

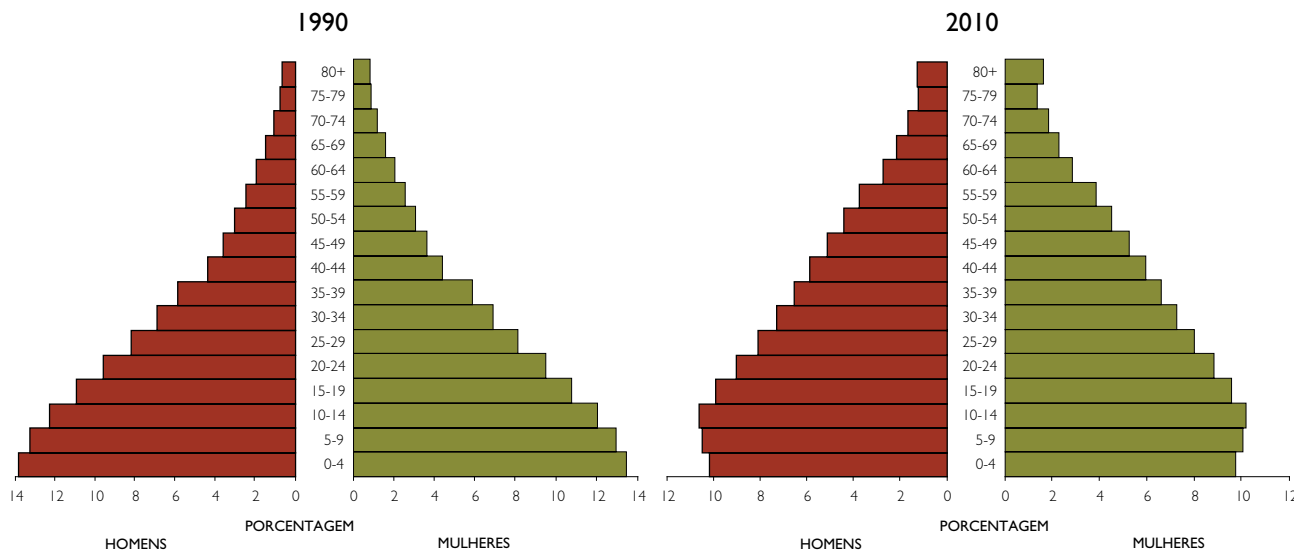


INTRODUÇÃO

A República do Equador situa-se ao noroeste da América do Sul, tem uma extensão territorial de 256.370 Km² e é geograficamente dividida em quatro regiões: Litorânea, Serrana, Amazônia e Insular. O país é organizado em 24 províncias, 269 cantões, que, por sua vez, são subdivididos em comunidades urbanas e rurais. Em 20 de maio de 2010, o país passou por uma reorganização político-administrativa, em que o

território foi dividido em nove zonas com governos autônomos descentralizados, distritos e circuitos. O Equador tem 14.483.499 habitantes e registrou, entre 2001 e 2010, um crescimento populacional anual médio de 1,7% (1).

A população urbana representa 60,4% do total nacional; quase 50% da população habitam na Região litorânea, 45% na serrana, 5% na Amazônia e 0,2% na Região insular. Quase 71,9% da população se consideram mestiça; 6,1% branca, 6,8% indígena, 7,2% afro-

FIGURA I. Estrutura da população por idade e sexo^a, Equador, 1990 e 2010

A população cresceu 34,0% entre 1990 e 2010. Em 1990, a estrutura da população tinha uma forma piramidal, em que os menores de 20 anos de idade representavam quase metade da população. Em 2010, a pirâmide se estreita e mesmo os grupos menores de 10 anos de idade se reduzem, correspondendo ao declínio da fertilidade e da mortalidade nos anos intervenientes.

Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde, a partir de dados do Departamento Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, Divisão de População, Perspectivas da População Mundial, revisão de 2010, Nova Iorque, 2011.

^a O percentual de cada faixa etária representa sua proporção do total para cada sexo.

-equatoriana e 7,4% Montubio. As províncias com maior população indígena são Chimborazo, Pichincha e Imbabura (1). A Figura 1 mostra a estrutura populacional do país em 1990 e 2010.

A expectativa de vida ao nascer no quinquênio 2005–2010 era de 75 anos (72 anos para homens e 78 para mulheres). A taxa global de fertilidade para o mesmo período foi de 2,6 filhos por mulher (2). O registro oportuno de nascidos vivos passou de 53,7% em 2006 para 62,3% em 2010. Durante o mesmo período, a taxa bruta de mortalidade manteve-se em 4,3 mortes por 1.000 habitantes. Do total de óbitos, 90,1% foram certificados por médicos com identificação da causa mortis e 9,4% definiram-se como causas mal definidas (3).

O fenômeno migratório iniciado no princípio da década passada teve um impacto social e econômico importante devido à entrada de remessas monetárias do exterior, as quais nos últimos anos ocupam o segundo lugar na balança de pagamentos do país (4). Em 2010, a população economicamente ativa era de 6.535.240 pessoas, com uma taxa de ocupação de

37,3%, uma taxa de desemprego 5% e uma taxa de subemprego 56,8%. O salário básico unificado subiu de US\$ 170 por mês em 2007 para US\$ 264 em 2011 (5-7).

A participação das mulheres em cargos públicos e na política é heterogênea. Em 2009, foram eleitas para a Assembleia Constituinte 42 mulheres, que representam 34% dos 124 deputados. Em outras instâncias públicas, a presença feminina varia entre 4,8% (Justiça) e 60% (Parlamento Andino).

Em 2007, o novo governo apresentou uma proposta de conduzir uma política soberana, realizar a integração regional e aumentar o investimento social. Em setembro do mesmo ano, a Assembleia Nacional Constituinte redigiu uma nova Constituição, que foi aprovada em referendo em 30 de setembro de 2008. Definiu-se então, um plano de desenvolvimento – denominado Plano Nacional para o Bem Viver 2009–2013 – que articula as políticas, a gestão e o investimento público com o objetivo de fortalecer a natureza plurinacional e intercultural do Estado.

Entre as conquistas sanitárias mais importantes do período 2006-2010, constam: i) a incorporação do direito à saúde garantido pelo Estado na Constituição de 2008, no marco de um regime de inclusão e equidade social; ii) o aumento do orçamento do Ministério da Saúde Pública, o qual entre 2007 e 2010, investiu US\$ 3,4 bilhões na saúde; e iii) a gratuidade progressiva do atendimento nos serviços de saúde, incluídos os medicamentos. Em 2009, o gasto público com saúde atingiu 2,9% do Produto Interno Bruto (PIB) e o gasto nacional com saúde para o mesmo período foi de 7%.

Outra conquista relevante foi o lançamento da Missão Solidária “Manuela Espejo”, que estuda as deficiências para conhecer melhor a realidade biopsicossocial das pessoas que sofrem das mesmas e dar uma resposta imediata às necessidades dos portadores de deficiências graves. Também importante foi a promulgação da Lei Orgânica de Regulação e Controle do Consumo de Tabaco, construída com ampla participação social e sancionada pelo Presidente da República.

DETERMINANTES E DESIGUALDADES EM SAÚDE

Em 2010, um estudo realizado com o método de necessidades básicas negligenciadas revelou que 37,1% das famílias equatorianas era pobre, uma redução de quatro pontos percentuais diante dos 41,7% registrados em 2008. As famílias em situação de extrema pobreza representavam nacionalmente 13,4% do total em 2010, uma redução de quatro pontos percentuais em comparação com os 17,4% registrados em 2008. Durante o mesmo período, na área urbana, a proporção de famílias vivendo em pobreza extrema caiu de 10,3% para 7,4%; e na área rural reduziu-se de 42,9% para 34,9% (5).

As províncias de Los Ríos e Manabí concentram a maior proporção de famílias pobres, 59% e 55%, respectivamente, e a província de Pichincha com 13%, registra a menor proporção. A extrema pobreza segue a mesma tendência geográfica, com 27% em Manabí, 23% em Los Ríos e 4% em Pichincha (6).

De acordo com o Sistema Nacional de Informação Étnica (SIET) e a Pesquisa Nacional de Emprego, Desemprego e Subemprego (ENEMDU), a renda da população pobre varia segundo as etnias, sendo maior

entre os indígenas. Há também um fosso de renda mensal entre os gêneros, com salários de US\$ 352 para os homens e US\$ 274 para as mulheres. A mulher indígena ganha US\$ 165 mensais e a mulher branca, US\$ 339 (7-9).

De acordo com o censo de 2010, 6,8% da população maior de 15 anos de idade é analfabeta (1), e 59% dos analfabetos vivem em zonas rurais. Cañar, Chimborazo e Cotopaxi com 12%, e Bolívar, Imbabura e Manabí, com 11%, são as províncias que têm maior concentração de população analfabeta. Cerca de 19% da população indígena e 13% da população Montubio são analfabetas. No entanto, o maior número de analfabetos na população maior de 15 anos de idade do país corresponde ao grupo autoidentificado como mestiço (4,7%) (1) (No Censo Nacional de População e Moradia (2010) foi perguntado aos participantes como eles se identificavam segundo sua cultura e seus costumes).

Na área da nutrição, em 2006, aproximadamente 25,8% dos menores de cinco anos de idade sofriam desnutrição crônica (8), com taxas mais altas nas províncias serranas com maior concentração indígena, como Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi e Imbabura. O governo impôs como metas críticas erradicar a desnutrição infantil em crianças menores de cinco anos até 2015, reduzir pela metade a prevalência de anemia em menores de cinco anos e em gestantes até 2013, e controlar a prevalência de sobrepeso e obesidade na população menor de cinco anos até 2013 (10).

Em 2010, 77% das residências de todo o país tinham ligação domiciliar abastecida por água da rede pública, com maior cobertura em zonas urbanas. Conforme a autoidentificação étnica, as populações branca e mestiça tinham maior acesso à água por rede pública: 81% e 75%, respectivamente, ao passo que as populações Montubio e indígenas tinham apenas 41% e 49%, respectivamente. A província com menos acesso é Sucumbíos (38%) seguida de Orellana e Santo Domingo de los Tsáchilas, com 43% e 47%, respectivamente. A província com maior acesso é Pichincha (93%), seguida de Carchi (85%) e Galápagos (83%) (1). Durante o mesmo ano, 54% das residências do país estavam ligadas à rede pública de esgoto e 34% contavam com fossa séptica para a eliminação de excrementos. Nas zonas rurais, apenas 15% dos domicílios tinham aces-

so à rede pública de esgoto, enquanto nas zonas urbanas o acesso chegava a 85% (1).

MEIO AMBIENTE E SEGURANÇA HUMANA

ACESSO DA POPULAÇÃO A ÁGUA POTÁVEL E SANEAMENTO

A Lei Orgânica de Saúde de 2006 incumbiu o Ministério da Saúde a responsabilidade de monitorar a qualidade da água para consumo humano. O censo de 2010 revela que 79% da população urbana é servida pela rede pública de abastecimento de água, ao passo que para as áreas rurais, esse número cai para apenas 46%. Em nível nacional, 72% da população recebe água da rede pública.

A água proveniente da rede pública não tem garantia de qualidade. O acesso à água potável é definido da seguinte maneira: 40% da população ferve a água, 3% acrescenta cloro nela, 1,3% filtra antes de tomar e 22% da população consome água purificada vendida em garrafas plásticas. O Instituto Nacional de Estatísticas e Censo (INEC) indica que, em todo o país, 33% da população consome água da forma que chega à residência. As diferenças entre as áreas urbanas e rurais são significativas: 49% daqueles dos residentes rurais toma a água da forma que chega à casa.

RESÍDUOS SÓLIDOS

Em 2010, a proporção nacional de residências equatorianas com acesso ao serviço de coleta de lixo foi de 77%, ainda que com grandes diferenças em detrimento das populações de zonas rurais, onde apenas 45% das moradias dispunham desse serviço. As principais fontes de poluição dos rios são – além do lançamento descontrolado de resíduos industriais, que ainda não está quantificado – os resíduos sólidos domésticos, que não estão coletados em 23% das residências, e as águas residuais residenciais: 10% das moradias não possuem serviço de esgotos e descartam os resíduos diretamente em mar, rio, lago ou desfiladeiros. Soma-se a isso o volume total de águas residuais eliminadas através da rede de esgoto (66,6%), das quais somente 5% efetivamente recebe tratamento (11).

DESMATAMENTO E DEGRADAÇÃO DO SOLO

Por ano, perdem-se no Equador quase 180.000 hectares de florestas, com uma taxa de desmatamento de 1,6%, conforme a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), e de 0,8% a 3%, de acordo com outras fontes (12). Em 2006, as áreas protegidas cobriam 19% do território nacional.

POLUIÇÃO DO AR

O Equador ocupa o décimo quarto lugar na América Latina e Caribe, em termos de emissões de CO₂ *per capita* e o oitavo lugar de todas as emissões de CO₂. O monitoramento da qualidade do ar é realizado principalmente, nas cidades de Quito, Guayaquil e Cuenca, mas não são coletados dados sobre as doenças respiratórias decorrentes da poluição atmosférica.

PRAGUCIDAS

A taxa de intoxicações registradas por 100.000 habitantes subiu de 14,4 em 2010 para 17,4 em 2011. Em 2011, 49% das intoxicações registradas – por qualquer agente – foram por praguicidas (13). O Centro de Informação e Assessoria Toxicológica (CIATOX) registra as intoxicações agudas por praguicidas, mas desconhece-se o número de intoxicações crônicas relacionadas com exposições ocupacionais e ambientais a essas substâncias.

SEGURANÇA NO TRÂNSITO

A taxa de incidência anual de acidentes de trânsito por 100.000 habitantes aumentou de 98,3 em 2006 para 164,9 em 2010. O Plano Nacional para o Bem Viver inclui, entre suas metas, “diminuir em 20% a mortalidade por acidentes de trânsito até 2013”.

MUDANÇA CLIMÁTICA

As tendências globais sobre os efeitos mais importantes da mudança climática e que se esperam para o Equador, incluem maior risco de: (1) mortalidade causada por ondas de calor ou de frio, particularmente, em idosos, doentes crônicos, as crianças e adolescentes e aqueles que vivem em isolamento; (2) escassez de

alimentos e de água, desnutrição e doenças transmitidas pela água e pelos alimentos; (3) mortes por afogamento and lesões por quase afogamento, mortes e lesões por causa de enchentes e deslizamentos, e efeitos das migrações populacionais na saúde; e (4) doenças transmitidas por vetores e roedores. Também estão previstos efeitos na saúde mental e transtornos provocados por estresse pós-traumático. De fato, o impacto da mudança climática pode incidir adversamente no cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados à saúde. Desde 2010, o Equador está trabalhando num plano estratégico e inter-setorial com ações articuladas entre o Ministério do Ambiente, o setor saúde e a sociedade civil, focando na conscientização, capacitação, pesquisa, mitigação e adaptação, com ênfase no trabalho em nível local.

SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

A taxa de intoxicação alimentar por 100.000 habitantes baixou de 66,3 em 2006 para 30,7 em 2010. No mesmo período, as taxas de doenças diarreicas agudas passaram de 3.363,3 para 4.850,9 por 100.000 habitantes. A taxa de hepatite A diminuiu de 43,8 para 43,1 por 100.000 habitantes, entre 2006 e 2010, enquanto a taxa de febre tifoide despencou – de 43,6 por 100.000 habitantes em 2006 para 14,5 em 2010.

CONDIÇÕES E TENDÊNCIAS DA SAÚDE

PROBLEMAS DE SAÚDE DE GRUPOS ESPECÍFICOS DA POPULAÇÃO

Saúde materna e reprodutiva

Segundo o Relatório Nacional sobre os ODMs de 2010, a razão de mortalidade materna é um dos indicadores difíceis de mensurar, tanto pela diversidade de fontes, como pela falta de precisão para localizar o numerador e o denominador. Em alguns casos, utilizou-se o número de nascidos vivos estimados para o período, e em outros, o número de nascidos vivos registrados num determinado período de tempo. Segundo o INEC, em 2009, a razão de mortalidade materna foi 69,7 por 100.000 nascidos vivos. As principais causas de mortalidade, de acordo com as altas hospitalares são hipertensão gestacional com proteinúria signi-

ficativa, eclampsia, hemorragia pós-parto, septicemia puerperal, gravidez ectópica e aborto não especificado.

Em 2006, 38,5% dos partos no país ocorreram nos estabelecimentos do Ministério da Saúde, valor que aumentou para 47,4% em 2010. No entanto, em nível nacional, apenas 30,1% dos partos de mulheres indígenas ocorreram em hospitais ou centros de saúde. Mais de 40% de mulheres das províncias de Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi e Esmeraldas, e 30% das mulheres de toda a Região Amazônica deram a luz em suas residências. A média de consultas de controle pré-natal foi de 3,3, apenas 29,9% dos pacientes foram gestantes pela primeira vez; a cobertura de controle pós-parto, exceto atenção imediata pós-parto, foi de 41,5% (14).

Crianças (menores de cinco anos de idade)

Em 2010, o país apresentou uma taxa de mortalidade infantil de 14,6 por 1.000 nascidos vivos, sem diferença significativa entre sexos. As principais causas de mortalidade infantil estão diretamente associadas a complicações que ocorrem no período neonatal. Adicionalmente, das 1.431 mortes precoces no período neonatal registradas pelo INEC em 2008, 33,2% ocorreram no primeiro dia do nascimento e 63,8%, entre os dias 0 e 3.

A taxa de mortalidade de menores de cinco anos de idade foi 14,9 por 1.000 nascidos vivos em 2009. Contudo, 11 das 24 províncias do país apresentaram taxas superiores às da média nacional, sendo mais altas em Los Ríos (17,5) e Santo Domingo de los Tsáchilas (17,7). Os registros oficiais de nascimento estimam um nível de subnotificação de quase 35% (15). As principais causas de morte em crianças de um a quatro anos são as infecções respiratórias agudas (16,4%), os acidentes de trânsito (9,3%), e malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (7,1%). Mais da metade dessas mortes ocorrem em meninos.

Crianças (cinco a nove anos de idade)

A taxa de mortalidade das crianças na faixa etária de 5-9 anos de idade foi de 42,3 por 1.000 em 2008 e de 37,6 em 2010. As principais causas de mortalidade nesse grupo foram acidentes de trânsito, infecções respiratórias agudas e leucemia. Em 2008, as primeiras causas

de morbidade foram as infecções respiratórias agudas, eventos de origem cirúrgica e traumatismos (3, 16).

Adolescentes (10 a 19 anos de idade)

Em 2008, a faixa etária de 10 a 19 anos registrou uma mortalidade de 70,9 por 100.000 habitantes, 38,8% devido a causas externas. Entre as principais causas de internações hospitalares em adolescentes, quase 60% estão relacionadas com gravidez, parto e puerpério – 28% parto único vaginal, 8,4% cesáreas e 4,5% abortos – taxas que colocaram os adolescentes em situação de risco. Segundo o Ministério da Saúde, a taxa específica de fertilidade é de 91 por 1.000 mulheres. Estima-se que dois de cada 10 gestações e quase dois de cada 10 mortes maternas correspondem a adolescentes. Em 2010, 19,3% das gestações ocorreram em adolescentes de 15 a 19 anos de idade.

Adultos

As principais causas de altas hospitalares foram as relacionadas com gravidez, parto e puerpério, com 44,5% (16)

Idosos (65 anos ou mais de idade)

Em 2010, a taxa de mortalidade em idosos (65 anos ou mais) foi de 35,6 por 1.000 habitantes dessa faixa etária – 50,9% foram em homens. As principais causas de morte incluíram pneumonia, hipertensão arterial, diabetes, insuficiência cardíaca e infarto agudo de miocárdio. Entre as primeiras causas de morbidade estão diarreia e gastroenterite, presumidamente de origem infecciosa, e as doenças crônicas.

Grupos étnicos / raciais

A constituição de 2008 estabelece que o Equador é um Estado intercultural e plurinacional que reconhece que povos e nacionalidades indígenas, os afro-equatorianos e o povo Montubio formam parte do Estado equatoriano e amplia os direitos coletivos de tais comunidades, povos e nacionalidades (Artigos 56 a 60). Segundo a Pesquisa sobre as Condições de Vida 2006, 60,9% de mulheres indígenas receberam, pelo menos, uma consulta pré-natal.

Outros grupos

Deficientes

Entre 2009 e 2010, a Missão Solidária “Manuela Espejo” visitou 1.286.331 famílias e identificou 249.166 pessoas com deficiências, número que representa uma taxa nacional de 2,43 por 100 habitantes. Do total, 36,6% correspondem a deficiências físico-motoras, 24,3% intelectuais, 11,5% auditivas, 9,3% visuais, 4,3% mentais e 14% mistas (17). Segundo dados do censo de 2010, 42% das deficiências são físicas, 22% visuais, 14% mentais e 7,3% auditivas. A faixa etária mais afetada é a de 30 a 64 anos, com 41,9%, seguida do grupo de 65 anos ou mais, com 27,2% (1). A prevalência de deficiência permanente por mais de 1 ano afeta 6% de toda a população do país.

Refugiados

Entre 2009 e 2010, na Região norte do país, estabeleceu-se um “registro ampliado” para a recepção de solicitações de asilo, que reconheceu 27.740 pessoas como refugiados. Em dezembro de 2010, o número de solicitantes de asilo foi de 25.312 e o de refugiados reconhecidos 53.342. Sessenta por cento dessas pessoas vivem em áreas urbanas e quase 40% dos restantes vivem próximos à fronteira, em regiões isoladas e pouco desenvolvidas, com serviços básicos e de infraestrutura limitados. Estima-se que 1.500 refugiados entrem mensalmente no Equador pela fronteira norte (18).

MORTALIDADE

Nos últimos 10 anos, a população equatoriana vem mostrando uma redução de mortes por doenças transmissíveis e um aumento das mortes por doenças crônicas não transmissíveis e as chamadas “doenças sociais”.

Em 2009, a faixa etária de 20 a 64 anos registrou uma taxa de mortalidade de 278,9 por 10.000 habitantes, com mais de dois terços dessas mortes ocorridas em homens. Entre as causas de mortalidade estão em ordem de frequência: acidentes de trânsito, agressões (homicídios), diabetes mellitus, doenças hipertensivas e infecção por HIV. A taxa de mortalidade geral em 2010 foi de 43,4 por 10.000 habitantes, mais de 6 pontos abaixo que a de 49,9

registrada em 2008. A primeira causa de morte em 2008 foi o diabetes mellitus, com uma taxa de 25,4 por 100.000 habitantes. Em 2010, a primeira causa de morte foi a doença hipertensiva (30,3), seguida pelo diabetes mellitus (28,3) e pela influenza e pneumonia (23,7) (3). Houve também um aumento crescente das mortes por acidentes de trânsito e por agressões, que ocuparam o terceiro e sexto lugar, respectivamente. Pneumonia/influenza são as únicas doenças transmissíveis que figuram entre as 10 primeiras causas de morte nessa faixa etária.

A taxa de mortalidade geral em homens em 2010 foi 49,6 por 10.000 habitantes – apenas uns três décimos a menos que em 2008. Nesse ano, as principais causas de morte foram as agressões e os homicídios (32,3 por 100.000), seguidos pelos acidentes de trânsito (31,6). As duas primeiras causas de mortalidade em homens em 2010 foram os acidentes de trânsito (37,2 por 100.000 habitantes) e doença hipertensiva (31,3). A taxa de mortalidade em mulheres em 2010 atingiu 37,8 por 100.000 habitantes, similar a de 37,1 observada em 2008; em ambos os anos, a primeira causa de morte foi o diabetes mellitus (26 e 31,6 por 100.000 habitantes em 2008 e 2010, respectivamente), seguida pela doença cerebrovascular (24,9 em 2008) e pela doença hipertensiva (29,6 em 2010). Nesta lista também aparecem as neoplasias malignas do útero, em sétimo lugar (10,2 por 100.000 habitantes).

MORBIDADE

Doenças transmissíveis

Doenças transmitidas por vetores

A prevalência de malária no Equador começou a cair continuamente a partir de 2003, quando se fortaleceu o programa nacional de controle da doença e se modernizou o manejo dos casos de pacientes que sofrem de malária. Entre 2006 e 2010, o número de casos despencou de 8.957 para 1.888, com uma taxa de incidência de 0,14 por 1.000 habitantes, a mais baixa entre os países que compartilham a bacia amazônica. Em 2010, houve domínio do *Plasmodium vivax*, com 1.630 casos, e em menor grau, de *Plasmodium falciparum* (258 casos), esses últimos concentrados na fronteira norte de Esmeraldas Guayas-Cañar. Se per-

sistir a tendência atual, o Equador estará a caminho de erradicar a malária de seu território.

A dengue é endêmica no país. Tem um caráter fortemente sazonal e predomina nas províncias da Região Litorânea, principalmente nos meses de inverno, época de chuvas e temperaturas superiores a 28°C. Identificaram-se quatro sorotipos do vírus da dengue. Entre 2007 e 2010, predominou a circulação do sorotipo 1, inclusive nas Ilhas Galápagos, enquanto em 2010, ainda com poucos casos, também se identificaram os sorotipos 2 e 4.

A leishmaniose cutânea encontrada em 23 das 24 províncias do país, especialmente nas regiões rurais litorâneas, serranas e da Amazônia. Notificam-se anualmente cerca de 1.500 casos, sabendo-se que há uma subnotificação importante por sua localização em zonas rurais remotas (19).

A doença de Chagas afeta principalmente as províncias de Loja, El Oro, Manabí Guayas, Orellana e Sucumbíos. Sua prevalência nacional diminuiu de 0,15 por 100.000 habitantes em 2006 para 0,03 em 2010 (19). A cobertura de vacinação contra a febre amarela se mantém elevada no país e o último caso foi notificado em 2002 (19).

Doenças imunopreveníveis

O Programa Ampliado de Imunizações (PAI) dispõe de um marco legal que garante a vacinação como um bem público na Constituição da República do Equador, segundo a Lei Nacional de Vacinas e a Lei Orgânica de Saúde. Houve avanços nas coberturas nacionais no período 2006–2010, com níveis

A partir da semana epidemiológica 26 do ano 2011, o país experimentou um surto de sarampo que se originou a partir de um caso importado com genótipo B3. Na semana epidemiológica 45, foram confirmados 122 casos de sarampo no país – 89% dos quais na província de Tungurahua, com alta proporção de população indígena. Em torno de 68% dos casos notificados foram de menores de cinco anos de idade. O país está tomando medidas de contenção do surto e adiantou a campanha de reforço da vacinação. Em relação à vigilância de paralisia flácida aguda, a taxa de notificação (0,70) é menor de 1, que é o indicador recomendado, enquanto rubéola e sarampo cumprem com o percentual de notificação esperado (84%). O

uso da vacina contra *Haemophilus influenzae* reduziu os casos de meningite por essa causa.

Desde 2006, o país vem administrando a vacina contra a gripe sazonal do hemisfério norte em idosos; em 2007, ampliou a cobertura aos lactantes de seis a 11 meses, e em 2010, para crianças de um a quatro anos de idade. A vacina de febre amarela é administrada nas 24 províncias em crianças de 12 a 23 meses de idade e é oferecida a viajantes com destino a Amazônia e a outros países com risco. O Equador introduziu a vacinação contra rotavírus em 2007, utilizando o esquema de duas doses, aos dois e quatro meses de idade, e a vacina antipneumocócica em 2010. O maior desafio do programa é imunizar populações remotas e que concentram pessoas suscetíveis, bem como fortalecer a vigilância de doenças eliminadas (poliomielite, rubéola e sarampo), para garantir detecção e controle oportunos de importações de vírus. Em 2010, o programa de imunização adquiriu 12 vacinas através do Fundo Rotativo da OPAS/OMS, representando 87% dos produtos biológicos utilizados e 85% do orçamento do PAI. O valor total de compras pelo Fundo foi de US\$ 47.6 milhões.

Zoonose

A febre aftosa é endêmica e um grave problema de saúde pública veterinária. Apesar da intensificação das atividades de vacinação, foram registrados 74 focos de febre aftosa em 2010, 42 com diagnóstico de laboratório (vírus O) e 32 com diagnóstico clínico, nas províncias serranas, da Amazônia e litorâneas, os casos acontecendo no período abril-agosto. Em maio de 2011, iniciou-se uma nova campanha de vacinação dirigida prioritariamente aos grandes rebanhos e as propriedades onde haviam ocorrido os surtos recentes. Em 2009 houve um caso de raiva humana transmitido por gato com vírus silvestre. Os últimos casos de raiva urbana transmitida por cachorros (19) e de peste foram notificados em 2006.

Doenças negligenciadas e outras doenças relacionadas à pobreza

Em 2010, o Programa para a Eliminação de Oncocercose nas Américas declarou o Equador como o segundo país das Américas a interromper a transmissão da

doença. A hanseníase deixou de ser um problema de saúde pública em 1983 e as taxas de notificação vem caindo progressivamente nos últimos 10 anos. Em 2010 foram detectados um total de 134 casos novos, dos quais 72 paucibacilares e 62 multibacilares.

HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis

Entre 2005 e 2010, observou-se uma tendência crescente dos casos de HIV/Aids – de 1.070 casos de HIV e 474 de Aids em 2005 para 3.966 e 1.301 em 2010, respectivamente. A mortalidade associada à Aids estabilizou-se desde 2005 em quase 700 óbitos anuais (20). A infecção por HIV afeta mais os homens que as mulheres (razão de 2,65:1 em 2010), e a epidemia de HIV no Equador concentra-se principalmente no grupo de homens que fazem sexo com homens (21). Em 2010, foram notificados 213 casos de HIV em crianças menores de 15 anos. No mesmo ano, a prevalência de HIV em gestantes de 0,17%. As províncias da Região litorânea são as mais afetadas, com 74% dos casos de HIV e Aids. O número de pessoas recebendo tratamento antirretroviral nas unidades do Ministério da Saúde Pública aumentou de 2.532 em 2007 para 6.765 em 2010.

Em 2009, notificaram-se 215 casos de sífilis gestacional e 111 casos de sífilis congênita, 2.308 casos de gonorreia (16,5 por 100.000 habitantes) e 1.697 casos de herpes genital (12,1 por 100.000 habitantes).

Tuberculose

Para 2010, a prevalência de tuberculose (TB) no Equador estimou-se em 8,24 por 100.000 habitantes. Mais de 70% dos casos estão concentrados na província de Guayas, especialmente na cidade de Guayaquil. Em 2010, o Equador examinou 109.822 sintomáticos respiratórios, diagnosticou 3.373 casos novos de TB pulmonar com baciloscopia positiva, 404 casos de TB com baciloscopia negativa e 653 casos extrapulmonares. Dos novos casos pulmonares com baciloscopia positiva, 2.156 foram homens e 1.217 mulheres, sendo afetada a faixa etária de 15-34 anos. Todos os casos são submetidos à estratégia de observação direta (DOTS). Em 2010, foram identificados 114 casos multirresistentes. No período 2009-2010, 870 dos 5.764 pacientes com TB eram soropositivos.

Doenças crônicas não transmissíveis

Doenças cardiovasculares

Segundo dados do Ministério da Saúde em 2009, registrou-se uma taxa de mortalidade por cardiopatia isquêmica de 6,5 por 100.000 habitantes. Para 2010, o INEC informou uma taxa de 14,1 por 100.000 habitantes.

Neoplasias malignas

Durante o período 2005–2007, os tipos de câncer mais frequentes em mulheres foram de mama, pele, colo uterino, tireoides e estômago; e em homens, foram de próstata, pele, estômago, cólon, reto e linfomas. As neoplasias malignas em seu conjunto foram responsáveis pela maior perda de anos de vida, com uma taxa de mais de 770 por 100.000 habitantes, sendo mais acentuada entre as mulheres (990) do que nos homens (590).

Diabetes e hipertensão

Em 2010, a taxa de mortalidade por diabetes foi de 28,3 por 100.000 habitantes, muito acima da registrada em 2006 (20,6). A doença hipertensiva foi a primeira causa de morte na população geral em 2010, com uma taxa de 30,3 por 100.000 habitantes. Durante o período 2006–2010, a prevalência de diabetes mellitus aumentou drasticamente de 142 para 1.084 por 100.000 habitantes, e o mesmo aconteceu com hipertensão arterial, que subiu de 63 para 488 por 100.000 habitantes (19).

Doenças nutricionais

Desnutrição

Segundo a última pesquisa de condições de vida (2006), a desnutrição crônica (baixo tamanho para a idade) em menores de cinco anos tinha uma prevalência de 25,8%, valor que dobra nos grupos indígenas e é muito mais alto em Chimborazo (52,6%), Bolívar (47,9%) e Cotopaxi (42,6%). De acordo com a mesma pesquisa, o déficit ponderal (desnutrição

geral) afetou mais de 1,4 milhões de menores de cinco anos (11).

Desastres

O Equador é altamente vulnerável a erupções vulcânicas, inundações, terremotos, secas e tsunamis. Em 2008, as inundações na temporada de chuvas afetaram seis províncias litorâneas e seis serranas, com um total de 275.000 pessoas afetadas, das quais 15.822 foram lotadas 375 abrigos. Estima-se que as perdas por esses eventos totalizaram US\$ 1,2 bilhões, ou seja, 2,5% do PIB (22). Os eventos vulcânicos de 2009 e 2010 afetaram 11 províncias, 3.792 pessoas de forma direta e cerca de um milhão e meio, de forma indireta. A seca de 2009, por outro lado, afetou em torno de 32.000 famílias de agricultores e pecuaristas nas províncias Manabí, Esmeraldas, Carchi, Santo Domingo de los Tsáchilas, Azuay e Loja.

A “gestão de risco” é incluída nos artigos 389 e 390 da nova Constituição como um direito dos cidadãos a serem protegidos dos efeitos adversos dos desastres naturais ou provocados por humanos. A Secretaria Nacional de Gestão de Risco surgiu como uma plataforma importante de gestão e articulação intersetorial, substituindo o que era anteriormente conhecido como “Defesa Civil”. Atualmente, há planos de emergência e de contingências provinciais e hospitalares em 40% das províncias de maior risco a inundações e erupções vulcânicas, assim como as da fronteira setentrional. Sob o marco da política de “hospitais seguros”, foram realizadas ações de redução de vulnerabilidades em hospitais de Manabí, Chimborazo e províncias da fronteira norte. O Índice de Segurança Hospitalar foi aplicado em 10 hospitais de cinco províncias, evidenciando-se a necessidade de intervenções que reduzam a vulnerabilidade estrutural, não estrutural e funcional a riscos (23).

Transtornos mentais

Entre 2008 e 2010, as cinco primeiras causas associadas com a saúde mental foram: 1) a depressão, que aumentou de 108 para 113 casos por 100.000 habitantes; 2) a ansiedade, aumentando de 66 para 99 por 100.000 habitantes; 3) a epilepsia, passando de 47,8 para 63,2; e 4) o retardo mental, de 25,2 para 37 (24).

Outros problemas de saúde

Saúde bucal

Em 2009, estimou-se a prevalência de cáries dentárias em escolares de seis a 15 anos de idade em 75,6%. O indicador CPOD (cariados, perdidos e obturados na dentição permanente) para as crianças 12 anos de idade reduziu-se em 2,9% em 2009. Os dados refletem a melhora na saúde bucal dos escolares na faixa de 6-15 anos de idade devido, principalmente, à fluoretação do sal e outras ações preventivas. O Ministério da Saúde iniciou a implantação da Iniciativa Comunidades Livres de Cáries e ampliará os programas de promoção e educação em saúde bucal para escolares (25).

Saúde ocular

Segundo a Pesquisa Rápida sobre Cegueira Evitável 2009–2010, realizada em pessoas maiores de 50 anos, a prevalência de cegueira bilateral foi de 1,6% (2% em homens e 1,3% em mulheres) e a unilateral foi de 5,8% (homens 6,4% e mulheres 5,2%). A cobertura média para cirurgias de catarata nos pacientes com AV, a AV de 20/400 foi de 83,2%, a de 20/200 foi de 63,8% e a de 20/60 foi de 45,9%, com melhor acesso para homens do que para mulheres. Em 2008, foi lançado o “Plano Visão Equador”, que inicialmente facilitou a realização de um grande volume de cirurgias de cataratas realizadas (mais de 5.000 por ano, desde 2008), e desde 2009, realiza a triagem e correção de erros refrativos em escolares e atendimento de retinopatias e glaucoma diabéticos.

Fatores de risco e proteção

Alcoolismo e tabagismo

Em 2007, as taxas de prevalência de consumo de álcool e tabagismo atingiram 76,09% e 46,80%, respectivamente (26). A Pesquisa Mundial de Saúde do Escolar (27) realizada em escolares das cidades de Quito, Guayaquil e Zamora evidenciou que a idade média de início de consumo de bebidas alcoólicas é de 13,7 anos. A taxa de alcoolismo por 100.000 habitantes aumentou de 23,55 em 2006 para 29,55 em 2010. Em 2010, o mesmo estudo em adolescentes verificou que 8

em cada 10 estudantes fumou pela primeira vez aos 13 anos. Na população geral, a taxa de tabagismo passou de 1,62 por 100.000 habitantes em 2008 para 2,15 em 2010.

Obesidade

Entre os adolescentes equatorianos (12-19 anos), a prevalência de sobrepeso atinge 13,7% e de obesidade 7,5%, com taxas mais altas no Região litorânea (24,7%) do que na serrana (17,7%), com diferença irrisória entre gêneros (21,5% em mulheres e 20,8% em homens) (28).

Acidentes e doenças ocupacionais

Em 2006, notificaram-se 5.334 incapacidades e 161 mortes por acidentes do trabalho; em 2007, tais números foram 6.169 e 135, respectivamente. O maior número de acidentes em 2007 ocorreu na província de Guayas (4.445), dos quais 1.317 ocorreram em atividades relacionadas aos setores financeiro, de seguros e imobiliário (29).

POLÍTICAS DE SAÚDE, SISTEMA DE SAÚDE E PROTEÇÃO SOCIAL

A Constituição de 2008 incluiu no Regime do Bem Viver os artigos que estabelecem o direito à saúde e definem as características do Sistema Nacional de Saúde (SNS), cujos princípios norteadores serão equidade, qualidade, eficiência, participação, pluralidade, solidariedade e universalidade, com uma rede pública integral de saúde e sob a gestão da Autoridade Sanitária Nacional.

O Ministério da Saúde desenvolveu um processo ambicioso para iniciar a chamada “Transformação Setorial em Saúde do Equador” (TSSE), cujo objetivo é reorganizar o setor para construir um sistema de saúde integrado, articulado, integral e solidário e que não exija o pagamento direto por parte dos usuários. O sistema deverá garantir a equidade e o acesso universal progressivo e gratuito a serviços públicos de saúde de qualidade para toda população, mediante uma rede de serviços públicos. Os objetivos do sistema são introduzir um modelo de atendimento integral que priorize a promoção da saúde, a prevenção e a atenção primária,

evitando a duplicação de atividades entre os principais prestadores.

O Ministério da Saúde definiu um pacote de serviços que serão ofertados a toda população por meio da rede pública. O Ministério de Inclusão Econômica e Social, por sua parte, coordena o Programa de Proteção Social (PPS), cujos objetivos visam “formar uma rede de proteção social com outras instituições do Estado e da sociedade civil”. A coordenação das atividades dos dois ministérios permitiu o atendimento 3.816 casos de doenças catastróficas nos estabelecimentos da rede do PPS até 2010.

Em matéria de financiamento, a Constituição assinala em seu Art. 366, que os recursos deverão “provir de fontes permanentes do Orçamento Geral do Estado”; o Art. 298 destina as dotações orçamentárias prévias ao setor saúde e especifica o percentual do PIB atribuído para a saúde (4%) e seu aumento em US\$ 240 milhões a mais anualmente. Embora se tenha registrado um aumento constante do gasto público com saúde desde 2007, sua proporção em relação ao PIB mantém-se abaixo do previsto, ficando em 3%.

POLÍTICAS DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Segundo o INEC, em 2009, havia 16,9 médicos por 10.000 habitantes, distribuídos geograficamente de forma irregular, com taxas mais altas nas províncias de Azuay (26,3) e Tungurahua (25,9), e mais baixas em Santa Elena (4,9) e Galápagos (6,3). Quanto aos demais de profissionais, por cada 10.000 habitantes havia: 2,4 dentistas, 7,7 enfermeiros e 1,1 obstetras. O maior número de profissionais de saúde se concentra nas grandes cidades, deixando as zonas rurais das províncias com menos cobertura. Do total de médicos, 76,3% são especialistas e, desses, somente 98 são em medicina de saúde da família, em detrimento da atenção primária em saúde.

Mesmo existindo um “observatório de recursos humanos” no Conselho Nacional de Saúde (CONASA) e, em 2010, tendo-se realizado um censo dos profissionais que trabalham no Ministério da Saúde, o país não tem informação completa e atualizada sobre os profissionais de saúde. Quase 66% dos trabalhadores da saúde prestam atendimento direto ao paciente, 21% realiza atividades administrativas e 10% tem car-

gos nos serviços (30). Em 2009, a Comissão Nacional de Recursos Humanos do CONASA apresentou uma proposta de “Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde” (31). Em relação à carreira na saúde, atualmente, se está trabalhando num sistema de classificação de cargos, escala de remunerações, avaliação de desempenho e formação e capacitação ou educação permanente, no marco da Lei Orgânica do Servidor Público.

SERVIÇOS DE SAÚDE

A oferta dos serviços de saúde no país é caracterizada pela fragmentação e segmentação. Existe uma ampla oferta de estabelecimentos e serviços públicos e privados que funcionam de forma independente ou com diversos vínculos de dependência organizacional, sem coordenação entre atores ou separação de funções entre os subsistemas, e com população inscrita ou beneficiária com acesso a serviços diferenciados.

O Ministério da Saúde é o principal prestador do setor público, que é integrado também pelo Instituto Equatoriano de Previdência Social, que inclui a Previdência Social Rural, as Forças Armadas e a Polícia Nacional. Em 2010, a cobertura da previdência social beneficiava uns 3,8 milhões de equatorianos, um aumento aproximado de 5% em relação a 2005. Entre as entidades privadas que atuam no setor público e que têm uma importante papel na prestação de serviços estão o Conselho de Previdência de Guayaquil, a Sociedade para Proteção da Infância de Guayaquil, a Sociedade de Luta Contra o Câncer (SOLCA) e a Cruz Vermelha Equatoriana.

O Ministério da Saúde é organizado em três níveis administrativos: área de saúde, o nível provincial e o nível nacional. Essa organização será modificada em função das disposições sobre ordenamento territorial emitidas pela Secretaria Nacional de Planejamento e Desenvolvimento (SENPLADES), que inclui três âmbitos administrativos denominados “distritos”, “regiões” e “nível central”. Entre 2007 e 2010, elaboraram-se algumas propostas de modelo de atenção para o Ministério da Saúde, cujo modelo vigente é o Modelo de Atenção Integral à Saúde (MAIS), que sustenta seu funcionamento nas “equipes de atenção básica em saúde” (EBAS), com a contratação de mais de 4.600 funcionários para realizar as atividades de saúde.

Medicamentos e tecnologia em saúde

O país dispõe de normativas e diretrizes destinadas a garantir a disponibilidade, o acesso, a qualidade e o uso racional de medicamentos. Em 2007, a participação das empresas nacionais no mercado farmacêutico foi de 14% e a das empresas internacionais 86%. Nesse mesmo ano, o gasto com medicamentos por parte do Ministério da Saúde representou 15,2% do orçamento (32).

Desde 2008, o Ministério vem realizando esforços para fornecer medicamentos sem custo direto aos usuários, mediante o desenvolvimento do Sistema Único de Gestão de Medicamentos, além de fortalecer seu papel regulador por meio da atualização dos regulamentos de registro de medicamentos, promover boas práticas de manufatura, a farmacovigilância e propaganda e publicidade de medicamentos, e por fim, investir na capacitação dos recursos humanos. A Comissão de Medicamentos do CONASA atualizou a “Lista Nacional de Medicamentos Essenciais” (CNMB) e o “Formulário Terapêutico” (8a Revisão, 2010), e elaborou o manual de funções da Comissão e a metodologia de inclusão/exclusão de medicamentos na CNMB.

Segurança transfusional

Até o final de 2010, o Sistema Nacional de Segurança Transfusional foi coordenado pela Cruz Vermelha, com a participação de várias instituições (Ministério da Saúde, Instituto Equatoriano do Previdência Social (IESS), as Forças Armadas, o Conselho de Previdência de Guayaquil (JBG), SOLCA e entidades privadas), sem conseguir satisfazer as demandas por hemoderivados oportunamente, nem mudar a base do sistema de doação de uma perspectiva compensatória para uma de doação voluntária consecutiva. Em 2010, a proporção de doadores voluntários caiu para 34,7%. Entre 2008 e 2010, o Ministério investiu importantes recursos na Cruz Vermelha para construir um hemocentro e aumentou a dotação anual de recursos para atender as necessidades de mães e crianças (Lei de Maternidade Gratuita) e progressivamente a todos os usuários dos serviços do Ministério.

O número de coletas e hemoderivados produzidos e distribuídos no país tem mostrado um cresci-

mento sustentado nos últimos anos: em 2008, todos os serviços de sangue do país coletaram 155.146 unidades e produziram e distribuíram 245.286 hemoderivados; em 2010, o número de coletas foi de 190.260 e o de hemoderivados distribuídos 489.261. A Cruz Vermelha coletou, processou e distribuiu 69% e o restante foi realizado por um subsistema de entidades (JBG, 13%, IESS, 12%, as Forças Armadas, 3%, e hospitais do Ministério e metropolitanos e SOLCA, 3%). Em 2010, 100% das unidades coletadas foram testadas para HIV-Aids, HBsAG, HCV, sífilis e *Tripanosoma cruzi*; 28.066 unidades provenientes de zonas endêmicas foram testadas para identificar malária. De todas as coletas, 3.670 unidades (1,9%) foram positivas para indicadores de infecção.

GESTÃO DE CONHECIMENTO, TECNOLOGIA, INFORMAÇÃO E RECURSOS HUMANOS

O Ministério da Saúde possui uma Diretoria Nacional de Pesquisadores em Saúde e liderou uma ação para definir interinstitucionalmente as prioridades de pesquisa na saúde a partir de estudos realizados em 2007 (5). Essa pesquisa foi inicialmente nas áreas de saneamento e poluição ambiental (11). Em 2010, o setor acadêmico na cidade de Loja iniciou a construir uma proposta de constituição do sistema nacional de pesquisa em saúde. Em 2008, a proporção do gasto com ciência e tecnologia foi de 0,62% do PIB – 0,37% para o componente de atividades e ciências e 0,25% para pesquisa e desenvolvimento experimental.

Com a promulgação da Lei Orgânica de Educação Superior em Ciência e Tecnologia em 2010, criou-se a Secretaria Nacional de Educação Superior, Ciência, Tecnologia e Inovação, instância de governança dos temas de sua competência. No marco dessa nova lei, as universidades modificaram seus currículos nos programas de carreira em saúde, tornando a atenção primária como tema central e priorizando a pesquisa científica. Em 2008, iniciou-se um projeto de fortalecimento do sistema de informação na saúde e de melhoria das estatísticas vitais e, em 2009, efetuou-se um diagnóstico situacional sobre as operações dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), visando os profissionais que realizam trabalhos estatísticos no setor da saúde pública e privada, INEC e o Registro

Civil. Em seguida, foi estabelecida a Comissão Interinstitucional de Alto Nível com SENPLADES, o Ministério de Saúde Pública, INEC e o Registro Civil, que atualmente trabalha na execução do Plano de Fortalecimento do Sistema de Informação em Saúde, que contém objetivos, tarefas e metas baseados nos resultados do diagnóstico.

SAÚDE E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

Durante o período 2007-2010, a cooperação internacional destinou US\$ 200,8 milhões (10,6% do valor plurianual atribuído ao país de quase US\$ 1,9 bilhões) a projetos de saúde nos âmbitos de cobertura, infraestrutura, equipamento, seguro, prevenção e segurança alimentar. As agências das Nações Unidas contribuíram com 20,3% no mesmo período. Os desembolsos de cooperação não reembolsável recebidos pelo país representam em média, 0,71% do PIB e 2,57% do orçamento geral do Estado.

O governo promoveu o Conselho Sul-Americano de Saúde (Unasul Saúde), que visa ser um coordenar os esforços e as conquistas de outros mecanismos de integração regional, e promover políticas comuns e cooperação nas atividades entre os países membros.

SÍNTESE E PERSPECTIVAS

A Constituição do país (Art. 358 e 359) garante a disponibilidade e o acesso a medicamentos e promove o desenvolvimento dos recursos humanos em saúde (Art. 363, itens 7 e 8), garante as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação num sistema de atenção básica em saúde em todos os níveis. Dispõe sobre a criação de uma rede pública integral de saúde como parte do Sistema Nacional de Saúde (Art. 359 e 360) e define, em seu Artigo 362, os direitos dos usuários, em clara demonstração da vontade política do governo em priorizar o setor social e, especificamente, a saúde. A importância atribuída à saúde é evidente no aumento do orçamento dotado à saúde, no fortalecimento da gestão na saúde, na implementação de novas tecnologias na saúde e no fortalecimento do capital humano. Não há dúvidas de que a gratuidade dos serviços de saúde e dos medicamentos fornecidos pelo Ministério da Saúde, bem como o for-

talecimento da atenção primária em saúde contribuirão para melhorar o estado de saúde da população.

O último censo nacional populacional e de domicílios evidenciou que, apesar do melhor acesso da população geral a serviços públicos de abastecimento de água e de saneamento, apenas 40% das populações Montubio e indígenas acessam esses serviços básicos, evidenciando que persistem grandes desafios para reduzir iniquidades relacionadas aos determinantes sociais da saúde. Cabe destacar que – depois da população mestiça, que é majoritária no Equador – a população Montubio representa o segundo maior contingente (7,4%) – maior do que o grupo autoidentificado como indígena (6,8%), fato que poderia redirecionar as ações de intervenção aos grupos Montubio.

A estabilidade política e econômica do Estado, a promoção e a consolidação de um sistema público de saúde que garanta o aumento da cobertura de atendimento à população, a progressiva ampliação da cobertura de seguro para as crianças e cônjuges dos afiliados da Previdência Social, a garantia de disponibilidade de medicamentos e a implementação de uma política de prevenção e promoção de saúde, entre outras estratégias, apontam à melhoria das condições de vida e de saúde dos grupos populacionais mais vulneráveis.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo de Población y Vivienda 2010. Datos preliminares [Internet]. Disponível em: http://www.inec.gob.ec/preliminares/base_presentacion.html Acessado em 21 de junho 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. International Organization for Migration. Perfil migratorio del Ecuador 2008. Geneva: IOM; 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. Quito: 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 em: <http://siet.sni.gob.ec/> Acessado em 21 de junho 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 (Working document).
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. United Nations High Commissioner for Refugees. Refugiados en las Américas [Internet]. Disponible em: [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) Acessado em 8 de junho 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; 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. In: 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. Pan American Health Organization/World Health Organization. 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: PAHO/WHO; 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.