundamental garantizado por el Estado, y se constituye en un eje estratégico para el desarrollo y el logro del Buen Vivir.

La Constitución dispone el cumplimiento del derecho a la salud, a través del ejercicio de otros derechos interdependientes con la finalidad de lograr el Buen Vivir, la vida plena o Sumak Kawsay¹. En correspondencia con el marco constitucional se han aprobado dos Planes Nacionales del Buen Vivir, el Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013, este Plan Nacional tuvo una nueva versión para los años 2013-2017, vigente en la actualidad, en los que se establecen las políticas y metas que contribuirán al mejoramiento de la calidad de vida de la población, entendida como el nivel de bienestar, felicidad y satisfacción de necesidades individuales y colectivas.(MAIS, 2012). Esta última versión está nutrida de la experiencia de los dos planes anteriores y contiene un conjunto de 12 objetivos que expresan la voluntad de continuar con la transformación histórica del Ecuador.

En correspondencia con la nueva visión de desarrollo y los mandatos constitucionales, el Gobierno Nacional del Ecuador a través del Ministerio de Salud Pública, ha establecido como uno de los ejes prioritarios de la gestión, el fortalecimiento del sector salud, lo que se ha expresado no solamente en un incremento significativo en el presupuesto, sino fundamentalmente, en una reestructuración profunda de la institucionalidad pública y del quehacer sanitario en el país.

La tasa de mortalidad a nivel nacional para el año 2000 ascendía a 4.6 por 1.000 habitantes; posteriormente, la tendencia indica que comienza su descenso, hasta mantenerse en 4.3 por casi 6 años; hasta el 2011 cuando se registra una disminución a 4.1. Si bien dentro los datos de

estadísticas vitales puede todavía haber subregistro, el decrecimiento puede explicarse a través del análisis de aspectos demográficos de la población ecuatoriana, que cuenta con mayor esperanza de vida; así como por cambios epidemiológicos de enfermedades transmisibles a crónicas degenerativas; además de que se cuenta con mayor acceso a servicios de salud. (Ministerio de Salud Pública, 2011).

Los indicadores de mortalidad infantil muestran los resultados de la mejora en el acceso a servicios de salud y de intervenciones de las nuevas políticas de salud, por lo cual son un indicador esencial al momento de valorar un estado situacional del sector. En Ecuador, la tendencia de la década 2000-2010 de las tasas de mortalidad neonatal e infantil ha sido decreciente. Las políticas de salud pública tomadas para este logro, especialmente en el período 2007-2011, han estado orientadas a ampliarla cobertura y tomar acciones para la erradicación de la desnutrición infantil. (Ministerio de Salud Pública, 2011).

Igualmente, los trabajadores del sector formal de la economía, incluyendo al sector campesino, tienen derecho a afiliarse al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Este instituto cubre alrededor del 20% del total de la población ecuatoriana. En resumen, si bien la ley proclama la cobertura universal en salud, en los hechos todavía no se ha alcanzado y su calidad no siempre es óptima.

En el año 2011, el presupuesto asignado al sector salud para cada ecuatoriano fue de USD 96,66, valor que se ha multiplicado más de diez veces desde el año 2000, que fue de USD 9,39. La asignación en salud per cápita refleja crecimientos acentuados entre los períodos 2007 – 2008 y 2009 – 2011, coincidentes con el crecimiento de ingresos presupuestarios. En el periodo 2000 y 2005 se registró un incremento de 1.093.487 consultas preventivas, mientras que entre el 2008 al 2011, el aumento de consultas preventivas fue de 2.345.081, es decir, en los últimos tres años del período analizado, el número de atenciones preventivas se incrementó en más del doble en comparación a los primeros cinco años del Siglo XXI. Estas estadísticas señalan el énfasis de la gestión del Ministerio de Salud Pública en “prevenir” en lugar de “curar” que es parte del nuevo modelo de atención. (Ministerio de Salud Pública, 2011).

No obstante, el reto actual es profundizar la Revolución en Salud mediante cambios estructurales que permitan el cumplimiento de los mandatos constitucionales, entre ellos:

- El fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional;
- El reposicionamiento de la estrategia de Atención Primaria de Salud como eje articulador del Sistema Nacional de Salud;
- La reingeniería institucional pública y privada;
- La articulación y fortalecimiento de Red Pública y Complementaria cuya organización sea de base territorial, de acuerdo a la nueva estructura de gestión del Estado;
- La implementación del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar, comunitario e intercultural (MAIS-FCI) y Gestión del Sistema de Salud;

Lo anterior se concibe en función de alcanzar la integralidad, calidad, equidad y resultados de alto impacto social. (MAIS, 2012).

Los índices macroeconómicos han mostrado crecimiento de Ecuador en los últimos años, sostenido aun en períodos de crisis internacional como lo fuera el 2009. La idea de que el mercado libre es el único que garantiza salud en los índices estructurales, ha sido claramente contradicha por lo que sucede en el país andino. Una política de expansión económica favorecida por el Estado, ha mostrado que el crecimiento no se logra necesariamente con el achicamiento del aparato del Estado, ni el permanente ajuste empobrecedor. Esto, a pesar de las dificultades que entrañan no contar con una política monetaria nacional y depender del dólar como moneda y sus implicaciones en las operaciones financieras nacionales y en el comercio exterior. (Correa, 2014)

En gran medida, la política social impulsada por Correa se ha materializado en la reducción de la pobreza, el crecimiento de los salarios reales y la consiguiente disminución de la desigualdad. La desigualdad por ingresos ha disminuido en 7 puntos, la brecha entre el más rico y el más pobre disminuyó 10 veces, en tanto que la pobreza por ingreso se redujo 12 puntos y los salarios mínimos crecieron poco más del ochenta por ciento, todo ello en el período 2006-2012.

La tasa de crecimiento sostenida en el Ecuador se sustenta, de acuerdo con los informes trimestrales del Banco Central del Ecuador (BCE), en el crecimiento del consumo de los hogares y en las exportaciones, es decir, en sectores no petroleros. Esto significa que la llamada política de cambio de matriz productiva, propugnada por el gobierno y establecida como un objetivo dentro de su plan de desarrollo 2017, ha tenido avances al disminuir la dependencia de este rubro en la evolución de la economía. Esto, a pesar de que se trata de un país con una alta dependencia de este producto, teniendo en cuenta que es el quinto productor en América Latina. (Quintana, Mendoza, & Correa, 2014).

En cuanto a salud se refiere, el Ecuador construye un proceso de cambio encaminado a crear una sociedad incluyente, solidaria y justa, con relaciones equitativas orientadas a establecer el buen vivir que se expresa en el Objetivo 3 del Plan Nacional para el Buen Vivir: Mejorar la calidad de vida de la población. (Buen-Vivir, 2013-2017). Para ello implica continuar con la generación, aplicación, control y evaluación de políticas públicas, modelos y estrategias que contribuyan al mejoramiento de los servicios de salud y con ello a calidad de vida de los ciudadanos.

CONCLUSIONES.

A partir de lo hasta aquí expuesto se puede concluir:

- Las evidencias demuestran que con la mercantilización de la salud, en el marco de políticas conservadoras y neoliberales, lejos de mejorar calidad y universalidad de los resultados del sector, se han deteriorado muchos de los indicadores, sobre todo, en detrimento de las capas más pobres de la población. Las grandes corporaciones y los conglomerados económicos que dominan la actividad de la salud no han logrado reducir los costos ni crear coberturas de servicios suficientes, menos aún han producido un mejor acceso a los servicios o mejores niveles de atención a la población.
- La Revolución Ciudadana y el proyecto del Buen Vivir sitúan al hombre y a sus necesidades primarias (incluida la salud) en el centro de su concepción del desarrollo. Promueve opciones sociopolíticas y un sistema económico que le permita una vida plena dentro de un entorno de paz, de equidad y de igualdad de posibilidades para todos en armonía con la naturaleza. El verdadero desarrollo humano sostenible tiene que concederle prioridad a los hombres y mujeres en primer orden; a la protección del entorno donde inevitablemente deben vivir; y, al mantenimiento de la biodiversidad que les garantizará la vida y la subsistencia.
- El Buen Vivir sostiene como principio la incorporación a los procesos de análisis y reflexión de autoridades, académicos, investigadores, instituciones y ciudadanía en general, en busca de mejorar la calidad de los servicios de salud y las condiciones de vida de la población.
- Las políticas públicas en proceso de implementación deberán contribuir a mejorar la situación de salud y a los propósitos del Buen Vivir. De hecho, las estadísticas de salud actuales auguran cambios importantes para bien en este camino.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, A., & Martínez, E. (2009). *El buen vivir. Una vía para el desarrollo*. Santiago: Universidad Bolivariana.
- Alonso, A., & Bell, R. (2013). *Desarrollo territorial a escala Local*. La Habana: Editorial UH.
- ARI Institute. (16 de 05 de 2016). Obtenido de ARI Institute: <http://ariresearch.org/es/crisis-resolution/new-economy/la-economia-como-reflejo-de-las-relaciones-humanas>
- Benach, J. (19 de 11 de 2013). *El diario*. Recuperado el 2 de Abril de 2016, de La mercantilización de la sanidad: sin salud no hay libertad, sin libertad no hay salud: http://www.eldiario.es/catalunya/mercantilizacion-sanidad-salud-libertad_0_198431052.html
- Blendon, R., Brodie, M., Benson, J., Altman, D., & Buhr, T. (2006). *Americans' views of health care costs, access and quality*. New York: Milbank Q.
- Buen-Vivir. (22 de 05 de 2013-2017). *Buen vivir*. Obtenido de Buen vivir: <http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-3.-mejorar-la-calidad-de-vida-de-la-poblacion>
- Bunge, M. (2002). El efecto San Mateo. En L. Quintana, M. Mendoza, & R. Correa, *Regiones y economía en el Ecuador* (pág. 14). Quito: Abya Yala.
- Chassin, M. (1998). *Is health care ready for SixSigma Quality?* . New York: Milbank Q. .
- Correa, R. (2014). Entrevista realizada por Emir Sader. En J. Núñez, *Ecuador: Revolución Ciudadana y Buen Vivir* (pág. 127). Quito: Yulca.
- Council., C. S. (2001). *Equality, inclusion and the health of Canadians*. Canada: Submission to the Commission on the Future of Health Care in Canada.
- Dill, A. (2001). *Managing to care: care*. New York: Aldine Books Publishers.
- Dranove, D. (2002). *The economic evolution of American health care: from Marcus Wellby to managed care*. New Jersey: Princeton Paperbacks.
- Echeverri, O. (28 de 9 de 2008). *Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia*. Obtenido de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892008000900008
- Echeverri, O. (2008). *Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia*. Recuperado el 2 de Abril de 2016, de Scielo: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n3/a08v24n3.pdf>
- e-educativa. (16 de 05 de 2016). Obtenido de e-educativa: http://e-educativa.catedu.es/44700165/aula/archivos/repositorio/1000/1025/html/33_el_contenido_economico_de_las_relaciones_sociales.html
- Hobbes, T. (1651). *Rudimentos de la Filosofía*. Mexico: Gernika.
- Iglesias, A. (2013). "Reformas del Estado y de la Administración Pública. Impactos en Latinoamérica." en Estado Mercado y Universidad. *Universidad de Guanajuato*.
- Jacobs, A. (2005). *Rebuilding an enduring trust in medicine. A global mandate: Presidential Address American Heart Association Scientific Sessions*. New York: Circulation.

- Jaramillo-Jassir, M., & Tibocho, A. (2008). La revolución democrática de Rafael Correa. En L. Quintana, M. A. Mendoza, & R. Correa, *Regiones y Economía en el Ecuador* (pág. 14). Quito: Abya Yala.
- Korten, D. (1996). *The Mythic Victory of Market Capitalism. The case against global economy*. San Francisco: Sierra Club Books.
- Lewis, W. (2011). *Teoría del desarrollo económico y social de Caribe*. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales.
- MAIS. (22 de 05 de 2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud*. Obtenido de Manual del Modelo de Atención Integral de Salud:
http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
- Malalich, I. (2014). *Exportar para crecer: una necesidad imperante en la economía cubana*. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales.
- Martín-Mayoral, F. (2009). Estado y mercado en la historia de Ecuador: desde los años 50 hasta el Gobierno de Rafael Correa. En L. Quintana, M. Mendoza, & R. Correa, *Regiones y Economía en el Ecuador* (pág. 13). Quito: Abya Yala.
- Marx, C., & F. E. (1985). *La Ideología Alemana*. Argentina: Siglo XXI Editores.
- Marx, C., & F. Engels. (2002). *El Capital. Crítica a la Economía Política*. Obtenido de <http://www.ucm.es/info/bas/es/marx-eng/capital> 1,2,3.
- Ministerio de Salud Pública. (2011). *Datos esenciales de salud: Una mirada a la década 2000-2010*. Quito: MSP.
- Moscoso, G. (29 de 9 de 2014). *Determinantes de la salud según modelo Lalonde*. Obtenido de <https://prezi.com/f9hcfwilr2wf/determinantes-de-la-salud-segun-modelo-lalonde/>
- Mundial, B. (2004). *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2004: Servicios para los pobres*. Mexico: Mundiprensa, Alfaomega.
- Núñez, J. (2014). *Ecuador: Revolución Ciudadana y Buen Vivir*. Quito: Yulca.
- Organización Mundial de la Salud. (29 de 9 de 2017). *OPS*. Obtenido de Determinantes sociales de la salud: http://www.who.int/social_determinants/es/
- Organización Panamericana de la Salud. (22 de 05 de 2016). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud:
http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-2014&alias=471-indicadores-basicos-de-salud-ecuador-2012&Itemid=599
- PNUD. (2001). *Informe sobre el desarrollo humano*. México: Mundi Prensa.
- PNUD. (2016). *Informe sobre desarrollo Humano*. Estados Unidos: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Quintana, L., Mendoza, M., & Correa, R. (2014). *Regiones y economía en el Ecuador*. Quito: Abya Yala.
- Rachlis, M., Evans, P., & Barer, M. (2001). *Revitalizing medicare: shared problems, public solutions*. New York: Vancouver: Tommy Douglas.
- Relman, A. (1992). *What market values are doing to medicine*. . New York: Atlantic Monthly.

- Santana, L. (2001). "La transformación del gobierno y la formación ética de los servidores públicos". . *Revista de Administración Pública*, 33-34.
- Schuster, M., McGlynn, E., & Brooks, R. (2005). *How good is the quality of health care in the United States?* New York: Milbank Q.
- Sindicato., L. A. (1998). *Reflexiones sobre el fin de siglo*. Madrid: Vanguardia.
- Tiagunenko, A. (1991). Grandes hechos de las pequeñas empresas . En L. Yera, *Repensando la economía socialista: el quinto tipo de propiedad empresarial* (pág. 87). Moscú: Komunist.
- UNICEF. (1997). *Estado mundial de la infancia*. New York: UNICEF.
- Vasquéz, A. (2000). Desarrollo endógeno y globalización. En A. Alonso, & R. Bell, *Desarrollo territorial a escala local* (pág. 73). La Habana: Editorial UH.
- Yera, L. (2015). *Repensando la economía socialista: El quinto tipo de propiedad empresarial*. La Habana : Editorial de Ciencias Sociales.

¹ Es una concepción andina ancestral de la vida que se ha mantenido vigente en muchas comunidades indígenas hasta la actualidad. Sumak significa lo ideal, lo hermoso, lo bueno, la realización; y Kawsay, es la vida, en referencia a una vida digna, en armonía y equilibrio con el universo y el ser humano, en síntesis, el Sumak Kawsay significa la plenitud de la vida. Ariruma Kowii. El Sumak Kawsay. MEC. Ecuador 2008.