

Salud & Ciencias Médicas

ISSN: 2773-7438



Uleam
UNIVERSIDAD LAICA
ELOY ALFARO DE MANABÍ

ECUADOR - MANABÍ - VOLUMEN 1 NÚMERO 1 ENERO - JUNIO 2021

Participación ciudadana como política de Salud pública: Una perspectiva desde los Actores Sociales de la Parroquia de Tumbaco, durante los años 2015-2016

Citizen participation as a public health policy: A perspective from the Social Actors of the Parish of Tumbaco, during the years 2015-2016

Margarita Lara Ponce

Magister en Epidemiología y Salud Colectiva.
Ministerio de Salud Pública Vigilancia Epidemiológica.
margaritalara_ponce@hotmail.com

RESUMEN: El documento presenta un análisis sobre la participación ciudadana como política de salud pública en la Parroquia de Tumbaco, durante los años 2015 al 2016. La investigación parte de identificar la visión de Ministerio de salud Pública en relación con la participación ciudadana enmarcada en la institucionalidad, las políticas públicas, que fomenta el derecho a la salud, mediante mecanismos como la participación y toma de decisiones vinculadas a los niveles de gestión y atención en salud y su nivel de realización efectiva en una experiencia local.

Para el análisis se usó como enfoque el paradigma crítico específicamente la Epidemiología Crítica que toma como categoría central la determinación social que posibilita la comprensión de la salud a partir de las relaciones entre producción, propiedad, poder, dando lugar a los procesos salud – enfermedad como resultante de estas relaciones lo que permite una comprensión compleja de la misma en el marco de los procesos de producción capitalista explicando la interacción entre el sujeto y la naturaleza como movimiento dialectico. Desde esta perspectiva la salud es una construcción social y el poder es una condición central de la misma que se expresa a través de la participación. En las conclusiones, tomando como referencia las voces de los actores sociales se muestra que el alcance de la participación ciudadana como política en salud pública en la parroquia de Tumbaco aun no logra afectar las determinaciones de la salud y modificar las relaciones de poder que las sustentan, por lo cual se viene manteniendo las prácticas comunitarias y su instrumentalización bajo la lógica institucional.

Palabras claves: participación ciudadana, políticas públicas, salud, sistema nacional de salud, determinación social

SUMMARY: The document presents an analysis on citizen participation as a public health policy in the Parish of Tumbaco, during the years 2015 to 2016. The research starts from identifying the vision of the Ministry of Public Health in relation to citizen participation framed in the institutional framework, public policies, which promotes the right to health, through mechanisms such as participation and decision-making linked to the levels of management and health care and their level of effective realization in a local experience.

For the analysis, the critical paradigm specifically the Critical Epidemiology was used as an approach that takes as a central category the social determination that allows the understanding of health from the relations between production, property, power, giving rise to health-disease processes as resulting from these relationships, which allows a complex understanding of it in the framework

of capitalist production processes explaining the interaction between the subject and nature as a dialectical movement. From this perspective, health is a social construction and power is a central condition that is expressed through participation. In the conclusions, taking as a reference the voices of the social actors, it is shown that the scope of citizen participation as a public health policy in the parish of Tumbaco does not yet affect health determinations and modify the power relations that sustain them, which is why community practices and their instrumentalization have been maintained under institutional logic.

Keywords: citizen participation, public policies, health, national system of health, social determination.

Recibido: 26-06-2020 • **Aceptado:** 04-08-2020

INTRODUCCION

La Constitución del Ecuador (2008) y la Ley orgánica de participación ciudadana establecen una nueva relación entre el Estado y la sociedad, que promueve una gestión pública con participación(1,2). En este marco constitucional, los Ministerios que constituyen el nivel sectorial, deben configurar un conjunto de instancias, relaciones, herramientas y mecanismos de participación que interactúan de manera articulada como estrategia para garantizar el ejercicio del derecho de participación ciudadana en salud(3).

En este marco normativo la presente investigación realizó un análisis de la Participación ciudadana como política de Salud en la Parroquia de Tumbaco, durante los años 2015 al 2016.

El documento plantea como problema de la investigación: de la participación formal a la transformación de las prácticas en donde se hace un recorrido desde el Estado mencionando a la Constitución del 2008, en la cual se promulga la participación ciudadana como un derecho; se presenta la visión de un antes de la promulgación de la Ley Orgánica de participación Ciudadana con un después de la Ley en la cual se propuso articular la participación ciudadana con el poder ciudadano desde los diferentes niveles de gestión, para garantizar el derecho a la salud. En la Ley Orgánica de participación Ciudadana, la participación en salud es un derecho garantizado a través del Ministerio de Salud Pública que debe incentivarla con el fortalecimiento de mecanismos de participación que ya existían y en el aporte a la toma de decisiones vinculadas a los diferentes niveles desde el local, así como la proyección hacia el Sistema Nacional de Salud y el ciclo de la política pública.

Esta investigación, utilizó el enfoque del paradigma crítico, específicamente la Epidemiología Crítica que toma como análisis la determinación social para comprender las relaciones de propiedad, poder como resultantes de procesos complejos de la producción capitalista en la interacción entre el sujeto y la naturaleza como movimiento dialéctico. La relación sujeto–objeto está configurada de forma dinámica y relacional y está enmarcada en las posturas y valores sociales de la investigadora situada en el contexto; por ende, el proceso investigativo reconoce la praxis como elemento central de las prácticas sociales.

Desde la perspectiva crítica se buscó no solo describir sino comprender las condiciones socio histórico en que se realizan los procesos de participación como política de salud pública en el Ecuador, específicamente en el territorio de Tumbaco. En tal sentido se trató de establecer la relación entre determinación social de la salud, derecho y participación social que permiten la comprensión del alcance de la participación y su nivel de incidencia en la Política de salud la cual ha sido instituida a partir de la Constitución.

En este contexto, se identificó dos maneras de interpretar la participación desde los diferentes

lugares que ocupan los actores sociales; por un lado, la participación institucionalizada desde la visión del Ministerio de Salud Pública y del otro la participación comunitaria, desde la experiencia de procesos comunitarios del nivel local.

Se utiliza el contexto y los antecedentes de la participación ciudadana, lo que permite visualizar las diferentes instancias de participación, el mismo que se viene trabajando en la parroquia de Tumbaco, desde antes de la Ley Orgánica de participación ciudadana, con esto se reconoce que la participación en salud tuvo objetivos claros en el desarrollo de propuestas de políticas públicas y como parte de esta práctica con diferentes actores sociales han sido transformadores en las condiciones de vida de la comunidad. Se desarrolla una visualización de las condiciones previas a la implementación de la política de participación ciudadana en la parroquia de Tumbaco, presentando los elementos necesarios que permiten comprender el lugar y el tiempo del proceso de implementación de la Política de Participación. El análisis de la situación de salud se organiza acorde con la determinación social: de lo general a lo particular. En primer lugar, evidencia los procesos económicos-estructurales, sociales culturales que organizan la vida en la sociedad, es decir, las condiciones de vida en Tumbaco; en segundo plano identificación de relaciones de poder individual y grupal enmarcadas en las prácticas sociales para lo cual el papel de los actores sociales y sus posturas demarcan para incidir o decidir en la política, y tercero un plano singular se evidencia los comportamientos o posturas individuales en relación con la participación, tales como: defensa de lo público/ defensa de intereses particulares (es dialéctico).

Los resultados se analizan la participación ciudadana vista desde la determinación social, es entendida como una práctica social enmarcada en las relaciones de poder, lo que implica diferentes niveles; en el plano comunitario hace parte de las relaciones sociales de la comunidad, en donde se expresan sus interacciones que se movilizan por intereses; en el plano social corresponde a las formas de relacionamiento con el Estado en donde las relaciones de poder se estructuran en la movilización del poder en relación con el bien general y los intereses particulares y comunitarios. Desde esta perspectiva la participación se configura en procesos identitarios de clase social que producen el tejido social que a su vez esta subsumido en la producción, y la cultura.

Se enfoca a la política pública de participación ciudadana en sus contradicciones con el derecho a la salud.

Las conclusiones en forma de reflexión orientado a la luz de las preguntas planteadas procurando identificar algunas recomendaciones en relación a la participación ciudadana como política de salud pública, en la parroquia de Tumbaco los años 2015 -2016.

METODOLOGIA

Esta Investigación es cualitativa basada en un enfoque dialectico desde el paradigma crítico, específicamente la epidemiología crítica, por cuanto busca contribuir a la comprensión de la participación en salud y su aporte en la transformación de la realidad. Desde esta perspectiva, la categoría Determinación Social explica cómo la dinámica dialéctica de las relaciones entre producción, propiedad y poder sustentan el modelo de acumulación de capital, y muestra que es allí donde se producen las inequidades. En tal sentido, la participación en salud es esencial para transformar las inequidades en la medida en que la ciudadanía y sus organizaciones asumen su papel de constructores activos de su propia vida individual y colectiva.

El método dialéctico de análisis permite demarcar las relaciones de poder al presentar las contradicciones entre Política de Participación Ciudadana, el modelo de Sistema de Salud, y las prácticas ciudadanas y organizativas enmarcadas en el derecho a la salud.

El diseño metodológico es dialectico porque pone las relaciones de poder en contradicción coloca la participación en movimiento, y desarrolla tres fases: i) diseño teórico-metodológico, que presenta la perspectiva de la investigación, parte del reconocimiento que la salud como una producción social en el marco de la determinación; siendo así, contiene al mismo tiempo dimensiones estructurales y políticas, expresadas en los aspectos histórico-culturales y simbólicos para su realización (4).ii) trabajo de campo, la recolección de la información de fuentes primarias de tipo documental para escuchar la voz institucional que permite contextualizar la experiencia en relación con participación ciudadana a través de entrevistas semiestructuradas a actores claves para recoger sus voces y posturas. Y un grupo focal con líderes sociales para ampliar y profundizar sobre las posturas de estos sujetos o actores sociales. Para el trabajo exploratorio de fuentes secundarias se revisó documentación con el objeto de establecer un referente histórico que implicó retomar información previa así se puede mencionar la Constitución del Ecuador 2008, Ley Orgánica de Participación Ciudadana, Acuerdos Ministeriales, Modelo de Atención Primaria Integral con enfoque en la familia y comunidad, Plan del Buen Vivir 2015-2016, entre los más sobresalientes iii) Proceso de análisis que presenta la forma en que se desarrolló el mismo para obtención de resultados. Cabe aclarar que el proceso analítico es permanente.

El proceso de análisis se realizó a partir de las categorías participación ciudadana, y política pública, en este análisis se utilizó el software Atlas TI.

Categorías	Familias	Variables
Participación Ciudadana	Barreras Calidad de Vida Comités Locales Concepción Control Estrategias Experiencia Ley de participación Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es participación para usted? Podría ser reunirse, protagonismo en las decisiones, transformar la salud, planificación • ¿Usted tiene experiencia en participación antes del 2014 cuénteme o describa que hacían? En esas experiencias de antes del 2014 usted considera que obtenían resultados ¿de qué tipo?, de ejemplos. • ¿Usted ha participado después del 2014?; Si es así, ¿cuénteme o describa que hacía? Usted ha participado después de 2014 ¿Qué resultados se obtuvieron, de que tipo?
Política Pública en Salud	Efectos Estrategias Talento Humano Valoración Negativa Valoración Positiva	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Sabe usted como están establecidas las políticas en relación a Salud? ¿Sabe usted si la política de salud ha cambiado? ¿Qué cambios considera que son visibles? En esos cambios que considera que ha sido para mejorar. ¿Que considera que no ha mejorado? Cree que la política de salud es suficiente para que se realice el derecho a la salud. ¿Qué le falta?
Determinación Social	Agricultura Barreras Desempleo Educación Enfermedad Migración Oportunidades de la región Participación Ciudadana y Determinación Social	<ul style="list-style-type: none"> • Considera usted que desde los años 2014 a los 2016 que ha vivido en la parroquia, la población ha crecido, hay más personas que han venido de otras provincias. • Usted cree que en los años 2014 a 2016 En la parroquia en los últimos años ha visto más desempleo que antes. ¿A qué cree usted que se debe? • Usted considera que la agricultura para los años 2015 al 2016 en el sector fue una ocupación relevante. • Para los años 2015 al 2016 en relación a años anteriores, usted considera que han aumentado las posibilidades para estudiar, ¿hay más oportunidades? o hay limitaciones? ¿Por qué, cree que pasa esto, de ejemplos?

Categorías	Familias	Variables
		<ul style="list-style-type: none"> • Durante los años que ha vivido en esta parroquia de que cree que la gente se enferma o cuales son las quejas que más tienen y por qué. • ¿Cuál cree que sea la causa por la que las personas vinieron en esos años a la parroquia de Tumbaco: Trabajo, Vivienda, Estudios, Mejorar ingresos, Otros • ¿Considera que hay más facilidad de acudir a un establecimiento de salud en la actualidad que antes o no? ¿Y por qué cree que pasa esto? • Las personas de su comunidad cuando enferman, a donde acuden: • Establecimiento de salud (consultorio, centro de salud), Farmacia, Curandero, Se queda en casa, Otros. • Considera usted que las personas no van al médico por: Costo, No conocen, Está lejos, No confían, Otros...

RESULTADOS

En primer plano, se visualiza como en el materialismo histórico en el dominio General en un sistema de acumulación de capital tienden a reproducir y mantener sus condiciones bajo relaciones jerárquicas puesto que los procesos más específicos y locales se encuentran subsumidos en la lógica general. El capital y el Estado capitalista desempeñan un papel protagonista en la producción de espacios y lugares en los que se desarrolla la actividad capitalista; no muy lejos de esta frase, en los últimos años, dado el crecimiento poblacional y desarrollo urbanístico de la zona, como el funcionamiento del Aeropuerto Internacional Mariscal Sucre, con algunas innovaciones como las carreteras que fueron construidas como la Ruta Viva en el sector de la parroquia de Tumbaco, han generado en el sector un crecimiento del polo industrial del Distrito metropolitano de Quito, ha originado una diversidad de estratos sociales en la zona, con la construcción de nuevas urbanizaciones; el aumento de la migración de personas tanto nacionales como extranjeras en busca de oportunidades, el aumento del comercio, sumado a la falta de control de ocupación y uso del suelo por parte de las autoridades de control, han dado un giro de 360° a Tumbaco, el cual se ha convertido en el eje del crecimiento poblacional. Acciones de globalización propias de procesos capitalistas en donde el Estado envuelto en discursos de competitividad, rentabilidad y mercantilización de la población van destruyendo formas de vida tradicional, áreas ancestrales como comunas. Pero lo más llamativo como lo dice uno de sus actores Harvey (2014):

Pero lo más llamativo de las crisis no es tanto la transformación total de los espacios físicos, sino los cambios espectaculares que se producen en los modos de pensamiento y de comprensión, en las instituciones y en las ideologías dominantes, en las alianzas y en los procesos políticos, en las subjetividades políticas, en las tecnologías y las formas organizativas, en las relaciones sociales, en las costumbres y los gustos culturales que conforman la vida cotidiana. Las crisis sacuden hasta la médula nuestras concepciones mentales y nuestra posición en el mundo. Y todos nosotros, participantes inquietos y habitantes de este mundo nuevo que emerge, tenemos que adaptarnos al nuevo estado de cosas mediante la coerción o el consentimiento... (5)

En la dimensión Particular los espacios sociales concretos de la parroquia de Tumbaco, se desarrollan en su reproducción distintas clases sociales cruzadas por características y relaciones étnicas y por relaciones de poder de género. En la interface de esas relaciones y principalmente orientadas por sus intereses y posibilidades de clase, se estructuran modos de vida colectivos y característicos que delimitan las potencialidades económicas, políticas, y culturales de cada clase. Es imposible comprender la salud de estos grupos, sin estudiar sus modos de vida.

Los Modos de vida dependen de un movimiento histórico, viabilidad, avances y retrocesos que determinan el sistema de acumulación económica que se haya impuesto en la ciudad, aunque los integrantes de una clase social puedan generar procesos de ruptura aprovechando el margen de autonomía relativa, espacios y fisuras que siempre deja la estructura de poder.

Al realizar un análisis de Condiciones de trabajo en la población de Tumbaco, se tiene en cuenta las peculiaridades y generalidades de la comunidad, mismas que fueron descritas a lo largo de su historia. La dimensión General, en su contexto económico, político, social y cultural en el cual se desarrolla la comunidad de Tumbaco, continúa manteniendo las inequidades sociales propias de un modo de producción capitalista, en donde la población económicamente activa, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos en 2010, conforma 23.493 habitantes que corresponde al 49% del total de la población, de los cuales el 57% son hombres y el 43% mujeres. Con datos claros de inequidad de género en donde una de cada tres mujeres entre 18 y 65 años de edad declara no realizar actividades económicas, consideradas amas de casa cuyas actividades en el hogar son invisibilidades tanto desde el punto de vista económico como social. (6).

En el sector laboral, en el Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del 2015, relatan experiencias de talleres con empleadores del sector; de acuerdo con ellos para la contratación de los trabajadores hay dos exigencias: la primera el nivel de educación mínimo y la segunda una edad máxima determinada (7). A partir de allí, obtener oportunidades laborales es bastante más complicado, si además se suma que las actividades laborales se ofertan para las clases dominantes.

Evidenciando que las clases dominantes y las alianzas hegemónicas de clase pueden conferir un carácter específico a la actividad laboral.

En relación a la edad de la población de Tumbaco y la oportunidad laboral, de acuerdo con el Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del 2015, la población es relativamente joven, 2 de cada 3 integrantes de la Población Económicamente Activa (PEA) tienen entre 20 y 45 años. La población de mujeres ha sido excluida de la PEA especialmente por la falta de oportunidades laborales, según se ha comentado en talleres participativos en el GAD (7). El comercio es una actividad laboral propia del sector, ocupa un 16%, es común entre hombres y mujeres, en esta actividad existe una equidad de género.

En relación a las condiciones de trabajo de la población de Tumbaco, en los últimos años se evidencia una marcada inequidad social, sujeta a clases dominantes y de poder que van a explotar a la población joven del sector, en actividades como la construcción con un 93%, la agricultura con 63%, las industrias manufactureras con un 62%, actividades más preponderantes de mano de obra masculina. En relación a actividades desarrolladas por mujeres, sobresale el empleo doméstico con un 90%, es decir, una de cada cinco mujeres de la PEA se dedican a esta actividad, la mayoría ejercen como empleadas domésticas en casas de clase social alta y media alta (7); Otras actividades que se destacan son las de educación con un 64%, actividades de atención en salud con un 71%, en escuelas, colegios y centros de salud del sector del Valle de Tumbaco. (7).

El dominio individual, expresa la determinación de los estilos de vida de las personas y sus rasgos

fenotípicos y genotípicos, en donde estos procesos van a generar nuevas condiciones desde el ámbito local.

La inequidad estructural del sistema capitalista se hace visible en algo absolutamente concreto: los sujetos de quienes hacen parte de un mismo colectivo humano. Todos los sujetos no pasan por el mismo proceso salud-enfermedad según la posición social que el sistema capitalista asigna a cada sujeto al clasificarlo en un colectivo social específico. Este proceso se vive de manera diferencial, siendo palpable sobre los sujetos y sus padecimientos.

De acuerdo a datos generados por el GADs municipal, (2018) en el Distrito Metropolitano de Quito la prevalencia de factores de riesgo comportamentales modificables de los individuos, por rango de edad, según encuesta más reciente ENSANUT ECU 2012: inactividad física y baja actividad global 38.6% (población de 18 a 59 años), consumo actual de tabaco 34,5% (población de 20 a 59 años), consumo de alcohol en el último mes 40.9% (población de 20 a 59 años), consumo de exceso de carbohidratos 14% y consumo de exceso de grasas 11%.

DISCUSION

En el campo de la salud, se vienen manejando principios de equidad, justicia, igualdad, necesidad y libertad, mismos que van a dar lugar a distintas políticas sociales que impactan en el sector salud, no lejos de esto, para los años 2015,2016, luego de los cambios estructurales a nivel del país, en el sector salud, también se han iniciado una nueva visión en Políticas Nacionales de Salud, con el fortalecimiento de este sector con una reestructuración profunda de la institucionalidad pública, como acceso y calidad de los servicios, y participación ciudadana enmarcados en el cumplimiento del Derecho a la salud, con la finalidad de lograr el buen vivir, Sumak Kawsay plasmados en la Constitución Política del Ecuador (2008) y en el Plan del Buen Vivir 2013-2017(1,8).

En las condiciones de crisis social, económica y política que viene atravesando el país, en especial el sector de salud con graves problemas como financiamiento, organización y gestión, uno de los aspectos de la reforma del Estado como estrategia de inclusión, igualdad y equidad es el fortalecimiento a la participación ciudadana y control social, mediante la cual la ciudadanía forma parte del proceso de toma de decisiones en asuntos públicos, generan aportes e inciden en políticas públicas, posicionando a la participación y al control social como un derecho. En el caso de la comunidad de Tumbaco, la participación ciudadana todavía no se ha concretado.

Otros de los primeros cambios, fue el fortalecimiento de infraestructura, equipamiento, recursos humanos, sumado a la política de gratuidad progresiva de los servicios de salud públicos, lo que genero un aumento significativo de la demanda hacia la institución.

La Política de salud, se direcciona en esta etapa a cambios en la estructura de gestión con el fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional, iniciando una reingeniería de la estructura a nivel Nacional, Zonal y Distrital enmarcados en la Reforma Democrática del Estado, proceso que tiene como objetivo mejorar la eficiencia, transparencia, y calidad de los servicios a la ciudadanía; el sector salud entra en la alta desconcentración y baja descentralización, lo que implica fortalecimiento de los procesos de salud en sus niveles desconcentrados, mejorando la capacidad resolutive de los territorios y la baja descentralización al traspaso de competencias a los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD).

Como parte de esta reestructuración para una mejor gestión en la distribución de los recursos se organiza la base territorial en Zonas, Distritos y circuitos, de acuerdo a la nueva estructura de gestión

del Estado, lo cual va a facilitar la articulación intersectorial y la intervención del sector social. A esto se suma la Ley orgánica de participación ciudadana, la poca población que acudía a los comités locales de salud, comenzaron a interesarse en el tema derechos en la salud, participación ciudadana y veedurías. Al decir de los actores sociales del estado, se entendió mal lo de las veedurías:

“la gente que hacia veeduría creía que estaba haciendo de agentes vigilantes del personal de salud y claro obviamente se dieron algunas situaciones como roces, la gente gritaba, exigía al personal de salud, pero en un mal sentido”. E7C2

Otro punto importante se fortalece a la red Pública y Complementaria que se encontraba fragmentada. Al mismo tiempo se fortalece la capacidad resolutive del primero, segundo y tercer nivel de atención, reorientando los servicios hacia la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, fortalecer el proceso de recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos para brindar una atención integral, de calidad, respetando a las personas en su diversidad y su entorno, con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales. Lógica institucional que, en la comunidad de Tumbaco, no estuvo socializada, y causo problemas propios de la comunidad cuando no son partícipes:

“Yo no estoy de acuerdo todo eso de que nos pongan como condiciones las cosas de zonificación porque no se sabe a uno donde le coge un accidente, una desgracia, una enfermedad” E5C4

Con estos cambios se pretende pasar de Políticas Neoliberales en donde se manejaba autogestión, recuperación de costos, aseguramiento focalizado, privatización a políticas enmarcadas en la nueva constitución, plan del buen vivir y Objetivos del Desarrollo de Milenio, en donde el reto es trabajar en cambios transicionales de perfiles demográficos, epidemiológicos, determinantes de la salud, incremento de la esperanza de vida.

Con todo esto, se trata de disminuir brechas de inequidad e desigualdad, se supone que idealmente todos deben tener una oportunidad justa en condiciones de salud; la ciudadanía tendrá más acceso y calidad a servicios de salud.

Otro eje estratégico dentro de las políticas públicas es el Modelo de Atención Integral de salud Familiar, Comunitario e Intercultural, bajo los principios de la Estrategia de Atención Primaria de salud Renovada cuyo propósito es transformar el enfoque médico biologista, hacia un enfoque integral en salud centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar, comunitaria como un derecho humano(9). La misma que es más institucionalizada, los actores comunitarios no la perciben y los actores sociales del estado creen que falta trabajar más:

“...yo creo que teóricamente se ha avanzado muchísimo, muchísimo, en el tema de prevenir y el tema de promoción y el de curar, pero todavía tenemos un enfoque mucho más curativo en el tema de salud, tal vez son las condiciones de salud en el país, pero todavía prevalece un aporte curativo, antes del tema de promoción y prevención, peor el de participación...” E6C3

Por otro lado, los actores sociales del GAD, lo perciben como una práctica en proceso:

“...la Misión de atención en salud, si creo que ha ido mejorando, porque tenemos una misión más amplia de lo que es el servicio de salud, ya no es la atención médica o clínica de enfermedades, sino también la proposición de grupos vulnerables como los adolescentes que se está trabajando en la Plena y en el Centro de Salud de Tumbaco, o en la incorporación de atención psicológica en toda el área del Ministerio, en ese caso Yaruqui, entonces yo le veo que efectivamente se está dando una atención más integral de lo que comenzamos hacer unos años, por lo que considero que si se dieron cambios favorables para esos años...”E5C3

Dentro de este proceso socio histórico de la política de participación ciudadana en el sector salud se escribe que para los años 2002, como parte de la participación se contaba con los “Congresos por la Salud y la Vida” (COSAVI) en los que a nivel nacional se debatía política pública y propuestas en Salud desde el 2002. El último COSAVI se realizó en el 2009 y para el 2015 el CONASA- ente que lo promovía- se encuentra en disolución para esa fecha; para dar paso a la rectoría del Ministerio de Salud Pública en la elaboración de la política pública centralizada. Con esto, se quiere visualizar durante todos estos periodos que cada vez la participación se va organizando en la lógica institucional y reconoce cada vez menos las dinámicas y prácticas sociales y comunitarias, es decir se viene dando una estatización de la participación.

Otro punto a tratarse que también se problematizaba era la Práctica sanitaria, el decreto Ejecutivo No. 491 estrategia nacional Intersectorial de Planificación Familiar y prevención del Embarazo adolescente (ENIPLA)(10); la ruptura de la institucionalidad y las Políticas Públicas establecidas en el Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017; el TLC y su relación con los determinantes sociales; reformas del código de trabajo y la Ley de Seguridad Social; estrategias para reducir la mortalidad materna; acciones de organizaciones sociales en defensa del derecho a la salud y la seguridad social; realidad sobre trasplantes en el país.

Para el año 2015, al organizar el Consejo Ciudadano Sectorial de Salud (CCSS), se produce un sisma de carácter administrativo entre el (CCSS) y en Ministerio de Salud Pública, en donde no se logra aprobar el POA 2015; cuando su reglamento aún no está vigente, los espacios de participación ciudadana se tornan restringidos para todo el colectivo, las organizaciones populares, y sociedad civil en si reclaman este espacio de participación, en donde sus actores manifiestan y mediante Carta Pública (11) lo que produce un retroceso en la organización de los espacios de participación a nivel de todos los sectores, esto causo un retroceso en conformación de comités locales de salud al decir de los actores sociales del estado.

Ante este problema, con el Acuerdo Ministerial No. 0000016 publicado en el Registro Oficial No. 697 de 23 de febrero de 2016, el Ministerio de Salud Pública, reestructuró el Consejo Ciudadano Sectorial de Salud (CCSS) (12) conformado mediante Acuerdo Ministerial No.00004892 publicado en el Registro Oficial No. 279 de 1 de JUNIO de 2014, reformado mediante Acuerdo Ministerial No. 00005253 de 4 de mayo de 2015, como una instancia de participación social organizada con actores que tengan interés y afinidad respecto de la temática de salud; teniendo por objeto el diálogo, la deliberación y el seguimiento de los lineamientos de las políticas públicas en salud, el cual se desempeñará como una red de participación de la sociedad civil articulada al Ministerio de Salud Pública(13). Esto, constituye una fragmentación por temas de interés acorde con la lógica institucional y las formas y prácticas de participación van a limitarse al colectivo en general. Con esto, se quiere

visualizar durante todos estos periodos que cada vez la participación se va organizando en la lógica institucional y reconoce cada vez menos las dinámicas y prácticas sociales y comunitarias, es decir se viene dando una estatización de la participación

Como parte de este Proceso del Estado, de fortalecer la garantía del derecho a la participación ciudadana desde el sector salud, y de su reafirmación como ente rector en Salud, en donde motiva a la ciudadanía a tener voz que aportara en promoción de la salud, además de vincular a la ciudadanía en seguimiento de políticas públicas, dando un enfoque de inclusión en temas de salud, se establecen las escuelas de formación ciudadana con el objetivo de llegar a otras instancias del sector, al decir de sus actores sociales del Estado, se ofertaba capacitaciones a organizaciones ya establecidas en la comunidad y/o actores sociales de otras instituciones, actividad utilizada como una herramienta de conocimiento y socialización que le permite actuar a las personas en territorio, partiendo de su entorno, práctica que no progresa por barreras como problemas de convocatoria pues la asistencia era muy baja o nula.

Todos los actores sociales de la población de Tumbaco, visualizaron cambios a nivel de país como repotenciación de hospitales y centros de salud grandes, recibieron la información sobre la gratuidad de los servicios, y el mejoramiento en la accesibilidad y calidad de los mismos; sin embargo, al preguntarles en su parroquia en donde ellos conviven todos los días, no se encontraron estos cambios, pues hay dificultad para acceder a los servicios de salud, se valora a la política pública como negativa:

“...a partir de la participación política...hubo una cantidad inmensa de cambios irremediables, que si se pueden decir independientemente de cómo, hay que establecer que hubo cambios y hubieron cambios obviamente dentro de la política también de salud en el sentido de que mal o bien de equipar algo , lo que conllevo a mejorar algo la calidad del servicio, pero no la calidad de la atención que es distinto, usted puede tener los mejores equipos y todo lo demás, pero si la atención es deficitaria...2014 al 2016, por ejemplo se repotenciaron los centros de salud , se repotenciaron hospitales y se manejó la situación, porque ejemplo de medicina gratuita...les andaban buscando a los discapacitados por todo lado eso para mí fue gratificante porque por lo menos les están dando medicación a pacientes hipertensos...” E3C3

Las políticas públicas como el reposicionamiento de la Atención primaria en salud (APS-R) como eje articulador del Sistema nacional de Salud, reorientando el Modelo de Atención (MAIS –FC) y Gestión del Sistema de salud en función de alcanzar la integralidad, calidad, equidad, tendiente a obtener resultados de impacto social que respondan a los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico, para los años 2015 -2016; dentro de esta lógica institucional se trabajan una serie de directrices para el cumplimiento de esta estrategia, la misma que es identificada por algunos actores sociales comunitarios.

Otro aspecto identificable es la atención médica con el mismo número de personal del Centro de Salud. Efecto que se evidencio por la comunidad, los mismos que hacen referencia a este punto, indicando que el Centro de Salud no abastece la demanda de la población(14). La oferta de servicio se mantiene, y actualmente las políticas se enfocan en grupos prioritarios.

Los Escenarios de atención fueron individuales, familiares, comunitarios en muchos casos, para lo cual se realizan actividades en establecimientos educativos, ferias de la salud y Centros de desarrollo infantil.

La atención son extramurales e intramurales, la mayor parte se han dado en el Centro de Salud, se sigue manteniendo el enfoque curativo, mismos que se dan por temas como la falta de personal, al decir de sus actores sociales del Estado; para este periodo todavía se mantienen a los profesionales en el centro de Salud y no en la comunidad y en el tema de participación ciudadana todavía no se visualiza.

Desde las voces de los actores sociales del estado, ven como un efecto positivo la Ley Orgánica de Participación Ciudadana y narran la restructuración del Consejo Sectorial de Salud, en donde considera que hubo gran interés en el trabajo con todos los sectores involucrados, a ese nivel se dieron seguimiento a políticas públicas, en cambio a nivel local la realidad fue diferente a:

“...donde sí hubo un interés especial, fue el tema del Consejo Sectorial de Salud, porque se restructuro, se fortaleció bien el Consejo Sectorial de Salud, tuvimos nueve asambleas y en todas las asambleas fuimos tratando, bueno se planteó un plan precisamente con el Consejo, un Plan de Fortalecimiento del Consejo Sectorial de Salud y en cada uno de los encuentros que tuvimos con el Consejo se planteó el tema de capacitación y el seguimiento a una política de salud, a una política pública de Salud, precisamente nació mucho de la inquietud y yo creo que también de los problemas...”E5C3

A nivel local, en la parroquia de Tumbaco esta política pública de participación ciudadana no se evidencia, muchos actores sociales del Estado, reconocen que falta trabajo en temas de promoción de la salud, otros dicen que necesitan más trabajo entre el Estado y la ciudadanía.

Otro de los objetivos a nivel país que se trabaja arduamente a nivel intersectorial es la desnutrición infantil para combatirla con participación ciudadana, siendo esto parte de la política social, así se establece en el Plan del Buen vivir del 2013 al 2017.

La desnutrición infantil que hoy afecta uno de cuatro niños menores de 5 años, y causa una reducción irreversible en su rendimiento escolar y en su futuro rendimiento laboral, puede bajar sustancialmente mediante un conjunto integrado de políticas de fortificación y suplementación alimentaria, capacitación y sobre todo impulso a la soberanía alimentaria en los lugares de la sierra, donde el problema alcanza mayor intensidad. Como meta reducir su prevalencia un 40% hasta el año 2030, prestando especial atención a la población indígena serrana(8).

Siendo partícipes de este Plan para los años 2014, 2015, 2016, se realiza una serie de programas enfocados con este objetivo; desde 2013 con el Plan Desnutrición cero que fue intersectorial, luego la estrategia de los 1000 días, en donde se trata de involucrar a los comites locales de salud de cada distrito, actividad que a nivel de la parroquia de Tumbaco fue muy poca al decir de su actor social del Estado.

Lo que si se puede evidenciar son los indicadores de morbilidad de esos años de la parroquia de Tumbaco, nos presenta cifras de desnutrición Proteico Calorica, mismas que van de leve a grave en los diferentes años registrado.

En este eje de participación ciudadana, durante este periodo al decir desde los funcionarios del Ministerio de Salud, se implementaron estrategias de promoción de la salud, con el objetivo de buscarla participación de la población; hacen referencia al Plan de los 1000 días, un trabajo enfocado

en menores de 2 años y embarazadas, con problemas de desnutrición. El mismo que no se logró una participación activa de la población.

Las Campañas de vacunación, como programa de prevención que todos los actores sociales identifican, y en el cual han participado, pero al igual que lo anterior no están bien informados y al parecer se sienten participes de alguna forma, unos reciben el servicio, otros colaboran con la logística, otros reciben información de los lugares donde deben ir a vacunarse. Es decir, que se mantiene una lógica fragmentada, que no reconoce las prácticas comunitarias ni sus lógicas, por ende, se sigue viendo a la ciudadanía como beneficiarios de los servicios y no como sujetos de derecho.

Algunos actores reconocen la gratuidad de la medicación, pero no saben porque escasea a veces, y se presentan quejas.

Consideran que la nueva distribución territorial por circuitos y distritos no es lo adecuado, que no mejora localidad del servicio, y que han encontrado dificultades. Es una valoración negativa de las políticas de salud porque perciben que ha limitado el acceso a los servicios de salud:

“lamentablemente, así se está viendo, por ejemplo eso que le digo que ha zonificado, para mí no me gusto para nada, porque, si alguien está enfermo de gravedad en Quito, se va a un hospital público que está cerca, por ejemplo, el Baca Ortiz, si es niño, se va al Eugenio Espejo, que no, porque no tienen la orden de donde viven, del sector, de la zona, eso para mí, muy mal, mal, mal, y de aquí, si se va directo a Yaruqui, primero la orden de donde vive, del Subcentro de Salud de Tumbaco, y de ahí si donde vive, mandan a Yaruqui”. P2C3.

Esto muestra como el territorio no corresponde a la lógica comunitaria sino a una mirada institucional de oferta de servicios.

A pesar de muchas quejas con el sistema de salud, siguen siendo parte del mismo y siguen siendo participes en forma directa e indirecta, pero continúan sin encontrar el espacio de dialogo en donde plasmar estas necesidades.

De acuerdo con el análisis realizado en Atlas ti, los resultados en la categoría políticas pública, los actores sociales identifican diferentes aspectos, para algunos actores sociales del Estado, las políticas las ven como estrategias con efectos positivos en la ciudadanía como el cumplir con el derecho a la salud mediante la participación ciudadana; sin embargo, para los actores sociales comunitarios perciben las políticas públicas como problemas, incluso un actor social del Estado plantea redireccionar las políticas a mejorar el estilo de vida mediante el fortalecimiento de la Promoción y prevención en salud.

“...estamos a tiempo más bien para redireccionar estas políticas, estas intervenciones, las estrategias y poder llegar a lo que se plantearon, mejorar el estilo de vida, mejorar la salud, pero fortalecer más que todo la promoción de la salud para llegar a esto, y habría que hacerle caso a la promoción de la salud, porque actualmente más se piensa en la enfermedad, ...no se piensa que debe también atenderse a las personas sanas y mantenerse sanas y trabajar en ese sentido...”. E7C1

Sumado a lo anterior se evidencia una debilidad de la cultura democrática, los actores sociales de la parroquia tienen intereses particulares, muchos pertenecen a instituciones públicas y conceptualizan la política social como un proceso institucional es decir del Estado, en el cual tiene lugar la toma de

decisiones basadas en un contenido técnico y lo ideal es cumplir con disposiciones; dejan de lado los problemas reales de la comunidad, se apartan del proceso político de participación ciudadana, dificultando la comprensión de la articulación entre Estado y sociedad.

Muchas de las políticas de salud pública luego de la repotenciación de los servicios de salud entre ellos la gratuidad fue aceptada e implementada en la población, pero no lograron madurar como proceso, pues al inicio se mantuvo la gratuidad, luego comenzó a escasear los insumos, los medicamentos, el personal no fue suficiente, problemas que no fueron revisados a nivel de Comités locales de salud.

Para estos años de intentar dar paso a una concepción integral de la salud—que corresponda a la lógica de los pueblos y del bien común—, como parte básica del derecho a la salud. Dentro de esta política de salud de participación ciudadana, en la parroquia de Tumbaco durante su implementación no se evidencia la conquista social de nuevos modos y estilos de vida en espacios saludables de trabajo, de la vida en barrios y domicilios, en mercados con productos seguros, en espacios deportivos no alienantes y bajo formas saludables de vivir con la naturaleza. En resumen, no se evidencia vivir en todos los espacios en condiciones de dignidad, bioseguridad y perfeccionamiento humano.

CONCLUSIONES Y APRENDIZAJES

Dentro de este punto podemos concluir: ¿Cómo era la participación antes de la promulgación de la Ley? La participación en Tumbaco se modificó a la luz de la Constitución y de la Ley de Participación a partir de la configuración de espacios para la concertación. La institucionalidad de la participación ha producido un posicionamiento en la visión formal del derecho y en la configuración de estructuras para tal fin. No obstante, dicha formalización trae consigo un tipo de instrumentalización en cuanto la participación es predefinida desde la institucionalidad al decir quién es el sujeto que participa, como participa y hasta donde participa. Es un desafío para la comunidad y la ciudadanía apropiarse de estas instancias de participación y convertir esos espacios en lugares de poder efectivo que responden a los intereses colectivos en función del derecho a la salud.

¿Cómo fue la interacción de la comunidad en todos los niveles de gestión del Ministerio de Salud Pública?

El proceso de interacción entre la ciudadanía y el estado ha aumentado en la medida en que se abrieron espacios, no obstante, la lógica de la participación se mantiene subsumida a la institucionalidad, sus intereses y necesidades en función de los programas y su validación como mecanismo de legitimación de los mismos. Con las Políticas instituye las formas de interacción, se normatizan y normalizan.

¿Qué efectos tuvo en la participación ciudadana su institucionalización?

Como se presentó hay dos posturas: i) la formalización de la participación debilitó y fragmentó la participación comunitaria (colectiva) y posicionó una participación individual, medicalizada centrada en la enfermedad; ii) la formalización ha creado y abierto espacios múltiples donde la ciudadanía asume un papel de interlocutora del estado a pesar de que aún no logra afectar las decisiones públicas.

¿Qué pasó con las condiciones de vida antes y después de la ley?

Las condiciones de vida de la parroquia de Tumbaco no pueden ser visualizadas como tal, antes y después de la Ley orgánica de participación ciudadana, pues todavía no ha sido implementada por parte del Estado del sector salud, al momento se encuentran en proceso.

¿Se puede ver los efectos de la ley de participación en decisiones concretas para mejorar la calidad

de vida de la gente?

La Participación Ciudadana promulgada en la Ley Orgánica de participación Ciudadana e implementada como política social, misma que fue delimitada a nivel de estado y establecida en la Constitución del 2008 como un derecho. Como política social, tiene una dimensión valorativa fundada en un consenso social que permite tomar decisiones. Adicionalmente es importante mencionar que para que se den estos procesos de participación en donde hay actores sociales con experiencias históricas en el tema, es necesario la identificación de realidades, volver a identificar requerimientos e intereses de los grupos sectoriales.

Antes de emitir un criterio en este punto, se debe recordar que la política social en cada sociedad genera los consensos que dan fundamento a las decisiones políticas orientadas por valores compartidos. Lo que establece desigualdades que se consideran tolerables, lo que se entiende por igualdad misma, y se define en qué circunstancias y con relación a qué grupos la sociedad debe ser solidaria y cuáles son los niveles de sacrificio colectivo deseables para la promoción social.

Por supuesto, el grado de consenso alcanzado con relación a valores que definen los principios de justicia y orientan decisiones políticas es crucial para definir la sostenibilidad e incluso la eficacia de las políticas sociales.

Se destacan muchas experiencias de dialogo en espacios definidos, que se dieron fue a nivel de gobiernos autónomos descentralizados mediante diagnósticos y programaciones participativas. Las veedurías y control social, quedaron como compromisos de muy pocas personas poco a nada comprometidas con el tema de salud. A pesar de estos antecedentes participativos, no existen las condiciones organizativas y administrativas del sector salud para generar una democracia participativa que establezca equidad entre Estado y una sociedad organizada que permita participar en el proceso de toma de decisiones de aspectos administrativos y de gestión de sistemas de salud.

Lo que se evidencia desde las voces de los actores sociales de la parroquia de Tumbaco, en el tema de salud se puede decir, que la participación en los procesos de planificación y en la construcción de política pública en salud no fueron los esperados. Las expectativas fueron muchas, tomando en cuenta las experiencias pasadas de participación que venían llevando la comunidad de Tumbaco, la realidad es que, por parte de los actores sociales del sector público, esta política se institucionalizo, en todo el proceso de implementación, no se reconoce la intersectorialidad de los problemas sociales, que se presentaron en la parroquia.

Ante lo expuesto, se evidencia limitados mecanismos institucionalizados por parte del Estado, mismos que no van a facilitar la incorporación de los ciudadanos a los procesos de comprensión de la situación de salud, identificación de problemas, y priorización de los mismos que permitan ser los portavoces para el diseño, implementación y control de políticas públicas.

Por lo que, es importante que se genere estrategias que permitan mayor reconocimiento de las lógicas comunitarias, sus prácticas incluidas expresamente las ancestrales y todos los procesos propios de forma tal que la institucionalidad aporte para impulsar estos ejercicios y los articule a sus propias lógicas y no al revés, es decir, que el estado comprenda que es desde las prácticas comunitarias que podría hacer transformaciones profundas y que su papel es disponerse y agenciar esas prácticas

En cuanto al derecho a la salud, para poder contribuir a su desarrollo, como lo manifiesta J. Breilh tiene que ir mucho más allá de la reforma de los servicios de salud (derecho individual), sino enfrentar los problemas de la comunidad, grupos sociales y ambientes (derecho colectivo). En términos jurídicos ese desafío ampliar la cobertura de la justicia sanitaria, lo que los abogados llaman la justiciabilidad

(ampliar obligaciones y tutelas) y la exigibilidad (mecanismos de cumplimiento y vigencia (15).

En salud se reconocieron sólo temas de equipamiento, de infraestructura, de medicinas entre otras, pero no se socializaron temas como saneamiento básico, problemas de migración que puede terminar en un problema de salud pública, desempleo, educación, entre lo más detallado por la población.

El desafío estatal de cambiar la cultura ciudadana de tutelada por el estado a una en donde a través de la participación ciudadana la ciudadanía se apropie de los desafíos que implica la implementación de la reforma del Estado, es todavía un reto a trabajar, es importante mencionar que el propósito dentro del mejoramiento de la calidad de vida de los colectivos es positiva, ya que tener una comunidad que responda a las necesidades individuales y colectivas.

Para poder determinar desde las voces de los actores sociales si su participación afecta las decisiones en salud en el territorio, la población debe tener más acceso a la información, se debe incrementar espacios de difusión y disponibilidad de información en relación al uso y manejo de recursos públicos, cumplimiento de políticas públicas de salud y lo que daría más transparencia es informar el impacto en los diferentes sectores de esta población de las políticas públicas, esto mejoraría la cultura deficitaria en el tema derechos ciudadanos y la población podría ser partícipe de estas decisiones en salud.

AGRADECIMIENTO

A los actores sociales comunitarios de Tumbaco, quienes me apoyaron desde sus voces para recopilar información de soporte de este trabajo

A los actores sociales del Estado, quienes transmitieron desde sus voces experiencias vividas en la implementación de esta política.
de esta política.

BIBLIOGRAFIA

1. Asamblea Constituyente del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador. 2008.
2. Ecuador. Secretaría de Pueblos, Movimientos Sociales, & Participación Ciudadana. Ley orgánica de participación ciudadana. 2010.
3. Ecuador Ministerio de Salud Pública. Manual «Implementación de la Estrategia de Participación Ciudadana en Salud en el Ministerio de Salud Pública». Registro Oficial. Acuerdo Ministerial 0044-2017; 2017.
4. De Souza Minayo MC. El desafío del conocimiento. En: Investigación cualitativa en salud [Internet]. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997 [citado 18 de diciembre de 2018]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Maria_Minayo/publication/33023708_El_desafio_del_conocimiento_Investigacion_cualitativa_en_salud/links/569e16b608ae16fdf07b9613.pdf
5. Harvey D. Diecisiete contradicciones y el final del capitalismo. Primera edición. Instituto de Altos Estudios de Ecuador; 2014. 1-299 p.
6. INEC. Encuesta de Empleo, Desempleo y Subempleo - ENEMDU [Internet]. Ecuador: Instituto Nacional de Estadística y Censos; 2010. (Vigésima Séptima Ronda). Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/empleo-desempleo-y-subempleo/>
7. Tumbaco, GAD. Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial de la Parroquia de Tumbaco [Internet]. Gobierno Autónomo Descentralizado de la Parroquia de Tumbaco. Igarss, 2015; 2015. Disponible en: http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/PORTAL_SNI/data_

- sigad_plus/sigadplusdocumentofinal/1768109120001_Plan%20de%20Desarrollo%20y%20Ordenamiento%20Territorial%20de%20Tumbaco%20con%20matriz%20proyectos_30-10-2015_17-16-21.pdf
8. Secretaria Nacional de Planificación y desarrollo. Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017. Senplades; 2013.
 9. Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e intercultural (MAIS-FCI). Ecuador; 2012. p 111-126.
 10. Ecuador. Corte Constitucional. Decreto Ejecutivo No. 491. Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y prevención del Embarazo adolescente ENIPLA. Suplemento del Registro Oficial N°395 de 26 de noviembre de 2014 2014.
 11. El Ecuatoriano Diario Digital. Renuncia Masiva en el Consejo Ciudadano Sectorial de Salud. Mas allá de las Fronteras [Internet]. 19 de mayo de 2015 [citado 14 de febrero de 2018]; Disponible en: <http://elecuatoriano.net/2015/05/19/renuncia-masiva-en-el-consejo-ciudadano-sectorial-de-salud/>
 12. Ecuador. Corte Constitucional. Acuerdo Ministerial No. 0000016. Suplemento del Registro Oficial N°697 de 23 de febrero de 2016 2016.
 13. Ministerio de Salud Pública. Manual «Implementación de la Estrategia de Participación Ciudadana en Salud en el Ministerio de Salud Pública». Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 2017 26. Report No.: Acuerdo Ministerial 0044-2017.
 14. INEC. Proyección provincias, Sexos y Áreas 2010-2021 [Internet]. Ecuador: Instituto Nacional de Estadística y Censos; 2016. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/>
 15. Breilh, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev Fac Nac Salud Pública. diciembre de 2013;31:13-27.
 16. Jaime Breihl. Acuerdo Urgente y Agenda por la vida y Salud. Universidad Andina Simón Bolívar. septiembre de 2012;p 10.