



VOLUMEN 31, No 3  
DICIEMBRE 2013

Fecha de recepción: 23/07/2013  
Fecha de aceptación: 15/10/2013

**ARTÍCULO ORIGINAL**  
Original article

# SERVICIOS DE SALUD EN ECUADOR, ENTRE LO BIOLÓGICO, CULTURAL Y SOCIAL

CÉSAR HERMIDA BUSTOS

MD, MSM, PGDHSA  
Profesor Honorario de la Universidad Central del Ecuador  
Candidato al Doctorado en Salud, Ambiente y Sociedad,  
UASB, Quito, Ecuador.

**Conflicto de intereses:** el autor declara que no existe conflicto de intereses.

## RESUMEN

El artículo intenta mostrar la relación entre dos exigencias de la Constitución ecuatoriana de 2008: los principios ancestrales del "Sumak Kawsay" o Buen Vivir y el Sistema Nacional de Salud, el primero equivalente a "salud" como óptima calidad de vida basada en la satisfacción de las necesidades humanas individuales, grupales o culturales y sociales, el segundo como adecuado o no a dichos planteamientos. Se estudió dicha relación mediante una encuesta con los profesionales de salud de los servicios de poblaciones, rurales y urbanas, del sur ecuatoriano. Se encontró que la biomedicina no se coordina con la Atención Primaria de Salud, ni con los principios ancestrales, por lo que el Estado no define aún un adecuado Sistema Nacional de Salud. Se concluye que hay falta de relación entre lo biológico, cultural y social, pues, sólo existen protocolos clínicos pero hay ausencia de normas para lo cultural y lo social. El sistema no es aún integral al no incluir y relacionar lo biomédico con lo cultural y social.

**DeCS:** Servicios de salud, Calidad de vida, Evaluación de necesidades/clasificación, Atención Primaria de Salud, Sumak Kawsay o Buen Vivir.

## ABSTRACT

The article intends to show the relationship among two components of the Ecuadorian constitution of 2008: the ancestral "Sumak Kawsay" principles of Well Being and the National Health System, the first one equivalent to health as best quality of life or welfare based on satisfaction of individual, cultural and social needs, and the second the adequacy of the system to such a principles. The relationship was studied through a qualitative survey with health professionals in rural and urban southern Ecuadorian populations. It was founded that biomedicine was not coordinated with Primary Health Care, neither with the ancestral principles, so the State had not already an adequate health system. The conclusion established that there is not a rela-

tionship among biological, cultural and social issues. There are only protocols for the clinical issues but not for the cultural and social ones, as protocols were only for clinical purposes, but not for cultural and social cases. The system is not yet integrated with such issues.

**Key words:** Health, health services, human needs, Primary Health Care, "Sumak Kawsay" o Wellbeing.

## INTRODUCCIÓN

La Constitución ecuatoriana de 2008 propone, en su marco de garantía de derechos que incluye los de la naturaleza, dos exigencias: los principios ancestrales del "Sumak Kawsay" o Buen Vivir y un Sistema Nacional de Salud (SNS) de cobertura universal y gratuita. Los dos son interdependientes, pues el primero equivale al concepto de salud como óptima calidad de vida basada en la satisfacción de las Necesidades Humanas (NH) en los dominios individual, grupal o cultural y social, y requiere de un SNS adecuado a dichos planteamientos. Se propone que el SNS actual atiende con la biomedicina al cuerpo individual (metabolismo, sexualidad, vida de relación), pero no como es debido a lo grupal o subjetivo (cognoscitivo y afectivo emocional), y que la estructura social con el papel del Estado y sus servicios generales y sociales (entre éstos el de salud), no aborda tampoco con una concepción integral las NH de los tres dominios. Los principios ancestrales plantean un nuevo paradigma que enriquecería la concepción de salud y sus servicios. Los cinco del "Sumak Kawsay": sin conocimiento (sabiduría) no hay vida, todos venimos de la madre tierra, la vida es sana, la vida es colectiva, todos tenemos un ideal o sueño, y los tres de la filosofía andina: reciprocidad, complementariedad y correspondencia, todos los cuales se resumen en la solidaridad y armonía entre los seres humanos y la naturaleza y el alejamiento del consumismo, constituyen la base fundamental de la nueva concepción del Buen Vivir. Esta conceptualización requiere un sistema de salud más integral, de nuevo paradigma, que va más allá de la biomedicina y de la Atención Primaria de Salud (APS), y que las complementa.

La humanidad siempre luchó, con el respaldo de los Estados, para vencer la enfermedad, evitar la muerte y recuperar la salud biológica (del dominio individual de las NH) por medio de la biomedicina. Sólo para mediados del siglo XX se agregó a esta concepción de salud como ausencia de enfermedad, el concepto de salud como bienestar físico-biológico,

mental (subjetivo) y social. Apenas en las últimas décadas se ha clarificado y sistematizado la determinación social de los procesos de enfermedad y "salud". El aporte cultural del "Sumak Kawsay" enriquece el dominio subjetivo y da luces para la concepción integral de la salud como Buen Vivir. Los servicios, por lo tanto, y la responsabilidad del Estado, como garante de derechos, se ven abocados a una nueva estructura del SNS volviéndolo Integral (SNSI) para que atienda los tres dominios, el biológico individual de los estilos de vida, el subjetivo de los modos de vida culturales, y el social de la óptima calidad de vida que caracteriza al Buen Vivir.

El marco teórico sustenta que la salud y sus servicios corresponden a los tres dominios (individual biológico, grupal cultural y social con el rol del Estado) de la satisfacción de las NH en el contexto de los derechos. El Estado, como garante de derechos, superestructura que controla al mercado y la provisión de servicios, es responsable, en última instancia, de propiciar la promoción de la "salud", no sólo de curar y prevenir las enfermedades.

## MÉTODO

A fin de constatar hasta qué punto la sistematización de los tres dominios propuestos (individual-familiar, grupal cultural y social), alimentados por los principios andinos y del Buen Vivir, se reflejaba en la realidad local, se seleccionó, en un primer estudio, un grupo de familias en las cuales se estudiaron diversos indicadores de los tres dominios. Para este segundo trabajo se analizó la relación de dichos criterios con los servicios de salud, utilizando una encuesta de opinión a funcionarios y directivos, descripciones, entrevistas y grupos focales, como estudio de casos que permitiera luego ejemplificar la realidad regional y acaso nacional. Así se procedió en el año 2011 para conocer la realidad de los servicios que atienden a la población urbana de Gualaceo (21.447 habitantes), la rural de San Juan (5.305 habitantes), y la red de servicios de Cuenca (capital provincial con 325.938 habitantes)<sup>(1)</sup>, en el sur del Ecuador. Para la encuesta se solicitó el consentimiento informado de las autoridades y los profesionales de manera verbal (el que nunca fue negado). Las unidades de análisis fueron los servicios, en los que se estudió la atención de las NH en los tres dominios, mediante descripciones, entrevistas y grupos focales. Los hallazgos para los tres dominios se discuten luego, proponiendo la relación del Sumak Kawsay con un SNSI, basado en una APS también Integral (APSI), coordinada con los servicios hospitalarios (ver cuadro 1).

**CUADRO 1. MATRIZ DE NECESIDADES HUMANAS, COMO DERECHOS, PARA LAS ATENCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL**

<b>Objetivas</b>	<b>Subjetivas</b>	<b>Sociales</b>
Nutrición y metabolismo. Sexualidad y vida familiar. Trabajo y relación con los demás y con el ambiente.	Conocimientos y afectos. Identidad. Libertad. Protección. Creación y recreación.	Estado-mercado. Servicios generales: agua, electricidad, comunicación, vías. Servicios sociales: salud, educación, vivienda, bienestar social.
<b>Lugar</b>	<b>Paisaje</b>	<b>Territorio</b>
Dominio singular: Individual-familiar. Estilos de vida < - >	Dominio particular: Grupal-cultural. Modos de vida < - >	Dominio general: Sociedad-Estado. < - > Calidad de vida.

La encuesta de opinión con los directores y funcionarios, completada con las descripciones, las entrevistas y grupos focales, se efectuó en los servicios del Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), y Seguro Social Campesino (SSC), en San Juan, Gualaceo y Cuenca. La misma giró en torno al uso de protocolos y estándares de calidad biomédicos (para las necesidades objetivas individuales), las normas de APS (intersectorial para las subjetivas y sociales, diferenciando en ella la selectiva y la renovada) y de APSI (agregando las propuestas para el Buen Vivir en lo cultural y social), puntualizando la cuantía y características del talento humano, descripción de infraestructura y equipamiento, incluyendo ejercicios etnográficos sobre funcionamiento de las unidades al momento de la visita y diálogos con grupos focales de usuarios.

## RESULTADOS

**Sobre infraestructura y equipamiento:** El estudio de casos en Cuenca, Gualaceo y San Juan, se cumplió en 17 unidades ambulatorias del MSP (50% de todas las del MSP), 3 del IESS (único hospital, único dispensario urbano, y el dispensario más grande adscrito entre los servicios privados contratados) y 6 del SSC (todos los del SSC del cantón). Los hospitales Vicente Corral del MSP (272 camas) y José Carrasco del IESS (260 camas) en Cuenca<sup>(2)</sup>, sólo se mencionan en cuanto a su referencia desde el ambulatorio. En el **MSP, IESS y SSC** la disponibilidad de espacios y equipos para consultorios médicos y odontológicos y las condiciones confortables de salas de espera, fueron suficientes, pero muy pocos disponían de servicios de Rx y laboratorio clínico. Los servicios eran de atención exclusivamente

curativa, salvo la vacunación que sólo la disponía el MSP, y otros servicios interdisciplinarios en relación con la APS, como los de Trabajo Social, Psicología, Nutrición, que apenas llegaban al 20%.

No hubo en Cuenca centros urbanos complejos para referencia de especialidades o para exámenes de laboratorio, por lo que los centros referían todas esas consultas al hospital. El ejercicio etnográfico al momento de la visita destacó en las unidades del MSP y del IESS la presencia de largas filas esperando los turnos de atención, aunque en opinión de los pacientes el personal de salud mostraba un trato cordial y satisfactorio.

El Dispensario Central del IESS atendía con 14 especialidades en el centro de la ciudad, pero era la única unidad ambulatoria en la ciudad (con 32.593 afiliados del IESS y similar número del SSC). En Gualaceo (con 2.144 afiliados al IESS y similar número del SSC) no existía ningún servicio del IESS sino una clínica privada contratada. Todas las unidades del SSC tenían la misma infraestructura de una sala de espera, consultorios médico y odontológico, espacio para la auxiliar de enfermería, pero sin ambientes para otras disciplinas, salvo auditorios para reuniones colectivas (en el 50%).

**Sobre talento humano:** Los funcionarios presentes en las unidades estudiadas fueron 167: 74 médicos, 23 enfermeras, 31 otros (odontólogos, trabajadoras sociales, nutricionistas y psicólogos), 23 auxiliares y 16 administrativos (el SSC no emplea enfermeras ni tiene personal administrativo en sus unidades). El **MSP** tenía 49 profesionales médicos en las 17 unidades estudiadas (un promedio de 2,88 por unidad). Las enfermeras, una por unidad, al igual que "otros". La atención era curativa y preventiva a cargo de enfermería. El número de médicos y en-

fermeras se consideró suficiente, como el de "otros" y de auxiliares. De los grupos focales se desprendió, en resumen, que:

*"La atención es buena, ayudan a curar las enfermedades y dan medicamentos, vacunan a los niños (...) Sólo cuando tenemos enfermedades acudimos al subcentro (...) Hay que acostumbrarse a esperar la atención (...) Las visitas domiciliarias sólo hacen a pacientes con discapacidad y adultos mayores (...) Hay charlas para las mujeres para que aprendan cómo cuidar a los niños y sepan cuándo hay que vacunarles; también controlan el embarazo; es buena la atención para las personas que tienen hipertensión y diabetes, les visitan en sus viviendas, también a los discapacitados (...) Hay un adecuado control del embarazo".*

El único dispensario del **IESS** en Cuenca, con suficientes médicos especialistas, tenía déficit de enfermeras. El resto de personal profesional se juzgó suficiente, incluyendo auxiliares y personal administrativo. De los grupos focales se desprendió que:

*"La atención ambulatoria del nivel curativo es satisfactoria, pero hay dificultades en la referencia y contrarreferencia con el Hospital José Carrasco, ya que los turnos deben obtenerse mediante la central telefónica ("call center") que atiende con dificultad; los pacientes referidos no tienen ninguna preeminencia sobre los demás, lo que ocasiona serias molestias; no existe ningún sistema de contrarreferencia, por el contrario, el paciente pasa a depender del médico que le atendió en el hospital".*

No existe un sistema de referencia y contrarreferencia, ni para las unidades propias ni para las adscritas o privadas contratadas (complementarias), los pacientes enviados para consultas de especialidad, exámenes u hospitalización, deben solicitar sus turnos, por

medio de la central telefónica, igual que cualquier otro afiliado.

En el **SSC** el número de médicos, odontólogos y auxiliares se juzgó suficiente aunque no disponían (por política institucional) de enfermeras u otros profesionales. Los usuarios manifestaron satisfacción por la atención y defendían a la institución. Cada dispensario cubre de 2 000 a 4 000 habitantes. El único descontento fue sobre la referencia a las consultas de especialidad del Hospital José Carrasco del IESS.

**Sobre los servicios:** Se juzgó la calidad de acuerdo a la disponibilidad y uso de protocolos (clínicos) y normas (para salud pública). El **MSP**, como entidad rectora, disponía de:

182 Protocolos terapéuticos, 14 Normativas generales materno neonatales, 15 Componentes normativos neonatales, 41 Protocolos de adolescentes, 82 Protocolos clínicos, 51 Protocolos de atención de salud bucal de primer nivel, 1 Normativa general para la prevención y atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclo de vida, 1 Normativa de atención culturalmente adecuada del parto, 1 Protocolo de atención del parto culturalmente adecuado.

Protocolos seleccionados para estudio de su aplicación en las visitas se muestran en el cuadro 2.

La rectoría del MSP está dada por la Constitución, el Plan del Buen Vivir 2009-2013, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y Ley Orgánica de la Salud, y era reconocida por el IESS y el SSC que seguían los protocolos y normas (elaboradas por equipos de especialistas interinstitucionales coordinados por el MSP y por el Consejo Nacional de Salud, CONASA).

**CUADRO 2. PROTOCOLOS SELECCIONADOS PARA ESTUDIO DE SU APLICACIÓN EN LAS VISITAS:**

Protocolos seleccionados	Contenido de cada uno
Enfermedad alcohólica del hígado Intoxicación alcohólica Diabetes mellitus Adulto mayor, depresión Niñez, neumonías bacterianas Anemia ferropénica durante el embarazo Trastornos hipertensivos gestacionales Hemorragia y shock hipovolémico en obstetricia.	Definición Diagnóstico Apoyos complementarios Diagnóstico diferencial Tratamiento Referencia y contrarreferencia de conformidad a la capacidad resolutive Niveles de atención Bibliografía

El área materno infantil forma parte de las disciplinas biomédicas por tratarse de acciones preventivas de la enfermedad o de complicaciones, aunque se refiera a servicios fisiológicos. En la APS hay normas de promoción de la "salud" con carácter intersectorial que amplían su marco de referencia. La APSI incluiría las metas y estrategias del Objetivo 3, de salud, del Plan Nacional para el Buen Vivir<sup>(3)</sup>, que se refieren a la APS y a los principios del "Sumak Kawsay".

La atención de todos los casos clínicos debe iniciarse en el primer nivel de Atención Primaria, "AP" (ambulatoria) y ser resuelta allí con la calidad que exigen los protocolos. Sólo por requerimientos de exámenes o de especialidad se referirán a los niveles hospitalarios II y III como indica el protocolo o la norma.

El IESS tiene un Reglamento<sup>(4)</sup> para la "Atención de salud integral y en red" de sus asegurados, con un Sistema Integral en manos de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar. El Sistema incluye "la atención ambulatoria en promoción, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la enfermedad, rehabilitación y limitación de la discapacidad, incluyendo cuidados paliativos, que garanticen la eficiencia y reorientación en la atención de salud al asegurado, y en red". El Proyecto del SSC se denomina Atención Primaria Integral de Salud y Vida con enfoque integrativo e intercultural<sup>(5)</sup>. Su base legal se sustenta en la Constitución como "régimen especial del seguro universal obligatorio para proteger a la población rural y a las personas dedicadas a la pesca artesanal", en el Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013 y en la Ley de Seguridad Social para el SSC. El modelo considera al individuo, la familia y la comunidad y propone tres niveles: I ambulatorio, II hospitalario, III hospitalario especializado. La APS se define de acuerdo a los lineamientos de Alma Ata. Un Cuadro Referencial de Prestaciones puntualiza el "enfoque integrativo e intercultural, para lo individual, familiar y comunitario". "La medicina ancestral de las nacionalidades y pueblos", explicita las propuestas colectivas del "Sumak Kawsay".

Los resultados establecieron una notable diferencia entre las atenciones de morbilidad (patologías más prevalentes), o sea la "AP" como puerta de entrada o primer nivel del sistema curativo, con las de "APS" referidas a la promoción, intersectorialidad e interdisciplinariedad, y de las de "APSI" relacionada con los temas del nuevo paradigma del Buen Vivir. En las tres instituciones los servicios de salud respondían a las NH individuales u objetivas pero no a

las subjetivas o culturales. Los servicios del Estado no incluían aún el nuevo paradigma de calidad de vida o Buen Vivir propuesto en la constitución. Para una mejor clarificación de la situación, los resultados se diferenciaron en AP (Cuadro 3), APS y APSI (Cuadro 4).

<b>CUADRO 3. ATENCIÓN CURATIVA DEL PRIMER NIVEL DE AP</b>	
<b>NIVEL INDIVIDUAL, NECESIDADES OBJETIVAS:</b>	
<b>Metabolismo:</b>	
Desnutrición aguda	AP
Hipertensión	AP
Diabetes	AP
<b>Sexualidad y vida familiar:</b>	
Control del embarazo	AP
Infecciones de transmisión sexual	AP
<b>Trabajo y relación con el medio</b>	
Enfermedades infecciosas	AP
Enfermedades vectoriales	AP
Trauma	AP
<b>NIVEL GRUPAL, NECESIDADES SUBJETIVAS O CULTURALES:</b>	
<b>Vida afectiva:</b>	
Alcoholismo	AP
Depresión	AP
<b>Discapacidades:</b>	
Limitaciones visuales, auditivas y otras	AP
Deficiencia en el aprendizaje	AP
<b>NIVEL SOCIAL, CONCEPCIÓN DE AP:</b>	
a. Atiende el primer nivel de servicios curativos.	AP

Los servicios curativos individuales de AP, fueron satisfactorios en el MSP, el IESS y el SSC para las autoridades y profesionales de acuerdo a protocolos y normas. A lo que más llegaban en cuanto a acciones colectivas era a organizar grupos de pacientes que recibían charlas sobre tratamiento y medicación para hipertensión y diabetes. Alcoholismo y depresión se refería al Centro especializado de Cuenca. La atención de las discapacidades (visual, auditiva, deficiencia en el aprendizaje y otras) era parcial y excepcionalmente se refería, aunque en los últimos meses el Programa Nacional Manuela

#### CUADRO 4. ATENCIÓN DE APS Y APSI

CUADRO 4. ATENCIÓN DE APS Y APSI		
NIVEL INDIVIDUAL, NECESIDADES OBJETIVAS:		
<b>Metabolismo:</b>		
Desnutrición escolar		APS
<b>Sexualidad y vida familiar:</b>		
Planificación familiar		APS
Embarazo adolescente		APS
Vivienda: hacinamiento (más de tres personas por dormitorio)		APSI
<b>Trabajo y relación con el medio</b>		
Desempleo o explotación		APSI
NIVEL GRUPAL, NECESIDADES SUBJETIVAS O CULTURALES:		
<b>Vida afectiva:</b>		
Familiares ausentes por migración		APSI
Separación o abandono de los conyugues		APSI
<b>Discriminación, segregación:</b>		
Étnica		APSI
De género		APSI
Generacional		APSI
Prisiones		APSI
Pandillas		APSI
Asaltos		APSI
Robos		APSI
Espacios recreacionales		APSI
Enseñanza de promoción de salud en escuelas		APSI
NIVEL SOCIAL, SERVICIOS DEL ESTADO:		
<b>Servicios generales:</b>		
Agua		APS
Electricidad		APS
Teléfono		APS
Saneamiento ambiental		APS
<b>Servicios sociales:</b>		
Salud		APS
Educación		APS
Vivienda		APS
Bienestar Social		APS
<b>Concepción de APSI:</b>		
b. Aplica la AP de modo selectivo, focalizando a los pobres APS		
c. Aplica la APSI con nuevas concepciones intersectoriales e interdisciplinarias de la promoción de la salud en el contexto de las necesidades humanas, la calidad de vida y el buen vivir.		APSI
<b>Concepción de SNSI:</b>		
a. Coordina de manera política a las instituciones públicas y privadas, en los niveles de APS y hospitales.		APS
b. Coordina de manera funcional a las Instituciones públicas en los niveles de APS y hospitales.		APS
c. Coordina de manera consistente, como un SNSI, a las Instituciones públicas mediante la Red Pública Integral de servicios, en los niveles de APSI y hospitales.		APSI



Espejo (para discapacidades) exigía visitas domiciliarias. Aunque la AP curativa del Nivel I era satisfactoria, no había coordinación con los Niveles II y III hospitalarios. Estos aún proveían “consulta externa” o “general” ambulatoria, a solicitud directa o por un dificultoso “call center”. Los pacientes referidos del Nivel I debían acceder en igual condición que la población general a los hospitales de especialidades Vicente Corral del MSP y José Carrasco del IESS.

La respuesta de APS se consideró muy limitada por parte de las autoridades y los profesionales, mientras la APSI simplemente no existía. En APS hubo normas y estándares para desnutrición aguda y desnutrición escolar, por ejemplo, pero, aunque los funcionarios medían a los niños en las escuelas, éstas no disponían de estándares de referencia para clasificar el estado nutricional de los escolares. Igual sucedía con otros temas como embarazo adolescente en el que no había un componente cultural y social. En APSI los problemas de vivienda, desempleo, migración, separación o abandono de los cónyuges, discriminación étnica, protección y seguridad (pandillas, asaltos, robos), no se atendían por parte del médico pero sí del personal no médico, cuyas respuestas fueron satisfactorias para las disciplinas de trabajo social, psicología y enfermería.

Las pocas respuestas satisfactorias sobre la existencia de espacios de creación y recreacionales, la relación intersectorial para enseñanza de promoción de salud en las escuelas, la preocupación por el agua, electricidad, teléfonos, saneamiento ambiental y otras intersectoriales como educación, vivienda, bienestar social, se daban de manera indirecta en coordinación con las Juntas Parroquiales o Consejos Cantonales de Salud.

El MSP había iniciado la producción de “Normativas” como “Prevención y atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclo de vida”, “Protocolo de Atención del Parto Culturalmente Adecuado”, y el “Documento técnico de escuelas promotoras de salud” (que establece una red de las mismas con el Ministerio de Educación) y el “Componente comunitario de la estrategia AIEPI” con siete “guías”: para el alcalde, dirigentes de organizaciones, abogacía, salud materna y neonatal, del maestro, facilitadores locales, estrategia). Hubo también una “Guía de gestión del Modelo de Atención para distritos con Resultados de Alto Impacto: Primer Nivel de Atención” que proponía el Modelo de Atención Integral de Salud (Familiar, Comunitaria e Intercultural, MAIS, publicado en 2010 como de “circulación restringida, documento en preparación”

con “Guía de implementación” de acuerdo al Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013). El documento del programa para los Equipos Básicos de Salud, EBAS, aunque muy instrumental, no establecía normas o estándares para la APS.

Aparte de menciones discursivas no se encontró ninguna propuesta formal sobre salud intercultural. Los principios ancestrales estaban ausentes, salvo reuniones mensuales con variados actores (no “yachacs” ancestrales sino mujeres mayores con altas dosis de creencias religiosas cristianas) en los hospitales de Gualaceo y Sigsig, pero sin ninguna documentación formal.

## DISCUSIÓN

Aunque el servicio biomédico de AP era satisfactorio (demostrado por la disponibilidad y uso de protocolos y normas), no estaba coordinado con el nivel hospitalario como “puerta de entrada al sistema curativo” enunciado como un enfoque “médico familiar”. Más allá de la biomedicina los servicios eran notoriamente limitados en cuanto al concepto de APS, y no se encontró la APSI con enfoque “social”.

La atención universal y gratuita (política del gobierno con gran respaldo político y financiero) aumentó la demanda de servicios, pero, paradójicamente, en lugar de fortalecer la AP y APS, se incrementó el número de médicos generales para la anacrónica “consulta externa” en hospitales de especialidad, lo que contribuyó al abarrotamiento y colapso hospitalario en el año 2011. No se había implementado la Red Integral de Salud (pública, de esencia biomédica) que exige la Constitución, ni se había implementado el SNS, ni la APSI del SNSI, por lo que los servicios de Nivel I se hallaban descuidados, y en todos los niveles continuaban fragmentados (independientes) y segmentados (con financiamientos autónomos).

La Constitución se refiere a los principios del Buen Vivir en un marco de “diversidad social y cultural”, “inclusión y equidad social”, “bioética e interculturalidad” (Art. 358)<sup>(6)</sup> con “la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud”, articulando “los diferentes niveles de atención” y promoviendo “la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas” (Art. 360). Se trata de un “sistema dual”, con la institucionalidad de servicios individuales (incluyendo aquí la “medicina”

ancestral y las “alternativas y complementarias”) y la APS ampliada con la integralidad de los derechos en el marco del “Sumak Kawsay” o Buen Vivir.

Se busca operacionalizar el aporte cultural de los cinco principios éticos del “Sumak Kawsay”, que sirven para los tres dominios (estilos, modos y calidad de vida): a. “Tucu Yachay”: sin conocimiento (sabiduría) no hay vida, b. “Pacha Mama”: todos venimos de la misma madre tierra, c. “Hambi Kawsay”: la vida es sana, d. “Sumak Kamaña”: la vida es colectiva, e. “Hatun Musku”: todos requerimos un ideal o sueño: Todos ellos se sustentan en los tres principios filosóficos andinos de reciprocidad, complementariedad y correspondencia (que se verán más adelante). Con estos principios se propone el enfoque de APSI, que, como paradigma global de salud, diferente del hegemónico biomédico individual y orgánico (en torno a la enfermedad), inicie un proceso progresivo de renovación de los servicios. El punto crucial es que la APSI no está en manos exclusivas de médicos para “curar”, sino en manos de servicios integrales que traten de “cuidar” en salud a las personas, que aborden, de manera “directa e indirecta”, la concepción de salud como calidad de vida, sustentada en la satisfacción de las NH como derechos.



El modelo de SNS occidental biomédico, fruto del paradigma de la ciencia clínica de la modalidad productiva capitalista, tendría que transformarse. “Los Estados-naciones modernos son sociedades históricas que aparecieron hace cinco siglos en Europa, y su fórmula se mundializó”<sup>(7)</sup>, por lo cual las culturas ancestrales de Nuestra América quedaron desde entonces subyugadas a dichos paradigmas. La biomedicina mantuvo rasgos esclavistas y feudales durante los siglos XVI a XIX, y generó la dicotomía esencial entre la enfermedad del cuerpo y la subjetividad (del alma), así como entre lo individual y lo colectivo. El cuerpo biológico enfermo, esencia de la “medicina” y sus servicios, a partir del siglo XVI

la tornó ciudadana, y desde los siglos XVII y XVIII validada por las universidades. La biomedicina, simbolizada por los hospitales y ligada al desarrollo tecnológico, fue cuestionada por la definición de la OMS<sup>(8)</sup> y por las propuestas latinoamericanas y canadiense de la determinación social y promoción de la salud en la década de los 70 del siglo pasado.

La APS de Alma Ata<sup>(9)</sup>, de asistencia sanitaria “para todos” con “medios aceptables”, con “participación” de la población, y “a un costo soportable”,

incluye lo intersectorial y la integralidad de la prevención y la promoción. Es diferente de la APS selectiva de “una atención pobre para gente pobre”<sup>(10)</sup>, que sólo un año más tarde los centros hegemónicos propusieron como “focalización a los pobres” argumentando necesidades de eficiencia<sup>(11)</sup>. Es también diferente de la APS renovada de la OPS<sup>(12)</sup> porque ésta es “parte integral de los sistemas de salud” que “garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios (con) equidad, atención integral, integrada y apropiada... (teniendo) como base los sistemas y redes de servicios de salud”, aunque “tenga un fuerte sesgo prescriptivo habitual en estas organizaciones sanitarias internacionales”<sup>(13)</sup>,



y hoy incluso se proponga la caricatura de incluirlo en los niveles II y III de servicios hospitalarios (como recomendaciones nutricionales, ejercicios físicos u otros, a los pacientes que egresan del hospital). Y es diferente de la **APS Integral, APSI**, que agrega a la concepción de Alma Ata, y a la propuesta renovada de la OPS, la concepción andina del Buen Vivir o Sumak Kawsay, referida a la armonía colectiva y solidaria entre los seres humanos y con la naturaleza, alejada del consumismo occidental, que se basa en los cinco principios del Sumak Kawsay y en los tres de la filosofía andina.

La **APSI** es intercultural, intersectorial e interdisciplinaria, bajo responsabilidad del Estado como garante del derecho "a un sistema de salud eficaz e integrado, accesible para todos"<sup>(13)</sup> que satisfaga las NH en los dominios biológico, cultural y social, incluyendo el cuidado del ambiente. Incluye la promoción de la salud como saber y actuar proactivo por la salud individual y colectiva. El enfoque requiere acciones "directas" e "indirectas" de capacitación y servicio. Aborda la "salud" como óptima calidad de vida, sustentada en la satisfacción de las necesidades humanas. Este concepto de salud (diferente y opuesto al occidental de "progreso y desarrollo" basado en las aspiraciones económicas de acumulación), presupone el fin de la subyugación y la dependencia, pues "no se puede aplicar las enseñanzas del Vivir Bien sin un verdadero proceso de descolonización"<sup>(14)</sup>.

La APSI en un SNSI abordaría la calidad de vida como salud sustentada en la satisfacción de las NH objetivas y subjetivas como derechos, y llegaría y retornaría del plano social, a los modos de vida grupales y culturales, y a los estilos individuales<sup>(15)</sup>. La concepción y construcción colectiva del Buen Vivir pertenece a un nuevo paradigma de salud, desconocido aún por la ciencia occidental, cuya biomedicina aborda la morbilidad aguda y el trauma pero no tiene respuesta para las crónicas y sus secuelas subjetivas, ni plantea la determinación y responsabilidad social del Estado sobre ellas.

## CONCLUSIONES

Los servicios de las instituciones que deben construir el SNSI sólo abordan, con la clínica o biomedicina, el dominio individual de las enfermedades biológicas, pero no lo hacen a cabalidad con el dominio grupal de lo subjetivo cultural, y por lo tanto, los servicios del dominio social con el rol del Estado, no satisfacen a cabalidad la satisfacción de las NH para proveer

la óptima calidad de vida, que es esencia y manifestación de la salud colectiva, que corresponde al Buen Vivir o "Sumak Kawsay". La concepción teórica de la ciencia occidental es dicotómica, separa el cuerpo de la subjetividad, la sociedad de la naturaleza, lo social de lo cultural, lo grupal de lo individual, el campo de la ciudad, cuando en realidad éstas son dualidades complementarias, como sucede con salud-enfermedad, preventivo-curativo, preventivo-promocional de la "salud", y ambulatorio-hospitalario de los servicios.

## PROPUESTA PARA LOS SERVICIOS

La propuesta (que requiere decisión política) es construir un SNSI (como exige la Constitución) integrando la biomedicina (ambulatoria-hospitalaria) con la APSI (intercultural y social), diferenciando las acciones "directas" (propias de la biomedicina individual), de aquellas "indirectas" (interdisciplinarias e intersectoriales). El nuevo SNSI diagnosticaría y planificaría los servicios de acuerdo a requerimientos de las NH como derechos, y no sólo de acuerdo a las tradicionales causas de morbilidad y mortalidad. La academia participaría en el nuevo paradigma con procesos de investigación-docencia-servicios. La situación de salud en Ecuador se referiría a la misión y visión del Plan Nacional del Buen Vivir, basado en tres dominios de las NH.

Para una mejor comprensión de las acciones se ejemplifican en el Cuadro 3 las acciones "directas" e "indirectas", las primeras mediante protocolos clínicos, las segundas con las normas de la APS y con aquellos principios del "Sumak Kawsay" y de la filosofía andina, que deben definirse para la nueva APSI. Las acciones "indirectas" constan en el Plan del Buen Vivir<sup>(3)</sup>. La priorización de estas acciones debe ser temática y territorial, pues cada tipo de problemas es mayor solamente en algunas pocas decenas de lugares del territorio (ver Cuadro 5).

Los programas deben tener: a) Normas y procedimientos claros, b) Equipo humano responsable y conocido en los niveles central, intermedio y local, c) Capacitación de responsables de provisión del servicio, d) Infraestructura básica en los tres niveles, e) Evaluación con señalamiento de prioridades. La gestión Estatal debe ser solidaria e inclusiva, pues "el Estado Plurinacional supone la construcción de un Estado radicalmente democrático y postcolonial", y "el mercado (debe) dejar de ser el motor que impulse el desarrollo y comparta una serie de interacciones con el Estado, la sociedad y la naturaleza"<sup>(3)</sup>, para lo cual el Plan Nacional del Buen Vivir toma

### CUADRO 5. EJEMPLOS DE ACCIONES DIRECTAS E INDIRECTAS

PARA NECESIDADES OBJETIVAS INDIVIDUALES Y FAMILIARES, NUTRICIÓN:		
Nutrición escolar	Directas (Unidades del Sistema):	Indirectas (Intermediadas por la actividad intersectorial):
<i>Qué</i>	<i>Norma:</i> Proveer valores de referencia para peso y talla por edad y sexo a las escuelas para clasificación del estado nutricional.	<i>Norma:</i> Información sobre el diagnóstico nutricional escolar a la Junta Parroquial o Consejo Cantonal de Salud.
<i>Quién</i>	La nutricionista capacitará a profesores y entregará valores y parámetros de referencia. El médico vigilará su aplicación.	El médico y el equipo del centro de salud.
<i>Cómo</i>	La escuela dispondrá de balanzas y tallímetros y cada profesor capacitado obtendrá y clasificará los datos.	Mecanismos de coordinación con la autoridad educativa responsable de las mediciones correspondientes.
<i>Estándar</i>	Número de escuelas que han clasificado a los niños como sanos o deficientes de peso y talla para edad y sexo, en el año.	Número de presentaciones en el año a directivos y a la población.
<i>Hay acciones similares para Calidad de agua, Sexualidad, procreación y vida familiar, Trabajo y relación con el medio ambiente.</i>		
PARA NECESIDADES SUBJETIVAS CULTURALES O GRUPALES, VIDA AFECTIVA:		
Migración	Directas	Indirectas
<i>Qué</i>	<i>Norma:</i> Visita a hogares con padres migrantes.	<i>Norma:</i> Participación en Junta Parroquial o Consejo cantonal para análisis del problema.
<i>Quién</i>	Médico, Trabajadora social, Psicólogo.	Médico, Trabajadora social, Psicólogo, Comunidad
<i>Cómo</i>	Ficha familiar (e historias clínicas) de familias con padres migrantes para seguimiento psicológico.	Participación en reuniones con la comunidad.
<i>Estándar</i>	No. de hogares en seguimiento visitados por problemas de migración en el año.	Al menos dos reuniones sobre temas migratorios en el año con la comunidad.
<i>Hay acciones similares para Segregación (discriminación), Protección y seguridad, Limitaciones y discapacidades, Creatividad artística y espacios recreacionales.</i>		
PARA NECESIDADES SOCIALES Y RESPONSABILIDADES DEL ESTADO:		
SERVICIOS GENERALES:		
Agua potable	Directas	Indirectas
<i>Qué</i>	<i>Norma:</i> Calidad del agua.	<i>Norma:</i> Cobertura de agua potable
<i>Quién</i>	Inspector sanitario.	Inspector sanitario. Equipo del centro de salud. Comunidad.
<i>Cómo</i>	Toma trimestral de muestras.	Visitas a la red, en coordinación con las autoridades municipales
<i>Estándar</i>	Número de pruebas de calidad.	Al menos 80% de hogares en el medio rural cuentan con el servicio
SERVICIOS SOCIALES:		
Salud	Directas	Indirectas
<i>Qué</i>	<i>Norma:</i> Diagnóstico y Plan Local de Salud anual, (de acuerdo a directrices del Plan Nacional del Buen Vivir y Estratégico de Salud).	<i>Norma:</i> Información sobre el Plan anual a la Junta parroquial o al Consejo Local de Salud, y a la comunidad.
<i>Quién</i>	Equipo de planificación del área.	Médico director y equipo de la unidad de salud.
<i>Cómo</i>	Taller de capacitación anual.	Exposición a las autoridades y a la población.
<i>Estándar</i>	Diagnóstico y propuesta elaborada anual.	Presentación del Plan anual a la junta parroquial o al consejo cantonal de salud y a la población.
<i>Hay acciones similares para electricidad y teléfonos y otros Servicios sociales.</i>		
PARA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD INTEGRAL (APSI) Y SISTEMA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL (SNSI):		
APSI	Directas	Indirectas
<i>Qué</i>	<i>Norma:</i> Dx. y propuesta de APSI local, anual, de acuerdo a políticas y metas del Plan Nacional del Buen Vivir y el Plan Estratégico de Salud, en el contexto de NH y Buen Vivir.	<i>Norma:</i> Información sobre el Plan Local de Salud a la Junta Parroquial o Consejo Cantonal de Salud, y a la población.
<i>Quién</i>	Todo el equipo de la unidad de salud.	Todo el equipo de la unidad de salud y la comunidad.
<i>Cómo</i>	Trabajo coordinado en el terreno y elaboración del Plan Local de Salud.	Presentación a las autoridades y la comunidad.
<i>Estándar</i>	Diagnóstico y elaboración del Plan Local de Salud	Diagnóstico y Plan presentados a las autoridades y la comunidad.
SNSI	Directas	Indirectas
<i>Qué</i>	<i>Norma:</i> Establecer la ubicación y rol de la unidad dentro del SNSI.	<i>Norma:</i> Información sobre la ubicación y rol de la unidad dentro del SNSI a la Junta Parroquial o Consejo Cantonal de Salud y a la comunidad.
<i>Quién</i>	Médico director de la unidad.	Médico director y equipo de la unidad.
<i>Cómo</i>	Elaborando el plan anual local	Presentación a las autoridades y la comunidad.
<i>Estándar</i>	Presentación sobre la ubicación y rol de la unidad dentro del SNSI en el área de salud. En el año.	Presentación sobre la ubicación y rol de la unidad dentro del SNSI a la Junta Parroquial o al Consejo Cantonal de Salud, y a la comunidad, en el año.

del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (aunque el concepto de "desarrollo" ya no se utilice por aludir exclusivamente al "desarrollismo" económico y la concepción del "Sumak Kawsay" no sea un "modelo de desarrollo" sino una ética y una filosofía) los conceptos de calidad de vida y necesidades humanas:

*"El concepto de desarrollo humano enfatiza en la calidad de vida como un proceso de ampliación de oportunidades y capacidades humanas, orientado a satisfacer necesidades de diversa índole, como subsistencia, afecto, participación, libertad, identidad, creatividad, etc. La calidad de vida está dada por una vida larga y saludable, poder adquirir conocimientos y acceder a los recursos necesarios para tener un nivel de vida decente". "El énfasis radica en lo que las personas pueden 'hacer y ser' más que en lo que pueden 'tener'. Para definirlo se parte de las potencialidades de la gente, de su forma de pensar, de sus necesidades, sus valores culturales y sus formas de organización". "La satisfacción de necesidades y la expansión de capacidades humanas actuales no debe hipotecar el futuro, por eso se habla de desarrollo humano sustentable. Este es inviable sin el respeto a la diversidad histórica y cultural como base para forjar la necesaria unidad de los pueblos"<sup>(16)</sup>.*

Finalmente, para la construcción progresiva de la propuesta, se detallan los tres principios de la filosofía andina que sustentan aquellos cinco del Sumak Kawsay: **Reciprocidad** como solidaridad entre los seres humanos y armonía con la naturaleza, ejemplificada en el "prestamos" (individual y familiar, por ejemplo, al construir una vivienda) y la "minga" (acción colectiva en obras de interés comunitario). Los mandamientos de no ser ladrón, no ser mentiroso y no ser ocioso, corresponden a este principio. **Complementariedad** de lo dual, como contrario a la "dicotomía" occidental que

todo lo divide, referida a contrapartes no contrapuestas sino complementarias de un "ente" integral, como el paradigma oriental del *Ying y Yan* del símbolo circular con dos partes complementarias y correlativas, y los ejemplos de cielo y tierra, sol y luna, claro y oscuro, día y noche, bien y mal, masculino y femenino, que no son para el runa (persona en "kichwa") contraposiciones excluyentes sino complementarias de una entidad "superior", integral. (Aunque Estermann asegura que "hay muchos indicios que permiten calificar la racionalidad andina como dialéctica", aquí se usa el concepto dual como "contraposición" de dos entes que se integran en un "todo"). **Correspondencia** inclusiva del todo con las partes. "Aunque la lógica siempre ha sido la piedra angular para la validez 'universal' del pensamiento occidental, dice Esterman, no se puede inferir a priori que sus principios lógicos sean de valor supra-cultural; la teoría de la relatividad en la física ha demostrado que la física clásica (newtoniana) sólo es un 'paradigma' entre otros; y la teoría euclídica en la geometría también tenía que renunciar a su pretensión universalista y supra-temporal"<sup>(17)</sup>. Para el pensamiento andino la "individualidad" no existe, un hombre solo es un vacío, el "cogito ergo sum" ("yo" pienso luego existo) individual es un absurdo. Y no es sólo un vacío en relación con los otros sino es un "no ser" en la relación armónica con la naturaleza.

Los cinco principios del Sumak Kawsay y los tres de la filosofía andina que los sustentan, son el aporte cultural de las concepciones ancestrales que enriquecerán la concepción de la APSI para un SNSI que considere la racionalidad 'del todo', una racionalidad integral que incluye, para el caso de la salud, los niveles individual-familiar, intercultural o subjetivo, general o social, con un rol diferente del Estado, como garante de derechos, incluyendo los de la naturaleza. Se trata de un paradigma más integral sobre la "salud" colectiva.

## NOTA EXPLICATIVA Y AGRADECIMIENTO

El presente estudio constituye uno de los componentes de las investigaciones para la Tesis de Doctorado en Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad, de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador: "Sumak Kawsay y Salud, análisis crítico del Sistema Nacional de Salud del Ecuador".

El autor agradece a todos los colaboradores, y a la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo del Ecuador, que financió el componente en el que se basa el presente artículo, que forma parte, a su vez, de los resultados del Proyecto CDC-SENPLADES-035-2011, "Estándares de Calidad para los Servicios de Salud Pública, Atención Primaria", realizado por el autor entre julio y octubre de 2011 en Cuenca, Gualaceo y San Juan.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Censo Nacional de Población y Vivienda 2010. Quito; INEC; 2011.
2. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Estadísticas hospitalarias 2010. Quito; INEC, 2012.
3. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013. Quito; SENPLADES, p. 20-24.
4. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Resolución sobre el Seguro General de Atención de Salud Individual y Familiar. Quito; IESS, 03/2010.
5. IESS, SSC, Unidad de Planificación. Atención Primaria Integral de Salud y Vida con enfoque integrativo e intercultural. Quito, IESS, SSC, Proyecto. 2011.
6. Asamblea Constituyente. Constitución 2008, Dejemos el pasado atrás. Quito, (ANC. Publicación oficial), 2010.
7. Morin, E. Mi Camino. Barcelona; Gedisa Edit.; 2010, p. 203.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Conferencia Sanitaria Internacional. Definición de Salud, Inciso segundo, Preámbulo. (Constitución de la OMS, suscrita por los representantes de 61 Estados). New York; 22 de julio de 1946.
9. Director General de la Organización Mundial de la Salud y Director del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Informe Alma Ata (Resumen conjunto presentado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud). Alma-Ata (URSS) 6-12 de septiembre de 1978.
10. Kickbusch, I. Promoción de la salud: una perspectiva mundial, en Promoción de la Salud: Una antología. Washington, OPS, Publicación No. 557. 1996, p. 15.
11. Torres-Goitia, J. Desarrollo y Salud (Citando a Walh y Warren, de la Fundación Rockefeller en el New England Journal of Medicine, 1979). La Paz, OPS UASB, 2008.
12. Cruz Penate, M. Atención Primaria de Salud Selectiva. Proyecto Servicios Integrados de Salud, Área de Sistemas de Salud basados en la APS, OPS/OMS, 2011.
13. Ase I, Burijovich J. La estrategia de la Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? Salud Colectiva. 2009; 5 (1):27-47.
14. Farah, I. Vasapollo, L. Vivir Bien: un desafío viable para nuestras sociedades. En Vivir Bien, ¿Paradigma no capitalista? (Coordinadores). Universidad Autónoma Juan Misael Saracho. Tarija, Bolivia. La Paz, 2011, p. 369.
15. Breilh, J. Las tres S de la determinación de la vida y el triángulo de la política, Río de Janeiro, Centro Brasileiro de Estudos de Saude, 2010.
16. PNUD, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Ecuador, 1997, p. 17 y p.20.
17. Estermann, J. Filosofía Andina, Estudio intercultural de la sabiduría autóctona andina. Quito; Abya Yala, 1998.