

ASPECTOS DE ECONOMÍA POLÍTICA Y DETERMINACIÓN DE LA SALUD: COVID-19

Aspects of political economy and health determination: COVID-19

Pozo Añazco José Andrés ^{1a}, Miño Armijos Edison Paúl ^{1b}

¹ Doctorando en Salud Colectiva. Universidad Andina Simón Bolívar sede Ecuador.

a. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2584-4440>

b. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1169-5701>

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo analizar desde el punto de vista económico cómo se estabilizó la economía del país a través de tres fases (el boom cacaoero, el boom bananero y finalmente el proceso de industrialización del país) y posteriormente la subsunción que estos procesos generaron la determinación social de la salud en la población menos favorecida de la república del Ecuador. En medio de esta problemática económica y social, las industrias devastaron el medio ambiente, con su lógica de acumulación y legislación a favor de lo privado, entraron los agrotóxicos principalmente a las fincas de producción a gran escala y trajeron consigo enfermedad y muerte. Estos procesos determinaron diferentes *embodiment* de salud en las distintas clases sociales, lo cual se reporta en el presente estudio desde la mirada de la epidemiología crítica y la determinación social de la salud.

Palabras Clave: Economía política; determinación social de la salud; COVID-19.

Abstract

The objective of this study was to analyze from an economic point of view how the country's economy stabilized through 3 phases (the cocoa boom, the banana boom and finally the process of industrialization of the country) and subsequently the subsumption that these processes generated the social determination of health in the less favored population of the Republic of Ecuador. In the midst of these economic and social problems, industries devastated the environment, with their logic of accumulation and legislation in favor of the private sector, agrottoxins entered mainly in large-scale production farms and brought with them disease and death. These processes determined different *embodiments* of health in the different social classes, which is reported in this study from the perspective of critical epidemiology and the social determination of health.

Key words: Political economy; social determination of health; COVID-19.

Introducción

El Ecuador es un Estado amazónico, plurinacional y multiétnico. Esta diversidad se ve representada por un conglomerado de pueblos y nacionalidades con características socioculturales, económicas y políticas distintas, que han permitido a través de los años una producción agrícola rural que alimenta desde diferentes aristas a las ciudades y que permite el intercambio de las mismas con productos que aportan nutrientes complementarios para la conservación de la vida.

Tradicionalmente, la Sierra produce carbohidratos, legumbres, ganadería y lácteos, la Costa aporta con banano, cacao y productos del mar, mientras la Amazonía tiene una producción mixta entre yuca, plátano y ganado (introducido artificialmente para la producción de carne). Finalmente, la región insular de Galápagos es más bien un destino turístico.

Inicialmente, la producción tenía que ver con la necesidad y la autosubsistencia de las comunidades, pero pronto la agricultura fue convirtiéndose en el eje de la economía nacional, conforme los procesos se iban industrializando con la premisa del desarrollo.

En ese proceso, los pequeños agricultores fueron los grandes perdedores, pues la acumulación de capitales privados permitió el acaparamiento irracional de la tierra y estos grupos económicos controlaron el espectro nacional, hasta la actualidad. Según Chiriboga: “Son el vehículo que utilizó la acumulación originaria para expropiar al trabajador campesino, y fue además la base espacial sobre la que se desarrolló la producción cacaotera” (1).

Ecuador también fue parte de los afectados, a fines del siglo XIX, por EUA, que rebasó sus márgenes nacionales y concibió la necesidad de acudir a países en vías de desarrollo para industrializarlos y posteriormente usufructuar de sus materias primas: más baratas y sin condiciones para su comercialización (2). Así nos convertimos en proveedores de materia prima y en arrendatarios de industrias transnacionales, que a la larga fueron devastando el medioambiente.

La industria trajo una forma de desarrollo económico basada en la producción en masa con agentes artificiales que acortan los ciclos de producción, pero que afectan a la salud de los productores y la calidad del medioambiente. Para Moreano “la causa primaria de todos esos fenómenos emerge del hecho de que producimos muy pocas mercaderías susceptibles de demanda exterior y consumimos, en cambio, muchos de producción extranjera” (3).

El grupo de la familia Noboa se consolidó como uno de los más pudientes y con mejores ganancias en los años 60 del siglo XX. Para 1964 más del 50 % de exportaciones de banano venía de ellos. Asimismo, apenas 8 empresas abarcaban el 90 % de las exportaciones totales del Ecuador (4). Esto pone en evidencia que la clase dominante en el país es una minoría favorecida que controla los poderes del Estado con su “mano invisible” (5). Para la década de los 90, con una industria ya establecida, básicamente con el aporte del Estado a la empresa privada, al puro estilo keynesiano, se propone que los problemas deben ser resueltos a corto plazo con inversión estatal, es decir, el Gobierno debe incrementar la demanda agregada incrementando los gastos (6). Sin embargo,

¿qué pasa con la salud cuando los intereses están volcados a la producción en masa?

A pesar de haber tenido varias bonanzas económicas a través de la historia, ubicadas básicamente en los siglos XIX y XX, el país vivió una de las peores catástrofes, que terminaron por desnudar un sistema de salud pública que no funciona y es incapaz de afrontar una pandemia debido a su misma estructura.

Tenemos una alta concentración de especialistas médicos en las ciudades grandes que no aportan al sistema público, que se dedican a trabajar de manera clientelar, con una visión mercantil de la salud que ha producido una separación en la relación médico-paciente, poco ética y alejada de los intereses de preservar la vida de las personas. Es por ello que el objetivo del presente estudio fue analizar desde el punto de vista económico cómo se estabilizó la economía del país a través de tres fases (el boom cacaotero, el boom bananero y finalmente el proceso de industrialización del país) y la posterior subsunción que estos procesos generaron en la determinación social de la salud.

Metodología

El presente estudio es una revisión narrativa de la literatura. Se buscaron fuentes con un máximo de veinte años de antigüedad, no se tuvo criterios de exclusión respecto a tipo de estudio ni diseño de las investigaciones, tampoco se puso un límite en cuanto a idioma. Se optó más bien por tratar de recopilar toda la información relevante respecto al problema de estudio. Se excluyeron investigaciones que partían de la teoría situada, debido a que en opinión de los autores no ofrecen el suficiente sustento empírico para servir como base a políticas públicas en salud.

Los documentos incluidos en la presente investigación tuvieron como requisito, pertenecer a alguna revista indexada o ser provenientes de libros producto de una investigación, tanto en ciencias de la salud como en ciencias sociales. Sin embargo, también se incluyen estadísticas de fuentes oficiales que suelen ser citadas en medios de comunicación masivos. En una primera fase de recolección se ubicaron 200 documentos y posteriormente, en base a una lectura crítica se terminó con treinta documentos citados.

Todos los escritos seleccionados para este estudio fueron leídos por ambos autores y en consenso se determinó la pertinencia de hacer uso del contenido. Cuando hubo discrepancias ante la duda, se excluyó el texto en cuestión.

Contenido

La industria del agro comercializaba en el país de manera libre, según el INEC, en 2016, el 25,34 % de productos que se señalaron como moderadamente peligrosos y el 24,27 % de poca peligrosidad, pero todos de uso permanente (7).

Naranjo muestra que solo el 20 % de trabajadores de las bananeras laboraba con equipos de protección personal durante la exposición a plaguicidas, pero el 46 % de ellos se los retiraban durante la jornada por exceso de calor y molestias referidas (8). Esto nos lleva a concluir que el estado de exposición medioambiental y humana a los agrotóxicos es permanente, existe un contacto diario y desproporcionado de las personas que trabajan, quienes a su vez tienen relaciones sociales en sus domicilios, incluso con niños, que son los más propensos a sufrir cualquier tipo de afectación a la salud.

Como señala Breilh, en un estudio sobre las bananeras del Guabo, la exposición no solo afecta a las personas que trabajan directamente, los agrotóxicos se diseminan por medio de las frutas, el agua, el ambiente, las personas que las trabajan y a sus hijos incluso por medio de la lactancia materna. (9)

En ese sentido, Felicita concluye que los agrotóxicos están presentes en las frutas, verduras, agua y suelos, provenientes también de los pequeños productores, que en su necesidad de competir con la industria, también utilizan estos químicos, además de que no tienen ni utilizan equipos de protección como en las grandes industrias. Felicita también señala que la práctica agroecológica es la mejor solución en este contexto y que su posicionamiento masivo es indispensable para la conservación de procesos saludables. (10)

EL ANÁLISIS ECONÓMICO EN SALUD

El sistema de salud en el Ecuador es un sistema fragmentado. Su principal actor es el Ministerio de Salud Pública, que cuenta con cuatro niveles de atención, desde los puestos y centros de salud hasta los hospitales de especialidades médicas de cuarto nivel. Siendo parte de la red pública se encuentra el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerza Armadas (ISSFA), con sus respectivos afiliados.

En el otro lado tenemos el sistema privado, compuesto por clínicas, hospitales y consultorios médicos y odontológicos con y sin fines de lucro, dependiendo de quiénes son sus propietarios y los intereses personales o empresariales.

El sistema público de salud no tiene la capacidad de cobertura a nivel nacional, con inversión eco-

nómica insuficiente, de tal manera que para resolver esa brecha, decidió instaurar una red pública y complementaria de salud, que permita integrar a las instituciones para resolver los problemas de acuerdo a sus niveles de complejidad.

La red complementaria de salud (RCS) funciona bajo un sistema de compra de servicios, cuyos casos son trasladados desde los servicios públicos de salud hacia los privados, posterior al análisis de capacidad resolutoria de cada caso (disponibilidad de recursos), y en base a eso se autoriza o no el paso a las clínicas privadas, bajo una normativa que se empeña en resolver problemas emergentes o problemas de consulta externa. Con esto se garantiza, en cierta medida, el acceso a la salud de los ecuatorianos, pero de manera implícita, fortaleciendo el sistema privado y evadiendo la responsabilidad e inversión pública.

Así tenemos odontólogos facturando millones de dólares del IESS por concepto de compra de servicios. Es el caso de Juan Carlos Nicholls, que desde 2020 facturó 167 millones de dólares por prestación externa de servicios (11) o los 5690 millones que ha pagado el IESS a sus 724 protestadoras externas desde 2013, dinero que pudo fortalecer el sistema público de salud (12). Esto denota una propensión a fomentar la salud privada como la solución a los problemas de cobertura y acceso.

Según la Constitución del Ecuador, “el Presupuesto General del Estado destinado al financiamiento del sistema nacional de salud, se incrementará cada año en un porcentaje no inferior al cero punto cinco por ciento del Producto Interior Bruto, hasta alcanzar al menos el cuatro por ciento” (13). En 2008 la asignación presupuestaria fue del 1,5 % del PIB, lo que significa que en cinco años la salud debía contar con el 4% del PIB, sin embargo, para 2022, el presupuesto codificado fue del 3 % del PIB y el ejecutado fue apenas el 39,9% hasta junio de 2022 (14). Es evidente que la inversión en salud no ha sido como requería su planificación y ningún Gobierno, hasta el momento, se preocupó por cumplir con lo indicado en la Constitución misma.

En cuanto al Plan Nacional de Desarrollo y los Objetivos del Desarrollo Sostenible, de los siete ítems correspondientes, de 2015 a 2019, apenas se logró completar uno, que es reducir la tasa de nacidos vivos en adolescentes de 15 a 19 años, del 76,5% al 63,5%, sin embargo, si miramos con ojos críticos, ese 63,5% de adolescentes sigue teniendo hijos. Sumado a este problema social y de salud, evidenciamos que no se puede reducir la desnutrición crónica en menores de 2 años acorde a lo planificado, tampoco la tasa de mortalidad materna o la mortalidad infantil, que de hecho incrementó (15), es decir, estamos frente a un problema integral de salud, no se resuelve con el tratamiento diferenciado y aislado de ciertos factores o indicadores. Así, una visión reduccionista hablaría del éxito de una política de salud pública por la reducción de la natalidad en adolescentes, pero una visión compleja no remite a un fenómeno sociológico que se da en todos los países por la expansión del mercado y los medios de comunicación, que ofrecen a las adolescentes un mundo diverso de consumo más allá de la maternidad.

Tabla 1. Indicadores y resultados del período.

Meta del Plan Nacional de Desarrollo	2015	Meta al 2021	2019	Cumplimiento
Incrementar el porcentaje de personas cubiertas por alguno de los regímenes de seguridad social pública contributiva del 47% al 51,2%.	47%	51,2%	43,1%	
Reducir la razón de mortalidad materna de 44,6 a 36,2 fallecimientos por cada 100.000 nacidos vivos.	44,6%	36,2%	37%	
Reducir la tasa de mortalidad infantil de 8,95 a 6,8 por cada 1.000 nacidos vivos.	8,95%	6,8%	10,1%	
Disminuir del 76,5% al 63,5% la tasa específica de nacidos vivos en mujeres adolescentes entre 15 a 19 años de edad.	76,5%	63,5%	63,49%	
Reducir del 24,8% al 14,8% la prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 2 años.	24,8%	14,8%	27,2%*	
Incrementar la tasa de profesionales de la salud de 25,1 a 34,8 por cada 10.000 habitantes.	25,1%	34,8%	23,44%*	
Incrementar la proporción de nacidos vivos con asistencia de personal de la salud del 95% al 98,9%.	95%	98,9%	97,2%	

Fuente: Adaptado de (16), (17), (18)

Es menester analizar el porcentaje de personas cubiertas por los regímenes de seguridad social, pues para que este indicador suba, evidentemente, se necesita conseguir empleo formal, pero en este caso el indicador disminuye de 47% en 2015 a 43,1% en 2019, entonces, la condición de subempleo y desempleo ha permanecido y es parte de la incidencia de la situación en la salud de la ciudadanía (16).

Consecuentemente, la tasa de desnutrición crónica en menores de dos años se observa aumentada de 24,8% en 2015 a 27,2% en 2019 (17), debido a que las políticas de salud emitidas se enfocan a la capacitación de padres y cuidadores en la preparación de alimentos y el aporte nutricional de los mismos, lo cual desde una visión funcionalista y de gobernanza, es correcto y mejora el conocimiento de las personas, pero visto desde la complejidad implica que no se puede aplicar un conocimiento científico alimenticio si no se tiene el alimento en el hogar, el mismo que viene de dos formas: con la producción y el intercambio o con el salario.

Este contexto, no permite el acceso equitativo a la salud y uno de los mejores indicadores para evidenciar lo antes dicho es la mortalidad infantil, que subió del 8,95% en 2015 al 10,1% en 2019 (17). La elocuencia de los datos nos muestra que existen problemas de salud graves, asociados a la falta de inversión en salud y a la brecha entre las políticas de salud y su aplicación en las diversas regiones del país.

LA PANDEMIA Y EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA

Todos los datos indican que los Gobiernos han reducido los presupuestos en salud. Como indica Moreano, en EUA se redujeron los fondos de los centros de prevención y control de enfermedades (CDC) en un 10% entre 2010 y 2019. Italia y España redujeron las camas de cuidados intensivos de 575 por 100 000 habitantes a 275 para 2020 (19). De la misma manera, en Argentina se redujo el gasto en salud del 2,7% del PIB a 1,7%. En Ecuador, finalmente, se pasó de una inversión en salud de 306 millones en 2017 a 110 millones en 2019, siendo parte de ese recorte las desvinculaciones de alrededor de 5000 empleados entre 2017 y 2018, en su mayoría médicos y enfermeras (20). Estas cifras se corroboran con datos de organismos internacionales, como los plasmados en el informe *Global Health Watch* de 2022, donde se ratifica que a nivel mundial, la década 2010-2020 fue la década de la austeridad en salud (28).

Esto nos lleva a una realidad que solo puede ser identificada desde una perspectiva transdisciplinaria y crítica, pues las afectaciones a la salud de estas políticas públicas de austeridad no afectan por igual a las personas de un país, sino que se manifiestan de forma diferenciada, dependiendo de su edad, clase, género, etnia, entre otros rasgos que aumentan o disminuyen la vulnerabilidad de los distintos grupos sociales. Por ejemplo, *The New York Times* señala que la inequidad racial terminó por comprometer la vida de los latinos y los negros, y que las muertes durante el confinamiento se produjeron sobre todo en áreas suburbanas y las zonas rurales, donde tradicionalmente habitan estos grupos (21).

Esto se enlaza con la explicación de Sánchez, quien nos muestra que el 16,6% de la población guayaquileña viven en casas precarias que no superan los 60 m², que el 48% de la población vive

del trabajo informal y habita los barrios más necesitados. Así, desde lo que en la salud colectiva latinoamericana se llama “geografía crítica”, se pudo determinar que el COVID-19 afectó más a los barrios marginales de Guayaquil, desprovistos de atención médica y servicios básicos, donde el agua llega en tanqueros repartidores y familias ampliadas se viven hacinadas en una sola habitación (22).

Como todos sabemos, en diciembre de 2019 se reportó el primer caso de COVID-19 en una ciudad de China y para marzo de 2020 la OMS declaró el estado de pandemia (23). Es evidente que en tres meses el Gobierno ecuatoriano no iba a poder aprovisionarse de los recursos necesarios para enfrentar dicha enfermedad, sin embargo, que el exvicepresidente Sonnenholzner haya dicho el 6 de febrero de 2020 “no pasa nada si me da coronavirus, pero vendemos pitahaya, regreso igual” (24), demuestra la negligencia o ignorancia de las autoridades políticas de entonces sobre lo que estábamos viviendo.

El desconocimiento de la patogenicidad del virus, sumado a la ignorancia de los políticos en su momento sobre el manejo de los sistemas de salud y la falta de inversión sanitaria, llevaron a realizar un análisis de casos y muertes lineales y completamente reduccionistas en todo el país, realizando mesas técnicas para contabilizar y estigmatizar personas y poblaciones determinadas, que fueron las más afectadas.

Sánchez acertadamente utiliza la geografía para hacer una construcción basada en el INSOC (25), lo cual nos da una visión espacial y territorial del comportamiento de una enfermedad (22). Así se encontró que los mayores problemas encontrados en relación al COVID-19 se dieron en los barrios populares de Guayaquil (26).

Es importante conocer que cuando existen brechas en salud y la inversión no puede contener una enfermedad, se producen unos *embodiment* o “encarnaciones” que terminan por maximizar los efectos de una condición de salud, por ejemplo, la carga viral del COVID-19 en conjunto con las comorbilidades y la malnutrición afectan y producen una tormenta inflamatoria en la dimensión individual. Así es como ocurre el metabolismo entre la naturaleza, la sociedad y las diferentes dimensiones que de manera dialéctica están conectadas (27).

En una revisión realizada en Quito, se describe, por ejemplo, un escenario donde la tasa por COVID-19 es mayor en la clase subproletaria (19,27 x 10 000 hab.) respecto a la clase empresarial de barrios urbanos (7,12), lo cual evidencia la profundidad de la inequidad y la necesidad de un estudio transdisciplinario que dé relevancia a un tema como este (27).

Para entender la determinación social de la salud en un contexto de devastación de la sociedad por una enfermedad a nivel de pandemia, se debe comprender que existen dinámicas que configuran estructuras espaciales que se pueden volver vulnerables y con potencial de ser propicias para la expansión de una enfermedad. Es así que, presentamos un mapa tomado de un contexto social en territorio y que considera, por ejemplo, las competencias de los GAD (Figura 1) , los espacios como construcción social y la salud entendidas como un acceso y concreción de derechos de la ciudadanía (22). La imagen pone en evidencia cómo una enfermedad puede afectar a ciertos sectores sociales, históricamente apartados y abandonados, que no cuentan con servicios básicos, que,

siendo urbanos o rurales, viven en condiciones de pobreza, que no pueden respetar el confinamiento pues viven del trabajo diario y que perciben los productos de bioseguridad como “lujos”.

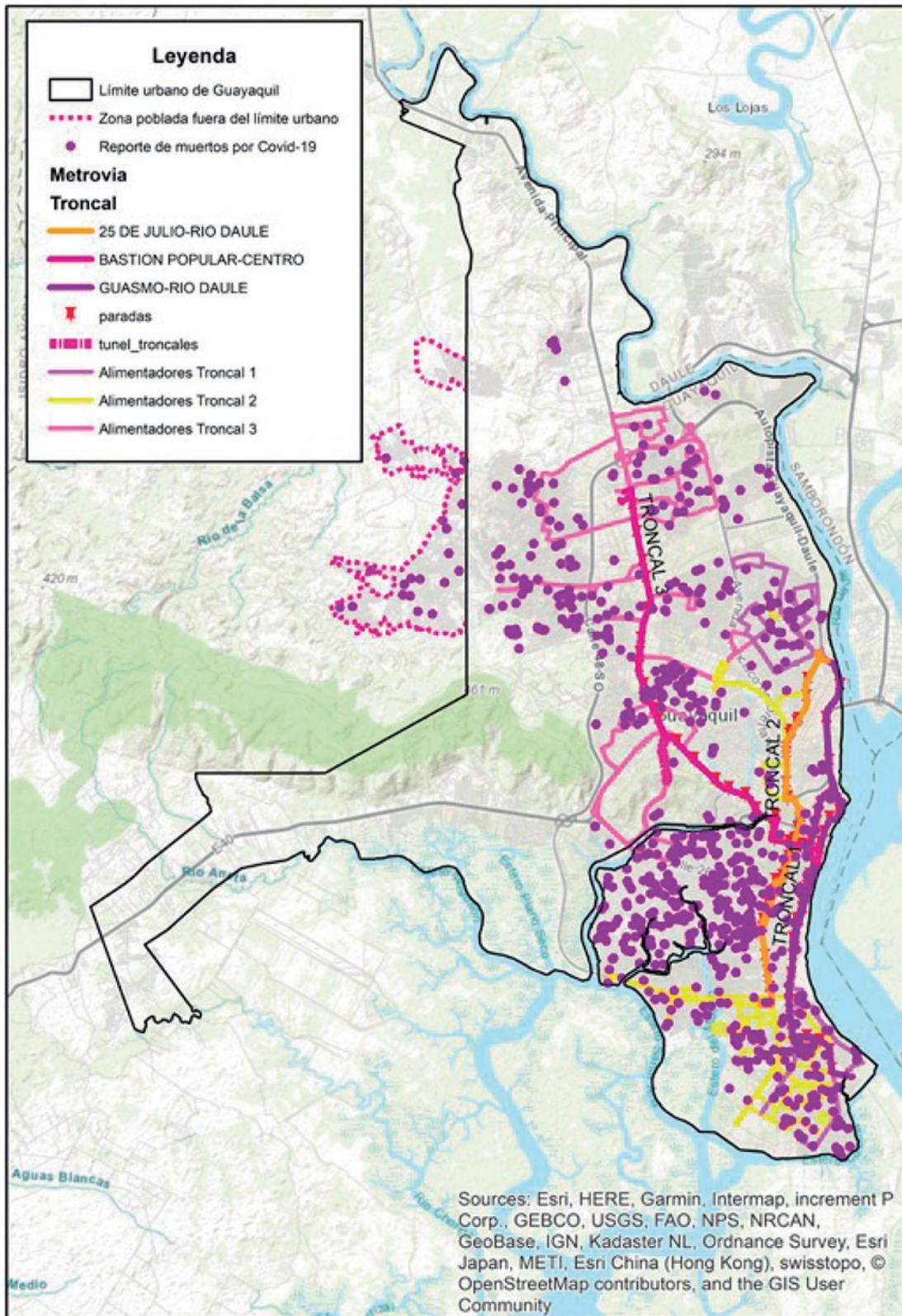


Figura 1. Guayaquil: Movilidad y fallecidos por Covid-19. Fuente: Municipalidad de Guayaquil

Discusión

A partir de todos los datos planteados, nuestra perspectiva cuestiona los estudios tradicionales sobre COVID-19. Tal es el caso de Santillán, que describe de una manera lineal la caracterización de pacientes COVID-19 positivos en Ecuador, donde se menciona que “es el segundo país en Suramérica con el mayor número de contagios con 22.719 casos confirmados de COVID-19 con 576 fallecidos por COVID-19 y 1060 fallecidos sospechosos sin prueba confirmatoria de COVID-19” hasta el 24 de abril de 2020 (29).

Este estudio en ningún momento sugiere que existen causas más allá de las estadísticas y solo se enfoca en que la enfermedad se complica por la movilidad humana, y el irrespeto al distanciamiento social, el toque de queda y el uso de bioseguridad, de manera que se empieza a culpabilizar a las personas que no se quedaron en casa, sin importar que sus razones hayan sido de supervivencia.

De la misma forma, Chauca habla de la precariedad de la salud pública en el país, basándose principalmente en que el Ecuador no se encontraba con la capacidad política ni económica de dar respuesta ante semejante advenimiento sanitario. A pesar de su capacidad de incorporar lo social, el autor no es capaz de profundizar en la discusión, quedándose en una lógica multicausal y determinista, cuya propuesta no deja de ser fragmentada y enfocada a la gobernanza y el control de factores (30).

En este punto es necesario señalar una de las más importantes publicaciones realizadas en el Ecuador, publicada en diciembre de 2021: *La enfermedad del Coronavirus-2019 (COVID-19) y el SARS-COV-2: Una visión multidisciplinaria de la pandemia, su origen, sus implicaciones médicas, sociales y sanitarias*. Leyendo con atención los capítulos IV y V, donde se aplican varios métodos estadísticos para determinar los números de la pandemia, la cantidad de muertes en Quito acorde a la primera y segunda ola e incluso un análisis categórico de la enfermedad, hallamos que el autor está convencido de que “debido al contexto de la pandemia y a la llegada de las vacunas, esperamos que la pandemia termine en diciembre de 2021” (31). Ciertamente, la realidad nos dice a fines de 2022 que esta perspectiva no era realista, pues incluso en países donde la vacunación ha sido exitosa se han enfrentado a nuevas olas de contagio y necesidades de aislamiento por tercera o cuarta ocasión. Esto demuestra que, si bien las vacunas ayudan, no son la panacea y hay que actuar sobre la determinación social de la salud (32).

Con estos antecedentes podemos ver que el análisis de Ortiz (31) es evidentemente funcionalista, enfocado sobre factores y separando la naturaleza, de la sociedad y de las realidades grupales e individuales. Su visión es “farmacocentrista” y no apoya a los intereses sociales. Finalmente, el documento presenta varias recomendaciones en cuanto a la elección de vacunas y los tratamientos para el COVID-19. Valga mencionar que el prólogo del libro de Ortiz lo escribe el actual vicepresidente del Ecuador (31).

Conclusiones

Para concluir este análisis resulta evidente que el camino de la salud pública en el Ecuador es la epidemiología crítica, pues cuando leemos a Breilh (32) y su revisión de la pandemia, claramente percibimos un escenario donde la tasa por COVID-19 es mayor en la clase subproletaria.

Así las cosas, es imprescindible que en el país se realicen estudios transdisciplinarios y complejos, que observen a la salud como un producto de la reproducción social, es decir, que está socialmente determinada por dimensiones sociales, grupales e individuales, y también por las relaciones con el medio ambiente. Estos estudios que deben partir del paradigma de la epidemiología crítica, tienen que ser complementarios a una reforma del gasto público en salud, de manera que se invierta en personal, infraestructura, tecnología y recursos.

En otras palabras, necesitamos un cambio a nivel teórico y práctico, es decir, epistemológico y metodológico. Hay que estudiar los fenómenos de la salud, como el COVID-19, desde fuera del funcionalismo positivista y las políticas públicas deben dejar de atacar síntomas visibles o factores de riesgo aislados, para abordar las múltiples dimensiones de la salud.

Referencias bibliográficas

1. Chiriboga M. Jornaleros, grandes propietarios y exportación Cacaotera, 1790-1925. CIESE y Consejo Provincial. Quito; 1980. 176–178 p.
2. Acosta A. Breve historia económica del Ecuador. 2a ed. actualizada. Quito: Corporación ed. nacional; 2002. (Biblioteca general de cultura).
3. Moreano A. Capitalismo y lucha de clases en la primera mitad del siglo XX. Instituto de Investigaciones Económicas.; 1976. 160 p.
4. Larrea C. Industria, estructura agraria y migraciones internas en el Ecuador. FLACSO; 1991.
5. Smith A, Rodríguez Braun C. La riqueza de las naciones: (libros I-II-III y selección de los libros IV y V). 3a ed., 9a reimp. Madrid: Alianza Editorial; 2019.
6. Keynes JM(. Teoría general de la ocupación, el interés y el dinero. Cuarta edición (corregida y aumentada), 2003. Sexta reimpresión, 2017. México: Fondo de Cultura Económica; 2017.
7. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Quito: INEC; 2020. (Información Agroambiental y Tecnificación Agropecuaria).
8. Naranjo A. La otra guerra: situación de los plaguicidas en Ecuador. Quito: Agencia Ecologista de Información -Tegantai; 2017.
9. Breilh J. Cuestiones pendientes y miradas alternativas a los 50 años de reforma agraria”. primer seminario internacional: soberanía alimentaria, poder y tierra en América Latina. Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador; 2016.
10. Felicita O. LOS AGROTÓXICOS Y LA IMPORTANCIA DEL ANÁLISIS DE RESIDUOS EN MUESTRAS ALIMENTICIAS, AMBIENTALES Y HUMANAS. Universidad Andina Simón Bolívar - sede Ecuador. 2022;
11. Diario El Universo. La bonanza del odontólogo que, como prestador externo, le ha facturado al IESS \$ 167 millones desde el año 2020. El Universo [Internet]. 2022; Disponible en: [https://www.eluniverso.com/noticias/ecuador/la-bonanza-del-odontologo-que-como-prestador-externo-le-ha-facturado-al-ies-167-millones-desde-el-ano-2020-nota/\\$](https://www.eluniverso.com/noticias/ecuador/la-bonanza-del-odontologo-que-como-prestador-externo-le-ha-facturado-al-ies-167-millones-desde-el-ano-2020-nota/$) 5.960 millones ha pagado desde 2013 el IESS a sus prestadores externos. El Universo [Internet]. 2022; Disponible en: <https://www.eluniverso.com/noticias/ecuador/5960-millones-ha-pagado-desde-2013-el-ies-a-sus-prestadores-externos-nota/?modulo=related&seccion=Noticias&subseccion=Ecuador&origen=/noticias/ecuador/la-bonanza-del-odontologo-que-como-prestador-externo-le-ha-facturado-al-ies-167-millones-desde-el-ano-2020-nota/>
12. Asamblea de la República del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador. 2008.
13. Grupo Faro. Ejecución presupuestaria en educación, salud y bienestar social en Ecuador 2017-2022. Grupo Faro; 2022.

14. Castillo JL. El sistema de salud en Ecuador. Grupo Faro; 2021.
15. Instituto Nacional de Estadística del Ecuador. Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU). Quito: INEC; 2018.
16. Instituto Nacional de Estadística del Ecuador. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSA-NUT). Quito: INEC; 2018.
17. Instituto Nacional de Estadística del Ecuador. Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud (RAS). Quito: INEC; 2018.
18. Moreano A. Tragedia y épica del coronavirus. La línea de fuego. Quito; 2020.
19. Báez J. Los recortes cobran factura al Ecuador. La inversión en salud se redujó un 36% en 2019. 2020.
20. Oppel R, Gebeloff R, Lai R, Wright W, Smith M. The Fullest Look Yet at the Racial Inequity of Coronavirus. 2020;
21. Sánchez P, Zamora G. Guayaquil: La ficción de un éxito. El impacto de la pandemia Covid-19 en ciudades de desarrollo geográfico desigual. Juan Cuví. Quito; 2020.
22. Diario El País. La OMS declara el brote de coronavirus pandemia global. Diario el país [Internet]. 2020; Disponible en: <https://elpais.com/sociedad/2020-03-11/la-oms-declara-el-brote-de-coronavirus-pandemia-global.html>
23. Diario El Comercio. Sonnenholzner confirma viaje a China: 'no pasa nada si me da coronavirus. EL comercio [Internet]. 2020; Disponible en: <https://www.elcomercio.com/actualidad/sonnenholzner-viaje-china-negocios-coronavuris.html>
24. Breilh J. Cuestionario para la investigación de la inserción social en población. Fundamentos teórico explicativos. 2017;
25. Ministerio de Salud Pública del Ecuador Subsistema de Vigilancia SIVE-Alerta. Enfermedades transmitidas por vectores. Ecuador, SE 01-53-2020. Ministerio de Salud Pública; 2020.
26. Breilh J. Postnormales. Capítulo 1. La mancha en el ojo. Quito: ASPO; 2020. 21-74.
27. Asociación Latinoamericana de Medicina Social. People's Health Movement, Medact, Third World Network, Health Poverty Action, Medico International, ALAMES, Viva Salud, & Sama. Global Health Watch: In the Shadow of the Pandemic. 6ª ed. Londres: Bloomsbury; 2022.
28. Santillán, A. Caracterización epidemiológica de Covid-19 en Ecuador. Inter. Am. J. Med. Health.; 2022.

29. Chauca, R. La COVID-19 en Ecuador: fragilidad política y precariedad de la salud pública. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2020 abr.-jun.; 28(2): 587-591.
30. Ortiz, E. La Enfermedad del Coronavirus-2019 (COVID-19) y el Virus del SARS-CoV-2: una visión multidisciplinaria de la pandemia, su origen, sus implicaciones médicas, sociales y sanitarias. Quito: Universidad de las Américas; 2021.
31. Breilh, J. La mancha en el ojo. *Postnormlaes*. 1ª ed. Buenos Aires: ASPO; 2020.

Recibido: 15 agosto 2022

Aceptado: 01 septiembre 2022

