



INTRODUCCIÓN

La República del Ecuador se encuentra situada al noroeste de América del Sur, con una extensión territorial de 256.370 km² geográficamente dividida en cuatro regiones: Costa, Sierra, Amazonía e Insular; está organizada en 24 provincias, 269 cantones, a su vez subdivididos en parroquias urbanas y rurales. A partir del 20 de mayo de 2010, se estableció una nueva organización político-administrativa del territorio, que

incluye nueve zonas con gobiernos autónomos descentralizados, distritos y circuitos. Tiene 14.483.499 habitantes; entre 2001 y 2010 registró un crecimiento poblacional promedio anual de 1,7% (1).

La población urbana representa 60,43% del total nacional; 50% de la población habita en la Costa, 45% en la Sierra, 5% en la Amazonía y 0,2% en la Región Insular. El 71,9% de la población se considera mestiza, 6,1% blanca, 6,8% indígena, 7,2% afroecuatoriana y 7,4% montubia. Las provincias con

mayor población indígena son Chimborazo, Pichincha e Imbabura (1) (figura 1).

La esperanza de vida al nacer para el quinquenio 2005–2010 alcanzó los 75 años (hombres 72 y mujeres 78). La tasa global de fecundidad para el mismo período fue de 2,6 hijos por mujer (2). La inscripción oportuna de nacidos vivos pasó de 53,7% en 2006 a 62,3% en 2010. Durante el mismo período la tasa bruta de mortalidad se mantuvo en 4,3 defunciones por 1.000 habitantes; 90,1% contaban con certificación médica y 9,4% fueron causas mal definidas (3).

El fenómeno migratorio que comenzó a comienzos de la década pasada ha tenido un impacto social y económico importante por el ingreso de remesas, rubro que en los últimos años ocupa el segundo lugar en la balanza de pagos (4). En 2010 la población económicamente activa fue de 6.535.240 personas, con una tasa de ocupación de 37,3%, desempleo 5% y subempleo 56,8%. El salario básico unificado subió de US\$ 170 al mes en 2007 a US\$ 264 en 2011 (5, 6, 7).

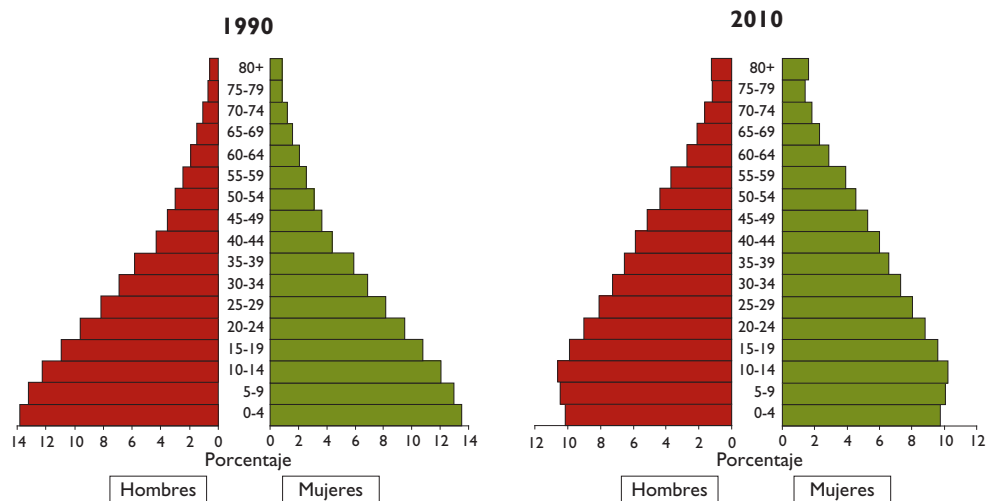
La participación de las mujeres en cargos públicos y política es heterogénea. En 2009 fueron

electas a la Asamblea Constituyente 42 mujeres, que representan 34% del total (124) de asambleístas. En otras instancias públicas, su presencia varía entre 4,8% (Justicia) y 60% (Parlamento Andino).

En 2007 un nuevo gobierno presentó una propuesta de política soberana, de integración regional y de aumento de la inversión social. En septiembre de ese año la Asamblea Nacional Constituyente redactó una nueva Constitución, que fue aprobada en referéndum el 30 de septiembre de 2008. Se definió entonces un plan de desarrollo –denominado Plan Nacional para el Buen Vivir 2009–2013– que articula las políticas, la gestión y la inversión públicas con el objetivo de consolidar un Estado plurinacional e intercultural.

Entre los logros sanitarios más importantes del período 2006–2010 figuran i) la incorporación en la Constitución de 2008 de la preminencia del derecho a la salud garantizada por el Estado, en el marco de un régimen de inclusión y equidad social, ii) el aumento del presupuesto del Ministerio de Salud Pública, el cual entre 2007 y 2010 invirtió US\$ 3.433 millones, y iii) la gratuidad progresiva de la atención en los servicios de salud, incluidos los medicamentos.

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo,^a Ecuador, 1990 y 2010



La población aumentó 34% entre 1990 y 2010. En 1990, la estructura de la población presentaba una forma piramidal, donde los menores de 20 años de edad representaban casi la mitad de la población. En 2010, la pirámide se hace más estrecha e incluso los grupos de menores de 10 años de edad son más pequeños, en consonancia con un descenso de la fecundidad y la mortalidad en las últimas dos décadas.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, con base en datos del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Población, *Perspectivas de la población mundial*, revisión 2010. Nueva York, 2011.

^aEl porcentaje de cada grupo de edad es una proporción respecto al total de cada sexo.

Para 2009, el gasto público en salud alcanzó a 2,9% del producto interno bruto, mientras que el gasto nacional en salud para el mismo período fue de 7%. Otro logro relevante ha sido la puesta en marcha en 2009 de la misión solidaria “Manuela Espejo”, cuyo objetivo es estudiar las discapacidades para conocer mejor la realidad biopsicosocial de las personas que las padecen y dar una respuesta inmediata a quienes tienen discapacidades severas. También destaca la aprobación de la Ley Orgánica de Regulación y Control del Consumo del Tabaco, construida con una amplia participación social, y sancionada por el Presidente de la República.

DETERMINANTES Y DESIGUALDADES EN SALUD

En 2010, una medición hecha con el método de necesidades básicas insatisfechas (NBI) reveló que 37,13% de los hogares ecuatorianos era pobre, una reducción de cuatro puntos porcentuales frente al 41,7% registrado en 2008. Los hogares en situación de extrema pobreza a nivel nacional representaban 13,4% en 2010, dándose también una caída de cuatro puntos frente al 17,4% que se registró en 2008. Durante el mismo período, en el área urbana la proporción de hogares en pobreza extrema descendió de 10,3% a 7,4%, mientras que en el área rural lo hizo de 42,9% a 34,9% (5).

Las provincias de Los Ríos y Manabí concentran la mayor proporción de hogares pobres, 59% y 55% respectivamente, en tanto Pichincha con 13% registra la menor proporción. La extrema pobreza sigue la misma tendencia geográfica, con 27% en Manabí, 23% en Los Ríos y 4% en Pichincha (6).

De acuerdo al Sistema Nacional de Información Interétnico (SIET) y a la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU), la población pobre según ingresos varía conforme a las etnias, siendo mayor entre los indígenas. También hay diferencias de ingreso mensual entre ambos sexos, con US\$ 352 para los hombres y US\$ 274 para las mujeres. La mujer indígena percibe US\$ 165 mensuales y la mujer blanca US\$ 339 (7, 8, 9).

Según el censo de 2010, 6,75% de la población mayor de 15 años de edad es analfabeta (1). El 59% de los analfabetos viven en zonas rurales. Cañar, Chimborazo y Cotopaxi con 12%, y Bolívar, Imbabura y Manabí, con 11%, son las provincias que tiene mayor concentración de población analfabeta. El 19% de la población indígena y 13% de la población montubia son analfabetas. Sin embargo, el mayor número de analfabetos entre la población del país mayor de 15 años de edad corresponde al grupo autoidentificado¹ como mestizo (4,7%) (1).

En el área de la nutrición, en 2006 alrededor de 25,8% de los menores de 5 años de edad padecían desnutrición crónica (8), con tasas más altas en las provincias de la sierra con mayor concentración indígena, como Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi e Imbabura. El gobierno se ha impuesto como metas críticas erradicar la desnutrición infantil en niños menores de 5 años para 2015, reducir la prevalencia de anemia en menores de 5 años y en mujeres embarazadas en un 50% para 2013 y mantener controlada la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población menor de 5 años hasta 2013 (10).

En 2010, el 77% de las viviendas de todo el país tenían conexión domiciliar abastecida por agua de la red pública, con mayor cobertura en zonas urbanas. Según autoidentificación étnica, en las poblaciones blanca y mestiza 81% y 75%, respectivamente, tenían mayor acceso a agua por red pública, mientras que en las poblaciones montubias e indígenas solo accedían 41% y 49%, respectivamente. La provincia con menos acceso es Sucumbíos (38%), seguida de Orellana y Santo Domingo de los Tsáchilas, con 43% y 47% respectivamente. La provincia con mayor acceso es Pichincha (93%), seguida de Carchi (85%) y Galápagos (83%) (1). Durante el mismo año, 54% de las viviendas del país estaban conectadas a la red pública de alcantarillado y 34% contaban con pozo ciego o séptico para la eliminación de excretas. En las zonas rurales apenas 15% de los hogares tenían acceso a la red pública de alcantarillado, mientras que en las zonas urbanas 85% lo tenían (1).

¹ En el censo nacional de población y vivienda (2010) se preguntó a los participantes cómo se identificaban según su cultura y sus costumbres.

MEDIO AMBIENTE Y SEGURIDAD HUMANA

ACCESO DE LA POBLACIÓN A AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO

La Ley Orgánica de Salud de 2006 estableció que el Ministerio de Salud es responsable de vigilar la calidad del agua de consumo humano. El censo de 2010 revela que 79% de la población en áreas urbanas recibe agua por red pública, mientras que en las áreas rurales esta cifra baja a solo 46%.

El agua proveniente de la red pública no tiene garantía de calidad. El acceso a agua potable se define de la siguiente manera: 40% de la población la hierve, 3% le pone cloro y 1,3% la filtra antes de tomar; 22% de la población consume agua purificada vendida en botellas plásticas. El INEC indica que a nivel nacional 33% de la población consume agua tal como llega al hogar. Las brechas entre las áreas urbanas y rurales son significativas: 49% de quienes viven en el campo consume agua tal como llega al hogar.

RESIDUOS SÓLIDOS

En 2010, la proporción de viviendas ecuatorianas con acceso a servicio de recolección de basura fue de 77% a nivel nacional, aunque con grandes diferencias en detrimento de las poblaciones de zonas rurales, donde apenas 45% de las viviendas cuentan con dicho servicio. La principal fuente de contaminación de los ríos son –además del vertido incontrolado de residuos industriales que aún no está cuantificado– los residuos sólidos de origen doméstico, que en 23% de los hogares no es recolectado, y las aguas servidas de origen doméstico: 10% de los hogares no tiene servicio higiénico y descarga directamente al mar, río, lago o quebrada. A esto se suma que de las aguas servidas que sí son eliminadas a través de la red de alcantarillado (66,6%), solo 5% efectivamente recibe tratamiento (11).

DEFORESTACIÓN Y DEGRADACIÓN DEL SUELO

Anualmente se pierden en Ecuador alrededor de 180.000 hectáreas de bosques, con una tasa de

deforestación de 1,6%, según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), y de 0,8% a 3% según otras fuentes (12). En 2006 las áreas protegidas cubrían 19% del territorio nacional.

CONTAMINACIÓN DEL AIRE

Ecuador ocupa el décimo cuarto lugar en América Latina y el Caribe en términos de emisiones de CO² per cápita y el octavo lugar para emisiones totales de CO². El monitoreo de la calidad del aire se realiza principalmente en las ciudades de Quito, Guayaquil y Cuenca, pero no se colectan datos sobre las consecuencias producidas en el aparato respiratorio.

PLAGUICIDAS

La tasa de intoxicaciones registradas por 100.000 habitantes subió de 14,4 en 2010 a 17,4 en 2011. En 2011 el 49% de las intoxicaciones registradas –por cualquier agente– lo fueron por plaguicidas (13). El Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico (CIATOX) registra las intoxicaciones agudas por plaguicidas, pero se desconoce el número de intoxicaciones crónicas relacionadas con exposiciones ocupacionales y ambientales a estas sustancias.

SEGURIDAD VIAL

La tasa de incidencia anual de accidentes de tránsito aumentó de 98,3 por 100.000 habitantes en 2006 a 164,9 en 2010. El Plan Nacional para el Buen Vivir incluye entre sus metas “disminuir en 20% la mortalidad por accidentes de tránsito al 2013”.

CAMBIO CLIMÁTICO

Las tendencias globales sobre los efectos más importantes del cambio climático y que se esperan para Ecuador incluyen mayor riesgo de i) mortalidad por efecto de olas de calor o de frío, particularmente en

ancianos, enfermos crónicos, personas muy jóvenes y quienes viven en aislamiento; ii) escasez de alimentos y de agua, desnutrición y enfermedades transmitidas por el agua y los alimentos; defunciones y lesiones por ahogamiento, lesiones y muertes a causa de crecidas y deslizamientos, y efectos de las migraciones en la salud, y iii) enfermedades transmitidas por vectores y roedores. También se prevén efectos en la salud mental y trastornos provocados por estrés postraumático. De hecho, el impacto del cambio climático podría incidir en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados a la salud. Desde 2010 Ecuador está trabajando en un plan estratégico que apunta a acciones intersectoriales entre Ministerio de Ambiente, sector salud y sociedad civil, enfocadas en sensibilización, capacitación, investigación, mitigación y adaptación, con énfasis en trabajo en el nivel local.

SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

La tasa de intoxicación alimentaria bajó de 66,3 por 100.000 habitantes en 2006 a 30,7 en 2010, mientras que entre ambos años las tasas de enfermedades diarreicas agudas pasaron de 3.363,3 a 4.850,9 por 100.000 habitantes. La tasa de hepatitis A disminuyó de 43,8 a 43,1 por 100.000 habitantes entre 2006 y 2010, mientras que la tasa de fiebre tifoidea ha tenido un descenso importante –de 43,6 por 100.000 habitantes en 2006 a 14,5 en 2010.

CONDICIONES DE SALUD Y SUS TENDENCIAS

PROBLEMAS DE SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS DE POBLACIÓN

Salud materna y reproductiva

En Ecuador (Informe Nacional ODM, 2010), la razón de mortalidad materna es uno de los indicadores difíciles de valorar, tanto por la diversidad de fuentes como por falta de precisión para ubicar el numerador y fundamentalmente el denominador. En algunos casos se ha utilizado el número de

nacidos vivos estimados para el período, y en otros se ha utilizado como denominador el número de nacidos vivos registrados en un determinado período de tiempo. Según el INEC, en 2009 la razón de mortalidad materna fue 69,7 por 100.000 nacidos vivos. Las principales causas de mortalidad según egresos hospitalarios son hipertensión gestacional con proteinuria significativa, eclampsia, hemorragia postparto, sepsis puerperal, embarazo ectópico y aborto no especificado.

En 2006 los establecimientos del Ministerio de Salud atendieron 38,5% de los partos a nivel nacional, cifra que para 2010 se incrementó a 47,4%. A nivel nacional solo 30,1% de los partos de mujeres indígenas ocurren en hospitales o centros de salud. Más de 40% de mujeres de las provincias de Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi y Esmeraldas, y 30% de las mujeres de toda la región Amazónica dieron a luz en su casa. La concentración promedio de consultas de control prenatal es de 3,3 y, del total de consultas, apenas el 29,9% son primerizas; la cobertura de control de postparto, no inmediato, fue de 41,5 (14).

Niños (menores de 5 años de edad)

Al 2010, el país presentó una tasa de mortalidad infantil de 14,6 por 1.000 nacidos vivos, sin diferencia significativa entre sexos. Las principales causas de mortalidad infantil están directamente asociadas con complicaciones que ocurren en el período neonatal. Adicionalmente, de las 1.431 muertes en el período neonatal precoz registradas por el INEC en 2008, un 33,2% sucedieron en el primer día del nacimiento y 63,8 %, entre los días 0 y 3.

La tasa de mortalidad de menores de 5 años de edad se situó en 14,9 por 1.000 nacidos vivos en 2009. Sin embargo, 11 de las 24 provincias del país mostraron tasas superiores a las del promedio nacional, siendo más altas en Los Ríos (17,5) y Santo Domingo de los Tsáchilas (17,7). Los registros oficiales de nacimiento estiman un subregistro de alrededor de 35% (15). Las principales causas de muerte en niños de 1 a 4 años son las infecciones respiratorias agudas (16,4%, seguidas de los accidentes de tránsito (9,3), y malformaciones

congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (7,1). Más de la mitad de estas muertes ocurren en varones.

Niños (5 a 9 años de edad)

La tasa de mortalidad de los niños entre 5 a 9 años de edad fue de 42,3 por 1.000 en 2008 y de 37,6 en 2010. Las principales causas de mortalidad en este grupo etario incluyen accidentes de tránsito, infecciones respiratorias agudas y leucemia. Durante 2008 las primeras causas de morbilidad fueron las infecciones respiratorias agudas, eventos de origen quirúrgico y traumatismos (3, 16).

Adolescentes (10 a 19 años de edad)

En 2008 el grupo etario de 10 a 19 años registró una mortalidad de 70,9 por 100.000 habitantes, 38,8% debida a causas externas. Entre las principales causas de egresos hospitalarios en adolescentes, alrededor de 60% se relacionan con el embarazo, el parto y el puerperio –28% parto único espontáneo, 8,4% cesáreas y 4,5% abortos, tasas que sitúan a los adolescentes en situación de riesgo. Según el Ministerio de Salud, la tasa específica de fecundidad es de 91 por 1.000 mujeres. Se estima que 2 de cada 10 embarazos y aproximadamente 2 de cada 10 muertes maternas corresponden a adolescentes. En 2010 el 19,26% de los embarazos ocurrieron en adolescentes de 15 a 19 años de edad.

Adultos

Las principales causas de egresos hospitalarios en 2008 fueron las relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, con un 44,5% (16)

Adultos mayores (65 y más años de edad)

En 2010 la tasa de mortalidad en adultos mayores (65 años de edad y más) fue de 35,6 por 1.000 habitantes de ese grupo etario –50,9% fueron en hombres. Las principales causas de muerte incluyeron neumonía, hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia cardíaca e infarto agudo de miocardio.

Entre las primeras causas de morbilidad están la diarrea y la gastroenteritis de presunto origen infeccioso y las enfermedades crónicas.

Pueblos étnicos o raciales

La constitución de 2008 establece al Ecuador como un Estado intercultural y plurinacional, reconoce que los pueblos y nacionalidades indígenas, el pueblo afroecuatoriano y el pueblo montubio forman parte del Estado ecuatoriano y amplía los derechos colectivos de las comunidades, pueblos y nacionalidades (artículos 56 a 60). Según la Encuesta de Condiciones de Vida 2006, el 60,9% de las mujeres indígenas recibieron al menos un control prenatal del parto.

Otros grupos

Personas con discapacidad

Entre 2009 y 2010 la Misión Solidaria Manuela Espejo visitó 1.286.331 hogares donde identificó a 249.166 personas con discapacidades, número que representa una tasa nacional de 2,43 por 100 habitantes. Del total, 36,6 corresponden a discapacidades físico-motoras, 24,3% intelectuales, 11,5% auditivas, 9,3% visuales, 4,3% mentales y 14% mixtas (17). Según datos del censo 2010, 42% de las discapacidades son físicas, 22% visuales, 14% mentales y 7,3% auditivas. El grupo etario más afectado es el de 30 a 64 años con 41,9%, seguido del grupo de 65 años y más con 27,2% (1). La prevalencia de discapacidad permanente por más de un año asciende a 6% de la población total en el país.

Refugiados

Entre 2009 y 2010 en la zona norte del país se estableció un “registro ampliado” para la recepción de solicitudes de asilo que reconoció a 27.740 personas como refugiados. A diciembre de 2010 el número de solicitantes de asilo fue de 25.312 y el de refugiados reconocidos, 53.342. Sesenta por ciento de estas personas viven en áreas urbanas y casi el 40% restante permanecen cerca de la frontera, en regiones poco

desarrolladas y aisladas, con servicios básicos y de infraestructura limitados. Se estima que 1.500 refugiados ingresan mensualmente a Ecuador por la frontera norte (18).

MORTALIDAD

En los últimos 10 años, las causas de muerte de la población ecuatoriana reflejan una reducción de las enfermedades transmisibles y un incremento de las crónicas no transmisibles y las relacionadas con la interacción social, persistiendo las enfermedades transmisibles y aumentando la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

En 2009 el grupo etario de 20 a 64 años registró una tasa de mortalidad de 278,9 por 10.000 habitantes, con más de dos terceras partes de estas muertes ocurridas en hombres. Entre las causas de mortalidad se encuentran, en orden de frecuencia, los accidentes de tránsito, agresiones (homicidios), diabetes sacarina, enfermedades hipertensivas e infección por VIH. La tasa de mortalidad general en 2010 fue de 43,4 por 10.000 habitantes, más de 6 puntos por debajo que la de 49,9 registrada en 2008. La primera causa de muerte en 2008 fue la diabetes sacarina, con una tasa de 25,4 por 100.000 habitantes, mientras que en 2010 lo fue la enfermedad hipertensiva (30,3), seguida de la diabetes sacarina (28,3) y la influenza y neumonía (23,7) (3). Se observa además un creciente incremento de las muertes por accidentes de tránsito y por agresiones, que ocuparon el tercer y sexto lugar respectivamente. Neumonía/influenza es la única enfermedad transmisible que figura entre las 10 primeras causas de muerte en este grupo de edad.

La tasa de mortalidad general masculina en 2010 fue 49,6 por 10.000 habitantes –apenas unas 3 décimas menos que en 2008. Ese año las principales causas de muerte fueron las agresiones y los homicidios (32,3), seguidos de los accidentes de tránsito (31,6). Las dos primeras causas de mortalidad masculina en 2010 fueron los accidentes de tránsito (37,2 por 100.000 habitantes) y enfermedad hipertensiva (31,3). La tasa de mortalidad femenina en 2010 alcanzó a 37,8 por 100.000 habitantes, similar a la de 37,1 observada en

2008; en ambos años la primera causa de muerte fue la diabetes sacarina (26 en 2008 y 31,6 en 2010), seguida por enfermedad cerebrovascular (24,9 en 2008) y enfermedad hipertensiva (29,6 en 2010). En este listado aparece también la neoplasia maligna del útero, en séptimo lugar (10,2 por 100.000 habitantes).

MORBILIDAD

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores

La prevalencia de malaria en Ecuador comenzó a descender sostenidamente desde 2003, cuando se fortaleció el programa nacional de control de la enfermedad y se modernizó el manejo de los pacientes que la padecen. Entre 2006 y 2010 el número de casos bajó de 8.957 a 1.888, con una tasa de incidencia de 0,14 por 1.000 habitantes, la más baja entre los países que comparten la cuenca amazónica. Hay predominio de *Plasmodium vivax*, con 1.630 casos, y en menor grado de *Plasmodium falciparum* (258), estos últimos concentrados en la frontera norte de Esmeraldas Guayas-Cañar. De persistir la tendencia actual, Ecuador estaría en camino a eliminar la malaria en su territorio.

El dengue es endémico en el país. Tiene un carácter fuertemente estacional y predomina en las provincias de la región Costa, sobre todo en los meses de invierno, época de lluvias y temperaturas superiores a 28 °C. Se han identificado cuatro serotipos del virus del dengue. Entre 2007 y 2010 predominó la circulación del virus 1, incluso en las Islas Galápagos, mientras que en 2010, aunque con pocos casos, también se identificaron los virus 2 y 4.

La leishmaniasis cutánea tiene una amplia distribución, especialmente en las zonas rurales de las regiones Costa, Sierra y Amazonía, aunque se presenta en 23 de las 24 provincias del país. Se notifican cerca de 1.500 casos anuales y es objeto de subregistro por su localización en zonas rurales remotas (19).

La enfermedad de Chagas afecta sobre todo a las provincias de Loja, El Oro, Manabí y Guayas,

Orellana y Sucumbíos. Su prevalencia nacional disminuyó de 0,15 por 100.000 habitantes en 2006 a 0,03 en 2010 (19).

La cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla se mantiene elevada en el país y no se han notificado nuevos casos desde 2002 (19).

Enfermedades prevenibles por vacunación

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) cuenta con un marco legal que garantiza la vacunación como bien público en la Constitución de la República del Ecuador, Ley Nacional de Vacunas y Ley Orgánica de Salud. Los avances se reflejan en las coberturas a nivel nacional que superan el 95% para todas las vacunas (2006–2010).

Desde la semana epidemiológica 26 del año 2011 se presentó en Ecuador un brote de sarampión que se originó a partir de un caso importado con genotipo B3. Hasta la semana epidemiológica 45 se han confirmado 122 casos de sarampión en el país –89% de los casos en la provincia de Tungurahua, con alta proporción de población indígena. El 68% de los casos notificados son menores de 5 años de edad. El país está realizando acciones de control del brote y ha adelantado la campaña de seguimiento de vacunación. En relación con la vigilancia de parálisis flácida aguda, la tasa de notificación (0,70) es menor a 1 (uno), que es el indicador recomendado, mientras que la rubéola y el sarampión cumplen con el porcentaje de notificación esperado (84%). La vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo b ha mostrado un impacto en el descenso de casos de meningitis por esta causa.

Desde 2006 el país utiliza la vacuna contra la gripe estacional, cepa hemisferio norte, para el adulto mayor; en 2007 extendió la cobertura a lactantes de 6–11 meses y en 2010 a niños de 1 a 4 años de edad. La vacuna de fiebre amarilla se utiliza en las 24 provincias, durante los 12 a 23 meses de edad, y se ofrece a viajeros con destino a la Amazonía y a otros países con riesgo. Ecuador introdujo la vacunación contra rotavirus en 2007, utilizando el esquema de 2 dosis a los 2 y 4 meses de edad, y la vacuna anti-neumocócica en 2010. El mayor desafío del programa es alcanzar con la vacunación a poblaciones que presentan dificultades de acceso y concentran a

personas susceptibles, así como fortalecer la vigilancia de enfermedades eliminadas (polio, rubéola y sarampión) para detección y control oportunos de importaciones de virus. En 2010 se adquirieron 12 vacunas del programa a través del Fondo Rotatorio (FR), lo que representa 87% de los biológicos utilizados y 85% del presupuesto del PAI. El monto total de compras al FR fue de US\$ 47.646.461.

Zoonosis

La fiebre aftosa es endémica y un grave problema de salud pública veterinaria. A pesar de haberse desarrollado importantes actividades de vacunación, durante el 2010 se registraron 74 focos de fiebre aftosa: 42 de ellos con diagnóstico de laboratorio (virus O) y 32 con diagnóstico clínico, en las provincias de la Sierra, Amazonía y Costa; los casos se presentan mayoritariamente en los meses de abril-agosto. En mayo de 2011 se inició una nueva campaña de vacunación, dirigida prioritariamente a los grandes rebaños y las propiedades donde habían ocurrido los brotes recientes. En 2009 hubo un caso de rabia humana transmitido por gato con virus selvático; desde 2006 no ha habido casos de rabia urbana transmitida por perros (19). En el mismo período tampoco se registraron casos de peste.

Enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza

En 2010, el Programa para la Eliminación de Oncocercosis en las Américas declaró a Ecuador como el segundo país de las Américas que logró interrumpir la transmisión de oncocercosis. La lepra fue eliminada como un problema de salud pública en 1983. Las tasas de notificación han ido descendiendo progresivamente en los últimos 10 años. En 2010 fueron detectados un total de 134 casos nuevos, 72 paucibacilares y 62 multibacilares.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

Entre 2005 y 2010 se observó una tendencia al incremento de casos de VIH y de sida –de 1.070 casos de VIH y 474 de sida en 2005 a 3.966 y 1.301 en 2010, respectivamente. La mortalidad asociada al sida se ha

estabilizado desde 2005 en alrededor de 700 fallecimientos anuales (20). La infección por VIH afecta más a los hombres que a las mujeres (2,65:1 en 2010). En 2010 se notificaron 213 casos de VIH en niños menores de 15 años. La epidemia de VIH en Ecuador se considera concentrada principalmente en el grupo de hombres que tienen sexo con hombres (21). En mujeres embarazadas la prevalencia de VIH en 2010 fue de 0,17%. Las provincias de la Costa son las más afectadas (con 74% de los casos de VIH y sida). El número de personas que reciben tratamiento antirretroviral en las unidades del Ministerio de Salud SP ha ascendido de 2.532 en 2007 a 6.765 en 2010. En relación a las infecciones de transmisión sexual, en 2009 se notificaron 215 casos de sífilis gestacional y 111 casos de sífilis congénita, 2.308 casos de gonorrea (16,48 por 100.000 habitantes) y 1.697 casos de herpes genital (12,12 por 100.000 habitantes).

Tuberculosis

La prevalencia de tuberculosis (TB) en Ecuador para 2010 se estimó en 8,24 por 100.000 habitantes. Esta enfermedad está muy concentrada, con más de 70% de los casos en la provincia de Guayas, especialmente en la ciudad de Guayaquil. En 2010 Ecuador examinó 109.822 sintomáticos respiratorios, diagnosticó 3.373 casos nuevos de TB pulmonar esputo positivos, 404 esputo negativos y 653 extra pulmonares. Los casos nuevos pulmonares esputo positivo fueron 2.156 hombres y 1.217 mujeres. El grupo etario afectado fue el de 15 a 34 años. Todos los tratamientos son por observación directa (DOTs). En 2010 114 pacientes fueron identificados como resistentes a drogas múltiples. Entre 2009 y 2010, de 5.764 pacientes con TB, 870 fueron VIH positivos.

Enfermedades crónicas no transmisibles

Enfermedades cardiovasculares

Según datos del Ministerio de Salud, en 2009 se registró una tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica de 6,5 por 100.000 habitantes; para 2010 el INEC informó que esa tasa asciende a 14,1 por 100.000 habitantes.

Neoplasias malignas

Durante el período 2005–2007 las localizaciones de cáncer más frecuentes para mujeres fueron mama, piel, cuello uterino, tiroides y estómago, mientras que para los hombres fueron próstata, piel, estómago, linfomas, recto y colon. Las neoplasias malignas en su conjunto fueron responsables de la pérdida más alta de años de vida, con una tasa de más de 770 por 100.000 habitantes, más alta entre las mujeres (990) que en los hombres (590).

Diabetes e hipertensión

En el caso de la diabetes, en 2010 la tasa de mortalidad fue de 28,3 por 100.000 habitantes, bastante por encima de la de 2006, que fue de 20,6. La enfermedad hipertensiva se ubicó como la primera causa de muerte en población general en 2010, con una tasa de 30,3 por 100.000 habitantes. Durante el período 2006–2010 la prevalencia de diabetes sacarina aumentó drásticamente de 142 a 1.084 por 100.000 habitantes, al igual que la hipertensión arterial, que subió de 63 a 488 por 100.000 habitantes (19).

Enfermedades nutricionales

Desnutrición

Según la última encuesta de condiciones de vida (2006), la desnutrición crónica (baja talla para la edad) en menores de 5 años tenía una prevalencia de 25,8%, valor que se duplica en los grupos indígenas y es mucho más alto en Chimborazo (52,6%), Bolívar (47,9%) y Cotopaxi (42,6%). Conforme a la misma fuente, el déficit ponderal asociado al peso según la edad (desnutrición global) afectó a más de 1,4 millones de menores de 5 años (9).

Desastres

Ecuador es altamente vulnerable a erupciones volcánicas, inundaciones, terremotos, sequías y tsunamis. En 2008, las inundaciones por la temporada de lluvias afectaron a seis provincias de la costa y seis de la sierra, con un total de 275.000 personas

afectadas y 15.822 refugiadas en 375 albergues; se estima que las pérdidas por estos eventos ascendieron a US\$ 1.200 millones, es decir 2,5% del PIB (22). Los eventos volcánicos de 2009 y 2010 afectaron a 11 provincias, a 3 792 personas de forma directa y a cerca de un millón y medio de forma indirecta. La sequía de 2009, por otro lado, impactó en unas 32 000 familias de agricultores y ganaderos en las provincias Manabí, Esmeraldas, Carchi, Santo Domingo de los Tsáchilas, Azuay y Loja.

La “gestión de riesgo” se incorpora en los artículos 389 y 390 de la nueva Constitución, como un derecho de los ciudadanos a ser protegidos de los efectos negativos de los desastres de origen natural o antrópicos. Con esta idea, se creó la Secretaría Nacional de Gestión de Riesgo como una plataforma importante de gestión y coordinación intersectorial, en remplazo de lo que anteriormente era la “Defensa Civil”. En la actualidad hay planes de emergencia y de contingencias, provinciales y hospitalarios, en un 40% en las provincias identificadas como de mayor riesgo a inundaciones y erupciones volcánicas, así como también en las de la Frontera Norte. En el marco de la política de “hospitales seguros”, se han realizado acciones de reducción de vulnerabilidades en hospitales de Manabí, Chimborazo y provincias de la Frontera Norte. También se ha aplicado en 10 hospitales de cinco provincias la herramienta Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH), evidenciándose la necesidad de intervenciones que reduzcan la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional (23).

Trastornos mentales

Entre 2008 y 2010 las cinco primeras causas asociadas con la salud mental fueron i) la depresión, que aumentó 108 a 113 casos por 100.000 habitantes, ii) la ansiedad, 66 a 99, iii) la epilepsia, 47,8 a 63,2 y iv) el retardo mental, 25,2 a 37 (24).

Otros problemas de salud

Salud oral

En 2009 la prevalencia de caries dental en escolares de 6 a 15 años de edad se estimó en 75,6%. El

indicador CPOD (cariados, perdidos y obturados en piezas definitivas) a los 12 años de edad se redujo 2,9 en 2009. Los datos reflejan mejora en la salud bucal de los escolares de 6 a 15 años de edad, debido principalmente a la fluoración de la sal y al desarrollo de otras acciones preventivas. El Ministerio de Salud ha iniciado la aplicación de la Iniciativa Comunidades Libres de Caries y ampliará los programas de promoción de salud bucal y educación a escolares (25).

Salud ocular

Según la Encuesta Rápida de Ceguera Evitable 2009–2010 realizada en personas mayores de 50 años, la prevalencia de ceguera bilateral fue de 1,6% (2% en hombres y 1,3% en mujeres). La prevalencia de ceguera unilateral fue de 5,8% (hombres 6,4% y mujeres 5,2%). La cobertura promedio para cirugías de catarata en los pacientes con AV < 20/400 fue de 83,2%, con AV < 20/200 fue de 63,8 % y con AV < 20/60 fue de 45,9%, con mejor acceso para hombres que para mujeres. Desde 2008 se puso en marcha el “Plan Visión Ecuador”, que inicialmente facilitó la realización de cirugía de cataratas en alto volumen (más de 5.000 por año desde 2008) y desde 2009, tamizaje y corrección de errores refractivos en escolares, atención de retinopatías diabéticas y glaucoma.

Factores de riesgo y protección

Alcoholismo

En 2007 las prevalencias de consumo de alcohol y tabaco alcanzaron a 76,09% y 46,80% respectivamente (26). La Encuesta Mundial de Salud Escolar (27) realizada en escolares de las ciudades de Quito, Guayaquil y Zamora, determinó que la edad promedio de inicio de consumo de bebidas alcohólicas es de 13,7 años. La tasa de alcoholismo aumentó de 23,55 por 100.000 habitantes en 2006 a 29,55 en 2010. En cuanto al tabaquismo, en 2010 el mismo estudio en adolescentes encontró que 8 de cada 10 estudiantes tuvo su primer consumo antes de los 13 años; en la población general la tasa de

tabaquismo pasó de 1,62 por 100.000 habitantes en 2008 a 2,15 en 2010.

Obesidad

Entre los adolescentes (12 a 19 años) ecuatorianos, la prevalencia de sobrepeso alcanza a 13,7% y la de obesidad a 7,5%, con tasas más altas en la Costa (24,7%) que en la Sierra (17,7%) y con muy poca diferencia por sexo (21,5% en mujeres y 20,8% en varones) (28).

Accidentes y enfermedades ocupacionales

En 2006 se notificaron 5.334 incapacidades y 161 muertes por accidentes de trabajo, mientras que en 2007 las cifras fueron 6.169 y 135, respectivamente. El mayor número de eventos en 2007 se produjeron en la provincia del Guayas (4 445); 1.317 de estos accidentes ocurrieron en los rubros relacionados con establecimientos financieros, seguros y bienes inmuebles (29).

POLÍTICAS PÚBLICAS Y EL SISTEMA DE SALUD Y DE PROTECCIÓN SOCIAL

La Constitución de 2008 incluyó en el Régimen del Buen Vivir los artículos que establecen el derecho a la salud y definió las características del Sistema Nacional de Salud (SNS), que funcionará dentro de principios de equidad, calidad, eficiencia, participación, pluralidad, solidaridad y universalidad, con una red pública integral de salud y bajo la rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional.

El Ministerio de Salud ha encarado un proceso de gran envergadura dirigido a iniciar la denominada “Transformación Sectorial de Salud del Ecuador” (TSSE). El propósito es reorganizar el sector para construir un sistema de salud integrado, integral, coordinado, solidario y que no demande el pago directo por parte del usuario. El sistema deberá garantizar la equidad y el acceso universal, progresivo y gratuito a servicios públicos de salud de calidad a toda la población mediante una “Red de Prestadores Públicos”, promoviendo un modelo de atención

integral que priorice la promoción, la prevención y la atención primaria, y evitando la duplicación de actividades entre los principales prestadores.

El Ministerio de Salud ha definido un conjunto de prestaciones que se van a ofrecer a toda la población por medio de la red pública. El Ministerio de Inclusión Económica y Social, por su parte, coordina el Programa de Protección Social (PPS), entre cuyos objetivos está “formar una red de protección social con otras instituciones del Estado y de la sociedad civil”. La coordinación de acciones entre ambos ministerios permitió que hasta 2010 a través del PPS se atendieran 3.816 casos de enfermedades catastróficas en los establecimientos de la red.

En materia de financiamiento, la Constitución señala en su Art. 366 que los recursos deberán “provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado”; en el Art. 298 se realizan preasignaciones presupuestarias al sector salud y se especifica el porcentaje del PIB asignado para salud (4%) y su incremento anual, lo que representaría alrededor de US\$ 240 millones más cada año. Si bien desde 2007 el incremento del gasto público en salud ha sido sostenido, aún se mantiene bajo como porcentaje del PIB, al ubicarse en 3%.

POLÍTICAS DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

Según el INEC, en 2009 había 16,9 médicos por 10.000 habitantes, distribuidos geográficamente de forma irregular: las tasas más altas en las provincias de Azuay (26,3) y Tungurahua (25,9), y las más bajas en Santa Elena (4,9) y Galápagos (6,3). Para el resto de profesionales, por cada 10.000 habitantes había 2,4 odontólogos, 7,7 enfermeras y 1,1 obstetras. El mayor número de profesionales sanitarios se concentran en las áreas urbanas de las grandes ciudades, en detrimento principalmente de las zonas rurales en las provincias, que están mucho menos protegidas. Del total de médicos, 76,3% son especialistas y, de estos, solo 98 lo son en medicina familiar, desfavoreciendo a la atención primaria de salud.

Incluso cuando existe un “observatorio de recursos humanos” alojado en el Consejo Nacional de Salud (CONASA) y en 2010 se realizó un censo del personal que trabaja en el Ministerio de Salud, el país no tiene información completa ni actualizada sobre el personal de salud. El 66% de los trabajadores sanitarios brindan atención directa al paciente, 21% realiza actividades administrativas y 10% se desempeña en servicios (30). En 2009 la Comisión Nacional de Recursos Humanos del CONASA presentó una propuesta de “Política Nacional de Recursos Humanos en Salud” (31). En relación con la carrera sanitaria, en la actualidad se está trabajando en un sistema de clasificación de puestos, remuneraciones, evaluación de desempeño, formación y capacitación o educación permanente, en el marco de la Ley Orgánica del Servidor Público.

SERVICIOS DE SALUD

La provisión de los servicios de salud en el país se caracteriza por la fragmentación y la segmentación. Existe una amplia oferta de establecimientos y servicios públicos y privados que funcionan de forma independiente o bajo diversas dependencias organizacionales, sin coordinación entre actores ni separación de funciones entre subsistemas, y cada uno cuenta con una población adscrita o beneficiaria con acceso a servicios diferenciados.

El Ministerio de Salud es el principal prestador del sector público, que está integrado además por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, que incluye al Seguro Social Campesino, las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional. En 2010 la cobertura de seguridad social beneficiaba a unos 3,8 millones de ecuatorianos, un incremento aproximado de 5% respecto a 2005. Entre las entidades privadas que actúan en el sector público y que tienen una importante presencia en la provisión de servicios se cuenta a la Junta de Beneficencia de Guayaquil, la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) y la Cruz Roja Ecuatoriana.

El Ministerio de Salud está organizado en tres niveles administrativos: área de salud, nivel provincial y

nivel nacional. Esta organización se modificará en función de las disposiciones sobre ordenamiento territorial emitidas por SENPLADES, que incluye tres ámbitos administrativos denominados “distritos”, “regiones” y “nivel central”. Entre 2007 y 2010 se generaron algunas propuestas de modelo de atención para el Ministerio de Salud, estando vigente el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS), que sustentó su operación en los “equipos básicos de atención a la salud” (EBAS), con la contratación de más de 4.600 personas para realizar las acciones extramuros del MAIS.

MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍA EN SALUD

El país dispone de normativas y lineamientos orientados a garantizar la disponibilidad, el acceso, la calidad y el uso racional de medicamentos. En 2007 la participación de las empresas nacionales en el mercado farmacéutico fue de 14% y la de las empresas internacionales 86%; ese mismo año el gasto en medicamentos por parte del Ministerio de Salud representó 15,2% del presupuesto (32).

Desde 2008 el Ministerio viene realizando esfuerzos para proveer medicamentos sin costo directo a los usuarios mediante el desarrollo del Sistema Único de Gestión de Medicamentos; también ha fortalecido su rol regulador a través de la actualización de los reglamentos de registro de medicamentos, buenas prácticas de manufactura, farmacovigilancia y promoción y publicidad, y también por medio de la capacitación del capital humano. La Comisión de Medicamentos del CONASA actualizó el “Cuadro nacional de medicamentos básicos” (CNMB) y el “Registro terapéutico” (8va. Revisión 2010), y ha elaborado el manual de funciones de la Comisión y la metodología para inclusión/exclusión de medicamentos del CNMB.

Seguridad transfusional

Hasta fines de 2010 el Sistema Nacional de Seguridad Transfusional estuvo bajo la coordinación de la Cruz Roja y con la participación de varios

operadores (Ministerio de Salud, Instituto Ecuatoriano del Seguro Social (IESS), Fuerzas Armadas, Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), SOLCA y privados), sin lograr satisfacer las demandas con oportunidad ni transformar el sistema de donación compensatoria a uno de donación voluntaria repetitiva como base del sistema. Al 2010, la proporción de donantes voluntarios cayó a 34,68%. Entre 2008 y 2010 el Ministerio asignó importantes recursos a la Cruz Roja para construir un hemocentro e incrementó la asignación anual de recursos para atender las necesidades de madres y niños (Ley de maternidad gratuita) y progresivamente a todos los usuarios de los servicios del Ministerio.

El número de colectas y productos sanguíneos producidos y distribuidos en el país muestra un crecimiento sostenido en los últimos años: en 2008 todos los servicios de sangre del país colectaron 155.146 unidades y produjeron y distribuyeron 245.286 hemocomponentes, mientras que en 2010 el número de colectas fue de 190.260 y el de productos distribuidos 489.261. La Cruz Roja colectó, procesó y distribuyó el 69% y el resto lo hizo un subsistema (JBG 13%, IESS 12%, Fuerzas Armadas 3%). y hospitales del Ministerio, Metropolitano y SOLCA 3%). En 2010, el 100% de las unidades colectadas fueron tamizadas para VIH-sida, HbsAg, HCV, sífilis y *Tripanosoma cruzi*; 28.066 provenientes de zonas endémicas fueron tamizadas para identificar malaria. Del total de colectas, 3.670 unidades (1,9%) fueron positivas a marcadores de infección.

CONOCIMIENTO, TECNOLOGÍA, INFORMACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS

El Ministerio de Salud lideró un proceso a través de encuestas realizadas en 2007 para definir interinstitucionalmente las prioridades de investigación en salud, inicialmente las relacionadas con saneamiento y contaminación ambiental (5). Se cuenta con un Directorio Nacional de Investigadores en Salud (6). En 2010 en Loja se inició desde la academia la construcción de la propuesta de constitución del

sistema nacional de investigación en salud. En 2008, la proporción del gasto en ciencia y tecnología fue 0,62% del PIB -0,37% para el componente actividades y ciencias y 0,25% para investigación y desarrollo experimental.

Con la Ley Orgánica de Educación Superior Ciencia y Tecnología expedida en 2010 se conformó la Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación, instancia que tendrá la gobernanza en los temas de su competencia. En el marco de esta ley las universidades han modificado sus currículos en las carreras de la salud, colocando la atención primaria como un tema central y priorizando la investigación científica. En 2008 se encaró un proyecto de fortalecimiento del sistema de información en salud y mejoramiento de las estadísticas vitales, y en 2009 se efectuó un diagnóstico de situación del funcionamiento de los sistemas de información en salud (SIS) dirigido al personal que realiza labores estadísticas en el sector salud público y privado, INEC y Registro Civil. Con este antecedente se conformó la comisión interinstitucional de alto nivel con SENPLADES, MSP, INEC y Registro Civil, que actualmente trabaja en la ejecución del Plan de Fortalecimiento del Sistema de Información en Salud, que contiene objetivos, tareas y metas basadas en los resultados del diagnóstico.

SALUD Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL

Durante el período 2007–2010, la cooperación internacional destinó US\$ 200,8 millones (10,6% del monto plurianual asignado al país de US\$ 1.895 millones) a proyectos de salud en los ámbitos de cobertura, infraestructura, equipamiento, aseguramiento, prevención y seguridad alimentaria. Las agencias de las Naciones Unidas aportaron 20,3% en el mismo período. Los desembolsos de cooperación no rembolsable que recibe el país representan en promedio 0,71% del PIB y el 2,57% del presupuesto general del Estado. Asimismo, el gobierno ha impulsado el Consejo Suramericano de Salud (UNASUR Salud), que tiene como propósito constituir un espacio de integración sanitaria,

incorporando esfuerzos y logros de otros mecanismos de integración regional, y promoviendo políticas comunes y actividades coordinadas entre los países que lo conforman.

SÍNTESIS Y PERSPECTIVAS

La Constitución (Art. 358 y 359) garantiza la disponibilidad y el acceso a medicamentos, y promueve el desarrollo del recurso humano en salud (Art. 363, literales 7 y 8), garantiza las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles, con base en la atención primaria de salud, especificando la conformación de la red pública integral de salud como parte del Sistema Nacional de Salud (Art. 359 y 360) y definiendo en su artículo 362 los derechos de los usuarios, en clara muestra de la voluntad política del gobierno para priorizar el sector social y, entre estos, la salud. Este énfasis se visibiliza en el incremento del presupuesto asignado a salud, en el afianzamiento de la rectoría en salud, en la implementación de nuevas tecnologías en salud y en el fortalecimiento del capital humano. No hay dudas de que la gratuidad de atención y los medicamentos proporcionados por los servicios de salud del Ministerio, así como el fortalecimiento de la atención primaria de salud, contribuirán a mejorar el estado de salud de la población.

El último censo nacional de población y vivienda mostró que, si bien el acceso de la población general al agua por red pública y a servicios de saneamiento ha mejorado, apenas 40% de las poblaciones montubias e indígenas pueden acceder a estos servicios básicos, evidencia de que todavía persisten grandes desafíos para reducir inequidades relacionadas con los determinantes sociales de la salud. Cabe destacar que –después de la población mestiza que es mayoritaria en Ecuador– la población montubia emerge en mayor proporción (7,4%) que el grupo autoidentificado como indígena (6,8%), hecho que podría reorientar las acciones de intervención a los grupos con identificación montubia.

Las condiciones de estabilidad política y económica del Estado, la promoción y la consolidación de un sistema público de salud que garantice el

aumento de cobertura de atención a la población, el progresivo aseguramiento a los hijos y cónyuges de los afiliados a la Seguridad Social, la garantía de disponibilidad de medicamentos y la implementación de una política de prevención y promoción de salud, entre otras estrategias, avizoran un mejoramiento de las condiciones de vida y salud de los grupos de población más vulnerables.

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo de Población y Vivienda 2010. Datos preliminares [Internet]. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/preliminares/base_presentacion.html Acceso: 21 de junio de 2011.
2. Ecuador, Ministerio de Salud Pública. Indicadores básicos de salud 2009. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2009.
3. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Anuario de estadísticas vitales: nacimientos y defunciones. Quito: INEC; 2010.
4. Organización Internacional para las Migraciones. Perfil migratorio del Ecuador 2008. Ginebra: OIM; 2009.
5. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Pobreza por necesidades básicas en el Ecuador a diciembre de 2010. Quito: INEC; 2011.
6. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo, Pobreza Extrema y Pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas. Ecuador: INEC; 2010.
7. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo 2007 – 2009. Quito: INEC; 2010.
8. Sistema Nacional de Información Interétnica [Internet]. Disponible en: <http://siet.sni.gob.ec/> Acceso: 21 de junio de 2011.
9. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta de Condiciones de Vida. Ecuador 2005–2006. Quito: INEC; 2006.
10. Ecuador, Presidencia de la República. Rendición de cuentas 2010. Quito: Presidencia de la República; 2010.

11. Ecuador, Ministerio de Salud Pública. Situación de la salud ambiental en el Ecuador. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2009.
12. Proyecto FAO/UICN/HOLANDA (LNVDK)/CCADGCP/INT/953/NET. Estrategias y mecanismos financieros para el uso sostenible y la conservación de bosques, Fase 1: América Latina. Elementos para una estrategia nacional de financiamiento forestal, 2007 (Documento de trabajo).
13. Ecuador, Ministerio de Salud Pública. Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico. Informe anual 2011. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2011.
14. Ecuador, Ministerio de Salud Pública. Informes de producción de establecimientos de salud. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2010.
15. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Anuario de estadísticas vitales: nacimientos y defunciones. Quito: INEC; 2008.
16. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Anuario de camas y egresos hospitalarios. Quito: INEC; 2009, 2010.
17. Instituto Nacional de Estadística y Censos; Ministerio de Salud Pública. Plan estratégico nacional para la prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo, proceso de normatización y de control y mejoramiento de la salud pública. Quito: INEC; MSP; 2011.
18. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Refugiados en las Américas [Internet]. Disponible en: [http://www.acnur.org/t3/index.php?id=166&tx_refugiadosamericas_pi1\[uid\]=ECU](http://www.acnur.org/t3/index.php?id=166&tx_refugiadosamericas_pi1[uid]=ECU) Acceso: 8 de junio de 2011.
19. Ecuador, Ministerio de Salud Pública. Anuario de epidemiología. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2011.
20. Ecuador, Ministerio de Salud Pública. Situación del VIH/Sida en el Ecuador. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2010.
21. Ecuador, Ministerio de Salud Pública; Organización Panamericana de la Salud/Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Estudio de prevalencia y comportamientos frente al VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual en hombres que tienen sexo con hombres en la ciudad de Quito. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2011.
22. Ecuador, Ministerio del Litoral. Ecuador: respuesta frente a inundaciones en el litoral. Quito: Ministerio del Litoral; 2008.
23. Ecuador, Ministerio de Salud Pública, Dirección de Planeamiento para la Seguridad y Desarrollo. Informes técnicos de intervención en hospitales. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2010.
24. Ecuador, Ministerio de Salud Pública. Políticas nacionales de salud mental. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2011.
25. Ecuador, Ministerio de Salud Pública; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Estudio epidemiológico nacional CPOD. Primer Informe 2009. Quito: Ministerio de Salud Pública; Washington, DC: OPS/OMS; 2009.
26. Ecuador, Ministerio de Salud Pública; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Prevalencia actual del uso de alcohol y consumo de tabaco. Quito: Ministerio de Salud Pública; Washington, DC: OPS/OMS; 2008.
27. Ecuador, Ministerio de Salud Pública; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Encuesta Mundial de Salud Escolar. Quito: Ministerio de Salud Pública; Washington, DC: OPS/OMS; 2007.
28. Yépez R. Obesidad en adolescentes. Tesis de grado, Maestría en Alimentación y Nutrición, Universidad Central de Ecuador. En: Obesidad. Quito: Sociedad Ecuatoriana de Ciencias de la Alimentación y Nutrición; 2008.
29. Ecuador, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Boletín Estadístico No.16. Quito: IESS; 2007.
30. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La política de recursos humanos y el compromiso con el derecho a la salud. Resultados de la primera

medición de las metas regionales de recursos humanos para la salud 2007–2015 en los países de la Región Andina. Washington, DC: OPS/OMS; 2010.

31. Ecuador, Ministerio de Salud Pública. Política Nacional de Recursos Humanos (propuesta). Quito: Ministerio de Salud Pública; 2009.

32. Ecuador, Ministerio de Salud Pública; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Cuestionario sobre estrategia de regulación económica de medicamentos. Quito: Ministerio de Salud Pública; Washington, DC: OPS/OMS; 2010.