

---

# Editorial institucional

## Sistema Nacional de Salud: evaluar para evolucionar

Es necesario que se inicie un real proceso de análisis y evaluación del sistema de salud, en base a indicadores y en términos de impacto de la política pública, con la finalidad de identificar en el modelo (MAIS-RIPS) planteado por el Ministerio de Salud las fortalezas para profundizar y las debilidades para corregir.

El modelo debe ser estimado en criterios de necesidad, eficiencia, eficacia, calidad y equidad-accesibilidad, con participación de todos los actores, como son: los pacientes, los profesionales de la salud, los gestores o administradores y accionistas/propietarios, que para nuestra realidad se distribuyen entre el MSP, IESS, ISSFA, ISSPOL, y la Red privada complementaria<sup>1,2</sup>. De estos grupos cada uno con una agenda propia, que históricamente han marcado las políticas de acción, sin armonizar con todos los actores del modelo. La nueva gestión de sistemas y modelos de salud pide la inclusión de todos los involucrados.

Existen varias experiencias de sistemas y modelos a nivel mundial probados y efectivos. Es así que con la finalidad de disminuir la presión asistencial se aprovecha la red de un sistema con una visión de distrito o región, compartiendo la infraestructura, el talento humano, la facturación y el abastecimiento. En la actualidad esta red ecuatoriana, que en teoría contempla estos principios, no funciona. Y cada institución actúa como una isla separada, con una articulación alta en burocracia, lenta, y con recomendados de todo nivel<sup>3</sup>.

Ortiz y colaboradores en su estudio sobre percepciones del sistema de salud pre-pandemia concluyó y cito textual, que “(...) las quejas sobre el sistema de Salud Pública fueron la cantidad de trámites diarios (78,4%), seguido de una percepción de falta de visión de las autoridades sanitarias (60,1%) y las limitaciones de recursos dentro de los hospitales públicos (53,5%). Además, el 71,8% de los encuestados se refirió a las limitaciones del cuadro nacional de medicamentos esenciales especialmente en la disponibilidad de algunos medicamentos y el 57,5% de los encuestados reportaron preocupaciones sobre la calidad de medicamentos disponibles para el tratamiento”<sup>4</sup>.

En este contexto la pandemia develó falencias del sistema que lo han llevado a un estado de abandono y alejado de los principios propuestos en la Constitución, Objetivos de Desarrollo del Milenio y planes anuales, que en palabras de Malo-Serrano y colaboradores consideran que el esfuerzo para su consolidación debe enfocarse en tres ámbitos relevantes: a) completar la reestructuración del marco jurídico, que en el caso ecuatoriano, significa la aprobación del nuevo Código Orgánico de la Salud, la Ley y reglamento de escalafón de profesionales de la salud; b) profundizar el trabajo con el recurso humano de la RPIS para fortalecer los cambios actitudinales y las condiciones laborales que permitan revalorizar el servicio público hacia la generación de una cultura de calidad y eficiencia y; c) ampliar y profundizar los mecanismos de participación ciudadana que permitan garantizar adecuados y eficientes niveles de control social en la gestión de la salud, pero sobre todo, que generen condiciones para que los ciudadanos se involucren críticamente en la discusión de la política y consideren, de ser pertinente, reivindicar ante cualquier gobierno los beneficios de una reforma de esta naturaleza<sup>3,5</sup>. A estos ámbitos se debe sumar la ausencia de un sistema nacional sostenible y financiado, de formación de especialistas y subespecialistas en salud, articulado con los institutos de educación superior.

Considerando otros aprendizajes de países que tienen un sistema de salud nacional único, como el español o británico, una parte es asumida por el sector privado bajo la figura de gestión ‘tipo concierto’ de forma integral, normada y sin burocracia (diagnóstico, tratamiento, seguimiento y atención de complicaciones), es decir, que en base a grupos relacionados por el diagnóstico o por líneas de productos como: urgencias, consulta externa, cirugías, exámenes diagnósticos, farmacia entre otros, se aplica el tarifario como instrumento de costos y se define el número de atenciones a ser cubierta cada año para ir resolviendo de una forma complementaria al sistema<sup>3</sup>. Por otro lado también se pone en la mesa del debate de soluciones, para casos específicos, donde la red pública de salud es limitada, es el fomento de clusters de trabajo con varios sectores de la sociedad civil, bajo la modalidad de concesión administrativa, para operativizar bodegas hospitalarias, historia única electrónica, farmacias, centros de investigación biomédica, entre otras disciplinas, que incorporen valor agregado y soluciones a los pacientes<sup>3</sup>.

Del sistema de salud ecuatoriano, incluyendo a todos los subsistemas, otra deuda es la prevención y el fortalecimiento de la atención primaria, que según la razón de ser del ente rector, es la reorientación de la inversión pública en la infraestructura y de los recursos humanos de los servicios de salud hacia el primer nivel. Lampert- Grassi en su análisis menciona que los establecimientos de atención primaria prestan servicios de atención integral de medicina familiar, promoción y recuperación de la salud, prevención de la enfermedad, actividades de participación comunitaria, cuidados paliativos, salud oral, salud mental, servicios de apoyo en nutrición y trabajo social. Cuenta además con farmacia/botiquín institucional<sup>6</sup>.

Sin dudar, la visión de fortalecer esta parte del sistema es la piedra angular de todo el modelo, con la finalidad de atender a las conclusiones del informe de Lalonde de 1974, donde la inversión en hábitos y estilo de vida generó un impacto en el manejo de las

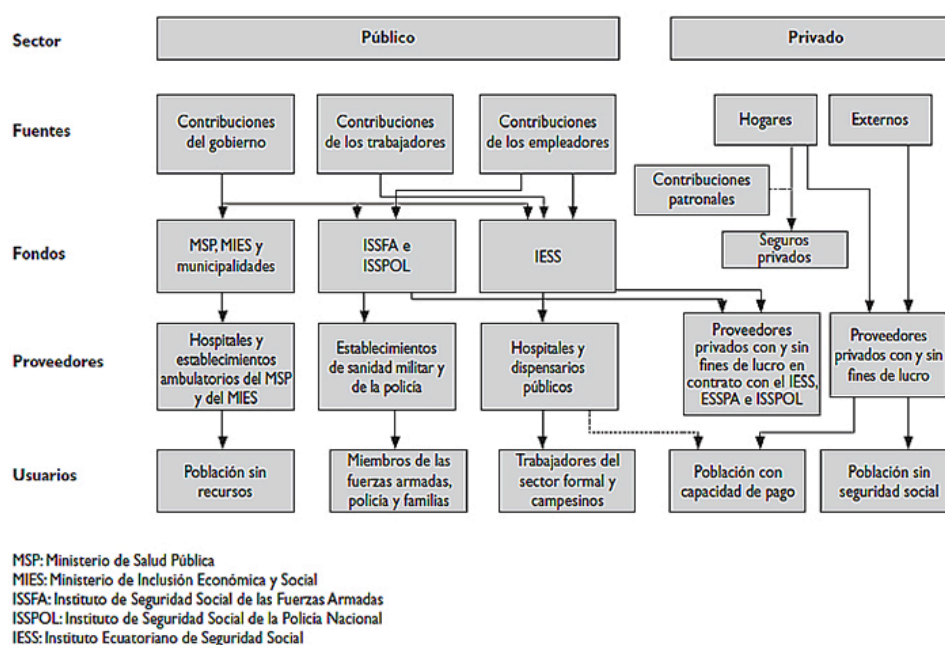
enfermedades crónicas, mientras la atención hospitalaria para tratamiento y rehabilitación el impacto fue menor en términos de salud y años de vida ganados<sup>7</sup>. En otras palabras, el gasto destinado a uno de los determinantes sociales (provisión de servicios hospitalarios) fue infinitamente mayor respecto a los del estilo de vida, ambiente o genéticos.

Han pasado 50 años desde la publicación del informe patrocinado por el Ministerio de Salud y Bienestar de Canadá, y en referencia Mulligan y colaboradores, han ampliado el concepto a uno denominado prescripción social, que conecta a los pacientes con recursos comunitarios adaptados a sus prioridades individuales, fomentando un cambio de paradigma de un enfoque basado en el déficit a un enfoque basado en las fortalezas en la promoción de la salud<sup>8</sup>.

Una vez comentado algunos campos de acción y de evaluación, con fines de una mejor comprensión, en la figura 1 del trabajo de revisión de Lucio, Villacres y Hernández del 2011, observamos una fragmentación importante del sistema, a pesar de la propuesta original de un modelo de atención integral de salud, donde persiste una fusión de roles, tanto de rectoría como de administración de los servicios de salud<sup>9</sup>.

Para evaluar la realidad ecuatoriana, en este contexto, se debe volver a revisar los principios de los dos modelos primarios (Bismarck - asegurado y Beveridge - sistemas públicos) y de los sistemas híbridos latinoamericanos, con la finalidad de encauzar el camino, hacia una evolución que atienda las necesidades actuales, centradas en el paciente y en base poblacional, lejos de las doctrinas políticas<sup>10</sup>.

**Figura 1.** Esquema del modelo de salud del Ecuador.



**Elaborado y fuente:** Lucio R, Villacrés N, Henríquez R. Sistema de salud de Ecuador. Salud Publica Mex. 2011;53 Suppl 2:s177-87

## Bibliografía

1. M.A. Asenjo, Fundamentos de la planificación y gestión hospitalarias, Editor(es): Miguel Ángel Asenjo Sebastián, Gestión Diaria del Hospital (3<sup>ra</sup> ed.), Elsevier España, 2006, Pages 15-46, ISBN 9788445816660, <https://doi.org/10.1016/B978-84-458-1666-0.50002-2>. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9788445816660500022>
2. Cáceres Aucatoma F, Herrera Jirón PM, Mora Arévalo AS. Estudio Epidemiológico: Actividad Médica del Sistema de Salud de la Seguridad Social del Ecuador, 2013. HJCA [Internet]. 28 de julio de 2017 [citado 9 de septiembre de 2024];9(2):161-9. Disponible en: <https://revistamedicahjca.iess.gob.ec/ojs/index.php/HJCA/article/view/214>
3. Coello C. Falta de voluntad política no permite aliviar el colapso del sistema de salud en época de pandemia. Edición Médica [Internet]. 18 de noviembre 2022 [Consultado 9 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.edicionmedica.ec/secciones/gestion/falta-de-voluntad-politica-no-permite-aliviar-el-colapso-del-sistema-de-salud-en-epoca-de-pandemia-96743>
4. Ortiz-Prado E, Fors M, Henriquez-Trujillo AR, Cevallos-Sierra GH, Barreto-Grimaldos A, Simbaña-Rivera K, Gomez-Barreno L, Vasconez E, Lister A. Attitudes and perceptions of medical doctors towards the local health system: a questionnaire survey in Ecuador. BMC Health Serv Res. 2019 Jun 7;19(1):363. doi:10.1186/s12913-019-4211-1. PMID:

- 
- 31174529; PMCID: PMC6556044. Disponible en: <https://bmchealth-servres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4211-1>
5. Malo-Serrano, Miguel y Malo-Corral, Nicolás. Reforma de salud en Ecuador: nunca más el derecho a la salud como un privilegio. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública* [online]. 2014, vol.31, n.4, pp.754-761. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342014000400022&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000400022&lng=es&nrm=iso)
6. Lampert- Grassi, MP. Sistemas Nacionales de Salud: Ecuador. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Asesoría Técnica Parlamentaria. Noviembre 2019. N° SUP: 123156. Disponible en: [https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/28082/1/BCN\\_Sistemas\\_de\\_salud\\_Ecuador\\_FINAL.pdf](https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/28082/1/BCN_Sistemas_de_salud_Ecuador_FINAL.pdf)
7. Lalonde M. Social values and Public Health. *Can J Public Health*. 1974 Jul-Aug;65(4):260-8. English, French. PMID: 4849733. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4849733/>
8. Mulligan K, Card KG, Allison S. Social prescribing in Canada: health promotion in action, 50 years after the Lalonde report. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*. 2024 Jun;44(6):241-243. doi: 10.24095/hpcdp.44.6.01. PMID: 38916552; PMCID: PMC11346761. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38916552/>
9. Lucio R, Villacrés N, Henríquez R. Sistema de salud de Ecuador [The health system of Ecuador]. *Salud Publica Mex*. 2011;53 Suppl 2:s177-87. Spanish. PMID: 21877083. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800013](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800013)
10. Franco-Giraldo AJ. Configuraciones, modelos de salud y enfoques basados en la Atención Primaria en Latinoamérica, siglo XXI. Una revisión narrativa. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2020;19. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.cmse>. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/28129>

Freud Cáceres Aucatoma, MD, PhD