



# SALUD PÚBLICA EN ECUADOR





# SALUD PÚBLICA EN ECUADOR

Md. Jefferson Steven Rivera Moreira

Md. Karla Alejandra Fabiani Portilla

Md. Verónica Teresa León Portilla

Dr. Henry Estalin Moreta Colcha

Dra. Connie Rocío Vallejo Vasquez

Md. Sixto Duberli Paucar Llapapasca

Md. Samanta Vanessa Pantoja Arias

Obst. Karen Luisana Luzón Orozco

Lcda. Gladys Renata Proaño Gavilema

Dra. Damarys Rodríguez Lorenzo







# SALUD PÚBLICA EN ECUADOR

## AUTORES

**Md. Jefferson Steven Rivera Moreira**

Médico

[jeff\\_ribery@hotmail.com](mailto:jeff_ribery@hotmail.com)

**Md. Karla Alejandra Fabiani Portilla**

Médico

[kfabiani88@hotmail.com](mailto:kfabiani88@hotmail.com)

**Md. Verónica Teresa León Portilla**

Médico

[veritoleonp@gmail.com](mailto:veritoleonp@gmail.com)

**Dr. Henry Estalin Moreta Colcha**

Especialista de Primer Grado en Medicina

General Integral;

Doctor en Medicina

[henrymoreta\\_20@yahoo.es](mailto:henrymoreta_20@yahoo.es)

**Dra. Connie Rocío Vallejo Vasquez**

Especialista de Primer Grado en Medicina

General Integral;

Doctor en Medicina

[connie.vallejo.v@gmail.com](mailto:connie.vallejo.v@gmail.com)

**Md. Sixto Duberli Paucar Llapapasca**

Especialista en Medicina Familiar

y Comunitaria; Médico General

[sidupall224@hotmail.com](mailto:sidupall224@hotmail.com)

**Md. Samanta Vanessa Pantoja Arias**

Médico

[samy00\\_12@hotmail.com](mailto:samy00_12@hotmail.com)

**Obst. Karen Luisana Luzón Orozco**

Obstetra

[karenluisana92@gmail.com](mailto:karenluisana92@gmail.com)

**Lcda. Gladys Renata Proaño Gavilema**

Licenciada en Enfermería

[rproano8@gmail.com](mailto:rproano8@gmail.com)

**Dra. Damarys Rodríguez Lorenzo**

Especialista de Primer Grado en Medicina

General Integral; Especialista de Primer Grado

en Gastroenterología; Doctora en Medicina

[damarys690808@yahoo.es](mailto:damarys690808@yahoo.es)





# SALUD PÚBLICA EN ECUADOR

## REVISORES

**Arcadio Vicente Cedeño Mero**

Magister en Seguridad y Prevención en Riesgos  
Laborales; Especialista en Cirugía General;  
Doctor en Medicina y Cirugía  
*Universidad de Guayaquil*

**Karen Paola Villamil Zambrano**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; Médico  
*Universidad de Guayaquil*





# DATOS DE CATALOGACIÓN

## AUTORES:

Md. Jefferson Steven Rivera Moreira  
Md. Karla Alejandra Fabiani Portilla  
Md. Verónica Teresa León Portilla  
Dr. Henry Estalin Moreta Colcha  
Dra. Connie Rocío Vallejo Vasquez  
Md. Sixto Duberli Paucar Llapapasca  
Md. Samanta Vanessa Pantoja Arias  
Obst. Karen Luisana Luzón Orozco  
Lcda. Gladys Renata Proaño Gavilema  
Dra. Damarys Rodríguez Lorenzo

**Título:** Salud Pública del Ecuador

**Descriptor:** Ciencias Médicas; Investigación Médica; Clínica; Paciente.

**Edición:** 1<sup>era</sup>

**ISBN:** 978-9942-787-73-6

**Editorial:** Mawil Publicaciones de Ecuador, 2019

**Área:** Educación Superior

**Formato:** 148 x 210 mm.

**Páginas:** 109

**DOI:** <https://doi.org/10.26820/978-9942-787-73-6>



## *Texto para Docentes y Estudiantes Universitarios*

El proyecto didáctico *Salud Pública del Ecuador*, es una obra colectiva creada por sus autores y publicada por *MAWIL*; publicación revisada por el equipo profesional y editorial siguiendo los lineamientos y estructuras establecidos por el departamento de publicaciones de *MAWIL* de New Jersey.

© **Reservados todos los derechos. La reproducción parcial o total queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento.**

\*Director General: MBA. Vanessa Pamela Qhispe Morocho Ing.

\*Dirección Central MAWIL: Office 18 Center Avenue Caldwell; New Jersey # 07006

\*Gerencia Editorial MAWIL-Ecuador: Aymara Galanton.

\*Editor de Arte y Diseño: Lic. Eduardo Flores



# ÍNDICE

## SALUD PÚBLICA EN ECUADOR



[www.mawil.us](http://www.mawil.us)



**INDICE GENERAL**

INDICE DE TABLAS.....	15
INDICE DE GRÁFICOS.....	19
INTRODUCCIÓN .....	21
LA EVOLUCIÓN DE LAS POLÍTICAS Y LOS SERVICIOS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA Y ECUADOR .....	25
MARCO LEGAL DE LA SALUD PÚBLICA EN ECUADOR.....	54
MARCO INTERNACIONAL .....	54
MARCO NACIONAL .....	59
SISTEMA DE SALUD PÚBLICA EN ECUADOR .....	66
MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD .....	77
BIBLIOGRAFÍA.....	105



# ÍNDICE DE TABLAS

## SALUD PÚBLICA EN ECUADOR



[www.mawil.us](http://www.mawil.us)



## INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Indicadores de exclusión y porcentaje y número de personas excluidas de la protección social en salud en América Latina y el Caribe (1989-1996) .....	37
Tabla 2. Tasas de mortalidad por causa y sexo: América Latina y el Caribe (2000-2005) (tasa por 100.000 habitantes) .....	41
Tabla 3. Principales problemas de salud en orden de importancia en América Latina .....	42
Tabla 4. Principales problemas de atención de salud de la población en América Latina.....	46
Tabla 5. Políticas y Programas implementado en América Latina bajo en enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud .....	48
Tabla 6. Acciones para la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI-2005) .....	57
Tabla 7. Objetivos del Milenio en materia de Salud.....	58
Tabla 8. Articulado Constitucional vinculado a la salud.....	60
Tabla 9. El Plan Nacional del Desarrollo para el Buen Vivir y la salud.....	62
Tabla 10. La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.....	64
Tabla 11. Diez hitos en la historia del Sistema Ecuatoriano de Salud .....	68
Tabla 12. Transición de presidentes del Ecuador 1996-2007 .....	71
Tabla 13. Cobertura de la seguridad social, Ecuador 2010.....	76
Tabla 14. Aspectos generales del MAIS-FCI .....	77
Tabla 15. La Integralidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de Ecuador.....	78
Tabla 16. Propósito, Objetivo y Objetivos Estratégicos del MAIS-FCI .....	81
Tabla 17. Principios del MAIS-FCI .....	87
Tabla 18. Componentes del MAIS-FCI .....	90

Tabla <b>19</b> . Ciclos de Vida .....	95
Tabla <b>20</b> . Criterios de Dispensarización para Diagnóstico y Seguimiento de las Familias .....	95
Tabla <b>21</b> . Clasificación de los servicios de salud por nivel de atención y capacidad resolutive.....	100

# ÍNDICE DE GRÁFICOS

## SALUD PÚBLICA EN ECUADOR



[www.mawil.us](http://www.mawil.us)



**INDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1. Incremento de la esperanza de vida en América Latina (1980-2001) .....	35
Gráfico 2. Evolución histórica del Ecuador .....	67
Gráfico 3. Organización del Sistema de Salud en el Ecuador.....	74





## Introducción

El marco de referencia obligado en la actualidad para hablar de salud, lo constituye el marco de definiciones y acuerdos que ha constituido la Organización Mundial de la Salud y sus países signatarios. En tal sentido, este organismo (OMS), fija sus objetivos en una salud definida como un “estado completo de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades” (1).

Por su parte, la salud pública como disciplina, tiene sus antecedentes en los múltiples cambios sociales que se dieron en el seno de la Revolución Industrial y la Modernidad como modelo civilizatorio. La proliferación de las grandes ciudades, el hacinamiento producido por las grandes migraciones a los centros urbanos e industrializados, el enfrentar nuevos trabajos en condiciones inadecuadas e inseguras, adecuarse a nuevas dinámicas de vida de manera acelerada y poco planificada, trajo como consecuencia la aparición o reproducción acelerada de enfermedades y situaciones de insalubridad.

Estas condiciones de vida, que se manifestaban con dinámicas feroces en las ciudades europeas más importantes, y que marchaban a la par de un sistema cada vez más industrializado y de un estilo de vida cada vez más urbano, coexistían con un creciente impulso de las ciencias y la tecnologías, y la revolución tecnológica también marcó un hito en materia de salud, ya que proporcionó herramientas que proporcionaron importantes avances.

Buena parte de los avances científicos del momento, contribuyeron significativamente en las Ciencias de Salud, pasando por la epidemiología, con los descubrimientos que permitieron tratar las enfermedades infectocontagiosas que proliferaban en la época; de allí a la enfermería, que se formaliza como un área definida dentro del campo de la medicina; la definición de especialidades médicas más diferenciadas; los precedentes de la salud ocupacional, el realizarse importantes estudios acerca de las enfermedades ocasionadas por ciertas condiciones específicas de trabajo; entre otras indagaciones de interés.



El interés por estudiar estas enfermedades y las condiciones en que se producían, dio como lugar una disciplina denominada Medicina Social, para la cual se requirieron aportes de investigadores de todo el mundo europeo, quienes a mediados del siglo XIX, habían dado forma a esta disciplina y a otra muy cercana, que fue la epidemiología, que cobró especial interés con la publicación del artículo *On the mode of communication of cholera*, por parte del inglés John Snow, hacia 1849.

Pese a las disputas que estaban en auge en aquel momento en la comunidad científica acerca de la explicación para las enfermedades contagiosas, los aportes de Snow orientaron las Ciencias de Salud hacia de la indagación de las verdaderas razones y fuentes de estas patologías. Se enfrentaban la teoría miasmática y la teoría contagionista, y el marcado triunfo de la segunda, trajo como consecuencia algunas modificaciones importantes en el sector sanitario, ya que comenzaron a aplicarse otras medidas en los sectores donde proliferaban estas enfermedades.

De allí que sea la epidemiología la que mayores aportes realizó para que apareciera la Salud Pública como disciplina dentro de las Ciencias de la Salud, y comenzara a reconocerse que el estado es el ente que debe implementar las medidas necesarias para contener y atender las situaciones sanitarias que enfrenta la población. Consolidada ya la idea de Estado Moderno, la idea de las políticas públicas consigue pronto asidero y, entre ellas, las políticas en materia de salud.

Muchas medidas sanitarias comenzaron entonces a orientarse en función del combate de los agentes de transmisión de las enfermedades, sin reconocerse aún que las condiciones del entorno también inciden en esta transmisión, proporcionando las vías para el contagio, o creando las condiciones para la propagación del agente patógeno.

La teoría contagionista más tarde evolucionará con el enfoque ecológico, que comenzará a considerar las condiciones del entorno para que sea posible la proliferación y el contagio de ciertas enfermedades, y comenzarán a introducirse en las políticas sanitarias, algunos aspectos de saneamiento del contexto, procuran con ello controlar contagios y propagaciones de brotes epidemiológicos.

Ya con esta evolución, y la creación hacia 1948 de la Organización Mundial de la salud, se prioriza la necesidad de atender zonas vulnerables y poblaciones especialmente expuestas o desfavorecidas. Se establece que la salud es una prioridad para el mundo, y comienzan a formularse políticas y programas a ser aplicados en todos los países, orientadas a la atención y eliminación de las enfermedades infectocontagiosas, retomando el enfoque de la Medicina Social.

Tanto los hallazgos de los epidemiólogos, como todo lo que aportaron los estudios en materia de salud ocupacional, fueron aportando elementos que permitieron perfilar lo que luego se convertirá en políticas públicas en materia de salud. La consolidación de una noción de Estado en el seno de las nuevas configuraciones políticas que marcaron la transición del siglo XIX al siglo XX, y la idea de que este Estado debe establecer y velar por un conjunto de políticas que regirán la vida social de cada país, viene a reforzar la idea de que se requieren un conjunto de políticas también atinentes a los problemas sanitarios que afectan a cada país.

Las distintas medidas que se tomaron en el marco de la abolición de la esclavitud, las leyes para proteger trabajadores, los convenios para el trabajo en sectores como las fábricas, los hospitales, las escuelas, las minas, entre otros, fue configurando un escenario en que cada Estado se encargaría de regular la vida en cada país, y de establecer las normas y garantizar las condiciones que viabilizaran la realización de cada actividad.

Ya en el siglo XX, aparecen formalmente los sistemas de salud, entendidos como el conjunto de relaciones políticas, económicas e institucionales responsables por la conducción de los procesos relativos a la salud de la población, que se expresan en organizaciones, normas y servicios, que tienen como objetivo alcanzar resultados consistentes con la concepción de salud prevalente en la sociedad (2).

En el marco de estas consideraciones, el devenir de la Salud Pública en América Latina en general, y en el Ecuador en particular, ha pasado por múltiples debates que ponen de manifiesto el dinámico proceso social que atraviesa el mundo entero en los últimos años, con las particularidades propias de este Con-



tinente tan diverso y dinámico.

En tal sentido, este libro realiza una revisión de las políticas públicas en materia de salud en América Latina y en el Ecuador, ofreciendo un panorama del contexto continental en este sentido, lo cual ofrece una visión bastante amplia del proceso por el que ha pasado la definición de los diferentes sistemas de salud.

Seguidamente, se ofrece un panorama del marco legal que rige en la materia de las políticas en salud pública, tanto desde el punto de vista internacional como desde el punto de vista ecuatoriano específicamente, lo cual permite construir un marco referencial acerca de los instrumentos legales que existen en la materia y los lineamientos más importantes que allí se contemplan.

Finalmente, se hace una descripción de los aspectos más importantes del sistema de salud ecuatoriano, detallando un poco más lo concerniente al Modelo de Atención Integral en Salud, el cual se ha constituido en una estrategia pionera en la materia y cuyo impacto social es altamente reconocido en nuestro país. Todo ello con la finalidad de dar a conocer los elementos clave para su funcionamiento y los avances que representa.

## **La evolución de las políticas y los servicios de salud en América Latina y Ecuador**

Hablar de las políticas relativas a la salud en América Latina y el Caribe, implica realizar un recorrido de más de un siglo de historia.

En los últimos 110 años, América Latina y el Caribe han experimentado una gran transformación, desde la independencia de los países del Caribe hasta la construcción de los estados modernos, desde los regímenes autoritarios y las dictaduras a la democracia y el poder de la ley y de ciclos de crecimiento económico y alta productividad a crisis financieras, desaceleración económica y deuda externa masiva (3).

Como puede observarse, las políticas sociales vinculadas a la salud han sufrido muchísimas modificaciones en atención a los muchos cambios que se han suscitado en escenarios sociales, económicos, políticos y culturales en las últimas décadas. Muchos de estos cambios han incluido una revisión progresiva de los roles del Estado y su acción en cada área social de cada país. Asimismo, estos cambios se vinculan con la concepción acerca de la salud y sus componentes o derivaciones.

Gracias a los avances en medicina obtenidos después de la Revolución Industrial, como parte de los logros científicos de la Modernidad, algunas disciplinas como la epidemiología, sentaron las bases para lo que luego se desarrollará como salud pública, al considerarse como parte de las competencias del Estado, la formulación de políticas, planes y programas dirigidos a atender a la población, a disminuir la proliferación de enfermedades infectocontagiosas y la mejora de las condiciones de salubridad en las ciudades, fundamentalmente.

Fue la epidemiología la que aportó los descubrimientos científicos acerca de la incidencia de factores patógenos transmisores de enfermedades, lo cual condujo a la formulación de políticas para prevenir y controlar estos vectores, algunas incluso con carácter internacional. Y en el caso específico de América Latina, esta disciplina también marcó importantes hitos, en los cuales se encuentran los hallazgos realizados por Francisco Javier Eugenio de Santa Cruz



y Espejo en Ecuador, publicados en el libro *Reflexiones sobre la viruela*, en el cual se exponen diversos factores que inciden en la proliferación de viruela, adicionales a la presencia del vector de transmisión, como las malas condiciones de salubridad presentes en Quito, y la precaria formación de los profesionales de la medicina (4).

También cuenta como aporte, el importante logro obtenido por Carlos J. Finlay y de Barré (médico cubano, 1867), quien aplicó el método epidemiológico para erradicar un brote de fiebre amarilla, que era para entonces una de las enfermedades de mayor incidencia en el continente, y para la cual se realizaron numerosas campañas. Este médico no sólo descubrió cuál era el mosquito transmisor de la enfermedad, sino que logró legitimar la epidemiología como disciplina fundamental para la salud pública.

Otro caso emblemático lo representa la enfermedad de Chagas, que debe su nombre al médico brasileño Carlos Chagas, y a sus estudios se le agregan los aportes de Salvador Mazza, médico argentino que identificó el insecto transmisor de la enfermedad, y los del otro médico argentino, Juan César García, quien agregó que existen otros factores que también inciden en esta enfermedad, como las condiciones económicas y sociales. Será este médico el precursor de la Medicina Social en Latinoamérica y, por ende, de la Salud Pública como encargada de implementar las medidas necesarias para garantizar la salubridad en la sociedad.

Específicamente en Ecuador, el médico Leopoldo Izquieta Pérez, implementó esfuerzos desde el Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical del Ecuador (del cual fue fundador), en función de garantizar las mejoras necesarias en las condiciones salinarias de la ciudad de Guayaquil, y la consecuente disminución de brotes de fiebre amarilla.

En este contexto, surge un organismo específicamente orientado a la formulación de políticas para América Latina, bajo la figura inicial de Oficina Sanitaria Internacional (1902), posteriormente denominada Oficina Sanitaria Panamericana (1923) y, finalmente, Organización Panamericana de la Salud (1958) (5).

Este organismo inicialmente fue creado como iniciativa de la Segunda Conferencia internacional de los estados Americanos, celebrada en 1901 en México, en la cual se planteó la necesidad de crear un mecanismo en el que confluyeran todas las instancias y organismos encargados del área sanitaria en los países americanos, que propiciara la formulación de políticas comunes y de criterios para hacer seguimiento a las medidas implementadas en el área (6).

Cuenta como aporte de suma importancia al devenir de esta organización, lo establecido en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, donde se sostiene que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (7). Dos años después, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se reconoce la salud como uno de los derechos fundamentales, conducente a condiciones de vida adecuadas.

Los primeros años de la Organización Panamericana de la Salud, fueron dedicados a combatir enfermedades infectocontagiosas (también conocidas como enfermedades tropicales), tales como la malaria, la fiebre amarilla y la enfermedad de Chagas, muy frecuentes en la región (cuyos avances se mencionaron anteriormente). Muchas investigaciones y muchas campañas se orquestaron para atacar las epidemias en Panamá, Brasil y Cuba, dejando como saldo una reducción significativa de los índices de incidencia de estas enfermedades, así como nuevos descubrimiento acerca de los vectores que las transmiten y el modo de erradicarlos o controlarlos (8).

En este debatir entre los enfoques de la Medicina Social y la Epidemiología, hacia 1920, la Salud Pública pasa a ser definida como “la ciencia y arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud a través de los esfuerzos organizados y la información seleccionada por la sociedad, organizaciones públicas y privadas, comunidades e individuos” (9). Ya ello marca un nuevo modo de entenderla, desde una visión más amplia e involucrando diferentes actores.



Bajo este enfoque se formula el primer documento que engloba a todo el continente, mediante el *Código Sanitario Panamericano*, elaborado en 1924 y suscrito por 18 países. En este documento, se establecen varios objetivos:

1. Prevenir la diseminación internacional de las infecciones transmisibles
2. Promover medidas de cooperación para proteger la salud
3. Estandarizar las estadísticas de morbilidad y mortalidad
4. Estimular el intercambio mutuo de información sanitaria
5. Uniformar las medidas para la protección contra las enfermedades (10)

En atención a los acuerdos suscritos en dicho códigos, se inician en el Continente una serie de medidas y campañas orientadas hacia:

1. Formación del recurso humano del sector salud.
2. Campañas de promoción y prevención de la salud.
3. Programas de salud materno-infantil.
4. Campañas de inmunización.
5. Desarrollo de antibióticos y bacteriostáticos.
6. Programas para control de enfermedades infectocontagiosas y de transmisión sexual (6).

En el período comprendido entre 1920 y 1960, se habían realizado importantes esfuerzos que contribuyeron con la erradicación de enfermedades como la malaria, en cuyos estudios y combates se orientaron muchos países, hasta lograr una notoria disminución de los índices de mortalidad asociada a esta enfermedad.

Durante los años 60, a propósito de nuevos y variados debates en torno a la salud pública y la medicina social, se incorporan éstas áreas como disciplinas académicas en varias universidades del Continente, siendo pioneras en este sentido, la Universidad de Sao Paulo y la Universidad de Cali, incluyendo la medicina social y preventiva, y la medicina comunitaria. Estas iniciativas cursaban con el enfoque multicausal que emergía en la epidemiología después de la Segunda Guerra mundial, desde el cual se planteaba que existían múltiples factores de incidencia para la aparición de una determinada enfermedad, inclu-

yendo el factor patógeno, el paciente y su entorno.

Florece nuevamente la Medicina Social tal como fue concebida originalmente a finales del siglo XIX, y va a incidir definitivamente en el modo de hacer políticas en salud pública, ya que implica considerar multiplicidad de aspectos al momento de su formulación, más allá de la sola erradicación de los vectores transmisores de enfermedades.

Con un marcado énfasis en lo social, este enfoque promueve una visión integral, amplia y compleja, desde el cual la enfermedad ocurre como consecuencia de la confluencia de una multiplicidad de factores y diversas causales que convergen en un lugar, momento y paciente determinado. La relación entre estos factores es lo que va a generar la enfermedad, la cual puede variar en sus formas de adquisición y contagio dependiendo del entorno.

Se promueve también el estudio de enfermedades que no son infectocontagiosas, sino crónicas, las cuales aparecen en el escenario sanitario después de la Segunda Guerra Mundial, como uno de los tantos impactos causados por ésta. Y ello engendra la noción de “riesgo” como componente determinante para la salud, que puede explicar fenómenos patológicos más complejos. Una importante contribución a este enfoque radica en el descubrimiento de que es la malnutrición el principal factor de riesgo para la aparición de una enfermedad como la pelagra, y no un factor patógeno causante de contagio (11).

Desde el punto de vista de la epidemiología y de la Medicina Social, se amplían las herramientas de estudio con la estadística y la probabilística, que se utilizarán para investigar los diferentes factores de riesgo que pueden incidir para que aparezca una enfermedad, y determinar en un conjunto de relaciones de variables, cuáles tienen mayor probabilidad de presentarse e incidir. Esto marcó el salto entre el estudio de enfermedades infectocontagiosas y enfermedades crónicas.

De allí también se da un salto importante en América Latina, que es la formulación de programas de atención a la salud mental y a la salud ocupacional, así como políticas de mejoras de infraestructuras y servicios sanitarios, y la in-



corporación definitiva del enfoque ecológico multicausal a la salud pública. En este contexto, se comienzan a conformar sistemas de salud propiamente dichos, orientados mediante una planificación más clara y estratégica del sector salud, con planes y programas nacionales e instituciones con funciones de planificación y ejecución de políticas claramente definidas.

Esta tendencia dio lugar a las iniciativas de centralización de la administración de la salud, con la intención de implementar sistemas planificados que orientaran las políticas en la materia de forma organizada, aunque se ejecutaran desde instancias regionales y locales, creándose así los sistemas públicos de salud que, pese a las modificaciones, siguen vigentes hoy en día. Esta estrategia, que comprendía a un tiempo la centralización y la regionalización, se contemplaba como una oportunidad para hacer llegar los servicios de salud a todos los sectores geográficos y sociales, garantizando el acceso a la salud a toda la población.

Esta estrategia, pese a sus ventajas, también implicó dos complicaciones importantes: por un lado, la alta demanda que generó el servicio a los sectores más vulnerables, generaba altos costos que los gobiernos no podían cubrir en su totalidad, así que los servicios públicos sólo podían cubrir precariamente algunas atenciones; al mismo tiempo que proliferaban los proveedores privados, al servicio de aquellos que podían pagarlo, acentuando aún más la brecha económica entre unos y otros sectores sociales.

En segundo lugar, aparecen las instituciones de seguridad social, las cuales, “estaban separadas de los ministerios de salud y orientadas al tratamiento médico más que a la prevención” (12). Con ello, aparece una duplicación de servicios públicos cuyas funciones tendían a yuxtaponerse y a generar contradicciones internas que no resolvían completamente las demandas de salud de la población, ni se orientaban a la prevención de las enfermedades.

A finales de los 60 y durante la década de los 70, se intensifica el debate entre los médicos que apuntaban al enfoque multicausal y los netamente científicos y más proclives a las teorías bacteriológicas. Este debate desembocó en la Conferencia de Alma-Ata en 1978, con su consecuente Declaración, que marcó

el inicio del movimiento “Salud para Todos”, el cual concentraba mayor atención en los aspectos sociales de la salud, los cuales eran tomados en cuenta para efectos de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades (13).

Cabe destacar que:

La iniciativa de “Salud para Todos” requería un mayor énfasis en la atención de salud rural, la capacitación de trabajadores de salud comunitarios, la incorporación de proveedores informales en el continuo de servicios de salud y la promoción de la participación comunitaria. La Región contribuyó con modelos exitosos y experiencias acumuladas a través de varias décadas, y fue promotora de nuevas iniciativas a medida que los países evolucionaban hacia gobiernos democráticos. La OPS lanzó la creación de los sistemas locales de salud (SILOS), fortaleciendo la acción intersectorial como un nuevo enfoque de salud pública (14).

La iniciativa de Alma Ata incluye así, el enfoque de la Atención Primaria en Salud, necesaria para dar cobertura a la totalidad de la población y cubrir así las demandas más importantes de los sectores vulnerables. Las políticas formuladas en este sentido, deben estar orientadas a la erradicación de la pobreza y elevar la calidad de vida de todos los sectores.

Aunado a esta disputa en torno a estas iniciativas, América Latina se ve involucrado en numerosos debates políticos y luchas armadas que formaban parte de los movimientos de liberación que combatían las duras dictaduras que se ejercían en varios países del continente. Este escenario también incidió en la salud como realidad y como política, ya que las iniciativas en este sector se orientaban políticamente en procura de contribuir con los cambios sociales.

El programa “Salud: Puente para la Paz”, promovido por la OPS y la UNICEF, promovía la cooperación entre países en cuanto a programas de salud que incluyeran (15):



1. Reconstrucción y restauración de hospitales y otras infraestructuras.
2. Capacitación de personal del sector salud.
3. Campañas de vacunación masiva.
4. Distribución de alimentos.
5. Distribución de medicamentos (16).

En las últimas décadas, de los años 80 en adelante, toda América Latina ha venido dando serios debates y protagonizando un importante conjunto de transformaciones en torno a sus sistemas políticos y, por ende, las diversas áreas pertenecientes al sector público en cada país. En materia de salud, y más bien, salud pública, se han realizado significativos esfuerzos orientados a dar cumplimiento a convenios internacionales y acuerdos que obligan a cada Estado a concretar acciones e iniciativas tendentes a lograr una condición ideal de salud en la población.

Con este horizonte, en el continente se orientan las políticas en salud, hacia la equidad en cuanto al acceso a los servicios, y hacia la garantía de una cobertura amplia y adecuada para todos por igual, indistintamente de sus condiciones sociales, ubicación geográfica, prácticas y creencias. Esta visión integradora y equitativa de la salud, cuenta con algunos importantes antecedentes, ya mencionados hasta ahora, y que se pueden resumir a continuación:

1. El planteamiento de “salud para todos” formulado en el seno de las Naciones Unidas hacia 1973, que viene a convertirse en una política social de sumo interés internacional.
2. La propuesta de la Atención primaria como estrategia en materia de salud, formulada en 1978 en la declaración de Alma Ata.
3. Formulación de un nuevo corpus conceptual de la promoción de la salud, publicado en la Carta de Ottawa en 1986.
4. Aparición de la de los sistemas locales de salud (SILOS), como estrategia, que junto a la descentralización del Estado, debía apuntar a la consolidación de sistemas nacionales de salud (17)(18).

Ya para la década de los 90, con el Consenso de Washington, tiene lugar la hegemonía de instancias económicas como el Banco Mundial y el Fondo Mone-

tario Internacional, que se alejaron de la Declaración de Alma Ata y cambiaron el enfoque del funcionamiento del Estado, imprimiendo el modelo neoliberal.

El giro a este modelo, tuvo una tendencia corporativista y privatizadora de los servicios y sistemas públicos en nuestros países, acentuando aún más la brecha entre sectores sociales. Por ende, la búsqueda de la equidad en materia de salud, se vio igual de afectada que dicha equidad en otros aspectos sociales como la economía, la educación y el trabajo. Este escenario supone, pues, una deuda elevada a saldar en estos aspectos, y en función de los beneficios que requiere la población para aproximarse a la definición de salud que se mencionó en párrafos anteriores.

Las medidas que se recomendaron resultaron en la reducción del gasto público y la disminución de inversiones sociales críticas, y debilitaron la autoridad y la capacidad regulatoria del Estado. La baja inversión en acceso al agua y servicios sanitarios agravó la deuda histórica. Durante este período, el cólera fue reintroducido en Perú y rápidamente se expandió por el continente; para 1992 había llegado a 14 países de América Latina. Sin embargo, gracias a la implementación de respuestas y acciones coordinadas, el último caso endógeno fue declarado en el año 2000 (19).

Cabe destacar un hecho que tuvo una importante incidencia en las políticas de salud durante los años noventa, y fue la epidemia de VIH/sida que, habiendo iniciado durante los años 80, dio lugar a la implementación de numerosos programas de control y prevención en todos los países de América Latina y del mundo. Se implementaron políticas de atención, se distribuyó tratamiento anti-retroviral y, en menos de 10 años se redujo la tasa de mortalidad en más de un 50% (20).

Dados estos antecedentes, en el año 2000, las Naciones Unidas promueven la Cumbre del Milenio, cuya declaración se orienta nuevamente al bienestar social, a la superación de la pobreza y al desarrollo humano. Como marco global suscrito por 189 países, esta declaración establece metas, objetivos y acciones a ejecutar para alcanzar dichos propósitos, trazando una ruta orientada a beneficiar a la población en general, y a los sectores vulnerables en particular.



Los Objetivos del Milenio (ODM), cuya línea de base fue el año 1990, atacarían los problemas de hambre y pobreza; educación; equidad de género; mortalidad infantil; mortalidad materna; control de epidemias de sida, tuberculosis y otras enfermedades transmisibles; sostenibilidad del medio ambiente, y formación de alianzas y cooperación estratégica para el desarrollo (21).

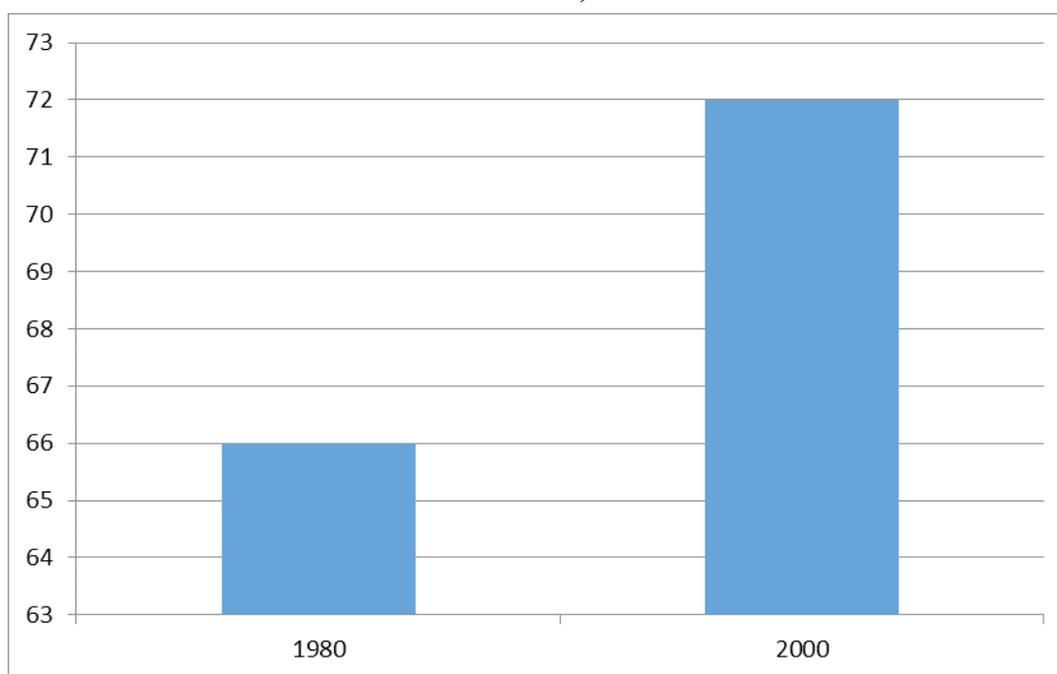
En el marco de esta Declaración y los compromisos asumidos en ella, el modelo de Atención Primaria aplicado a la salud, se entenderá como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación (1).

Este modelo implica un enfoque equitativo de la salud pública, según el cual, dependiendo de las particularidades de cada país, se garantice el acceso de todos por igual, para procurar el goce pleno de un estado integral de salud para cada individuo y cada familia. Con estas premisas, este modelo cuenta con los siguientes componentes:

1) extensión de la cobertura de servicios de salud y mejoramiento del ambiente; 2) organización y participación de la comunidad; 3) articulación intersectorial; 4) investigación y desarrollo de tecnologías apropiadas, lo que incluye disponibilidad y producción de insumos y equipos; 5) financiamiento sectorial; 6) formación y utilización de recursos humanos apropiados; y 7) cooperación internacional (22).

Este Modelo, a pesar de las complejas situaciones políticas y sociales, se comenzó a aplicar en América Latina en los últimos 20 años del siglo XX, con variantes específicas en cada país, y, de acuerdo con la Organización Panamericana para la Salud (23), tuvo impactos favorables, como lo observado en el incremento notorio de la esperanza de vida, tal como se observa en el gráfico que sigue:

**Gráfico 1. Incremento de la esperanza de vida en América Latina (1980-2001)**



**Fuente:** OPS (2000)

Este incremento de la esperanza de vida, se encuentra asociado a varios factores que se enmarcan dentro de los modelos de Atención Primaria implementados en varios países:

1. Reducción de enfermedades transmisibles por efecto de las campañas de vacunación.
2. Reducción de enfermedades infectocontagiosas debido a las numerosas campañas y medidas implementadas para su tratamiento y/o prevención, dirigidas a disminuir la proliferación de los agentes de transmisión.

Para que esto fuera posible, debieron coincidir esfuerzos mancomunados entre varios sectores e instituciones, confluendo en políticas comunes y programas integradores. Además de inversión económica y articulación entre actores, lo cual supone una planificación estratégica con una visión más amplia y claramente orientada a ofrecer mayor calidad de vida a la población y mayor bienestar general a la nación.



Ahora bien, en el tema que nos ocupa, existen dos modelos sociales predominantes que han incidido en los modelos de Estado más frecuentes en el mundo. El primero de ellos, es el modelo del Estado de Bienestar, según el cual, el estado es el encargado de proteger a la población y cubrir sus necesidades básicas, garantizando fundamentalmente, el acceso al trabajo, la salud y la educación. Se trata de modelo de seguridad social para todos los ciudadanos, que incluye derechos como la salud, la educación, el trabajo, la cultura, los servicios sociales y servicios públicos, los cuales son responsabilidad del Estado como ente benefactor.

La otra tendencia predominante, es la neoliberal, en la cual el Estado no interviene en el desarrollo de la sociedad y el mercado es un ente autónomo, casi con vida propia, que se convierte en regente de sus propias dinámicas sin ningún tipo de regulación. Es característica de este modelo, la privatización de entes y servicios, y la disminución del gasto público, con lo que toda política social queda prácticamente descartada por considerarse un gasto innecesario.

Esta segunda tendencia emergerá progresivamente hasta tomar gran contundencia hacia finales de los años 80, y esto significó un revés en cuanto a los avances obtenidos en muchos países, ya que ello acentuó las desigualdades ya existentes y agravó la pobreza en la región. En este contexto, los nuevos modelos en salud incorporarán una perspectiva corporativista, pero procurarán retomar el énfasis en la atención primaria, para tratar de hacer frente a la situación social agravada con un modelo de Estado neoliberal.

Pese a todos los esfuerzos, en muchos países las desigualdades aumentaron significativamente ante un modelo basado en el recorte de la inversión social del Estado, el cual, por ende, no se ocupó de la asistencia a la población, por considerarla un peso innecesario que debía resolverse por la vía del desarrollo del mercado. Un ejemplo de ello lo ofrece un dato estadístico sencillo, y es que, a 10 años de la implementación del Consenso de Washington, “el riesgo de muerte materna es 35 veces mayor en América Latina y el Caribe en comparación con América del Norte” (24).

En un modelo no intervencionista, centrado en la libertad del mercado, el estado no se ocupa de proteger los derechos de la población ni ejecuta políticas sociales. Sólo regula el movimiento del mercado, el cual se desarrolló mediante la privatización de bienes y servicios, y la salud pasó a ser (junto con la educación y otros tantos derechos), una mercancía más en manos del mercado privado y corporativizado. De este modo, el Estado ya no se ocupa de las políticas públicas, pues éstas desaparecen en un contexto privatizado y a favor de las grandes corporaciones.

Esta situación se recoge en una serie de datos que, en torno a un conjunto de indicadores de exclusión, ofrecen un panorama acerca de la situación en América Latina y el Caribe en torno al acceso a la protección social. Organizados en la siguiente tabla, estos datos ilustran la situación de inequidad presente en el continente:

**Tabla 1. Indicadores de exclusión y porcentaje y número de personas excluidas de la protección social en salud en América Latina y el Caribe (1989-1996)**

Indicador	Año de referencia	Estimación de excluidos (%)	Población excluida (miles)
De cobertura Población sin seguro de salud	1995	46	217.779
De acceso Económico (combinado)	1989-1994	27	121.245
Geográfico	1995	22	107.013
De infraestructura Escasez de camas hospitalarias	1996	55	267.537
De procedimientos Partos no atendidos por personal entrenado	1996	17	83.558

**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud (25)

La información ofrecida en esta tabla, es complementada por lo que comenta (22), al describir el escenario del modo que sigue:



1. De 1989 a 1996, un 46% de la población de América latina estaba excluida de la cobertura de servicios de protección social y un 27% no podía acceder a ellos por causas económicas.
2. Un 17% de los partos no son atendidos por personal de salud en Latinoamérica.
3. Del total de 500 millones de habitantes de América Latina y El Caribe, el 27% carece de acceso permanente a servicios básicos y el 46% no cuenta con un seguro público o privado de salud.
4. El 17% de los nacimientos en nuestra región es atendido por personal no calificado.
5. 82 millones de niños no completan el esquema de vacunación.
6. 152 millones de personas no tienen acceso al agua potable.
7. En muchos de los países se registra un predominio del sector privado en el gasto en salud: aproximadamente un 45% del gasto en salud corresponde desembolsos directos de las familias, lo que obstaculiza la satisfacción de otras necesidades básicas.

Como puede observarse, existe una notable contradicción entre esta situación ilustrada en los datos de la Tabla 1, y lo que se reflejó en páginas anteriores en el Gráfico 1. Es decir, mientras aumenta la esperanza de vida en aquellos países que incorporaron el modelo de Atención Primaria, creció la desigualdad en los países que impusieron el modelo neoliberal y su consecuente modelo de Estado no intervencionista que no tiene gastos en políticas sociales.

En estos países, la salud pública como responsabilidad del Estado, no existía, por ende no se invierte en este sector. Y la diferencia entre ambos modelos, sólo refleja dos posturas fundamentales en lo que a salud se refiere: por un lado, la que considera la salud como un derecho y, por otro, la que la considera una mercancía. Si bien es cierto que la primera postura es defendida por todas las Declaraciones de la Naciones Unidas, de la OMS, de la OPS y de otros tantos organismos internacionales, la segunda posición es la que realmente se pone en práctica en la mayoría de los países a finales del siglo XX, con el crecimiento del neoliberalismo como modelo económico y social predominante.

En el escenario de esta última veintena del siglo XXI, se favoreció significativamente el mercado privado de la salud, hasta incluso influir en la gestión pública, pero en el marco de la significativa reducción del gasto público en la materia. Por ello, en muchos de los países latinoamericanos, se fundaron fondos privados para atender a población de bajos recursos, cuyos servicios siguen siendo limitados y muy específicos, pero que contribuyeron en alguna medida a ofrecer atención primaria en muchos casos de interés, como campañas de vacunación, atención a enfermedades infectocontagiosas y atención a la madre y al niño.

La visión privada de la administración de la salud, terminó de favorecer la descentralización de los servicios, así como la separación del Estado para el funcionamiento de instalaciones y servicios. En algunos casos, ciertas iniciativas favorecieron la participación social, aunque desde una visión corporativista, pero cuyo ejercicio promovió otros elementos que más tarde se rescatarían para incorporar el enfoque de Atención Primaria en Salud.

Esta descentralización, creó instancias y estructuras que luego deberían ser reintegradas en un sistema único, planificado y estructurado, para ofrecer servicios de salud y atención adecuada según unas políticas y unos criterios unificados nacionalmente, que funcionen bajo objetivos comunes. La integración progresiva de los diferentes subsectores que trabajan en la salud, así como la integración con organizaciones sociales, formará parte de las modificaciones que traerán las décadas posteriores.

Ya iniciado el siglo XXI, y a la luz de los diferentes procesos de transformación social que se han suscitado en varios países de América Latina, vuelven a florecer las discusiones acerca de las políticas en Salud Pública, el papel del Estado en este sentido, y las modificaciones que deben implementarse para retomar el objetivo de minimizar o eliminar la inequidad, y favorecer a los sectores sociales deprimidos por la pobreza y la miseria. Ello supone serios debates en torno al enfoque industrial y comercial que se imprime a la salud, y que han influido en reglamentaciones, acuerdos, tratados, normas y medidas, que influyen en todos los bienes y servicios asociados a la salud.



Para ello, se consideran los aspectos favorables que ha dejado la administración neoliberal en algunos países, tales como la descentralización, la incorporación de otras formas organizacionales, la reducción de gastos no prioritarios y el hincapié que se hace en la optimización de los servicios y de la calidad que se ofrece a los usuarios (que vistos como consumidores, son clientes a los cuales satisfacer). Con estos beneficios, debe incorporarse una visión acerca de la protección social que resulte eficiente y equitativa, que asegure la salud a la población.

Con 2015 como año tope para cumplir con los Objetivos del Milenio, formulados en el seno de las Naciones Unidas, muchos de los países Latinoamericanos pusieron en marcha iniciativas para alcanzarlos, suscribiendo nuevamente un modelo orientado a la erradicación de la pobreza y al logro de la equidad social, la eliminación de la mortalidad infantil y la salud materna, combatir las enfermedades epidemiológicas e infectocontagiosas.

Este modelo implica la inversión en materia de salud, la atención por parte del Estado a las necesidades de la población, y la implementación de sistemas de salud adecuados a las necesidades de cada país, con visión integradora. En tal sentido, la primera década del nuevo milenio, trajo consigo grandes inversiones en salud, tanto desde el sector público como del sector privado.

Gran parte de este aumento se debió a amenazas contra la seguridad mundial ocasionadas por el síndrome respiratorio agudo grave (SARS, por sus siglas en inglés), las epidemias de A (H1N1), VIH/sida y tuberculosis multirresistente. La epidemia del SARS, en particular, demostró la amenaza directa y continua que ejercen las epidemias sobre los intereses económicos y sanitarios. Su irrupción generó el movimiento político que llevó a la aprobación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), un acuerdo legalmente vinculante que da un marco para la coordinación del manejo de eventos que pueden constituir una emergencia de salud pública de preocupación internacional y busca mejorar la capacidad de todos los países para detectar, evaluar, notificar y responder a las amenazas contra la salud pública. Durante este período aparecieron en la arena internacional un número de instituciones que empezaron a tener un mayor protagonismo en la cooperación con los países en el área de salud, incluidos el Fondo Global

para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria; y la Alianza Mundial para las Vacunas y la Inmunización (GAVI). (3)

En estos inicios del milenio, el continente enfrenta dos grandes retos: por un lado, debe terminar de superar las dificultades que representan enfermedades tradicionales en la región, tales como las enfermedades infectocontagiosas y la mortalidad materno-infantil. Y en segundo lugar, hay que enfrentar las nuevas patologías de estos tiempos de desarrollo urbano, entre las cuales se encuentran las enfermedades crónico-degenerativas, las mentales y las de la vejez. Especial mención merecen estas últimas, que han ido en aumento a medida que se incrementa la esperanza de vida de la población y, en consecuencia, se incrementa la cantidad de adultos mayores.

Los nuevos escenarios sociales han generado también modificaciones en los perfiles de mortalidad, en cuanto a causas, edades y sexo. Dichas modificaciones pueden observarse en la tabla siguiente:

**Tabla 2. Tasas de mortalidad por causa y sexo: América Latina y el Caribe (2000-2005) (tasa por 100.000 habitantes)**

	Total	Hom- bres	Muje- res			
	Enfermedades Transmisibles					
	Estimada	Ajus- tada	Estima- da	Ajusta- da	Estimada	Ajustada
ALC	64,9	78,0	91,0	73,4	56,7	66,1
AL	65,0	78,2	91,3	73,6	56,8	66,4
	Enfermedades Neoplasmáti- cas Malignas					
ALC	92,4	107,3	96,7	120,9	88,5	96,7
AL	92,4	107,3	96,7	121,0	88,6	96,8
	Enfermedades Circulatorias					
ALC	175,1	203,1	181,6	227,7	169,2	182,1



AL	174,3	202,4	180,9	227,0	168,4	181,3
	Enfermedades por causas externas					
ALC	74,1	75,5	121,3	122,8	26,7	29,2
AL	74,6	76,0	122,0	123,5	26,8	29,4
ALC = América Latina y el Caribe AL = América Latina						

**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud (OPS) (26)

Con esta significativa modificación en el escenario de la salud-enfermedad en el continente, es de esperarse que emerjan nuevas políticas de atención a la salud orientada a cubrir los diversos cuadros que se manifiestan en cada país, según el tipo de enfermedad con mayor incidencia, los índices de morbilidad y de mortalidad en cada caso, localidad y sector poblacional.

Para ilustrar este escenario, podemos observar los problemas de salud más importante en América Latina por cada país (de 17 países seleccionados), sistematizados por (27):

**Tabla 3. Principales problemas de salud en orden de importancia en América Latina**

Países	Problemas de salud		
	Primero en importancia	Segundo en importancia	Tercero en importancia
Argentina	Enfermedades del sistema circulatorio (insuficiencia cardíaca)	Tumores malignos (tráqueas, bronquios y pulmón)	Enfermedades del sistema respiratorio (insuficiencia respiratoria aguda)
Bolivia	Mortalidad materno infantil	Enfermedades crónicas infecciosas	Desnutrición

Brasil	Dolencias no transmisibles	Dolencias infecciosas transmisibles	Causas externas
Chile	Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas	Accidentes y violencias	Trastornos de salud mental
Colombia	Enfermedades crónicas y degenerativas	Lesiones de causa externa intencionales y no intencionales	Enfermedades infecciosas de transmisión vectorial, enfermedades de transmisión sexual
Costa Rica	Enfermedades del sistema circulatorio	Tumores	Lesiones por causas externas (violencia)
Ecuador	Enfermedades infecciosas de transmisión vectorial	Enfermedades crónicas degenerativas	Enfermedades de transmisión Sexual, VIH/SIDA
El Salvador	Enfermedades infecciosas	Lesiones por causa externa	Enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles
Guatemala	Mortalidad materno infantil	Enfermedades infecciosas de transmisión vectorial	Enfermedades nutricionales
Honduras	Enfermedades infecciosas	Enfermedades transmisibles	Enfermedades emergentes
Nicaragua	Mortalidad materna infantil y perinatal	Enfermedades de transmisión vectorial e infecciosas	Enfermedades crónicas
Panamá	Enfermedades crónicas	Enfermedades de transmisión sexual	-
Paraguay	Enfermedades prevenibles que afectan a grupos vulnerables	Enfermedades crónicas degenerativas	Enfermedades emergentes, accidentes de tránsito y violencia
Perú	Mortalidad materna e infantil elevadas Enfermedades infecciosas	Enfermedades transmisibles y crónicas	Malnutrición materna e infantil Mortalidad materna
República Dominicana	Alta morbi-mortalidad materno-infantil	Sin información	Sin información
Uruguay	Enfermedades cardiovasculares	Cáncer	Accidentes



República Bolivariana de Venezuela	Accidentes de tránsito y violencia	Enfermedades cardiovasculares	Enfermedades asociadas al cáncer
------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------	----------------------------------

**Fuente:** Arriagada I, Aranda V, Miranda F. Políticas y programas de salud en América Latina (27)

Con estas enfermedades frecuentes, el inicio del milenio en América Latina enfrenta grandes dificultades en lo que se refiere a servicios de salud:

1. La aún notoria inequidad en el acceso a los servicios de salud, manteniendo aún vigente la brecha entre grupos sociales y nutriendo los niveles de vulnerabilidad y pobreza.
2. Los precarios niveles de calidad en los servicios existentes, lo que se manifiesta en una débil formación profesional en el sector, débil capacidad de gerencia y gestión en los funcionarios, retrasos en los recursos y suministros, insuficiencias en las infraestructuras, escasa cobertura en áreas de demanda creciente.
3. Falta de articulación entre el sector público y el privado, lo cual dificulta la consolidación de políticas nacionales unificadas y eficaces, complejizando el escenario respecto al acceso equitativo y el uso eficiente de recursos.
4. Escasa o nula cultura de la prevención, por lo que no se invierte en ello ni se promueven campañas orientadas en este sentido.
5. Débil o ausente planificación de la formación del recurso humano dedicado a la salud.
6. Diversidad de escenarios respecto a los niveles de calidad.
7. Irregularidad en la distribución de tecnologías adecuadas.

El escenario a comienzos de siglo, plagado de desigualdades, nuevas y antiguas, dio como resultado que la Organización Mundial de la Salud (OMS), creara una Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), la cual tendría que realizar estudios que le permitieran conformar una base científica sólida a partir de la cual promover la equidad en la salud.

Esta Comisión, constituida para tres años de labores, realizó una indagación que dio como resultado un informe que contempla tres ejes de acción sobre los determinantes sociales que afectan la salud. Vale destacar que ya la sola denominación de esta Comisión, da cuenta del enfoque que se suscribe para los nuevos modelos de salud basado en la mirada crítica de la salud. Los tres ejes de acción son:

1. Mejorar las condiciones de vida: abarca diversos grupos etarios, culturales, geográficos y de género, pensando en bienestar de niños, niñas, mujeres, personas de tercera edad, en situación de pobreza, en zonas especiales, entre otros. Y que tiene como finalidad, la búsqueda de condiciones ideales para la vida en calidad y bienestar.
2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos: referida a las acciones de tipo político y que inciden en la distribución de la riqueza y los recursos, así como de los servicios y beneficios de todo orden. Se orienta hacia la búsqueda de una sociedad más justa y equitativa, a partir de gobiernos orientados a tal fin.
3. Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones: esto implica una continua revisión y evaluación de las acciones emprendidas, de la visión subyacente en cada lineamiento y cada programa, mediante sistemas de control y vigilancia que garanticen el cumplimiento de los objetivos propuestos, en atención a monitorear la situación en cuanto a equidad y a la incidencia de los determinantes sociales en el ámbito sanitario.

El marco conceptual que fundamentará esta perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), será desarrollado con detenimiento por diversos autores, pero son (28), quienes definen los dos tipos de DSS que se considerarán para la formulación de políticas, planes y programas:

1. Los determinantes estructurales, “que son los mecanismos productores primarios de estratificación y divisiones sociales, como las políticas macroeconómicas, las políticas públicas (educación, salud) las políticas sociales, entre otras, que generan como resultado las diferenciaciones en Ingreso, etnia, clase social, escolaridad” (29).

2. Los determinantes intermedios, “los cuales juegan un papel en el proceso de generación de inequidad, más como moduladores y no como causantes primarios. Son las circunstancias materiales, los factores biológicos y psicosociales y el sistema de salud”(29).

Bajo este enfoque, en América Latina, la Organización Panamericana de la Salud, se propuso como objetivo para su Plan 2008-2012:

Abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos (30).

Asimismo, el reto de este milenio pasa por discutir y buscar las estrategias para superar una serie de problemáticas que tienen incidencia directa en la situación de salud en los países del continente. Dichos problemas son los siguientes:

**Tabla 4. Principales problemas de atención de salud de la población en América Latina**

Países	Problemas de atención		
	Primero en importancia	Segundo en importancia	Tercero en importancia
Argentina	Superar la emergencia sanitaria producto de la crisis del año 2001	Garantizar el acceso a toda la población a servicios y medicamentos esenciales	Superar brechas estadísticas de salud y que delimitan los márgenes de la inequidad
Bolivia	Inaccesibilidad geográfica	Barreras culturales	Costos
Brasil	Transición epidemiológica hacia enfermedades no transmisibles	Aumento de complejidad y costos en los servicios	Equidad en la atención
Chile	Inequidad en el acceso	Calidad de los servicios	Déficit de recursos

Colombia	Accesibilidad en la prestación de servicios en salud	Ineficiencias en organización y operación de la prestación de servicios	
Costa Rica	Eficacia, calidad y equidad de los servicios	Sostenibilidad financiera precaria	Cambio del perfil epidemiológico por envejecimiento de la población
Ecuador	Equidad y eficiencia en los servicios	Déficit recurso humano	Costos en la prestación de servicios de salud
El Salvador	Déficit de recursos	Necesidades de salud insatisfechas en las zonas rurales	Enfermedades emergentes y re-emergentes
Guatemala	Acceso a servicios de salud	Demanda insatisfecha	Falta de alimentación adecuada
Honduras	Diarreas	Neumonía	Anemia, parasitismo, desnutrición
Nicaragua	Necesidades insatisfechas	Déficit de recursos	Eficacia, equidad, calidad en la provisión de servicios de salud
Panamá	Accesibilidad de los servicios	Equidad de los servicios	Aumento de los costos
Paraguay	Acceso no equitativo a los servicios de salud	Infraestructura inadecuada	Escasa capacidad resolutive de los servicios de guardias de urgencia
Perú	Bajo acceso a los servicios, particularmente vinculados al embarazo, el puerperio y el recién nacido	Insuficiente calidad y eficacia en los servicios	Déficit en recursos humanos Acumulación epidemiológica
República Dominicana	Limitada cobertura en atención primaria	Desarticulación presupuesto	Cobertura insuficiente
Uruguay	Ausencia de un modelo de atención integral de salud entre agentes privados y públicos	Ausencia de programas de atención de las enfermedades no transmisibles	Debilidad en atención primaria y su articulación con niveles superiores
República Bolivariana de Venezuela	Sin información	Sin información	Sin información

**Fuente:** Arriagada I, Aranda V, Miranda F. Políticas y programas de salud en América Latina (27)



Ante estas problemáticas, y bajo el enfoque de los DSS, se han desplegado en América Latina una serie de Políticas en salud que pueden resumirse como aparece a continuación:

**Tabla 5. Políticas y Programas implementado en América Latina bajo en enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud**

País	Políticas	Punto de entrada: DI <sup>a</sup> , DE <sup>b</sup>	Área de acción: A <sup>c</sup> , B <sup>d</sup> , C <sup>e</sup>	Retos
Argentina	1. Programa Médicos Comunitarios 2. Proyecto Salva-guarda Indígena 3. Programa Nacional Municipios y comunidades saludables	DE: Etnia DI: Sistema de salud	A	Fragmentación entre sectores del sistema de salud Desarrollo de una política nacional basada en DSS
Bolivia	1. Modelo de salud familiar comunitaria intercultural (SAF-CI) 2. Programa Desnutrición Cero	DE: Género, etnia y posición socioeconómica DI: Sistema de salud	A, B	Alto porcentaje de población sin cobertura y excluida. Alta población indígena con prácticas tradicionales de medicina
Brasil	1. Programa de agentes de salud comunitarios 2. Programa salud de familia	DI: Sistema de salud	A, C	Alto nivel de segmentación con un porcentaje de aseguramiento público en contraste con aseguramiento privado
Chile	1. 13 pasos hacia la equidad en salud 2. Chile Crece Contigo 3. Chile solidario	DE: Posición socioeconómica DI: Sistema de salud	A, C	Superar la alta desigualdad en la distribución del ingreso Proporción importante de aseguramiento privado en comparación al aseguramiento público

Colombia	1. Red JUNTOS 2. Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas – PAPSIVI	DE: Género, etnia y posición socioeconómica DI: Sistema de salud	A, B, C	Problemas estructurales del sistema de salud de financiamiento y barreras de acceso a servicios
Costa Rica	Modelo de sistema de salud basado en la teoría de la Producción social de la enfermedad	DE: Posición socioeconómica DI: Sistema de salud	A, B	Población en pobreza extrema y crecimiento de la economía informal
México	Programa de Desarrollo Humano “Oportunidades	DE: Posición socioeconómica	A	Alta segmentación en el sistema de salud, alto crecimiento de aseguramiento privado y gasto de bolsillo en salud, desarrollo de Políticas transectoriales
Venezuela	Misiones Bolivarianas: Intrasanitarias: Misión Barrio Adentro, Misión Milagro. Extrasanitarias: Misión Robinson	DE: Educación y trabajo DI: sistema de salud	A, B	Integración entre niveles de atención en salud, diferencias sociopolíticas que atentan contra la expansión del modelo de misiones. Posición política desde sectores de medios y la academia médica venezolana
<p>Donde:  a = Determinantes Intermedios  b = Determinantes estructurales  c = Mejorar las condiciones de vida  d = Luchar contra la distribución desigual de poder  e = Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones</p>				

**Fuente:** García-Ramírez J, Vélez-Álvarez C. América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas (31)



Adicional a estas problemáticas a resolver, está la situación relativa a la cobertura de los diferentes sistemas de salud, tanto públicos como privados, los cuales, en términos generales, siguen resultando insuficientes ya que no satisfacen totalmente las necesidades de la población. Entre estas deficiencias, destacan las cifras de “Bolivia con apenas un 35% de cobertura, Paraguay que alcanza un 46%, Argentina llegando a 48%, y Uruguay que cubre un 53%, con un mejor índice en Panamá, que reporta un 85% de cobertura” (27).

Como es de esperarse, la cobertura que ofrece el sector privado también es insuficiente, especialmente tomando en cuenta que dicho sector está dirigido fundamentalmente el sector más favorecido económicamente, que siempre es mucho más reducido. Asimismo, se agrava la situación en los espacios rurales, cuyos servicios suelen ser más deficientes, escasos o de menor calidad en comparación con lo que se ofrece en espacios urbanos.

Ya para los últimos años, correspondientes a la segunda década del milenio, y en el marco del derecho a la salud, se promueve la noción de la Salud Universal en el seno de las organizaciones garantes de los derechos fundamentales. Por ello, se establece como estrategia por parte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), contemplando una serie de valores que deberán incorporarse en el diseño e implementación de las políticas públicas, que son la salud, la equidad y la solidaridad, en el entendido de que la salud incluye el acceso universal a este derecho (32).

En atención a las situaciones regionales en torno a la salud y las políticas relativas a esta materia, en la edición del 2017 del informe *Salud en las Américas*, presentado por la OPS, se pueden recoger algunos aspectos que describen el panorama actual (33):

1. En el Continente se siguen presentando situaciones de inequidad en cuanto al acceso a los servicios de salud. Las políticas se dirigen fundamentalmente a la atención de emergencias epidemiológicas o demandas episódicas específicas. En el marco de las modalidades tradicionales de gestión, las inversiones se han orientado hacia la modernización tecnológica, la cual tampoco es accesible de forma equitativa a la población.

2. La atención no considera las condiciones geográficas y culturales, dejando de lado la calidad y la eficiencia en la respuesta y en el tratamiento.
3. La formación de los profesionales de la salud, sigue siendo deficiente en atención a las demandas de cada contexto, a la modernización tecnológica o a las variaciones demográficas de cada país.
4. La demanda es exponencialmente mayor a la cantidad y calidad de los servicios ofrecidos.
5. La coordinación de varios agentes y varios aspectos incidentes en la salud, en el marco de la noción de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), exige del trabajo mancomunado de diferentes actores institucionales y sociales, integración ésta que no se ha logrado en la región, por ende, los DSS siguen siendo desfavorables.
6. Las políticas públicas en materia de salud, forman parte de los sistemas de gestión y de gobierno en cada país. Si existen debilidades en la gobernanza, las habrá en las políticas y en los modelos de gestión. Y el continente ha atravesado por serias revisiones en torno a sus gobiernos a lo interno de cada país, y ello incide directamente en las políticas, planes y programas implementados y el éxito de los mismos.
7. La aparición de enfermedades emergentes que son consecuencia de las dinámicas sociales y ambientales de la región, que suponen retos desde el punto de vista científico y desde la gestión en cuanto a los sistemas de salud.
8. Incremento de las tasas de aparición de enfermedades crónicas en la población.
9. Los efectos severos del cambio climático y sus incidencias en la salud, tanto en lo relativo a las enfermedades infectocontagiosas, como en las enfermedades crónicas.
10. Los efectos del envejecimiento producto del aumento de la esperanza de vida en cada país, así como las variaciones en el comportamiento demográfico, que da lugar a incrementos de la población, mayor tasa de natalidad y menor tasa de mortalidad, incremento de la población adulta mayor, entre otras variantes.
11. Los efectos de los movimientos migratorios en la región, que trae como consecuencia la revisión de las políticas migratoria y el desplazamiento de cuadros sanitarios entre países, y el incremento de la demanda en algunos casos.



Mención aparte merecen los aportes que ha hecho la epidemiología a la evolución de la salud pública en América Latina, especialmente en las dos últimas décadas del siglo XX y en lo que va del nuevo milenio. En este orden, en América Latina florece la denominada epidemiología crítica, gracias a los aportes de Naomar Almeida (Brasil), Juan Samaja (Argentina), Asa Cristina Laurel (México), Edmund Granda (Ecuador), Jaime Breilh (Ecuador) (4). Desde este nuevo enfoque, la explicación fenomenológica, reduccionista y fragmentaria de la realidad y la determinación social de la salud es cuestionada y proponen la epidemiología como herramienta para trabajar la relación entre la reproducción social, entendida como la articulación de las estructuras sociales, los modos de vida de los grupos sociales (vulnerabilidad y riesgo), las condiciones propias de los individuos; y, el metabolismo sociedad-naturaleza (34).

Los planteamientos de la epidemiología crítica, ponen de nuevo en evidencia que el enfoque causal de la salud, no es suficiente para explicar los complejos procesos que dan lugar a la aparición de una enfermedad, ya no sólo infecto-contagiosa, sino de tipo crónico, tan frecuentes en los últimos años. También se sostiene desde esta perspectiva, que el modelo multicausal no termina de explicar, desde la noción de los factores de riesgo, los complejos procesos sociales que inciden para que una enfermedad se produzca, ya que se sigue teniendo una visión individualista más que social.

Con fuerte influencia de los debates sociológicos, la epidemiología crítica plantea que la salud pública debe enfocarse hacia

el estudio de cómo la sociedad y las diferentes formas de organización social influyen la salud y el bienestar de los individuos y las poblaciones. En particular, estudia la frecuencia, la distribución y los determinantes sociales de los estados de salud en la población (...) va más allá del análisis de factores de riesgo individuales e incluye el estudio del contexto social en el cual se produce el fenómeno salud-enfermedad (35).

El enfoque se dirige entonces, a estudiar las desigualdades sociales, y cómo éstas generan condiciones que propician la aparición de ciertas enfermedades. Desde este particular punto de vista, los esfuerzos deben orientarse a disminuir

y/o eliminar dichas desigualdades y los efectos que éstas tienen en la salud.

Se incorpora así el enfoque histórico-social a la salud pública, que plantea el abordaje de la salud desde el punto de vista de las condiciones en las que vive cada clase social. Se trata pues, de estudiar las enfermedades buscando “la explicación de la distribución desigual de las enfermedades entre las diversas clases sociales, en [sic] donde se encuentra la determinación de la salud-enfermedad” (36). Se otorga prioridad a factores socioeconómicos más que a los biológicos, con una visión integradora, cualicuantitativa, dialéctica, colectiva.

Con este escenario y estos aportes, las políticas públicas en salud para América Latina en la actualidad, enfrentan numerosos retos pero que, con los aportes críticos al área, ofrecidos por investigadores de nuestros propios países, pudiera tener un cambio cualitativo y cuantitativo importante, a favor del desarrollo de la región y del alcance de los derechos universales, entre ellos, el de la salud.

## **Marco legal de la salud pública en Ecuador**

### **Marco internacional**

La salud, tal como hemos visto, ha sido una de las mayores preocupaciones de todas las naciones, ya que ella está asociada a la vida misma, al modo cómo se desarrolla un pueblo, y a la forma como evoluciona la humanidad. Por tal razón, son muchas las iniciativas que se han desarrollado teniendo la salud como centro fundamental.

En este sentido, la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), constituye el fundamento a partir del cual se han formulado declaraciones, convenios, políticas, planes y programas específicos para el área de salud. El artículo 22 de dicha Declaración, señala que:

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo



de su persona (37).

Por su parte, el derecho a la salud está expresamente reconocido en el artículo 25, que reza:

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes a su voluntad
2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social (37).

Este mismo año (1948), es creada la Organización Mundial de la Salud (OMS), surgida del mismo seno de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), y como resultante de la iniciativa de crear una instancia capaz de regular los aspectos relativos a la salud como Derecho Humano, y establecer los mecanismos a implementar por parte de los Estados Signatarios.

Pese a que es este antecedente el que marca los destinos jurídicos en materia sanitaria, en 1902 había nacido la Organización Panamericana de la Salud, bajo el nombre de Oficina Sanitaria Internacional, cambiando su denominación a Oficina Sanitaria Panamericana en 1923. La función principal de esta Organización es ofrecer cooperación técnicas a los gobiernos para el desarrollo humano sostenible, en el marco de la cooperación internacional y en función de la premisa *Salud para Todos*.

Esta Organización pasa a ser reconocida por la OMS en 1949, pasando a formar parte del sistema de las Naciones Unidas y regirse por el documento macro que es la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Esto crea entonces un marco único al cual se suscriben todos los países que pertenecen a estos organismos, tanto para América Latina como para el resto del mundo.

A partir de este marco, se elaboran una serie de documentos que cuentan

como marco jurídico para regir en cuanto a Salud Pública y asuntos sanitarios en general:

1. La firmada en Ginebra por la Asociación Médica mundial sobre derechos humanos y salud, en 1948.
2. La Declaración sobre los Derechos del Niño, 1959.
3. El Código Internacional de Ética Médica, 1949.
4. La Declaración de los Derechos de los Impedidos, 1975.
5. La Declaración de Tokio sobre Normas Médicas con respecto a la Tortura y otros Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes, o Castigos Impuestos sobre Personas Detenidas o Encarceladas, 1975.
6. El Juramento de Atenas del Consejo Internacional de Servicios Médicos, 1979.
7. La Declaración contra la Discriminación de Personas Enfermas de SIDA, 1988.
8. Las firmadas por la Organización Internacional del Trabajo con respecto a la Seguridad Social y Trabajo, y Salud Laboral y Ocupacional.
9. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966.

Este Pacto, en su Artículo 12, establece que:

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los estado Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias:
  - a. La reducción de la mortinatalidad y la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
  - b. El mejoramiento de todos los aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
  - c. La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas, y
  - d. La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

10. Declaración de Lisboa, de la 34ª Asamblea Médica Mundial, 1981
11. Declaración de los Derechos del Paciente, de la Asociación Americana de Hospitales, 1973. Estas dos últimas dirigidas a regular la conducta de los profesionales de la salud en atención a priorizar hacia el bienestar del paciente y al respeto de su dignidad.
12. Reglamento Sanitario Internacional 1951, 1969, 1973, 1981 y 2005. Este Reglamento, elaborado por la OPS con la finalidad de aportar elementos para la regulación de la vigilancia epidemiológica, centrada en las enfermedades infectocontagiosas. Hoy en día, en sus versiones más recientes, ya se incorporan afecciones y patologías que afectan la salud, indistintamente de su origen y forma de adquisición, contemplando, además, los Determinantes Sociales de la Salud como aspectos que deben considerarse en el escenario sanitario.

Todos estos documentos reafirman que todos los seres humanos tienen los mismos derechos para el disfrute pleno de la salud, y su protección por parte del Estado, indistintamente de su edad, sexo, raza, género, creencia religiosa, posición social o económica, postura política. También tienen derecho al acceso libre a los servicios y productos científicos vinculados a los servicios de salud.

En tal sentido, la OMS ha definido siete acciones estratégicas para orientar la aplicación del RSI (2005):

**Tabla 6. Acciones para la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI-2005)**

<b>Acciones Estratégicas</b>	
1	Impulsar las alianzas mundiales entre todos los países y todos los sectores pertinentes (como los de salud, agricultura, transportes, comercio, educación y defensa). Algunas alianzas ya son operativas, por ejemplo, las que existen entre la OMS y sus Estados Miembros, pero otras son menos tradicionales, como las establecidas entre los sectores de salud, transporte de viajeros y defensa. Las últimas que exigirán esfuerzos concertados a nivel nacional para garantizar que los intereses de todas las partes tengan claridad y estén bien representados. Todo ello tiene por objeto dar a conocer las nuevas normas y colaborar con miras a prestar el mejor apoyo técnico y, si es preciso, movilizar los recursos para la aplicación eficaz del RSI (2005).
2	Fortalecer los sistemas nacionales de vigilancia, prevención, control de enfermedades y respuesta. Esta estrategia tiene el objetivo de que cada país evalúe sus recursos internos en materia de vigilancia y respuesta y elabore planes de acción nacionales para aplicar el RSI (2005) y cumplir sus requisitos.
3	Fortalecer la seguridad sanitaria en los viajes y los medios de transporte. El objeto de esta estrategia es reducir al máximo posible el riesgo de propagación internacional de enfermedades mediante la adopción de medidas de salud pública permanentes y eficaces, y la dotación de capacidad de respuesta en determinados aeropuertos, puertos marítimos y puestos fronterizos terrestres de todo el mundo.
4	Fortalecer los sistemas mundiales de alerta y respuesta de la OMS. Por medio de esta estrategia se articula una respuesta coordinada oportuna y eficaz a los riesgos para la salud pública internacional y a las emergencias de salud pública de importancia internacional
5	Fortalecer la gestión de riesgos específicos. Se implanta una gestión sistemática, internacional y nacional, de los riesgos conocidos para la seguridad sanitaria internacional, como la gripe, la meningitis, la fiebre amarilla, el SRAS, la poliomielitis, la contaminación de los alimentos y las sustancias químicas y radiactivas
6	Respaldar los derechos, obligaciones y procedimientos. Se desarrollan plenamente y se ratifican los nuevos mecanismos jurídicos previstos en el Reglamento; todos los profesionales que intervienen en la aplicación del RSI (2005) comprenden claramente y respaldan los nuevos derechos, obligaciones y procedimientos estipulados en el Reglamento.

7	Realizar estudios y vigilar los progresos realizados. Se identifican los indicadores y se recopilan periódicamente para supervisar y evaluar la aplicación del RSI (2005) a escala nacional e internacional. La Secretaría de la OMS informa de los avances a la Asamblea Mundial de la Salud. Se proponen estudios específicos para facilitar y mejorar la aplicación del Reglamento.
---	---

**Fuente:** Universidad ISALUD. Marco de referencia para la implementación normativa del reglamento Sanitario Internacional (38)

Cabe destacar, como parte de este marco internacional, los Objetivos de Desarrollo del Milenio, suscritos por las Naciones Unidas, y cuya meta estaba prevista para el 2015. Elaborados en el marco de la Declaración del Milenio, estos objetivos buscan la reducción de la pobreza, y el mejoramiento de la salud, la educación y el ambiente, como preceptos para la consecución de una vida digna para toda la población. Entre estos objetivos vale la pena mencionar:

**Tabla 7. Objetivos del Milenio en materia de Salud**

Objetivo	Descripción
4	Reducir la mortalidad en los niños menores de cinco años, la meta es la reducción en las dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad en menores de cinco años.
5	Mejorar la Salud Materna: la meta es reducir un 75% la tasa de mortalidad materna entre 1990 y el 2015 y lograr el acceso universal a la salud reproductiva.
6	Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, con las siguientes metas: reducir la propagación del VIH/ SIDA; para el 2010 el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA; detenido y comenzar a reducir, en el 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves.

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS (39)

### Marco nacional

En el Ecuador se han venido haciendo cambios cualitativos que han favorecido la formulación de políticas en salud que han ido madurando progresiva-

mente. El derecho a la salud se reconoció en el país hace más de 30 años, cuando en la Constitución política de 1979, en su artículo 19, numeral 13, establecía para toda la población “el derecho a un nivel de vida que asegure la salud, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios” (40).

Cabe destacar que la declaración de este derecho, se realiza luego de que el país superó el período de dictadura y se comienza el período de restauración democrática, lo cual da como resultado la modificación de la Constitución y el reconocimiento de los derechos del pueblo. Con ello comienza a configurarse un sistema de políticas en el país, con mayor matiz social, con un Estado más preocupado por garantizar el bienestar de la población.

Más adelante, con la promulgación de una nueva Constitución en 1998, se ratifica al estado ecuatoriano como ente garante de la salud como derecho irrenunciable, mediante mecanismos de promoción y protección que estén al alcance de toda la población. Aunado a ello, esta Carta Magna contempla la seguridad alimentaria, el suministro de agua potable y las medidas sanitarias básicas para mejorar la calidad de vida en la población, todo lo cual está directamente relacionado con la salud.

Hoy en día, la Constitución aprobada en el 2008, como consecuencia de la Revolución Ciudadana desplegada en el país, se convierte en el marco normativo general que habrá de regir para la formulación e implementación de políticas en diversos aspectos sociales, entre los cuales destaca la salud, desde un enfoque integral, signada por los determinantes sociales y que está en correlación con elementos culturales, geográficos, económicos, entre otros.

La visión que se plantea acerca del derecho a la salud, tiene rasgos sistémicos e integradores, ya que se le vincula con el ejercicio de otros derechos. Del mismo modo, se establece que el Estado es el garante de este derecho y debe para ello formular políticas, planes y programas que tengan como propósito garantizar el acceso a la salud, teniendo como fundamentación la equidad, la interculturalidad, la eficacia y la eficiencia, la universalidad, la solidaridad, y el enfoque de género.



Con estos fines, la Carta Magna establece las pautas para dar inicio a un proceso de reforma del sistema de salud del Ecuador, con el Estado como garante. En tal sentido, con una visión integradora, y enfocada hacia el logro del Buen Vivir, la Constitución de 2008 establece:

**Tabla 8. Articulado Constitucional vinculado a la salud**

Artículo	Descripción
Cap. II, Sección 7, Art. 32	<p>“DERECHOS DEL BUEN VIVIR”</p> <p>La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”.</p>
Cap. III, Art. 35	<p>Define las personas y grupos de atención prioritaria y establece que la responsabilidad del ámbito público y privado de garantizar una atención prioritaria y especializada. El Estado prestará especial protección a las personas en doble condición de vulnerabilidad. Con respecto a estos grupos en varios articulados menciona sus derechos en salud. Incorpora artículos importantes en cuanto a los Derechos Sexuales y Reproductivos (Capítulo Sexto “Derechos de Libertad”):</p>
Art. 66	<p>Se reconoce y garantizará a las personas: El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras.</p>

Art. 361	Señala que el Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector y en el Art. 363 las responsabilidades del Estado para garantizar el ejercicio del derecho a la salud. La actual Constitución también promueve la participación de la comunidad en todos ámbitos y se constituye como el Quinto Poder del Estado (Art. 95, 208).
----------	---

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS (39)

Desde 2001, Ecuador cuenta con una Ley de Seguridad Social en la cual se establecen las normas generales que habrían de regir todos los elementos de la seguridad social, describiendo las instituciones que formarán parte del Sistema Nacional de Salud, de las cuales se hablará en detalle en el próximo capítulo.

Desplegado desde la Constitución como base, el Plan Nacional del Desarrollo para el Buen Vivir se constituye en el segundo marco normativo de referencia obligada para la formulación, implementación y seguimiento de las políticas públicas, incluida la salud como derecho fundamental. De allí se pueden destacar los siguientes planteamientos:



**Tabla 9. El Plan Nacional del Desarrollo para el Buen Vivir y la salud**

Objetivo	Política
<p>En el Objetivo 1, “Auspiciar la igualdad, la cohesión y la integración social y territorial en la diversidad”,</p>	<p>La Política 1.1 se orienta a garantizar los derechos del Buen Vivir para la superación de todas las desigualdades, en especial, salud, educación, alimentación, agua y vivienda. En salud plantea la ampliación de la cobertura a través del mejoramiento de la infraestructura, equipamiento de los servicios de salud y la superación de las barreras de ingreso; Impulsar el acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos; universalizar el acceso a agua segura y la asignación prioritaria y progresiva de recursos públicos para propender al acceso universal y gratuito a los servicios de salud en función de criterios poblacionales, territoriales y de equidad social.</p> <p>En la Política 1.10 Plantea asegurar el desarrollo infantil integral para el ejercicio pleno de los derechos, involucrando a la familia y a la comunidad para generar condiciones adecuadas de protección, cuidado y buen trato en particular en las etapas de formación prenatal, parto y lactancia, así como articular progresivamente los programas y servicios públicos de desarrollo infantil que incluyan salud, alimentación saludable y nutritiva, educación inicial y estimulación adecuada.</p>
<p>En el Objetivo 2, Mejorar las capacidades y potencialidades de la población, en el que la salud y la nutrición constituyen aspectos claves para el logro de este objetivo a través de una visión integral de la salud, la atención adecuada y oportuna, acciones de prevención y una adecuada nutrición que permitan la disponibilidad de la máxima energía vital.</p>	

<p>En el Objetivo 3. Aumentar la esperanza y calidad de vida de la población: plantea políticas orientadas al cuidado y promoción de la salud; a garantizar el acceso a servicios integrales de salud: el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica; el reconocimiento e incorporación de las medicinas ancestrales y alternativas</p>	<p>En la Política 3.1: Promover prácticas de vida saludable en La población.</p> <p>En la Política 3.2: Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad, y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad.</p> <p>En la Política 3.3: Garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad.</p> <p>En la Política 3.4: Brindar atención integral a las mujeres y a los grupos de atención prioritaria, con enfoque de género, generacional, familiar, comunitario e intercultural.</p> <p>En la Política 3.5: Reconocer, respetar y promover las prácticas de medicina ancestral y alternativa y el uso de sus conocimientos, medicamentos e instrumentos.</p> <p>En la Política 3.7: Propiciar condiciones de seguridad humana y confianza mutua entre las personas en los diversos entornos.</p>
<p>En el Objetivo 4, Garantizar los derechos de la naturaleza y promover un ambiente sano y sustentable.</p>	

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS (39)

Con estos documentos como basamento, se ha formulado un corpus jurídico que ha permitido configurar un sistema estatal articulado, orientado al logro del Buen Vivir, bajo un enfoque multicultural e inclusivo que permea todas las políticas e instituciones. En tal sentido, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, tiene como principios fundamentales los mismos preceptos constitucionales de la equidad, la solidaridad, la calidad, la eficacia y la eficiencia; además de la descentralización, la autonomía y la participación comunitaria. En esta Ley destacan:



**Tabla 10. La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud**

Artículo	Descripción
Art. 6	Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares
Art. 10	Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley.
Art. 69	<p>La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico — degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto.</p> <p>Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos.</p> <p>Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables.</p>

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS (39)

Un importante precedente, es la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la infancia, formulada en 1994 y reformada en 1998, la cual se convirtió en un seguro de salud a través del cual se le garantiza a las mujeres la atención gratuita y de calidad antes, durante y después del parto. También se incluyen programas de salud sexual y reproductiva así como atención a recién nacidos y niños/as hasta los 5 años, todo ello bajo responsabilidad del estado. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador reconoció e incorporó lo establecido en esta Ley a partir de 2007.

Más recientemente, el Reglamento de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y del Código de la Salud, son expresión del requerimiento nacional

por delimitar un marco legal que regule los servicios y garantice así la respuesta institucional a las necesidades en materia de salud. Estos instrumentos legales permiten establecer protocolos, procedimientos y medidas enmarcadas en el reconocimiento de la Salud como Derecho Humano y en el respeto a la dignidad humana y a la vida por sobre todas las cosas.

Toda esta plataforma jurídica y normativa, tanto nacional como internacional, así como los antecedentes de la Salud Pública como disciplina a cargo del estado, constituyen el referente necesario para que en Ecuador se diseñara el Modelo de Atención Integral en Salud – Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), el cual establece los preceptos para reformar el sector sanitario y reorganizar el sistema de salud en el país. De este Modelo se hablará con detenimiento en el capítulo siguiente.

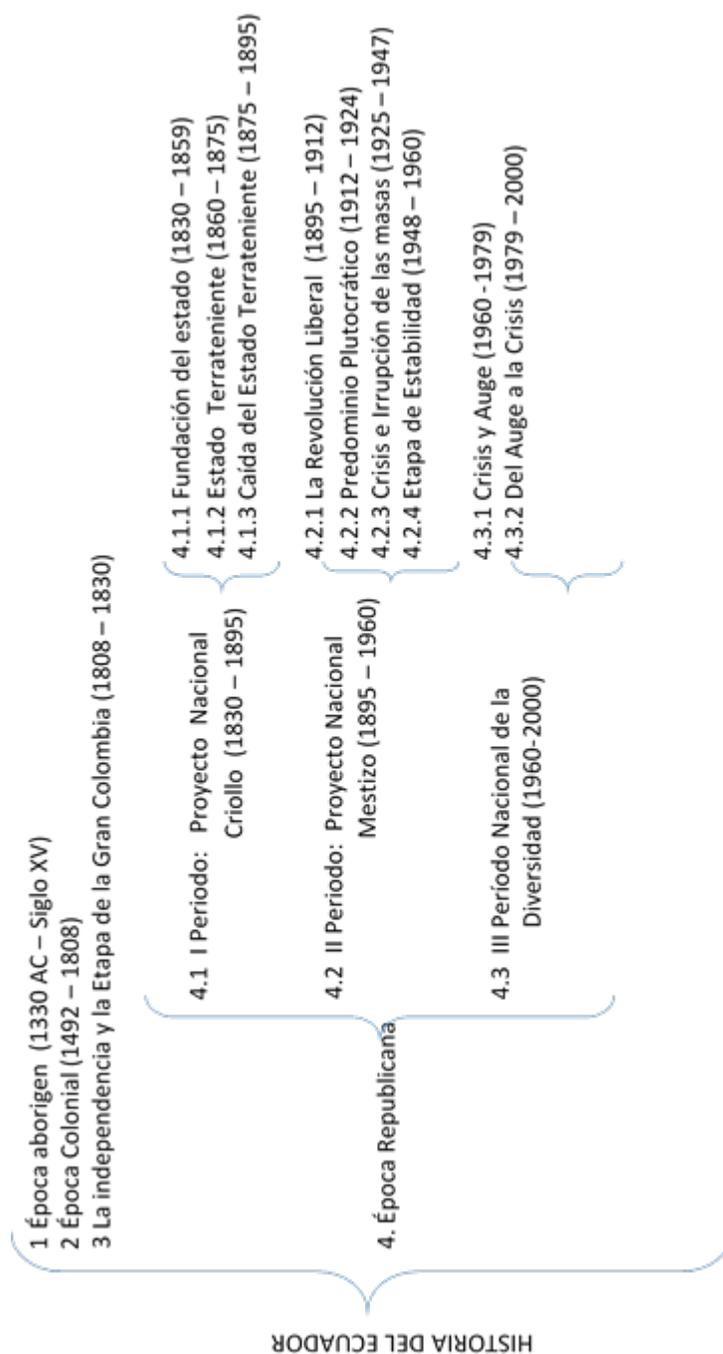


## **Sistema de salud pública en Ecuador**

Así como en toda América Latina, Ecuador tuvo una evolución histórica que le condujo al diseño de un sistema de salud más afianzado en el marco jurídico internacional que rige la materia, orientado bajo la premisa de que la Salud es un Derecho Humano y el Estado debe ser garante de los servicios conducentes al respeto de dicho derecho. Todo ello entendiendo que los sistemas de salud son el conjunto de relaciones políticas, económicas e institucionales responsables por la conducción de los procesos relativos a la salud de la población, que se expresan en organizaciones, normas y servicios, que tienen como objetivo alcanzar resultados consistentes con la concepción de salud prevalente en la sociedad. Según la OMS, el funcionamiento de un sistema de salud contempla principalmente: La rectoría, provisión de los servicios de salud, financiamiento y recursos humanos. Cada país construye su sistema de salud, basado en los modelos de desarrollo y determinantes políticos, sociales y culturales (41).

Desde este punto de vista, para hablar acerca del sistema de salud en Ecuador, es preciso conocer su evolución a lo largo de la historia del país, para así poder comprender su situación actual, sus características, dinámicas, logros y dificultades. En tal sentido, luce de utilidad el siguiente gráfico, que resume esquemáticamente las etapas más importantes de la historia de la República:

## Gráfico 2. Evolución histórica del Ecuador



**Fuente:** Ayala E. Resumen de la Historia del Ecuador (42)

Para los efectos que interesan a este libro, se comentará lo relativo a los sistemas de salud ya en la época republicana, ya que antes de ésta no hay antecedentes de un sistema de salud, ni se concebía la salud pública como responsabilidad de la nación, pues, como hemos visto, ésta emerge como disciplina ya iniciado el siglo XX.

Es de utilidad observar lo que resume la siguiente tabla, que contiene los diez hitos más importantes en la historia de Ecuador que tienen y han tenido incidencia directa en el sistema de salud y su funcionamiento:

**Tabla 11. Diez hitos en la historia del Sistema Ecuatoriano de Salud**

Año	Hito
1935	Establecimiento del Servicio Médico del Seguro Social como sección del Instituto Nacional de Previsión (actual Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social)
1951	Creación de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer
1967	Creación del Ministerio de Salud Pública
1980	Creación del Consejo Nacional de Salud
1994	Promulgación de la Ley de Maternidad Gratuita
1998	Reforma constitucional: nueva sección específica sobre salud
2001	Promulgación de la Ley sobre Seguridad Social
2006	Creación del Programa de Aseguramiento Universal en Salud
2008	Incorporación de un capítulo específico sobre salud a la nueva Constitución que reconoce a la protección de la salud como un derecho humano
2009	Inicio de la construcción de la propuesta de Red Pública Integral de Salud a partir de su incorporación en la nueva Constitución

**Fuente:** Lucio R, Villacrés N, Henríquez R. Sistema de salud del Ecuador. Salud Pública de México (43)

El inicio de la República, en el caso ecuatoriano, estuvo signado por la lucha de poderes entre la burguesía comercial costeña y los latifundistas de la sierra, en medio de la intervención de los militares (44), y en el marco de estas luchas políticas, no fue sino hasta 1937 que se formuló una Ley según la cual, el Estado debe ejercer control sobre las especialidades farmacéuticas y otros productos destinados a la medicina y la veterinaria, por lo que se establecen medidas de

control sanitario.

Asimismo, en este año se inicia el Seguro Social, bajo mandato de Federico Páez, quien se mantuvo en el poder sólo por dos años (1935-1937), y manifestó preocupación por temas de asunto social. La operatividad del sistema de Seguridad Social, fue delegada en primer lugar en el Instituto Nacional de Previsión Social (INPS); sin embargo, fue la Dirección General de Sanidad (DGS) la encargada de dar seguimiento a lo establecido en la Ley anterior, emitiendo el Registro de Sanidad que sería avalado por el Ministerio de Previsión Social y Marcas de Fábricas.

Ocupando la Dirección de Sanidad se encontraba el Dr. Leopoldo Izquieta Pérez, quien para 1939 logró la construcción de un laboratorio para el análisis y comprobación de la calidad de los productos farmacéuticos, que a su vez le sirvió de plataforma para crear un Centro de Investigaciones Científicas que derivó en la fundación del Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical (INH), que incorporó otra visión de la salud pública al sistema ecuatoriano.

La conformación de este instituto contó con apoyo internacional auspiciado por la Fundación Rockefeller y la Oficina Sanitaria Panamericana, el cual consistió en los siguientes aspectos:

1. Aporte de equipos tecnológicos para los laboratorios del instituto.
2. La incorporación del Dr. Chileno Atilio Macchiavello Varas, especialista en Salud Pública, encargado de organizar el instituto.
3. Becas para la profesionalización del personal sanitario ecuatoriano en otros países.
4. Aportes económicos para financiar el funcionamiento del instituto durante sus primeros años.

Para estos años, el Poder Ejecutivo determinaba la estructura y el funcionamiento del sistema sanitario del país, en tal sentido, este instituto se le asignaron funciones relativas al Control Biológico en el caso de las enfermedades infectocontagiosas. El crecimiento que éste tuvo en cuanto a sus investigaciones y avances, marcó un hito importante relativo al control epidemiológico en el país,



aportando elementos para lo que serán los subsiguientes sistemas de vigilancia epidemiológica, de inmunología y en las políticas sanitarias que se implementarían en el país.

Hacia 1979, con la Carta Magna formulada entonces, se marca un nuevo período en la historia republicana del país, signado por la inestabilidad política que trajo como consecuencia los diversos efectos en cuanto al servicio de salud: “reducción del presupuesto para financiar la prestación de servicios de salud, deterioro en infraestructuras por falta de inversión, mala calidad de los servicios y pérdida de rectoría” (45).

Esta situación trajo como consecuencia el agravamiento de la pobreza y la exclusión social, ya que se fortaleció en esa época el modelo neoliberal, en medio del cual, la salud pasa a ser una mercancía más del mercado que se gobierna a sí mismo con sus propias reglas. Por esta situación, la nueva Carta Marga, redactada por una Asamblea Constituyente electa mediante consulta popular en 1997, procuraba establecer las bases que permitirían superar ese modelo social y avanzar en materia de derechos Humanos. Esta Constitución fue aprobada en 1998.

Para 2007, Rafael Correa propone una nueva modificación al documento, que fue aprobada en el 2008 tanto por el Congreso Nacional como por el pueblo en consulta popular. Esta nueva Carta, servirá de base para el actual sistema político del país, así como para la consolidación de un nuevo sistema de salud afianzado en principios de equidad.

Esta última época política, con todas sus inestabilidades, puede verse resumida en la siguiente tabla, donde se aprecian todos los cambios presidenciales que hubo en el país, lo cual, evidentemente, generó un escenario de largos conflictos sociales que hallaron cierta calma después de 2008:

**Tabla 12. Transición de presidentes del Ecuador 1996-2007**

Presidente	Periodo de gobierno	Permanencia en el cargo
Abdalá Bucaram Ortiz	Agosto 10 de 1996 - febrero 7 de 1997	6 meses
Fabián Alarcón Rivera	Febrero 11 de 1997 - agosto 10 de 1998	1 año y 6 meses
Jamil Mahuad Witt	Agosto 10 de 1998 – enero 21 de 2000	1 año y 5 meses
Gustavo Noboa Bejarano	Enero 22 de 2000 – enero 15 de 2003	3 años
Lucio Gutiérrez Borbúa	Enero 15 de 2003 – abril 20 de 2005	2 años y 3 meses
Alfredo Palacio González	Abril 20 de 2005 – enero 15 de 2007	1 año y 9 meses
Rafael Correa Delgado	Enero 15 de 2007 – mayo 24 de 2017	10 años y 4 meses

**Fuente:** Jiménez-Barbosa W, Granda-Kuffo M, Ávila-Guzmán D, Cruz-Díaz L, Flórez-Parra J, Mejía L, et al. Transformaciones del Sistema de Salud Ecuatoriano (46)

Para el 2006, bajo el impulso de Alfredo Palacio, se había creado el Programa de Aseguramiento Universal en Salud, que pretendía ofrecer un sistema de aseguramiento en salud con prestaciones integrales con calidad, eficiencia y equidad, bajo una concepción de protección social y una lógica de aseguramiento público, priorizando a la población que vive en condiciones de extrema pobreza y pobreza. El AUS impulsó la descentralización de los servicios de salud a los municipios desarrollando en Guayaquil, Quito y Cuenca programas de aseguramiento en salud (47).

Ya con la llegada de Rafael Correa a la presidencia, se implementa definitivamente una nueva visión en materia de salud, que implicaría una transformación del sistema de salud, que incluiría elementos tales como: gratuidad de los servicios, mejoramiento de la infraestructura, equipamiento de los servicios, dotación de medicinas, dotación y formación del recurso humano.

Todo este proyecto se consolidó en la propuesta de Transformación Secto-



rial de Salud en el Ecuador (TSSE), que se implementó conjuntamente con el Consejo Nacional de Salud (CONASA), la Secretaría Nacional de Planificación (SENPLADES), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), las Fuerzas Armadas y su instituto de Seguridad Social, la Policía Nacional y su instituto de Seguridad Social, el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (MCDS), todo ello bajo el apoyo técnico de la Organización Panamericana para la Salud y de la Organización Mundial para la Salud (OPS/OMS) y la UNICEF (48).

Este proyecto de Transformación, estar cimentado en varios preceptos fundamentales que deben orientar su devenir:

1. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria nacional.
2. Administración y Gestión del Sistema Nacional de Salud.
3. Modelo de Atención Integral y red de servicios públicos de salud.
4. Financiamiento del Sistema Nacional de Salud.
5. Control y Monitoreo del Sistema Nacional de Salud.
6. Sistemas de Gestión de Información en Salud.
7. Participación ciudadana y control social.

De este modo, se constituiría una red pública para la salud que debería constituirse en el eje integrador que habrá de garantizar la universalidad de los servicios, y la unificación del Sistema Nacional de Salud para su consolidación y articulación con redes complementarias. Todo ello con la finalidad de dar respuesta efectiva a las demandas de la población en materia de salud, mediante el aprovechamiento también del potencial que ofrece el sector privado.

La finalidad es la reducción de las inequidades “sumado a los beneficios de la alianza público-privada con mayor tecnología, especialistas, entre otros”(41). Con este propósito, se diseña el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), el cual se constituye como un conjunto de políticas, planes, programas, líneas de trabajo, estrategias y herramientas que tienen como objetivo la salud familiar, comunitaria e intercultural.

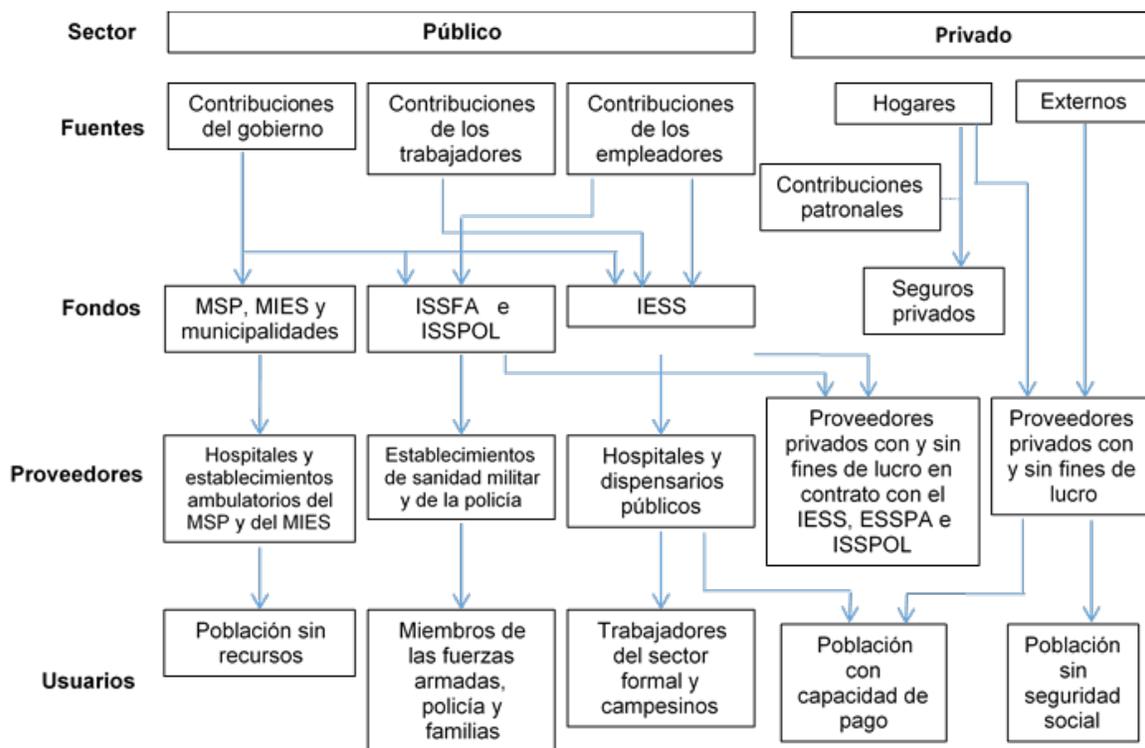
Para cumplir con este propósito, el MAIS incorpora la estrategia de la Atención Primaria en Salud (APS), que ya ha venido evolucionando en América

Latina desde los años 80, pero con visiones más acordes con el modelo de atención que se promueve en el contexto ecuatoriano específicamente, que pretende, entre otras cosas, descongestionar el Sistema Nacional de Salud a la vez que crear una red articulada de atención que garantice el acceso y la equidad.

La Salud Pública constituye un derecho humano de carácter inalienable e irrenunciable, y darle cumplimiento a ello es una responsabilidad que le corresponde al Estado, de allí que, el gobierno ecuatoriano haya realizado una serie de esfuerzos orientados a garantizar la equidad en materia de salud pública para toda la población, así como las condiciones que ofrezcan protección social en lo que a salud se refiere.

Para alcanzar este objetivo, se ha diseñado un modelo de atención que se traduce en todo un sistema orientado a la familia, con enfoque comunitario e integral, en el cual se incorporen elementos interculturales que garanticen la atención primaria en salud, con criterios de equidad, haciendo especial énfasis en los sectores más vulnerables de la población. Con ello se pretende ampliar la cobertura de los servicios públicos de salud, enfocados hacia la vida, y, más aún, la calidad de vida.

Este modelo forma parte de un sistema de salud que se compone de un sector público y un sector privado, organizados del modo como se ilustra en el siguiente gráfico:

**Gráfico 3. Organización del Sistema de Salud en el Ecuador**

Donde:

MSP: Ministerio de Salud Pública

MIES: Ministerio de Inclusión Económica y Social

ISSFA: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas

ISSPOL: Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional

IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Fuente:** Lucio R, Villacrés N, Henríquez R. Sistema de salud del Ecuador (43)

En el marco de lo establecido en la Constitución de 2008, se consagra la salud como un derecho que debe ser garantizado por el Estado, este sistema de salud, garantiza la cobertura de los servicios a toda la población. De allí que, la Carta Marga, establece la creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) en los artículos 358, 359, 360 y 361, así como sus principios, componentes, características y garantías que debe cumplir para garantizar el derecho a la salud de toda la población. Establece también las características del Modelo Integral de Salud y la estructuración de la Red Pública de Salud. En el Art. 361 establece que los servicios públicos de salud serán universales y gratuitos.

De allí que el MSP ofrezca salud a toda la población; mientras que el MIES y las municipalidades cuentan con establecimientos donde se ofrecen servicios de salud a la población general; y los Institutos de Seguridad Social (IESS, ISSFA e ISSPOL), garantizan la cobertura de salud a la población trabajadora asalariada.

Por otra parte, para fortalecer el sistema y como parte de la estrategia de integración y articulación, se han fortalecido las redes de salud de gobiernos autónomos descentralizados (municipios y prefecturas), y otras instancias, tales como:

1. La Junta de Beneficencia de Guayaquil (JB).
2. La Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil.
3. La Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA).
4. La Cruz Roja Ecuatoriana.
5. Hospitales, clínicas, consultorios del sector privado).
6. ONG's.
7. Asociaciones de servicio social.
8. Asociaciones de medicina prepagada.

Como puede verse, el sector privado complementa los servicios de salud mediante instalaciones con o sin fines de lucro, que atienden a población trabajadora y, fundamentalmente, al mínimo porcentaje social que tiene poder adquisitivo suficiente como para cubrir los gastos que representan estos servicios, por lo general costosos.

En términos generales, la cobertura que alcanza este sistema se puede resumir en las siguientes cifras:

1. Alrededor del 51% de la población es cubierta por el MSP, a través de unidades ambulatorias y hospitalarias (12).
2. Un 20% es atendido por el IESS, correspondiente a trabajadores de la economía formal. (13) cuadro IV.
3. Más del 5% es atendido por el ISSFA y el ISSPOL, que incluye a los funcionarios y sus familiares (14).

Como vemos, todavía hay un 25% restante que no cuenta con cobertura en servicios de salud, y pueden observarse los detalles a continuación:

**Tabla 13. Cobertura de la seguridad social, Ecuador 2010**

Seguro	Cotizantes	Jubilados	Viudez y orfandad	Dependientes	Total	%
IESS	1826911	187911	90060	545685	2650567	65.7
SSC	227694	34729	-	689723	952146	23.6
ISSFA	37719	25379	11576	148384	223058	5.5
ISSPOL	39286	10450	6616	154179	210531	5.2
Total	2131610	258469	108252	1537971	4036302	100

**Fuente:** Lucio R, Villacrés N, Henríquez R. Sistema de salud del Ecuador (43)

En resumen, en cuanto al Sistema Nacional de Salud vigente actualmente en Ecuador, se puede afirmar que el Estado garantiza el derecho a la salud, y para ello da cumplimiento a lo establecido en su Carta Magna vigente, y a partir de ella ha creado un cuerpo jurídico que ha fortalecido a la autoridad sanitaria del país, otorgando estructura y organización a los servicios. Como efecto de ello, existen dos agencias que tienen como fin el control de la calidad de los servicios de salud en el país:

1. Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARC-SA).
2. Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACCESS).

Adicional a la creación de nuevas estructuras institucionales para regir en materia de salud y hacer seguimiento a los servicios, también se ha hecho una significativa inversión en el sector, pasando:

de 7.09% en 2010 a 10.23% en 2014. El acceso a medicamentos de la lista básica está garantizado en la red de servicios de salud, y existe normativa para garantía de atención a enfermedades catastróficas, raras y huérfanas (41).

## Modelo de Atención Integral en Salud

Todo el proceso histórico vivido por el Ecuador en materia de salud pública, aunado a las situaciones y necesidades de salud presentes en el país, sirven de contexto propicio para la aparición del modelo actual de salud, denominado *Modelo de Atención Integral de Salud - Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)*. El mismo está contextualizado específicamente en la sociedad ecuatoriana, pero tomando en consideración las normativas y avances internacionales.

Este modelo se comienza a aplicar desde el 2008, como respuesta a las necesidades de la población vulnerable y excluida, pasando por dos etapas: una primera, de inversión urgente y recuperación de lo público, que incluyó diversos aspectos:

**Tabla 14. Aspectos generales del MAIS-FCI**

Estrategia	Acciones
La formación del recurso humano	Creación del Programa “Ecuador saludable por ti vuelvo”, orientado a promover el retorno de profesionales de la salud ecuatorianos para cubrir el déficit a corto plazo
	Creación de la carrera de Técnico de Atención Primaria de Salud y el financiamiento de más de 1 500 becas para su formación
	Reconocimiento del médico familiar como especialista, con un incremento acorde de su salario
	Entrega de más de 3 600 becas de especialización
	Creación del puesto de Gerente de Hospital para los hospitales de más de 70 camas
	Contratación de más de 5 000 profesionales de la salud entre 2012 y 2015
	Constitución de 1792 Equipos Básicos de Atención de Salud (EBAS) integrados por médicos, enfermeras, odontólogos que durante el 2008-2009 visitaron 2.024.000 familias con acciones de promoción, prevención e identificación de factores de riesgo.
Articulación del sistema público de salud	Conformación de diversos niveles de atención según distribución demográfica

Cabe destacar que este modelo, está orientado hacia un cambio significativo



en los “determinantes de la salud: desde los estilos de vida individuales hasta los modos de vida sociales, con un enfoque en la salud familiar y comunitaria con énfasis en la identificación de los riesgos: biológicos, sanitarios y socio-económicos” (49)

El MAIS-FCI, se define como un:

Conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad – el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud (50).

De este modo, en el MAIS se definirán los mecanismos para garantizar la articulación de los diferentes actores que existen en el país vinculados a la salud, todos los cuales deben tener como propósito, la atención equitativa a la población y el resguardo a la salud como Derecho fundamental. Para ello se establece la integralidad en todo el modelo, tal como se muestra a continuación:

**Tabla 15. La Integralidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de Ecuador**

La integralidad en el Sistema Nacional de Salud	
Integralidad en la atención individual y familiar	Como ser biopsicosocial perteneciente a una familia y a una comunidad, no sólo como el receptor de las acciones diseñadas, ofertadas y brindadas por los servicios de salud de la Red de Salud, sino también como un actor social y sujeto que define sus propias metas en la vida y por tanto toma decisiones respecto a su salud de manera consciente y sistemática. Por consiguiente, la Atención Integral a la Salud de las personas y/o grupos poblacionales son todas las acciones realizadas por el Estado y la Sociedad Civil de manera concertada y negociada tendientes a garantizar que las personas, las familias y los grupos poblacionales permanezcan sanos y en caso de enfermar, recuperen rápidamente su salud evitándoles en lo posible la ocurrencia de discapacidad o muerte.

Integralidad a nivel territorial	<p>Para el Modelo de Atención MAIS-FCI se responderá a las necesidades locales, tomando en consideración: el perfil epidemiológico, las especificidades y necesidades de los grupos poblacionales según ciclos de vida, pertenencia étnica, relaciones de género, estratificación social, la realidad local de cada zona y distrito por lo que deberán revisar sus objetivos y metas en función de intervenciones que den respuesta a las necesidades de la población e integrar las acciones a través de los servicios, para lograr la horizontalización y convergencia de programas.</p> <p>La integración de las unidades de salud en los tres niveles de atención debe dar como resultado una atención continua a las usuarias (os) por medio de una red con organización y tecnología apropiada, jerarquizada para prestar atención racionalizada a los pacientes, de acuerdo al grado de complejidad médica y tecnológica del problema y su tratamiento</p>
Integralidad en la atención	<p>Superar programas verticales e integrar la atención considerando las especificidades y requerimientos de la población en los diferentes momentos del ciclo vital.</p> <p>Atención Integral a la población: Es dirigir los esfuerzos con acciones sistemáticas y coordinadas con enfoque intercultural, generacional y de género, que persiga la reducción, neutralización o eliminación de los factores (presentes o potenciales) que incrementan el riesgo de enfermar y morir.</p>
Integralidad en las acciones intersectoriales	<p>El Sistema Nacional de Salud tiene por objeto mejorar la calidad de vida de la población. Los esfuerzos aislados del sector salud no bastan para mejorar la salud de un modo evidente, por lo cual es necesaria la participación de otros actores que pueden influir en el mejoramiento de la salud a veces con más recursos o mayor decisión que el propio sector como el caso del abastecimiento de agua potable o las alternativas nutricionales.</p> <p>Los planes de salud deben ser preparados y discutidos con toda la sociedad civil organizada para lograr articular los esfuerzos hacia un objetivo común. El personal debe incluir en la programación de su tiempo de trabajo las actividades de coordinación intersectorial y participar activamente en las instancias de coordinación intersectorial y la construcción de los planes de desarrollo territorial en coordinación con los GADS, SENPLADES y otras instancias gubernamentales..</p> <p>En resumen se deben promover acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida, mediante actividades de coordinación intra e intersectorial, para actuar sobre los determinantes de la salud.</p>



<p>Integralidad en la participación de la comunidad</p>	<p>El Modelo de Atención Integral MAIS-FCI promueve la participación comunitaria como un medio y un fin para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, lo cual implica que deben superarse los esquemas de participación basados en la simple colaboración de la comunidad en las tareas institucionales.</p> <p>Este enfoque integrador apunta hacia la creación de espacios de gestión y autogestión, donde los conjuntos sociales y los trabajadores de la salud concierten sobre los procesos de identificación de problemas, el establecimiento de prioridades y la búsqueda de soluciones.</p> <p>Para ello, se debe establecer de manera sistemática en todos los niveles del sistema la relación servicio de salud-población, mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• La participación de las comunidades en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud.</li><li>• El apoyo a la conformación y/o fortalecimiento de grupos u organizaciones comunitarias vinculadas con el cuidado de la salud.</li><li>• Fortalecer los procesos de capacitación tanto a nivel comunitario como institucional, así como el fortalecimiento de conocimientos y experiencia en temas de participación y comunicación social, al mismo tiempo que en promoción, prevención y atención de los problemas de salud.</li><li>• El establecimiento de mecanismos de referencia y contrareferencia que incluya como puntos de partida y de llegada a la comunidad. Al respecto se debe trabajar conjuntamente con la comunidad en la conformación de redes que vigilen el flujo de la atención desde la comunidad, pasando por las unidades de salud, hasta su regreso a la localidad de origen.</li><li>• La creación y/o fortalecimiento de las redes de vigilancia epidemiológica comunitaria que constituyan elementos operativos indispensables para potenciar la atención que se brinde a la población.</li></ul>
---	---

Integralidad en la gestión institucional	<p>El Nivel Central apoyará el desarrollo de las capacidades técnicas de las Zonas, Distritos y circuitos, pasar de una organización vertical a una organización horizontal y a una integración de acciones por conjunto de necesidades y problemas.</p> <p>Las Zonas, Distritos y Circuitos deben organizar sus servicios en función de las necesidades de la población, según los principales problemas de salud y los recursos con que cuenta, desarrollando acciones integrales de atención orientadas a la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, para la satisfacción de las usuarias y usuarios en los tres niveles de atención de la red de servicios de salud.</p>
--	---

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS (50)

Ya con estas estrategias aquí trazadas, el MAIS ofrece un mapa estratégico y operativo de acciones a ejecutar en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud, de forma que exista una orientación coherente y una organización articulada tendente a alcanzar los objetivos que se ha propuesto, dichos objetivos, son los siguientes:

**Tabla 16. Propósito, Objetivo y Objetivos Estratégicos del MAIS-FCI**

Propósito	Orientar el accionar integrado de los actores del Sistema Nacional de Salud hacia la garantía de los derechos en salud y el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir al mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana a través de la implementación del Modelo Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) bajo los principios de la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada, y transformar el enfoque médico biológico, hacia un enfoque integral en salud centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar, comunitaria como un derecho humano
Objetivo	Integrar y consolidar la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) en los tres niveles de atención, reorientando los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, fortalecer el proceso de la recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos para brindar una atención integral, de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y su entorno, <sup>21</sup> con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales



Objetivos estratégicos	1.- Reorientación del enfoque curativo, centrado en la enfermedad y el individuo, hacia un enfoque de producción y cuidado de la salud sustentado en la estrategia de APS, fortaleciendo y articulando las acciones de promoción, prevención de la enfermedad, en sus dimensiones individual y colectiva; garantizando una respuesta oportuna, eficaz, efectiva y continuidad en el proceso de recuperación de la salud, rehabilitación, cuidados paliativos; con enfoque intercultural, generacional y de género
	2.- Acercar los servicios de salud a la comunidad reduciendo las barreras de acceso, disminuyendo la inequidad, fortaleciendo la capacidad resolutive del primero y segundo nivel, organizando la funcionalidad del sistema de manera tal que se garantice que el primer nivel atención se constituya en la puerta de entrada obligatoria al sistema de salud y que los hospitales, dependiendo de su capacidad resolutive se conviertan en la atención complementaria del primer nivel de atención.
	3.- Fortalecer la organización territorial de los establecimientos de salud en Red Pública integral y ampliación de la oferta estructurando redes zonales y distritales conforme la nueva estructura desconcentrada de gestión del sector social y la articulación requerida en los diferentes niveles de atención, fortaleciendo el sistema de referencia y contrareferencia para garantizar la continuidad en las prestaciones.
	4.- La excelencia en la prestación de servicios en los tres niveles de atención con talento humano capacitado, motivados y comprometido; garantizando el cumplimiento de estándares de calidad en la atención y gestión; la aplicación de las normas, protocolos terapéuticos y guías de manejo clínico por ciclos de vida y niveles de atención establecidos por la ASN; implementación de procesos sistemáticos de auditoría, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas; así como la implementación de un sistema de control de la garantía de la calidad de los servicios que incorpore la percepción de las y los usuarios. En el primer y segundo nivel se incorpora especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y Técnicos de Atención Primaria de Salud.
	5.- Implementación del Sistema Integrado de Telecomunicaciones y el Sistema Único de Información para fortalecer los procesos de atención, gestión y toma de decisiones así como la asesoría, apoyo diagnóstico en línea y los procesos de educación continua.
	6.- Impulsar la participación plena de la comunidad y de los colectivos organizados, generando estrategias y mecanismos organizativos y comunicacionales que faciliten el involucramiento de la población en los procesos de información, planificación, implementación y seguimiento de las acciones de salud, evaluación, veeduría y control social. El sentido de la participación es facilitar el ejercicio de derechos y responsabilidades en salud, que los individuos, las familias, la comunidad y los grupos organizados se constituyan en SUJETOS ACTIVOS de la construcción y cuidado de la salud.

	7.- El fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y la incorporación de experiencias innovadoras y eficaces como la epidemiología comunitaria que contribuyen a integrar activamente a la población con un sentido de responsabilidad en la identificación, análisis y acción frente a las principales condiciones de salud de la comunidad y por otro lado a democratizar el acceso a la información
	8.- Fortalecer la planificación e intervención intersectorial que permita intervenir sobre los determinantes de la salud, una actuación coordinada y potenciadora para el desarrollo integral de los territorios, el mejoramiento de la calidad de vida y de las condiciones de salud de la población. El enfoque intersectorial contribuye a la consecución de indicadores de impacto social.

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS (50)

Con todo lo anterior, se puede afirmar que los objetivos del MAIS – FCI, se orientan hacia los siguientes aspectos básicos:

1. Reorientar los servicios de salud del enfoque curativo hacia un enfoque centrado en la promoción y cuidado integral de la salud, garantizando una respuesta en el proceso de recuperación de la salud, rehabilitación, cuidados paliativos; incorporando los enfoques de interculturalidad, generacional y de género. Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica comunitaria.
2. Implementar estrategias para el desarrollo y la gestión del talento humano a través de procesos de capacitación continua, la carrera sanitaria y la formación en los servicios. En el primero y segundo nivel, se incorpora especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y Técnicos de APS.
3. Organizar los servicios del sector público conforme los estándares establecidos por el Ministerio de Salud Pública.
4. Organizar el Sistema Único de Información en Salud en coordinación con el Sistema Común de Información del Ministerio de Salud Pública.
5. Fortalecer la participación plena de la comunidad y de los colectivos organizados.

Para comprender estos objetivos, es importante recordar el marco normativo que los sustenta, que está orientado a la transformación sanitaria del Ecuador,



respaldado en la Constitución de 2008 y entendiendo que el Estado es el garante del disfrute del Derecho a la Salud. Por ende, el MAIS-FCI, forma parte de las políticas y planes del Estado ecuatoriano cuyo fin es “brindar acceso a servicios de promoción y atención integral bajo los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional” (41).

Este nuevo modelo de atención tendría que estar centrado en la salud, en las familias, en las comunidades, en la atención de las necesidades sociales, y no sólo en la enfermedad, y el modo de ofrecer servicios curativos muchas veces insuficientes e ineficientes. Para ello es preciso cambiar el enfoque de la salud hacia la promoción y la prevención, la recuperación y la rehabilitación. De allí que el enfoque comunitario sea fundamental para la implementación de este modelo y las estrategias que de él se desprendan.

Con estos fines, se implementaron una serie de medidas que serían consustanciales con el modelo:

1. La gratuidad de los servicios de salud para todos los usuarios
2. Mejorar la infraestructura sanitaria para atender la enorme demanda de los servicios
3. Implementar estrategias de cobertura territorial que garanticen el acceso a la salud por parte de la población más desatendida.
4. Desplegar una planificación territorial de acuerdo a la densidad poblacional por cada región y la ubicación de los centro de salud.
5. Definir diversos tipos de establecimientos de salud con servicios diferenciados, generando tres niveles de atención para organizar los servicios.
6. Establecer lineamientos y protocolos estándar para regular el funcionamiento de estos nuevos establecimientos según el nivel de atención correspondiente a cada uno de ellos.
7. Revisar y ajustar los modelos de gestión en cada centro de atención.
8. Formulación de manuales de cargos.
9. Elaboración de planes de obras para edificación de establecimientos de diversos niveles.

10. Adquisición de equipos e insumos de acuerdo al nivel de atención y características de cada centro.
11. Se contrató recurso humano para cubrir la demanda de los distintos centros que se habían creado, orientados por la densidad poblacional que debe atender cada uno.

Como resultado de este despliegue para conformar el nuevo Sistema Nacional de Salud y poner en marcha el MAIS-FCI, se construyeron, repararon y pusieron en marcha 47 hospitales y 74 centros de salud de primer nivel, permitiendo absorber un incremento de más de 300% en la demanda por servicios de salud, con una inversión total de US\$ 16 208 millones entre el 2007 y el 2016 y una inversión promedio anual cinco veces superior al periodo 2000–2006(50)

En medio de estos logros, vale la pena destacar la transformación del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, que pasó a ser una “autoridad sanitaria”, más allá de ser sólo un ente prestador de servicios de salud, y, por ende, pasó a ser realmente garante de los derechos de la población en materia sanitaria. En esta transformación jugó un papel importante el desarrollo del *Estatuto Orgánico* por procesos, y la articulación de las distintas instituciones que prestaban servicios de salud en el país, para así constituir un Sistema Nacional de Salud articulado y orgánico.

Entre los elementos estructurales que hicieron parte de esta transformación, cuenta la creación de las siguientes instancias y figuras:

1. 2 viceministerios (Viceministerio de Gobernanza de Salud Pública y Viceministerio de Atención Integral de Salud).
2. 9 coordinaciones zonales.
3. 140 distritos a nivel nacional.

Figura también la creación de las dos Agencias reguladoras ya mencionadas, una para los productos de uso y consumo humano y otra para verificar la calidad de los prestadores de servicios de salud (ARCSA Y ACESS). Asimismo, hubo un avance importante en cuanto a la normativa sanitaria, que siendo emitida por el Viceministerio de Gobernanza, generó un marco jurídico capaz de regular



el sector y establecer lineamientos claros y protocolos precisos, regidos por el nuevo Código Orgánico de Salud, del cual se desprenden otros aportes importantes en el ámbito legislativo y operativo, tales como:

1. El Reglamento Sanitario del Etiquetado de Alimentos Procesados para el Consumo Humano, el cual hizo de Ecuador el “país líder en la emisión de este tipo de normativa en la Región de las Américas, constituyéndose en uno de los ejes del posicionamiento del país en la agenda de salud global en el periodo 2011–2015” (48).
2. La Red Pública Integral de Salud y los convenios de integración entre instituciones prestadoras de servicios de salud.
3. El Tarifario Nacional de Prestaciones, para regular la compra de servicios entre los prestadores públicos y entre el sistema público y el privado.

Los dos últimos instrumentos están más bien dirigidos a disminuir la segmentación en cuanto a los prestadores de servicios de salud, para así consolidar un sistema articulado, organizado y sistematizado, cuyas acciones realmente estén orientadas a garantizar la equidad en el acceso a los servicios, así como la mejora de la calidad de vida de toda la población.

Todas estas modificaciones, instrumentos legales, reestructuraciones, deben responder a unos principios fundamentales del MAIS-FCI, los cuales son:

**Tabla 17. Principios del MAIS-FCI**

Principio	Descripción
Garantía de los derechos de las y los ciudadanos y la corresponsabilidad en el cumplimiento de los deberes hacia los otros, sus comunidades y la sociedad.	La garantía de derechos implica generar condiciones para el desarrollo de una vida saludable y el acceso universal a servicios de salud integrales, integrados y de calidad, a través de mecanismos de organización, provisión, gestión y financiamiento adecuados y suficientes para cubrir a toda la población, eliminando las barreras de acceso a la salud.
Universalidad	Es la garantía de acceso a iguales oportunidades para el cuidado y atención integral de salud de toda la población que habita en el territorio nacional independientemente de la nacionalidad, etnia, lugar de residencia, sexo, nivel de educación, ocupación, ingresos. La articulación y funcionamiento de la Red Pública Integral de Salud y red complementaria para garantizar el acceso a servicios de excelencia a toda la población.
Integralidad	Desde una visión multidimensional y biopsicosocial de la salud individual y colectiva, actuando sobre los riesgos y condiciones que afectan la salud; identificando y potenciando los factores protectores de la salud. Articula acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos de las personas, familias, comunidad y su entorno. Interrelaciona y complementa actividades sectoriales, ciudadanas, y los diversos sistemas médicos (medicina formal / medicinas ancestrales / medicinas alternativas)
Equidad	Eliminación de diferencias injustas en el estado de salud; acceso a la atención de la salud y ambientes saludables; trato equitativo en el sistema de salud y en otros servicios sociales. La equidad es un requisito para el desarrollo de las capacidades, las libertades y el ejercicio de los derechos de las personas.
Continuidad	Es el seguimiento al estado de salud de las personas; las familias, el control de los riesgos y factores determinantes para la salud y su entorno; atención de cualquier episodio de enfermedad específica hasta su resolución o su rehabilitación.
Participativo	Generando mecanismos que contribuyan a la participación activa de las personas y los colectivos en la toma de decisiones sobre las prioridades de intervención, la asignación y el uso de los recursos, y en la generación de una cultura de corresponsabilidad y auto cuidado



Desconcentrado	Transferencia de competencias de una entidad administrativa del nivel nacional a otra jerárquicamente dependiente (nivel zonal, distrital, local), siendo la primera la que mantiene la rectoría y asegura su calidad y buen cumplimiento.
Eficiente, eficaz y de calidad	Optimización y uso racional de los recursos, orientados a la satisfacción de las necesidades de las personas, principalmente de los grupos poblacionales más desprotegidos o en situación de riesgo. La eficiencia del gasto se define como la implementación de mecanismos y procedimientos que garanticen el uso adecuado y un mayor rendimiento de los recursos.
Salud-persona	Que la expresión médico-paciente que reflejaba la relación entre la comunidad y la institución en el anterior modelo, se cambia a la relación equipo de salud-persona sujeto de derechos o ciudadano.
Impacto Social	Que la gestión y atención busque no solo resultados institucionales sino fundamentalmente resultados de impacto social, para mejorar la calidad de vida de la población

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS (50)

En el marco de la garantía del ejercicio y del acceso al derecho a la salud en tanto Derecho Humano Universal, es preciso entender que este derecho no se encuentra separado de otros Derechos Humanos fundamentales, y que esta interrelación entre estos derechos, es lo que da lugar al concepto de los derechos del buen vivir que deben ser consagrados bajo las premisas de los Determinantes Sociales de la Salud.

De este modo, la noción del buen vivir impregna este Modelo, toda vez que ésta forma parte de instrumental que fundamenta jurídica e ideológicamente la transformación del Sistema Nacional de Salud en el Ecuador. De este modo, el buen vivir es un referente sociocultural, que deberá orientar la salud no sólo desde el punto de vista individual, sino desde el enfoque comunitario y social.

Bajo el principio de la universalidad, se pretende derrotar las infinitas barreras que impuesto la discriminación en cualquiera de sus múltiples manifestaciones. Ello implica, no solamente dar acceso a los sectores desfavorecidos, sino garantizar que los servicios de salud tendrán la misma calidad para toda la

población indistintamente de su procedencia. Aunado a la concepción del ser humano como un ser integral, que forma parte de un complejo biopsicosocial y que requiere de una atención adecuada a la diversidad que se encarna en cada persona, desde el punto de vista geográfico, cultural, biológico, entre otros.

En este contexto, garantizar la equidad de los servicios de salud, supone reconocer que Ecuador se compone de una población muy diversa, tanto geográficamente como desde el punto de vista cultural, religioso, étnico, entre otras diferencias importantes que deben ser consideradas a la hora de ejecutar políticas, planes y programas vinculados a una atención con enfoque comunitario para garantizar la salud y la vida misma.

Garantizar la continuidad en el tiempo de estos servicios y sus niveles de calidad, es otro reto que debe considerarse, ya que su complejidad puede debilitar con el tiempo estas estrategias. Por ello, hay que implementar mecanismos de renovación y revisión constantes, que permitan realizar los ajustes necesarios en las medidas que se implementen. De allí que, la medida del impacto social de las iniciativas implementadas, es también una medida dinámica, que podrá variar progresivamente a medida que vayan modificándose los factores sociales que intervienen y participan de la salud como situación de vida.

En atención a estos elementos, el MAIS-FCI, cuenta con diversos componentes que deben actuar simultáneamente, de forma articulada y sinérgica, y que involucran a todo el Sistema Nacional de Salud. Estos componentes son:



**Tabla 18. Componentes del MAIS-FCI**

Componente	Elementos que lo constituyen	
Componente de Provisión de Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud	1 Grupos de población a quienes se entregará la atención	<p>La definición de los grupos poblacionales se sustenta en los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuos y familias considerando las necesidades de acuerdo al ciclo vital</li> <li>• Grupos prioritarios establecidos en la Constitución de la República</li> <li>• Grupos expuestos a condiciones específicas de riesgo laboral, ambiental y social</li> </ul> <p>Se consideran los grupos también de acuerdo a la edad y el género.</p> <p>Se consideran grupos de atención prioritaria según la Constitución: adultos mayores, mujeres embarazadas; niños, niñas y adolescentes; personas con discapacidad; personas privadas de la libertad, personas que adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad; así como las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos.</p> <p>Personas y familias en las que alguno de sus miembros tiene problemas de salud en fase terminal y requieren cuidados paliativos, el equipo de salud tiene la responsabilidad de brindar atención permanente, continua, de acuerdo a los protocolos de cuidados paliativos tanto a la persona como a la familia.</p> <p>Se consideran grupos con riesgos específicos, los cuales serán identificados por los equipos de salud en atención a los riesgos identificados mediante las visitas domiciliarias.</p>
	2 Conjunto de prestaciones por ciclos de vida	<p>Se llama conjunto de prestaciones a una relación ordenada en que se incluyen y describen el conjunto de derechos concretos, explícitamente definidos, en términos de servicios, tecnologías o pares de estados necesidad-tratamiento, que el sistema de salud se compromete a proveer a una colectividad, para permitirle acceder a ellos independientemente de su capacidad financiera y situación laboral.</p> <p>El propósito central de un CPS consiste en contribuir a la transformación de un derecho declamado a la salud, con los ciudadanos como destinatarios, en un derecho objetivable a unas determinadas acciones de promoción de la salud, prevención de problemas y enfermedades, atención durante episodios de enfermedad y rehabilitación en formas adecuadas y tiempos oportunos. Este cometido se logra mediante la garantía por parte del CPS de suficiencia operativa y financiera dada por su adecuación a los recursos disponibles, niveles adecuados de efectividad y eficiencia de las prestaciones, mejoras en la equidad de acceso a todas las fases de la atención y seguridad jurídica por establecer claramente el derecho a determinados servicios.</p>

	<p>3 Escenarios de atención</p>	<p>Atención Individual.- Reconociendo el carácter multidimensional de la persona, cuyo desarrollo y necesidades de salud no se relacionan solamente con las condiciones biológicas sino que se enmarcan en un complejo sistema de relaciones biológicas, emocionales, espirituales, sociales, culturales, ambientales que son procesadas a nivel individual generando elementos protectores o de riesgo para su salud y su vida, la atención integral individual se orienta a promover una cultura y una práctica de cuidado y autocuidado de la salud, de atención a las necesidades específicas en cada momento de su ciclo vital, su estilo de vida, garantizando continuidad para la recuperación de la salud en caso de enfermedad, rehabilitación de la funcionalidad y cuidados paliativos cuando ya la condición sea terminal. La atención individual debe basarse en el respeto y el reconocimiento tanto del equipo de salud y de la persona de los derechos y responsabilidades en salud, que debe ser un espacio interactivo y de aprendizaje mutuo.</p>
		<p>Atención Familiar.- La familia constituye un espacio privilegiado para el cuidado de la salud o puede constituirse por cualquier tipo de disfuncionalidad en un espacio productor de riesgos y enfermedad para sus miembros. El equipo de salud debe identificar oportunamente problemas y factores de riesgo de cada uno de sus miembros y de la familia en su conjunto, así como factores protectores y brindar una atención integral, promoviendo el autocuidado, brindando apoyo y seguimiento, educando y potenciando prácticas y relaciones saludables. El equipo de salud tiene la responsabilidad de identificar necesidades y articular intervenciones intersectoriales frente a riesgos y problemas que rebasan las posibilidades de intervención desde los servicios de salud.</p>
		<p>Atención a la Comunidad.- La comunidad es el escenario inmediato donde se desarrolla la vida de las personas y las familias, donde interactúan y se procesan las condiciones sociales, económicas, ambientales generando potencialidades o riesgos para la salud. Es el espacio privilegiado para la acción de los sujetos sociales en función de la generación de condiciones sociales ambientes saludables.</p>
		<p>Atención al ambiente o entorno natural,- la provisión de servicios debe incorporar también estrategias y acciones orientadas al cuidado ambiental como uno de los determinantes más importantes de la salud. El deterioro ambiental, la contaminación, el impacto del cambio climático están ocasionando graves riesgos y problemas de salud en la población que deben ser enfrenados con acciones de prevención, promoción de estilos de vida saludables, educación e información sobre los riesgos ambientales. El cuidado de la salud y el entorno implica intervenciones intersectoriales y con la activa participación de la comunidad</p>



	<p>4 Modalidades de atención</p>	<p>Atención intramural o en la unidad de salud: es la que se brinda en la unidad de salud implementando el conjunto de prestaciones por ciclos de vida, que articula acciones de recuperación de la salud, prevención de riesgos y enfermedad, promoción de la salud, cuidados paliativos y rehabilitación. Se implementa bajo las normas, protocolos y guías clínicas de atención establecidas por la ASN que son de cumplimiento obligatorio para todas las unidades de la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria.</p> <p>La atención integral a nivel intramural debe garantizar calidad, calidez, oportunidad y continuidad en las acciones y sustentarse en una relación de respeto y reconocimiento de los derechos de las personas.</p> <p>Las actividades intramurales contemplan también los procesos de formación y capacitación en servicio para el equipo integral de salud y la investigación de acuerdo a las prioridades nacionales y la realidad local.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollarán las actividades según su nivel de resolución: de atención de especialidad, morbilidad, preventivas y de promoción de la salud, aplicando el conjunto de prestaciones integrales por ciclo de vida y las Normas de Atención del MSP, las cuales deberán ser planificadas anualmente para estimar el volumen de atenciones y la cantidad de insumos y medicamentos que requieren las unidades de los tres niveles de atención.</li> <li>• Se realizará actividades informativas y educativas a usuarios/as</li> <li>• Actividades de entrenamiento práctico para los TAPS en el caso de las unidades de primer nivel de atención.</li> </ul>
--	----------------------------------	---

		<p>Atención extramural o comunitaria: El objetivo es el Cuidado de la Salud a través de medidas que se orienten a la identificación y control de riesgos a nivel individual, familiar, comunitario y del entorno, implementación de estrategias y acciones de prevención, promoción de la salud, educación sanitaria, fortalecimiento de la participación ciudadana y de la coordinación intersectorial para actuar sobre los determinantes de la salud y contribuir al desarrollo integral a nivel local. Lo ejecutan fundamentalmente los Equipos de Atención Integral de primer nivel de atención quienes realizan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Actividades de organización comunitaria involucrando a los actores sociales de la zona de cobertura para trabajar sobre los problemas prioritarios de la población.</li> <li>b) Identificación oportuna de riesgos y/o daños en individuos, familias y comunidad e implementación de planes de atención.</li> <li>c) Actividades sistemáticas de promoción de la salud a nivel individual, familiar y comunitario.</li> <li>d) Atención a población priorizadas y comunidades alejadas.</li> <li>e) Realizar identificación de eventos centinela para la realización de medidas epidemiológicas oportunas.</li> </ul> <p><b>A. TRABAJO EN ENTIDADES EDUCATIVAS</b></p> <p>Atención en instituciones educativas, centros de cuidado infantil, de acuerdo a la normativa del MSP.</p> <p>Implementación de estrategias y actividades de promoción de la salud planificadas en función del perfil epidemiológico y las prioridades identificadas a nivel local así como la implementación de las estrategias nacionales (Nutrición Acción, Problemas de Salud priorizados de acuerdo al modelo de evitabilidad, promoción de estilos de vida saludables y prevención de problemas crónico degenerativos, Estrategia Nacional de Planificación Familiar (ENIPLA), diagnóstico temprano de deficiencias sensoriales, salud mental, atención a personas con discapacidad, Estrategia de atención integral a menores de 5 años entre otras etc.).</p> <p>Implementación de estrategias y acciones de promoción de la salud enfocadas en la promoción de estilos de vida saludables a nivel individual y colectivo, la generación de espacios saludables, difusión de derechos y responsabilidades en salud, participación en los procesos de desarrollo integral del territorio</p> <p><b>B. TRABAJO EN COMUNIDAD, CENTROS CARCELARIOS, FÁBRICAS, EMPRESAS</b></p> <p>Atención en instituciones y centros laborales de acuerdo a la normativa del MSP.</p> <p>Actividades de organización comunitaria involucrando a los actores so-</p>
--	--	--



	5 Estrategias y herramientas para brindar las prestaciones integrales de salud: visita familiar, ficha familiar	Visita Domiciliaria: Es el encuentro o acercamiento del equipo de salud al domicilio del usuario, familia y/o Comunidad; suele responder a una necesidad identificada por un miembro del Equipo de Salud, que tras la valoración del usuario, decide un plan de intervención a seguir en el domicilio y la periodicidad de los mismos, sobre aspectos de salud y detección de problemas que rodean a la familia: biológico, psicológico, social y ambiental, dando opción al descubrimiento de factores de riesgo y a la corrección de los mismos
		<p>Ficha Familiar: es instrumento de archivo de la unidad, para lo cual debe destinarse el espacio respectivo dentro del área de estadística. Este instrumento no reemplaza a la historia clínica individual, es un complemento. Es un instrumento esencial del MAIS-FCI que nos permite vigilar el estado de salud de la población sus necesidades y desarrollar las mejores políticas de salud para garantizar la prestación de servicios sanitarios. Tiene dos objetivos fundamentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medir de las condiciones de vida</li> <li>• medir los determinantes sociales de salud</li> </ul> <p>La Ficha Familiar será implementada por el personal de todos los establecimientos de salud de primer nivel de atención así como por los integrantes de equipos móviles de salud, en directa coordinación con los líderes o autoridades de la comunidad y principalmente las propias familias.</p> <p>La apertura de la ficha familiar y la primera consulta, permiten conocer la realidad social de la comunidad, clasificar a la población en grupos de riesgos, realizar un diagnóstico de salud a nivel local y establecer prioridades en la atención; fortalece la estrategia del primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema, permite el desarrollo de actividades de promoción y prevención e incrementa el acceso a los servicios de salud</p>

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS (50)

Como podemos observar, la descripción de estos componentes ofrece un panorama detallado de cómo debe funcionar el MAIS-FCI, con los diversos aspectos específicos que orientan la acción del personal involucrado en cada una de estas actividades. De allí que sea un marco completo de orientación para el trabajo del sector salud en su totalidad.

Para comprender mejor los elementos de estos componentes, es preciso aclarar algunos aspectos. Uno de ellos es lo que se denomina Ciclos de Vida, que podrán observarse en la siguiente Tabla (19) del modo como han sido delimi-

tados para efectos de organizar los servicios de atención a la salud en el país:

**Tabla 19. Ciclos de Vida**

Ciclo de vida	Grupos de edad			
Niñez 0 a 9 años	Recién nacido de 0 a 28 días	1 mes a 11 meses	1 año a 4 años	5 años a 9 años
Adolescencia 10 a 19 años	Primera etapa de la adolescencia de 10 a 14 años	Segunda etapa de la adolescencia de 15 a 19 años		
Adultos/as	20 a 64 años Adulto joven: 20 a 39 años Adulto 40 a 64			
Adulto/a mayor	Más de 65 años			

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS (50)

El otro aspecto, en la Tabla que prosigue (20), se trata de los criterios de dispensarización para diagnóstico y seguimiento de las familias, ya que es en torno a la atención familiar que se articulan los diversos componentes del modelo:

**Tabla 20. Criterios de Dispensarización para Diagnóstico y Seguimiento de las Familias**

Planificación de Actividades Intramurales y Extramurales para el Seguimiento Individual y Familiar Según Criterios de Dispensarización Utilizados En La Ficha Familiar			
Grupo de clasificación individual según criterio de dispensarización	Definición del grupo	Actividades intramurales	Seguimiento con la ficha familiar. Actividades extramurales



<p>GRUPO I: Aparentemente Sano</p>	<p>Personas que no manifiestan ninguna condición patológica o de riesgo individual y no se constatan, mediante el interrogatorio o la exploración, alteraciones que modifiquen ese criterio.</p>	<p>El número de consultas de control sano que se realizara en el año estará bajo los estándares del MSP por ciclos de vida: Actividades: • Promoción y Prevención • Registro: Historia Clínica individual • Coordinar visitas domiciliarias y llenado de la ficha familiar en caso de ser necesario. Incluye un interrogatorio y un examen físico minuciosos, incluso la indicación de exámenes complementarios (si así se considera), en busca de características de riesgo o daño. Al mismo tiempo este encuentro debe aprovecharse para orientar o reforzar hábitos y conductas que favorezcan un estilo de vida saludable. Coordinar visitas domiciliarias en caso de ser necesario</p>	<p>1 visita de seguimiento al año a las familias que tengan todos sus integrantes en este grupo I aparentemente sano : Actividades que deberán ser detalladas en la ficha familiar son de: • Promoción • Prevención Utilizar las actividades a ejecutarse por el equipo integral de salud detallada en el anexo 1 del Manual del MAIS 2012. Se coordinara con la unidad operativa responsable la entrega de turnos para facilitar el acceso al servicio de salud en casos especiales.</p>
--	--	---	---

<p>GRUPO II: Con factores de riesgo</p>	<p>Personas en las que se comprueba o refieren padecer de alguna condición anormal que representa un riesgo potencial para su salud a mediano o a largo plazo tanto biológicos, psicológicos y sociales como: Hábitos tóxicos como el tabaquismo, el sedentarismo, el consumo anormal de bebidas alcohólicas, el uso inadecuado de medicamentos o sustancias psicoactivas, riesgos sociales de adquirir enfermedades de transmisión sexual, el intento suicida, el riesgo preconcepcional, así como también los riesgos en el medio escolar o laboral, entre otros.</p>	<p>El número de consultas de seguimiento y subsecuentes que se realizara será bajo los estándares del MSP por ciclos de vida: <b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción y Prevención</li> <li>• Registro: Historia clínica individual</li> <li>• Coordinar visitas domiciliarias y llenado de la ficha familiar en caso de ser necesario. La evaluación se realizara según el tipo y la magnitud del riesgo presente y la confluencia o no de múltiples factores que puedan constituir una amenaza para su salud.</li> </ul> <p>En modo alguno deben aplicarse esquemas de seguimiento preestablecidos que desconozcan esta condición, en este sentido se recomienda seguir una estrategia basada en el enfoque de riesgo y partiendo de la mejor evidencia científica disponible. Para ello, se debe contemplar la estratificación del grupo, en personas con riesgo alto o bajo de acuerdo con la evaluación integral realizada para planificar un seguimiento tanto en consultorio como de visita domiciliaria si ameritara.</p>	<p>2 visita de seguimiento al año se recomienda a las familias que tengan integrantes en este grupo II con factores de riesgo: Actividades que deberán ser detalladas en la ficha familiar son de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción</li> <li>• Prevención</li> <li>• Curación</li> <li>• Rehabilitación</li> </ul> <p>Utilizar las actividades a ejecutarse por el equipo integral de salud detallada en el anexo 1 del Manual del MAIS 2012 Se coordinara con la unidad operativa responsable la entrega de turnos para facilitar el acceso al servicio de salud en casos especiales.</p>
---	---	--	--



<p>GRUPO III: Con patologías crónicas</p>	<p>Esta categoría incluye a todo individuo portador de una condición patológica, así como trastornos orgánicos o psicológicos que afecten su capacidad para desempeñarse normalmente en su vida En este grupo se incluye cualquier entidad <b><i>nosológica de evolución crónica, infecciosa o no infecciosa</i></b>. Podemos citar: HTA, la cardiopatía isquémica, la diabetes mellitus, el asma bronquial, la epilepsia, las nefropatías crónicas y muchas otras</p>	<p>El número de consultas de seguimiento y subsecuentes que se realizara será bajo los estándares del MSP por ciclos de vida: Actividades: •Promoción, Prevención •Curación y Rehabilitación. • Registro: Historia Clínica individual • Coordinar visitas domiciliarias y llenado de la ficha familiar en caso de ser necesario, a partir de criterios de magnitud y severidad, número de problemas confluentes en un mismo paciente, el tiempo de evolución del problema, etcétera</p>	<p>3 vistas de seguimiento al año se recomienda a las familias que tengan integrantes en este grupo III con patologías crónicas. Actividades que deberán ser detalladas en la ficha familiar son de: • Promoción • Prevención • Curación • Rehabilitación Utilizar las actividades a ejecutarse por el equipo integral de salud detallada en el anexo 1 del Manual del MAIS 2012 Se coordinara con la unidad operativa responsable la entrega de turnos para facilitar el acceso al servicio de salud en casos especiales.</p>
---	--	---	--

<p>GRUPO IV: Con secuelas o discapacidad</p>	<p>Se trata de personas que padecen alguna condición que implica una alteración temporal o definitiva de sus capacidades motoras, funcionales, sensoriales o síquicas.</p> <p>Es un proceso dinámico influido por múltiples variables que se pueden presentar en un sujeto como consecuencia de una enfermedad o factor externo de naturaleza diversa.</p> <p>En este grupo obviamente se incluyen sujetos que padecen enfermedades crónicas o agudas en las que se presentan condiciones que provocan un grado de limitación mayor en el paciente (complicaciones y secuelas que determinan un estado de incapacidad variable).</p> <p>Se incluyen las personas con discapacidades: físico motoras, intelectuales, auditivas, visuales, viscerales, psíquicas, mixtas</p>	<p>El número de consultas de seguimiento y subsecuentes que se realizara será bajo los estándares del MSP por ciclos de vida:</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción, Prevención,</li> <li>• Curación y Rehabilitación.</li> <li>• Registro: Historia clínica individual</li> <li>• Coordinar las atenciones en consultorio y las visitas domiciliarias con el llenado de la ficha familiar en caso de ser necesario considerar también múltiples factores en el momento de establecer la frecuencia de evaluaciones.</li> </ul> <p>Obviamente, el seguimiento no será el mismo en una persona que padece una limitación motora por un trauma desde pequeño y que no ha visto afectado su desempeño profesional ni social, que en un sujeto con una discapacidad reciente e invalidante y que, independientemente de su edad, se percibe una afectación irreversible en su desempeño ante la familia y la sociedad. En general se sugiere, que por lo complejo de este estado de discapacidad, secuela o invalidez en los individuos, la frecuencia de las consultas de evaluación y la propia intervención, se realice en estrecha coordinación con el especialista en rehabilitación.</p>	<p>4 visitas de seguimiento al año se recomienda a las familias que tengan integrantes en este grupo IV con secuela o discapacidad.</p> <p>Actividades que deberán ser detalladas en la ficha familiar son de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción</li> <li>• Prevención</li> <li>• Curación</li> <li>• Rehabilitación</li> </ul> <p>Utilizar las actividades a ejecutarse por el equipo integral de salud detallada en el anexo 1 del Manual del MAIS 2012</p> <p>Se coordinara con la unidad operativa responsable la entrega de turnos para facilitar el acceso al servicio de salud en casos especiales</p>
--	--	---	--

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS (50)



Para complementar estos criterios que orientan la organización de los servicios de salud, el MAIS\_FCI funciona en atención a uno niveles que sirven para estructurar el Sistema Nacional de Salud. Dichos niveles se describen a continuación:

**Tabla 21. Clasificación de los servicios de salud por nivel de atención y capacidad resolutive**

Nivel	Descripción
I	<p>El primer nivel de atención es el más cercano a la población, facilita y coordina el flujo de pacientes dentro del Sistema, garantiza una referencia y contrarreferencias adecuada, asegura la continuidad y longitudinalidad de la atención. Promueve acciones de Salud Pública de acuerdo a las normas emitidas por la autoridad sanitaria nacional. Es ambulatorio y resuelve problemas de salud de corta estancia. Es la puerta de entrada obligatoria al Sistema Nacional de Salud. Por su contacto directo con la comunidad debe cubrir a toda la población, este nivel debe resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes de la comunidad. Los servicios darán atención integral dirigida a la familia, individuo y comunidad, enfatizando en la promoción y prevención. Estas actividades serán intra y extramurales.</p>
II	<p>Comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización. Constituye el escalón de referencia inmediata del I Nivel de Atención. Se desarrolla nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como la cirugía ambulatoria, el hospital del día. (Centro clínico quirúrgico ambulatorio). Da continuidad a la atención INICIADA en el primer nivel, de los casos no resueltos y que requieren atención especializada a través de tecnología sanitaria de complejidad mayor. El ingreso al II nivel se lo realizara a través del primer nivel de atención exceptuándose los caso de urgencias médicas que una vez resueltas serán canalizadas a nivel uno. Se desarrollan actividades de prevención, curación y rehabilitación en ambos niveles.</p>
III	<p>Corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados, los centros hospitalarios son de referencia nacional; resuelve los problemas de salud de alta complejidad, tiene recursos de tecnología de punta, intervención quirúrgica de alta severidad, realiza trasplantes, cuidados intensivos, cuenta con subespecialidades reconocidas por la ley; se incluyen los siguientes</p>

IV	El IV nivel de atención es el que concentra la experimentación clínica, preregistro o de procedimientos, cuya evidencia no es suficiente para poder instaurarlos en una población, pero que han demostrado buenos resultados casuísticamente o por estudios de menor complejidad. Estos establecimientos solo serán autorizados en los subsistemas públicos de la Red Pública Interinstitucional de Salud (RPIS).
El nivel de Atención Pre-hospitalaria	Es el nivel de atención autónomo e independiente de los servicios de salud, que oferta atención desde que se comunica un evento que amenaza la salud, en cualquier lugar donde éste ocurra, hasta que él o los pacientes sean admitidos en la unidad de emergencia, u otro establecimiento de salud, cuya capacidad resolutive sea la adecuada.

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS (50)

Si bien es cierto que todas estas características del Sistema Nacional de Salud, con su Modelo de Atención Integral – Familiar, Comunitario, Intercultural, se han dado precisamente por la expresa voluntad política de implementar un sistema de gobierno que se preocupe por el bienestar de la población, con equidad, inclusión, y en respeto a la diversidad de la población. También es cierto que, eventualmente lucen insuficientes dichos esfuerzos.

De allí que, algunos estudios hoy en día recojan aportes, impresiones, informaciones y experiencias que no lucen del todo favorables a pesar de la inversión y de los enormes esfuerzos que se han realizado en este sector. Gran parte de esta debilidad se debe, en palabras de (41), a que “se ha dado excesiva prioridad a la atención hospitalaria y a la medicalización de la salud, debido principalmente a la injerencia política y directa del Ejecutivo sobre las decisiones de la institución rectora en salud” (p. 457). Esta misma autora también expone que

a pesar de los diferentes planes y estrategias del gobierno ecuatoriano por garantizar la salud como un derecho fundamental, los resultados en la encuesta de Condiciones de Vida 2005-2006 no fueron los más alentadores en cuanto a la situación de salud y enfermedad de la población. Quizás estos desalentadores resultados fueron producto de la inestabilidad política y de la dolarización de la economía, que impactó en forma desfavorable sobre las condiciones de vida de las familias ecuatorianas (p. 456)



Estas debilidades que aún persisten en el Sistema Nacional de Salud Ecuatoriano, y quizá también en otros países de América Latina, tienden a convertirse en los nuevos retos a superar para tratar de alcanzar el objetivo de preservar la salud como un Derecho Humano, vinculado a la calidad de vida y en permanente interrelación con otros elementos socioculturales. Uno de los retos fundamentales es de tipo financiero, ya que debe crearse un mecanismo sostenible que proporcione los recursos necesarios para invertir en salud de forma mancomunada.

Del mismo modo, es un reto la consolidación de un sistema de vigilancia epidemiológica que también incida en los estilos de vida y que proporcione los datos necesarios para la oportuna formulación de políticas en salud pública que se orienten no sólo a la atención curativa de determinadas enfermedades, sino a la promoción de la salud y de estilos de vida saludables, para lo cual el Estado debe garantizar la sanidad y salubridad necesarias en los entornos geográficos.

# BIBLIOGRAFÍA

## SALUD PÚBLICA EN ECUADOR



[www.mawil.us](http://www.mawil.us)



1. Tejada de Rivero D. 25 años de atención primaria de salud. Seminario Internacional sobre Atención Primaria Quito: Fesalud-OPS/OMS; 2005.
2. Giovanella L, Ruiz G. Sistemas de salud en América del Sur. In Giovanella L, Feo O. Sistema de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad. Rio de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud; 2012. p. 22-65.
3. Bernardini D, J. H, Arosquipa C, Hospedales J, Sotelo J. Salud internacional y nuevas formas de asociación: el Diálogo Multipartito y el Foro de Socios. Revista Panamericana de Salud Pública. 2011; 30(2): p. 144-147.
4. Romero N, Valcárcel I, Sánchez H, Martín M. Principios de epidemiología. Tasas y estandarización, análisis poblacionales y muestras España: Bubok; 2015.
5. Pan American Health Organization. Pro salute novi mundi: a history of the Pan American Health Organization Geneva: PAHO; 1992.
6. Cueto M. The value of health: a history of the Pan American Health Organization Rochester, NY: University of Rochester Press; 2007.
7. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud Nueva York: OMS; 1946.
8. Minna Stern A. The public health service in the Panama Canal: a forgotten chapter of U.S. Public Health. 2005; 120(6): p. 675-679.
9. Winslow C. The untilled fields of public health. Science. 1920; 51(1306): p. 23-33.
10. Pan American Health Organization. Pan American Sanitary Code: towards hemispheric health policy Washington, DC: PAHO; 1999.
11. López-Moreno S, Corcho-Berdugo A. Notas históricas sobre el desarrollo de la epidemiología y sus definiciones. Revista de Salud mexicana de pediatría. 1999;: p. 139.
12. Mesa-Lago C. Health care for the poor in Latin America and the Caribbean Washington, DC: Pan American Health Organization; 1992.
13. Novaes H. Comprehensive health care in local health systems: conceptual analysis and assessment of selected programs in Latin America Washington, DC: PAHO; 1990.
14. Pan American Health Organization. Declaration of Alma-Ata, Interna-

- tional Conference on Primary Health Care, Alma Ata. 6–12 September 1978. [Online]. Available from: [http://www.searo.who.int/LinkFiles/Health\\_Systems\\_declaration\\_almaata.pdf](http://www.searo.who.int/LinkFiles/Health_Systems_declaration_almaata.pdf).
15. Teruel JR. Health: a bridge for peace - the origin of the strategy - the Central American experience (1983–1991) Oslo: Institute for Applied International Studies; 2008.
  16. National Institutes of Health. A bridge for peace. Against the odds, s.f. [Online]. Available from: ¡Error! Referencia de hipervínculo no válida..
  17. Paganini J, Capote R. Los sistemas locales de salud Washington: OPS/OMS; 1990.
  18. Capote R. Sistemas locales de salud: Organización, regionalización, principios generales. In OPS/OMS. Los sistemas locales de salud. Washington; 2005. p. Publicación Científica N°519.
  19. Ali M, López A, You Y, Kim Y, Binod S, Maskery B, et al. Bull World Health Organ. [Online].; 2012. Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/90/3/11-093427/en/>.
  20. Dourado I, Veras M, Barreira D, Brito A. Tendencias da epidemia de AIDS no Brasil após a terapia anti-retroviral. Revista Saude Publica. 2006;(40): p. 9-17.
  21. United Nations Development Program. Millennium Development Goals report 2011 New York: United Nations; 2011.
  22. Prosperi J. Conferencia dictada en el Instituto Superior de Posgrado en Salud Pública Quito: Universidad Central del Ecuador; 2005.
  23. OPS. La salud de las Américas Washington: OPS/OMS; 2002.
  24. Berlinger G. Globalización, Estado y salud. Cuarto Congreso Internacional de Salud Pública Medellín: Universidad de Antioquia; 2005.
  25. OPS. Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe. Reunión Regional Tripartita de la Organización Internacional del Trabajo México; 1999.
  26. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos de la salud. [Online].; 2005. Available from: <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/IB-folleto-2005.pdf>.
  27. Arriagada I, Aranda V, Miranda F. Políticas y programas de salud en

- América Latina. Problemas y propuestas Santiago de Chile: CEPAL/División de Desarrollo Social/ONU; 2005.
28. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health Geneva: World Health Organization; 2010.
  29. Álvarez LE. Los determinantes sociales de la salud: Más allá de los factores de riesgo. *Rev Gerenc Polít Salud*. 2009; 8(17): p. 68-79.
  30. Organización Panamericana de la Salud. Plan estratégico 2008-2012 Washington: PAHO; 2009.
  31. García-Ramírez J, Vélez-Álvarez C. América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas. *Revista de Salud Pública*. 2013; 15(5): p. 731-742.
  32. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.º Consejo Directivo, 66.º sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas Washington, D.C.: PAHO/OMS; 2014.
  33. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de las Salud. Salud en las Américas: Panorama regional y perfiles de país Washington, D.C.: OPS/OMS; 2017.
  34. Breilh J. Epidemiología: economía política y salud Quito: Universidad Andina Simón Bolívar; 2010.
  35. López S, Garrido-Latorre F, Hernández M. Desarrollo histórico de la epidemiología: Su formación como disciplina científica. *Salud Pública de México*. 2000; 42(2): p. 133-143.
  36. Almeida N. For a General Theory of Health: Preliminary Epistemological and Anthropological Notes. *Cad. Saúde Pública*. 2001; 17(4).
  37. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos Ginebra: ONU; 1948.
  38. Universidad ISALUD. Marco de referencia para la implementación normativa del reglamento Sanitario Internacional (2005) Washington, D.C.: Universidad ISALUD/OPS; 2010.
  39. Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS Quito: Autor; 2012.
  40. Constitución de la República de Ecuador. Registro Oficial N°800: 27

- marzo 1979; 1979.
41. Chang C. Evolución del sistema de salud de Ecuador. Buenas prácticas y desafíos en su construcción en la última década 2005-2014. A. Fac. Med. 2017; 78(4): p. 452-460.
  42. Ayala E. Resumen de la Historia del Ecuador Quito: Universidad Andina Simón Bolívar; 1999.
  43. Lucio R, Villacrés N, Henríquez R. Sistema de salud del Ecuador. Salud Pública de México. 2011; 53(2): p. 177-187.
  44. Ayala E. Militares y progresismo. El Comercio. 2008 septiembre 07.
  45. Malo-Serrano M, Malo-Corral N. Reforma de Salud en Ecuador: Nunca más el derecho a la salud como un privilegio. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2014; 31(4): p. 754-761.
  46. Jiménez-Barbosa W, Granda-Kuffo M, Ávila-Guzmán D, Cruz-Díaz L, Flórez-Parra J, Mejía L, et al. Transformaciones del Sistema de Salud Ecuatoriano. Rev. Univ. Salud. 2017; 19(1): p. 126-139. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.171901.76>.
  47. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de Sistema de Salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma Washington, D.C.: OPS; 2008.
  48. Carranza C, Cisneros M. Hacia un sistema de protección social más inclusivo en el Ecuador (Serie Políticas Sociales) Chile: CEPAL; 2014.
  49. Domínguez-Bernita E, Flores-Balseca C, Pacherras-Seminario S. Modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural. Revista Científica Dominio de las Ciencias. 2017; 3(2): p. 921-935. <http://dx.doi.org/10.23857/dom.cien.pocaip.2017.3.2.esp.40-65>.
  50. Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS Quito: Autor; 2013.
  51. Castillo C. Situación de Salud en las Américas. Cuarto Congreso Internacional de Salud Pública Medellín: Universidad de Antioquia; 2005.





# SALUD PÚBLICA EN ECUADOR



Publicado en Ecuador  
Julio del 2019

Edición realizada desde el mes de enero del año 2019 hasta junio del año 2019, en los talleres Editoriales de MAWIL publicaciones impresas y digitales de la ciudad de Quito.

Quito – Ecuador

Tiraje 50, Ejemplares, A5, 4 colores



# SALUD PÚBLICA EN ECUADOR

**MD. JEFFERSON STEVEN RIVERA MOREIRA**  
**MD. KARLA ALEJANDRA FABIANI PORTILLA**  
**MD. VERÓNICA TERESA LEÓN PORTILLA**  
**DR. HENRY ESTALIN MORETA COLCHA**  
**DRA. CONNIE ROCÍO VALLEJO VASQUEZ**  
**DR. SIXTO DUBERLI PAUCAR LLAPAPASCA**  
**DRA. SAMANTA VANESSA PANTOJA ARIAS**  
**OBST. KAREN LUISANA LUZON OROZCO**  
**LCDA. GLADYS RENATA PROAÑO GAVILEMA**  
**DRA. DAMARYS RODRIGUEZ LORENZO**

ISBN: 978-9942-787-50-7



SALUD PÚBLICA EN ECUADOR