

LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN EL ECUADOR

POR:

DR. PLUTARCO NARANJO

DR. FAUSTO ANDRADE

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

QUITO - ECUADOR

Para comprender mejor las dificultades y tropiezos que han surgido en el intento de llevar a la práctica la estrategia de la ATENCION PRIMARIA DE SALUD (APS), es conveniente conocer los antecedentes históricos del país y el actual contexto social, económico y médico. Dedicaremos, a modo de introducción, algunas líneas a estos aspectos.

#### LOS MODELOS TRADICIONALES DE ATENCION:

Muy pronto después de la conquista española del reino de los Quitos (a partir de 1530) la población aborígen andina del Ecuador quedó subyugada y pasó al estado real de la esclavitud. Las tribus de la Amazonía y de parte de la costa, dispersas por las selvas, pudieron mantener su independencia y continuar con su propio y muy limitado desarrollo.

Siguiendo la corriente piadosa impulsada en Francia y España por San Juan de Dios, se fundó en Quito, a mediados del siglo XVI, el primer hospital que tuvo por nombre Hospital de la Misericordia de Nuestro Señor Jesucristo "San Juan de Dios". En efecto, fue una institución de misericordia cristiana cuyo objetivo básico era ayudar a bien morir, a curar y salvar las almas antes que a salvar el cuerpo. Estuvo en manos solo de personas caritativas y religiosas y no de médicos. El primer médico español llegó 30 años después de fundado el hospital y no para atender en él sino para curar a los españoles y criollos de mejor nivel económico.

Mas tarde vinieron unos pocos médicos y por fin se fundó la primera Facultad de Medicina en una de las 2 universidades religiosas. Desde entonces la medicina de "tipo europeo" sirvió a una élite mientras la gran mayoría de la población aborígen y la nueva clase mestiza, continuó atendiendo su salud con su propia medicina que, por otra

parte, tenía por lo menos 4 a 5.000 años de antigüedad. Desde entonces se proyectaron hacia el futuro por lo menos estas 2 tradiciones médicas.

La república (Gran Colombia, 1827-1830, Ecuador 1830) heredó los dos modelos que aún persisten con cierta recíproca influencia.

#### DE LA CARIDAD CRISTIANA A LA ASISTENCIA PÚBLICA:

Durante el período colonial se fundaron más hospitales. En el siglo XVIII alternaban en ellos médicos, sacerdotes y monjas, pero seguían constituyendo centros caritativos de atención de pobres y menesterosos.

La emancipación de España no significó un cambio trascendental en los modelos de atención. Después de la revolución liberal, en 1908, se expidió la ley que crea la Sanidad Pública. La ley proclama que "la beneficencia y la sanidad son funciones del Estado". Se crean las Juntas de Asistencia Pública que toman a su cargo la administración de los hospitales, se reabre la Facultad de Medicina de la Universidad Central y los hospitales se vinculan aún más estrechamente a la docencia médica.

El hospital se convierte - y mucho más después de la segunda guerra mundial - en paradigma de formación y atención médica con su modelo esencialmente individualista, biológico y curativo. Fuera del hospital está la práctica privada de la "profesión liberal" que sigue el mismo modelo de atención. Sobre todo, en las últimas décadas, en ambas áreas se avanza hacia la especialización y subespecialización, lo que les vuelve más selectivas y "elitistas".

#### DE LA SANIDAD A LA SALUD: El Ministerio

Hasta antes de la Segunda Guerra Mundial existía en varios países el "Ministerio de la Sanidad". La adopción por parte de la agencia especializada de las Naciones Unidas



del nombre de Organización Mundial de la Salud, marca un hito importantísimo en la evolución de la medicina. No fue simplemente la adopción de un nombre, sino la revolución conceptual que implicaba la adopción de principios y filosofía que dejaba atrás el objetivo de sanar enfermos para privilegiar el objetivo de la medicina hacia el fomento y protección de la salud.

Bajo la nueva corriente de pensamiento, en el Ecuador, se creó el Ministerio de Salud Pública. Entre sus tareas tenía la de coordinar a más de 300 entidades de servicios médicos, autónomas, semiautónomas o públicas, que se habían ido creando y organizando a lo largo de los años y casi todas encargadas de la curación de los enfermos.

Por aquella época había, aproximadamente, un médico por cada 3.000 habitantes, pero mientras en las 3 ciudades más populosas y con universidades propias: Quito, Guayaquil y Cuenca, había un médico por cada 1.000 habitantes, en las áreas rurales había un médico por cada 20.000 a 30.000 habitantes.

A estas circunstancias se debió la expedición de la ley que crea, en 1970 el Servicio de Medicina Rural, a cargo del Ministerio de Salud Pública y consistente en la obligación de todo médico, odontólogo, enfermera y obstetriz, de prestar sus servicios en las áreas rurales, durante un año, como requisito previo a la autorización estatal del libre ejercicio profesional. La Medicatura Rural adoptó el mismo modelo de atención: cuidar enfermos que concurrían espontáneamente a la consulta.

#### LA SALUD COMO UN DERECHO

En el campo legal, el Ecuador, ha avanzado más que muchos otros países, por desgracia, en el campo de las realizaciones aún le queda largo trecho por recorrer.

La Constitución Política del Estado, expedida en 1979,

establece ya, entre los derechos de los ciudadanos, el derecho de la salud y al bienestar individual, familiar y social. Mas el texto de la ley ha permanecido, hasta 1988, casi como un mero enunciado teórico, pues no se realizó un intento serio y sistemático para cambiar los modelos tradicionales de atención médica y privilegiar los aspectos preventivos y el enfoque familiar y comunitario de las acciones médicas, tal como lo preconiza la estrategia de la Atención Primaria de Salud.

Consecuencia de esta evolución histórica, y básicamente de la injusta estructura social del país que consagra una distribución de los frutos del trabajo colectivo en forma no equitativa, es que se haya llegado a 1988 con una mortalidad infantil superior a 60 por mil, siendo las dos primeras causas de mortalidad las infecciones gastrointestinales y las respiratorias agudas que, en parte, son consecuencia de la desnutrición que afecta al 50% de los niños menores de 5 años y en menor proporción a los de otras edades. A su vez, una de las causas inmediatas de este cuadro epidemiológico, es la falta de saneamiento básico, pues el país, en sus zonas rurales, en ese año, apenas ofrecía una cobertura del 30% de agua potable y del 18% de letrinas.

#### LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN LAS AMERICAS:

Varios de los países de la región de las Américas adoptaron la APS casi de inmediato, después de la resolución de la Organización Mundial de la Salud, (Alma-Ata, 1978) como el instrumento idóneo para solucionar el déficit de cobertura, especialmente de sus comunidades campesinas y urbano marginales y por fin elevar el nivel de vida de los sectores olvidados de la población.

Los países americanos, por propia iniciativa, habían adoptado algunas resoluciones tendientes a elevar el nivel de vida de sus poblaciones y dentro de ello a mejorar



el estado de salud. Entre esas iniciativas puede situarse la reunión de la Alianza para el Progreso, en Punta del Este, 1962, donde se impulsó el desarrollo de la planificación en salud. Más tarde hubo la Tercera Reunión de Ministros de Salud de las Américas, en Santiago de Chile, 1972, en la cual se formuló el Plan Decenal 1971-1980 para las Américas, cuya meta principal fue el incremento de la esperanza de vida de las poblaciones.

En el ámbito subregional hay que mencionar la Reunión de Ministros de Salud del Area Andina (Venezuela, Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia y Chile) que concluyó con la suscripción del instrumento internacional: "Convenio Hipólito Unanue", en el que se prevé la coordinación de acciones de salud entre los países de la subregión, tendientes a armonizar su desarrollo y asegurar su mejor nivel de vida a la población y particularmente en la protección de su salud.

#### LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN EL ECUADOR:

Pese al compromiso formal que significaba el haber suscrito la resolución de Alma-Ata, el Gobierno ecuatoriano no adoptó una clara política en favor de la Atención Primaria de Salud. Los modelos tradicionales de atención siguieron casi sin ningún cambio excepto que por diversas razones se impulsó la vacunación.

Entre las primeras experiencias, con enfoque de Atención Primaria, hay que mencionar las realizadas por la "Misión Andina", entre los años 1964 y 1972, que se efectuaron en 7 provincias de la región de la sierra, y que contaba con un antecedente, el "Programa Integral de Salud, de Manabí (PISMA)" que se desarrolló en la costa, en la década de los años 60. Desde entonces se han desarrollado algunas acciones con apoyo técnico y financiero de agencias internacionales como la Agencia Internacional para el Desarrollo (AID) de los Estados Unidos, CARE, agencias interguberna-

mentales, como la propia OMS, la OPS, UNICEF y varias organizaciones no gubernamentales. Pero tales acciones, muchas de ellas sin la necesaria vinculación institucional, no contribuyeron en forma apropiada, al desarrollo integral de la APS, aunque han estimulado en forma notable en ciertas acciones de fomento y protección de la salud, en especial del grupo materno infantil y han permitido el desarrollo de actividades extramurales, con cierta participación comunitaria, que mira también al mejoramiento económico y social de la población.

#### EL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD:

Lo que puede llamarse "Sistema de Servicios de Salud" en el Ecuador está conformado por un mosaico de instituciones públicas, semipúblicas y privadas, cuya estructura y organización favorece la duplicación de esfuerzos, la poca eficiencia de los servicios y atenta, además contra la equidad de la atención de la salud a toda la población. Dentro de este sistema, la red de servicios del Ministerio de Salud es de gran importancia, no solo por su magnitud, sino por ser teóricamente la responsable de la atención a por lo menos las dos terceras partes de la población, que se acerca a los 11'000.000 de habitantes, en su mayoría marginados social y económicamente.

El subsistema institucional (MSP) integrado por Puestos, Subcentros, Centros de Salud y Hospitales de diversa complejidad, adolece del subdesarrollo administrativo, caracterizado fundamentalmente por rudimentaria gerencia de los programas y unidades de salud y por la acentuada tendencia al centralismo, al desarrollo de planes verticales, a una ausencia o insuficiencia de planificación, subdesarrollo mantenido y agravado por la inadecuada formación y utilización de los recursos humanos en salud y por la permanente limitación de los recursos económicos estatales. El resultado lógico ha sido la insuficiente cobertura, baja calidad de los servicios y limitado impacto



en los niveles de salud de la población atendida por estos servicios.

En este contexto no sorprende que en el Ecuador los logros de la APS sean todavía poco significativos, pues a la problemática descrita se debe añadir una inadecuada interpretación y aplicación de la estrategia, circunscribiéndola en la mayoría de los casos al incremento de las coberturas, mediante la aplicación del primer nivel de atención, con promotores y voluntarios de la comunidad, sin interrelacionarlo funcionalmente con los restantes niveles de atención, sin promover cambios mayores en el modelo de atención médica la que ha seguido siendo individual, intramural y prácticamente sin espacio para una verdadera participación comunitaria en la definición de las necesidades de salud, en la aplicación de las soluciones y en las metas. Además la tecnología apropiada, importante herramienta de la APS, tampoco fue nutrida ni renovada mediante la investigación operativa, no se estudiaron ni adoptaron prácticas positivas en salud, de la vieja tradición aborigen, pese a que la población india corresponde por lo menos a un 30% del total. Finalmente, algunos proyectos de salud y desarrollo se cumplieron solo parcialmente y no están superadas del todo las dificultades para la coordinación intersectorial.

La crisis económica y social que se precipita en la década del 80 y perdura hasta los días actuales, aceleró el deterioro de las condiciones de vida de la población y disminuyó aún más la eficiencia y eficacia del sistema estatal de servicios de salud, incrementándose los porcentajes de los indicadores de enfermedad y muerte en una magnitud inaceptable si se compara con otros países de la región. Esto es cierto especialmente en la población con mayor marginalidad económica y social que habita en el área rural y en las zonas urbano marginales que crecieron violentamente durante la última década, sin que en ella se



haya previsto ni saneamiento básico ni atenciones médicas.

#### EL ACTUAL PLAN NACIONAL DE SALUD;

El actual Gobierno asumió el poder en agosto de 1988, en el área de la salud comenzó. Desde el principio ha orientado su acción prioritariamente hacia el logro de una distribución equitativa de la riqueza, la reactivación de la economía y la atención a las grandes mayorías sociales. Para el logro de estos fines, entre otras acciones, se han organizado el Frente Social del Gobierno, integrado por los Ministerios de Salud, Bienestar Social, Educación y Trabajo, que conjuntamente desarrolla varios de los programas, para los cuales el Congreso y el Poder Ejecutivo han asignado fondos especiales.

En respuesta a estos propósitos nacionales el Ministerio de Salud ha replanteado el concepto de salud-enfermedad, la organización y funcionamiento de los servicios y la forma y contenido de las atenciones, en concordancia con los avances en estos campos, promovidos y difundidos por la OPS/OMS.

El Plan Nacional de Salud abarca principalmente las siguientes líneas de políticas:

- Salud familiar y comunitaria integral
- Mejoramiento de la alimentación y nutrición, en especial de los niños.
- Rápida ampliación del saneamiento básico
- Apropiada producción y abastecimiento de medicamentos
- Rehabilitación hospitalaria.

Aunque el objetivo fundamental es poner en marcha, de modo integral, toda la estrategia de Atención Primaria de Salud, por razones coyunturales, el Plan Nacional de

Salud, individualiza y enfatiza el modelo de atención familiar y comunitaria integral que, por ahora, es bastante medicalizado pero que en un año ha podido dar cobertura a más de 200.000 habitantes en las dos grandes ciudades del país, Quito y Guayaquil con una población de más de 1'400.000 en sus áreas urbano marginales, donde antes no había ninguna atención de salud. Cada equipo de trabajo tiene a su cargo aproximadamente 600 familias y conjuntamente se están desarrollando los trabajos de regionalización, de referencia y contrareferencia. El nuevo modelo se ha extendido ya a 5 provincias con ensayos pilotos tanto en la región de la costa como de la sierra y la Amazonía y también en comunidades aborígenes. En el primer año, en total ha llegado a dar una cobertura a cerca de 400.000 habitantes, estando programado para 1990 ampliar a 1'000.000 adicional.

Así mismo el plan prioriza el mejoramiento del estado alimentario y nutricional, que también comienza a desarrollarse bajo el sistema familiar y comunitario y que aspira a ampliar la cobertura, durante 1990, a por lo menos medio millón de desnutridos, abarcando tanto a la madre embarazada cuanto a los niños hasta la edad escolar, desde la cual entran en un programa de colación escolar, a cargo del Ministerio de Educación.

En el ámbito del saneamiento básico, hasta diciembre de 1989 se lograron construir cerca de 400 sistemas de agua potable, pero al mismo tiempo se dotó a las comunidades rurales de letrinas o alcantarillado. La cobertura se ha aumentado en unos 400.000 habitantes y se proyecta para el año 1990 ampliarla a más de 1'000.000 adicional.

Entre otros aspectos del plan se encuentra el desarrollo de la capacidad gerencial y operativa y el impulso de los procesos de descentralización y desconcentración que



conduzcan a la conformación y funcionamiento de los verdaderos servicios locales (SILOS). Así mismo se busca el desarrollo de acciones predominantemente extramurales dirigidas al individuo, la familia y la comunidad, así como al mejoramiento del ambiente, con énfasis en las áreas urbano marginales y rurales. Todos estos aspectos requieren de la comprensión y cambio del pensum por parte de las Facultades de Medicina, tarea que se encuentra en marcha.

Así mismo se busca la organización comunitaria, con miras a fomentar su educación y participación en las decisiones sobre el mejoramiento del nivel de vida y en especial de la salud.

En resumen se trata de una propuesta de cambio integral, que cuenta con el apoyo de OPS/OMS y de varias otras agencias de cooperación externa.

La propuesta es ambiciosa pues implica a más de una considerable asignación de recursos, que el Gobierno está decidido a efectuarla, el trabajo armónico de las diferentes dependencias institucionales y de niveles de atención, el desarrollo de una apropiada motivación de recursos humanos en salud también de las propias comunidades y aún el cambio de rumbo en la formación de médicos tal como los que necesita la realidad del país. El desafío ha sido aceptado y el Plan Nacional de Salud se encuentra en plena realización.