

LA EXPERIENCIA DE CONTRATACION DE EQUIPOS BASICOS DE ATENCION DE SALUD EN ECUADOR

Versión Preliminar. Documento final en proceso

Fernando Sacoto A.
Febrero 2010

1. Introducción

En un reciente evento regional de recursos humanos en salud¹ se evidenciaron interesantes experiencias e innovaciones en la gestión de recursos humanos emprendidas por los Ministerios de Salud, en el favorable contexto internacional del “Llamado a la Acción de Toronto” y la aprobación de las Metas Decenales de Recursos Humanos en Salud², respectivamente.

Tales iniciativas que, por cierto, deben enfrentar las amenazas de crisis que se ciernen sobre las economías de los países requieren ser sistematizadas, difundidas y sometidas a debate en la región, como insumo valioso para la generación o actualización de políticas de salud y de cooperación técnica conforme a las respectivas evaluaciones.

En el mencionado marco, entonces, se sitúa la presente sistematización del caso ecuatoriano, de contratación de equipos básicos de atención de salud, aplicable a “buenas prácticas en gestión de REHUS” que, junto con experiencias de otros países, alimentará un debate sobre el tema, a través de su publicación y posterior análisis en foros especializados.

2. La importancia de la contratación de equipos básicos de atención de salud

Le experiencia que se sistematiza en el presente documento se inscribe en la decisión del Ministerio de Salud Pública de Ecuador por fortalecer el primer nivel de atención de salud de su red de servicios. Como está ampliamente demostrado en diversos esquemas de organización de servicios de salud, el fortalecimiento de la capacidad resolutive de atención en el nivel primario constituye la base de sistemas nacionales de salud de cobertura universal.

El modelo de atención de salud en Ecuador ha privilegiado, en general, un enfoque curativo, centrado en la figura del hospital, con un menor desarrollo de la atención primaria.

Efectivamente, a pesar de valiosos esfuerzos institucionales desarrollados por el Ministerio de Salud que se consignarán más adelante, los servicios

¹ Taller Regional de Directores de Recursos Humanos de los Ministerios de Salud de América Latina, realizado en Septiembre de 2009 en Buenos Aires.

² 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana.

primarios no han logrado superar su debilidad histórica determinada, entre otros factores, por la inexistencia de directrices claras de asignación poblacional de responsabilidad; limitada capacidad resolutoria, dependiente en gran medida, de la insuficiencia cuantitativa y cualitativa de personal de salud, y por su desconexión general con unidades hospitalarias, sin mecanismos efectivos de funcionamiento en red.

Lo señalado se inscribe, además, en la invariable fragmentación y segmentación de los servicios de salud, insertos en estructuras institucionales desarticuladas, cuyo mantenimiento en el tiempo ha impedido la implantación de un real Sistema Nacional de Salud en Ecuador.

Por lo anotado, la acertada decisión política gubernamental y ministerial de contratar un significativo número de profesionales para la atención básica de salud, cuyos antecedentes y desarrollo son motivo de esta sistematización, puede constituir un hito histórico - por su potencial de intervención sobre los problemas estructurales reseñados - en la medida en que forme parte de un conjunto de políticas públicas orientadas al efectivo establecimiento del Sistema Nacional de Salud.

3. Alcances y metodología de este trabajo

En el marco de los elementos señalados, el presente trabajo documentará el proceso desarrollado por el MSP para la contratación de personal de salud destinado al primer nivel de atención y pondrá en evidencia su relevancia respecto a la situación previa; identificará los principales contenidos, métodos e instrumentos de trabajo y procurará evidenciar los logros alcanzados. Finalmente analizará la experiencia, sus restricciones y potencialidades en torno al objetivo de construcción del Sistema Nacional de Salud.

Para el efecto, en una primera parte se definirá en detalle el problema que motivó la intervención, esto es la debilidad de organización y funcionamiento del primer nivel de atención, más allá de los aportes institucionales realizados, que se recogerán. En un capítulo siguiente se describirá el desarrollo de la experiencia, analizando los contextos que determinaron su evolución. Un tercer segmento se concentrará en el desarrollo de la experiencia y la parte final se dedicará a los principales logros y lecciones aprendidas, y a su análisis global.

4. El primer nivel de atención de salud en Ecuador

Antes de caracterizar la situación existente previa a la intervención a sistematizar, es importante destacar los esfuerzos que, desde su creación³, el Ministerio de Salud ha realizado por ampliar la infraestructura de salud en

³ Reciente, solamente en 1967, con décadas de retraso en relación a otros países de la Región.

barrios y comunidades, llegando a constituirse en el más importante proveedor de servicios primarios, seguido del Seguro Social Campesino en el sector rural.

Efectivamente para el año 2006, el MSP disponía de 1.583 unidades de salud de 1er. nivel, lo que representa más de la mitad de todas las unidades de dicho tipo, en tanto el Seguro Social Campesino acreditaba 577 dispensarios médicos.

En la historia evolutiva del mencionado desarrollo, se destacan 3 momentos de mayor dinamismo; en la etapa inicial del MSP, hacia la década de los 70's con el desarrollo del servicio obligatorio de salud rural; a finales de la década del 80, con la implementación del plan de salud familiar y comunitaria integral (SAFYC) y en la primera mitad de la década de los 90's, con el proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud (FASBASE), ejecutado con crédito del Banco Mundial.

El Seguro Social Campesino, por su parte, habría de aportar con un significativo número de dispensarios médicos entre 1970 y 1980.

Es importante señalar que, en términos generales, las unidades de salud de 1er. nivel se encuentran en aceptables condiciones físicas y de equipamiento, como producto de un adecuado mantenimiento y reposición por parte del propio Ministerio de Salud - a través de las Direcciones Provinciales y Áreas de Salud - así como instancias de gobierno descentralizado y organismos no gubernamentales.

En tal situación, postulamos que las intervenciones para que el nivel primario se constituya en base sólida de un sistema integrado de servicios en el país, se ubican en ámbitos organizativos y de gestión - particularmente de recursos humanos - más que en infraestructura.

4.1 La situación del 1er. Nivel de atención⁴ en el MSP antes de la intervención

Como se ha señalado a manera de premisa de este trabajo, los esfuerzos realizados han sido insuficientes para universalizar la atención de salud en el primer nivel, produciéndose así un "fallo estructural" que ha limitado el desarrollo de un real Sistema Nacional de Salud, agravado por la fragmentación de múltiples instituciones del sector operando sin coordinación.

⁴ Componen el nivel I (complejidad baja) los puestos, subcentros y centros de salud, que ofrecen atención ambulatoria; promoción y fomento de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud en medicina y odontología. Algunos centros ofrecen también atención de parto y emergencias.

La caracterización del nivel primario, entonces, abordará aspectos de dotación de recursos humanos y financiamiento, complementados con información relativa a uso de servicios de salud y patrones de gasto según capacidad económica de usuarios, con el propósito de tener una aproximación sobre su situación y perspectivas en cuanto a cobertura poblacional y capacidad resolutive.

Como precaución es preciso anotar que, dada la naturaleza de este documento, no se pretende una exhaustividad diagnóstica, cuyo alcance está determinado, por otro lado, por la insuficiencia de información específica que determina recurrir a estrategias indirectas de valoración.

Los Recursos Humanos en el 1er. nivel de atención

En lo que se refiere a recursos humanos, la siguiente información⁵ que parte de una perspectiva evolutiva global de personal de salud, con relación a la población del país, se orienta a visualizar la dotación del primer nivel, considerando el tipo de información existente que se desagrega, básicamente, entre servicios con y sin internación, lo que proporcionará datos orientativos sobre la capacidad instalada en niveles primarios de salud.

Para fines de este documento se consideró pertinente, además, visibilizar la situación general de la oferta médica global, toda vez que, en términos amplios, una fracción de ellos, constituida por médicos generales, son responsables de la atención en el 1er. Nivel, interesando por tanto dimensionar su peso, con relación a médicos especialistas, en general asignados a 2º.y 3er.nivel.

Relación población / personal médico y de salud. Ecuador 1980 – 2004

	AÑOS			
	1980	1990	2000	2004
Total población	8'123.354	10'547.318	12'156.608	13'026.890
Total personal de salud	31.293	48.226	66.743	73.615
Total médicos	6.342 (20.3%)	9.785 (20.3%)	18.335 (27.5%)	22.167 (30.1%)
Médicos/ 10.000 hab.	7.8	10.9	15.1	17.0

Fuente: INEC

Elaboración: FESALUD

⁵ En parte recopilada de un estudio sobre migración médica ecuatoriana a Chile, en el que se documenta tal proceso migratorio, facilitado por la existencia de un convenio recíproco de reconocimiento de títulos de médicos formados en cada país, por un lado, y la necesidad del sistema chileno de salud, de personal para atención en el primer nivel de servicios - en zonas urbano marginales y rurales particularmente – resuelta con el concurso de profesionales ecuatorianos. Contradictoriamente Ecuador no ha otorgado similar importancia a tal necesidad, como reflejo del predominio de un modelo curativo de base hospitalaria mantenido a lo largo del tiempo.

Como puede apreciarse en el cuadro, el peso específico de personal médico ha representado un sostenido incremento, de 20 a 30% en el período analizado, con relación al personal total de salud, lo que se reafirma al examinar la tasa por habitantes, muy superior a la de enfermeras que evolucionó muy desfavorablemente, de 3.2 a 5.7 en similar período.

En tal contexto, el perfil de empleo médico en el país evolucionó del médico general al médico especialista, en relación directa con un modelo de atención predominantemente curativo, centrado en lo curativo, con el hospital como símbolo emblemático, como se apreciará más adelante.

Perfil de ocupación médica. Ecuador 1980 – 2004

Año	Total médicos	médicos generales*	médicos residentes	médicos rurales	médicos especialistas
1980	6.342	1.757(27.7%)	1.025(16.2%)	834 (13.2%)	1.859 (29.3%)
1981	12.205	3.112 (25.5%)	1.223 10.0%)	1.908 (15.6%)	5.962 (48.8%)
2000	15.766	4.276 (27.1%)	1.090 (6.9%)	2.329 (14.8%)	8.071 (51.2%)
2004	22.167	4.611 (20.8%)	1.402 (6.3%)	2.624 (11.8%)	13.530 (61.0%)

Fuente: INEC

Elaboración: FESALUD

*Hasta el año 1980 el INEC los registraba como médicos generales pero posteriormente lo hizo como médicos especialistas en medicina interna; en la práctica la gran mayoría corresponde a médicos generales.

La revisión confirma, efectivamente, la tendencia decreciente de empleo de médicos generales frente a la notable progresión de especialistas.

Si se recuerda que el MSP es el principal empleador público, la situación encontrada respondería a un continuo debilitamiento de la atención en el primer nivel, con las consecuencias de falta de oportunidad de empleo especialmente para médicos jóvenes, que se ven forzados a buscar tempranamente una especialidad, frente a la inexistencia de opciones y la falta de prestigio y posibilidades de desarrollo en servicios primarios de base pública.

La dimensión público privada en los RRHH

Otro eje de análisis escogido busca ubicar la variación de empleo de salud entre instituciones públicas y privadas, en el entendido que un fortalecimiento de empleo privado en desmedro de la función pública, impactaría sobre todo en establecimientos sin internación, en general con menor capacidad de reacción que unidades hospitalarias.

Ocupación de personal de salud según sector e instituciones seleccionadas. Ecuador 1990-2006

	Total personal salud	Sector publico	MSP	IESS	Sector privado	lucrativo	No lucrativo
1990	48.266	41.218 (85.4%)	22.887 (47.4%)	10.026 (20.8%)	7.008 (14.5%)	5.872 (12.2%)	1.136 (2.4%)
2000	66.743	48.704 (72.9%)	27.633 (41.4%)	9.391 (14.1%)	18.039 (27.0%)	15.505 (23.2%)	2.534 (3.8%)
2006	85.498	57.334 (67.1%)			28.164 (32.9%)		
Variación porcentual	38.3%	18.2%	20.7%	6.3%	157.4%	164.0%	123%

Fuente: INEC

Elaboración: FESALUD

Como puede apreciarse es marcado el incremento de personal de salud en el sector privado lucrativo que eleva su participación de 14.5 en 1990 a más del doble, a 32.9 en el año 2006, como resultado de políticas de restricción del gasto público que conduce a una disminución correlativa del empleo público, de 85.4 a 67.1 en el período.

A lo analizado debe añadirse el ascenso sostenido de empleo en clínicas particulares, entre 1990 y 2004, y la reversión de la tendencia de predominio público, con decrecimiento porcentual del MSP- aunque débil crecimiento absoluto - de la oferta pública en establecimientos sin internación, otrora su bastión institucional.

Ocupación de personal médico por tipo de establecimientos de salud. Ecuador 1990-2004

Años	Total	Con internación	Clínicas particulares	Sin internación MSP	Sin internación resto
1990	9.785	4.529 (46.3%)	1.519 (15.5%)	1.560 (15.9%)	2.177 (22.2%)
2000	18.335	6.263 (34.2%)	7.317 (39.9%)	2.050 (11.2%)	2.705 (14.8%)
2004	22.167	7.275 (32.8%)	9.441 (42.5%)	2.467 (11.1%)	2.984 (13.5%)

Fuente: INEC

Elaboración: FESALUD

La desagregación por profesiones encuentra a un 27% de médicos asignados a servicios sin internación, aunque incluyendo a más de 1.500 médicos en año de servicio rural obligatorio. En cuanto a enfermeras, prácticamente no hay variación en el período, manteniéndose en 21% el porcentaje destinado a servicios ambulatorios.

Una reciente revisión de la Organización Panamericana de la Salud es coincidente en señalar que "...las clínicas y los hospitales generales agrupan el mayor porcentaje de médicos con un 63%. En cambio, los servicios de atención ambulatoria y del primer nivel de atención sólo disponen del 24,9% del total de médicos que trabajan en los establecimientos de salud"⁶.

En lo referente a enfermeras, se ubican mayoritariamente (43,4%) en hospitales generales y luego, con una diferencia de 32 puntos porcentuales, en subcentros de salud. Los odontólogos y las obstetras (matronas), en cambio, se encuentran principalmente en subcentros y centros de salud.

Por lo revisado, bien puede confirmarse, entonces, la menor importancia otorgada a la dotación de personal para el primer nivel de atención en el sector público, en general, y en el MSP, en particular.

El financiamiento del 1er. nivel de atención

El presupuesto del sector salud pasó de USD 115,5 millones en el 2000 a USD 561,7 millones en el 2006. Durante los mismos años, el presupuesto como porcentaje del Presupuesto del Gobierno Central (PGC) y del PIB, aumentó del 2.7% al 6.6% del PGC y del 0.7% al 1.4% del PIB.⁷ Como se documentará más adelante, a partir del año 2007, que corresponde al gobierno en funciones, tal incremento habrá de experimentar un ascenso significativo.

Tabla... Presupuesto Sector Salud (%), Relación PGC y PIB

AÑO	PTO SALUD/PGC	PTO SALUD/ PIB
2000	2,7	0,7
2001	3,4	0,9
2002	5,4	1,3
2003	5,5	1,3
2004	5,5	1,3
2005	5,7	1,2
2006	6,6	1,4

⁶ 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

⁷ Viteri

En lo referente al destino del presupuesto de salud por niveles de atención el citado estudio de OPS encontró que "...el sector público, destina un 81,2% para atención curativa y un 18,8% para la atención preventiva. En el primer nivel de atención se gasta 34,1%, en el segundo 29,9% y en el tercero 36%".

Según dicho informe, del gasto total en salud "... el 34,4% corresponde a la provisión de servicios hospitalarios, el 29,3% al suministro de medicamentos, el 23,6% a servicios ambulatorios, el 11,7% a la salud pública y el 0,9% a la investigación"

Recordando que el gasto privado en salud en Ecuador ha sido históricamente mayoritario con relación al gasto público (poner cifras en la última década) es revelador que "...el 90% del gasto privado corresponde a gasto directo de los hogares.." con un alto componente de adquisición de medicamentos e insumos (sobre el 60%) y de atención médica (alrededor de 25%)

Perspectiva epidemiológica nacional

La sucinta revisión que a continuación se realiza sobre los principales problemas de salud que afectan al país, procura evidenciar como, en el marco general de lo que OPS denomina "... una acumulación epidemiológica, en la que las enfermedades carenciales y transmisibles comparten espacio con las crónico-degenerativas y los problemas de salud colectiva...", las principales causas de atención en hospitales corresponden a entidades que sin duda deberían ser resueltas a nivel ambulatorio.

Efectivamente, según datos oficiales, la primera causa de atención en los establecimientos hospitalarios durante el año 2006 fueron la diarrea y la gastroenteritis de presunto origen infeccioso, con una tasa de 25.6 por cada 10.000 habitantes...seguida de "aborto no especificado" con una tasa de 19,2 por cada 10.000 habitantes y en tercer lugar la neumonía inespecífica, con una tasa de 18,2 por cada 10.000 habitantes.

De la situación reseñada puede concluirse que el primer nivel de atención en Ecuador no ha logrado desarrollar una capacidad resolutive compatible con su potencialidad - que la literatura universal sitúa en fracciones superiores al 85% de casos de diaria consulta - lo que por lo observado, genera un alto número de hospitalizaciones innecesarias y costosas.

Las inequidades de salud en Ecuador

Finalmente, la revisión de algunos indicadores trazadores del destino del gasto y acciones de salud, apunta a evidenciar los invariables niveles de

inequidad y exclusión social mantenidos con poca variación a lo largo del tiempo, que impacta por igual a servicios de menor y mayor complejidad.

Efectivamente, en lo que respecta al gasto total en salud...” el 31,8% se focaliza en los grupos en pobreza y el resto recibe el 68,2%....del gasto privado, el 74,7% se realizó en el área urbana y el 25,3% en el área rural, que concentra el mayor número de personas del quintil más pobre”.

Las familias de bajos ingresos dedican más recursos en términos porcentuales para cubrir sus necesidades de atención en salud: 9% en el quintil 1 - con un componente porcentual alto de medicamentos - en comparación con el 4% en el quintil 5.

“Estudios realizados sobre el gasto público en salud y educación (2004), muestran que el quintil más rico de la población ecuatoriana recibe cerca del 40% de los beneficios, mientras que el quintil más pobre recibió menos del 10%”.

Síntesis diagnóstica del 1er. Nivel de atención antes de la intervención

- Contexto general de crecimiento del sector privado, en detrimento de la oferta pública, en el marco de políticas de reducción del tamaño del Estado.
- Mantenimiento de un enfoque hospitalario, con asignación financiera y de Recursos Humanos concomitante, que determina una creciente y desordenada especialización y subespecialización médica.
- Tal enfoque compromete las declaraciones de universalidad de atención, cuya efectivización depende, en gran medida, de una dotación adecuada - en cantidad y calidad - de recursos humanos trabajando en ámbitos familiares y comunitarios. Condiciona, además, crónicas inequidades en el destino y uso de servicios de salud, con invariable afectación de poblaciones de menores ingresos económicos.
- Limitada inversión en atención primaria de salud, salvo un período de inusual estabilidad ministerial, en el pasado reciente, entre 1988-1992, cuando se impulsó fuertemente un modelo de salud familiar y comunitaria integral SAFYC⁸.
- Debilidad histórica del funcionamiento de servicios primarios del MSP sin directrices objetivas⁹ de asignación poblacional de responsabilidad - en

⁸ Que representó la creación de aproximadamente 1.500 puestos estables de trabajo para profesionales de salud en el primer nivel de atención, especialmente médicos y enfermeras.

⁹ Las poblaciones que históricamente se asignan a las unidades de salud de primer nivel son irreales, tanto en número, como en delimitación geográfica

magnitudes realistas - que garanticen una efectiva provisión de acciones integrales de salud, con proyección hacia una progresiva universalidad.

- La inexistencia de parámetros objetivos de asignaciones familiares de asignación a equipos de salud de primer nivel, ha limitado la identificación de necesidades de financiamiento, según avances de cobertura. Este factor, ligado al predominio de un enfoque hospitalario, ha condicionado el reducido financiamiento para servicios primarios, especialmente de recursos humanos, con vinculaciones laborales temporales o formas de contratación precarias.
- Insuficiente conexión “en red” de establecimientos de primer nivel con otros de mayor complejidad del Ministerio de Salud y menos aún con otras instituciones por la fragmentación sectorial existente.
- Reducida capacidad resolutoria del 1er. nivel de atención, “fallo estructural” del inacabado Sistema Nacional de Salud.

5. *La implementación de Equipos Básicos de Atención de Salud (EBAS) en Ecuador*

5.1 La emergencia de un nuevo gobierno, como contexto político determinante

El triunfo electoral del binomio Rafael Correa – Lenin Moreno a fines del año 2006, representó un quiebre en la historia política reciente de Ecuador, en tanto permitió el ascenso de fuerzas ubicadas en el espectro de izquierda, que interrumpió una década de marcada inestabilidad, con 7 presidentes - la mayoría populistas - todos mantenedores del statu quo, con predominio de los intereses particulares sobre los generales.

Como propuesta central, el nuevo gobierno definió los denominados “5 ejes de la Revolución Ciudadana”: i) reforma constitucional; ii) lucha contra la corrupción; iii) revolución económica; iv) rescate de la dignidad, soberanía e integración latinoamericana y; v) revolución de la salud y la educación.

En lo que a salud se refiere, el Objetivo No. 3 del Plan Nacional de Desarrollo, contempla “aumentar la esperanza y la calidad de vida de la población”, definiendo las siguientes estrategias de política:

- Promover el desarrollo sectorial, la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.
- Fortalecer la gestión y el desarrollo del talento humano, su respuesta oportuna, con calidad y calidez a los requerimientos de salud

- Asegurar el acceso universal a medicamentos esenciales, consolidar la autoridad y soberanía del Estado en el manejo de los medicamentos y recursos fitoterapéuticos.
- Asegurar la cobertura universal de la salud, con servicios de calidad que oferten prestaciones con calidez, eliminando todo tipo de barreras que generan inequidad, exclusión y recuperando la salud como un derecho
- Fortalecer la predicción y prevención de la enfermedad, el desarrollo de capacidades para advertir, anteponerse y controlar la morbilidad, los riesgos ambientales, los accidentes, la violencia y las discapacidades
- Fortalecer la promoción de la salud, promover la construcción de ciudadanía y una cultura por la salud y la vida.
- Promover el desarrollo de entornos favorables para la salud y la vida

5.2 El favorable contexto para la salud pública en Ecuador, a partir del 2007

En lo que al tema específico del presente análisis se refiere, es decir la significativa dotación de recursos humanos para el 1er. nivel de atención, es preciso consignar, como hecho determinante, **la clara voluntad de apoyo político y económico del gobierno** por fortalecer las prestaciones públicas de salud, en el marco general de reposicionamiento del Estado, como garante de la efectivización de derechos ciudadanos, uno de ellos la salud.

Tal voluntad política se inscribe en el notable incremento de la inversión social que se desarrolla dentro de una creciente expansión de las asignaciones al Gobierno Central, que se eleva un 41.3%, de 10.014 millones de dólares en el año 2007, a 14.148,9 en el año 2008.

En tal contexto, el Sector Social devengó 3.891,5 millones de dólares, 1.195,8 millones más que en el 2007 (+44,4%), con un porcentaje de ejecución del 91,3% de los recursos asignados. En el año 2008, el 29.6% de los recursos ejecutados se destinaron a Inversión Pública Social, frente al 23.3% en el 2007, "...clara evidencia de que la Inversión Pública fue fuertemente alentada en este período frente al Gasto Corriente".

En el mismo período el Sector Salud ejecutó recursos por un monto aproximado de 880 millones de dólares, superior en 273.7 al devengado en el 2007 (+45,1%).

Ecuador
Ejecución presupuesto gobierno central
sector social y salud 2007 – 2008

Rubros/años	2007	2008
Ejecución Gobierno Central	10.014	14.148,9
Ejecución sector social	2.695,7	3.891,5
Ejecución sector salud	606.3	880.0

Otro elemento favorable para la mencionada dotación de recursos humanos, son mandatos de la Constitución vigente¹⁰ que jerarquiza explícitamente a la Atención Primaria de Salud, y elementos conexos:

Art....El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud, articulará los diferentes niveles de atención y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

Art....La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y otros proveedores que pertenecen al Estado; con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Dispone también incrementos presupuestarios anuales para el Sistema Nacional de Salud “..en un porcentaje no inferior al cero punto cinco por ciento del Producto Interno Bruto, hasta alcanzar al menos el cuatro por ciento”

Estos son hechos importantes de precisar, si bien se relativizan por el contradictorio mandato de creación de un Sistema Nacional de Salud y otro de Seguridad Social, con similares atributos de obligatoriedad y universalidad, que mantienen invariable la histórica dualidad entre los dos enfoques

Así pues, el sustancial incremento ha permitido iniciar un proceso de gratuidad de servicios públicos de salud; gratuidad progresiva, toda vez que aún se mantienen pagos de usuarios, especialmente en hospitales. Ha permitido también fortalecer los servicios del MSP, a través de nuevos contratos de trabajo para más de 4.500 personas, en su mayoría médicos y enfermeras, disminuyendo la brecha producida en la década anterior. Se mejoró también la infraestructura física y el equipamiento de unidades de salud.

¹⁰ Elaborada en la presente gestión gubernamental, con dominio absoluto de assembleístas de la oficialidad, y aprobada en ...de 2008 mediante consulta popular

5.3 El antecedente de contratación de Equipos Básicos de Atención de Salud en Ecuador

El antecedente de la contratación de EBAS se remonta a Septiembre del año 2005, cuando el MSP formuló un proyecto para crear 4.500 puestos en su red de servicios, otorgando prioridad a las parroquias de mayor pobreza.

El proyecto fue aprobado por el Congreso Nacional, aunque no su financiamiento. Pese a varios intentos realizados el siguiente año, el Ministerio de Economía y Finanzas no viabilizó financieramente el proyecto.

De todos modos, resulta de interés, con fines comparativos, analizar la composición inicial de los mencionados puestos de trabajo.

En relación con los ingresos proyectados, se destaca la participación porcentual mayoritaria de médicos (35.6% del total), seguida de enfermeras (necesidad documentada en numerosos estudios) en el orden del 23%.

De las 1.602 plazas para médicos, 714 (%) corresponden a médicos generales y 626 a especialistas, en tanto que 262 residentes.

5.4 El proceso de contratación de Equipos Básicos de Atención de Salud en Ecuador

En la vinculación laboral de EBAS se pueden identificar 3 etapas: una “previa”, que comprende el período Abril-Diciembre de 2007; otra, de “desarrollo intensivo”, entre Enero y Diciembre de 2008 y la tercera, de “desarrollo complementario”, a partir de Enero de 2009.

Estas etapas deberían dar paso a una final, de consolidación, en la que la figura de vinculación laboral a través de contratos mantenida hasta la actualidad, debería ser sustituida por la creación y ocupación de plazas estables¹¹, luego del respectivo concurso.

Etapas previas:

A poco tiempo de su posesión – el 15 de Enero de 2007 – el nuevo gobierno puso en marcha el recurso de declaratoria de emergencia para agilizar la provisión de bienes y servicios en algunos ministerios, entre ellos salud.

¹¹Al momento de realizar esta sistematización no existen indicios de que se de paso a esta etapa. Una propuesta de Ley de Carrera Sanitaria, en cuyo marco deberían inscribirse las creaciones no tiene horizonte claro de tramitación en la Asamblea Nacional.

Efectivamente se reorientaron recursos en el orden de 50 millones de dólares para salud; de ellos 10 millones se destinaron originalmente a la contratación de recursos humanos; el monto restante se dirigió a los rubros de construcciones y ampliaciones, equipamiento médico, dotación de ambulancias y medicinas.

En tal contexto, se contrataron 2800 profesionales para atención directa de pacientes para fortalecer, entre otras acciones, la realización de cirugías con colas de esperas prolongadas, especialmente oftálmicas.

Se realizó un llamado público para que los/as profesionales se inscriban en las Direcciones Provinciales de Salud o entidades gremiales, con una asignación de 8 horas diarias, en lugar de tiempos menores de contratación usualmente considerados. No se realizó un proceso selectivo

Para la realización de contratos se adoptó la figura de pagos por prestaciones a presentación de facturas, que no contemplaba derechos laborales como afiliación al seguro social, entre otros.

Los esquemas salariales estaban acordes con las escalas remunerativas vigentes y su gestión se recentralizó en el Ministerio de Economía y Finanzas, en lugar de las provincias, áreas u hospitales que, desde 1998 gestionan recursos humanos y financieros de forma desconcentrada.

Etapas de desarrollo intensivo

Entre tanto se ejecutaban los contratos de emergencia, el Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Extensión de Protección Social en Salud, trabajaba en la sustentación técnica de las contrataciones que finalmente ascendieron a 4696, es decir las 2.800 de la primera fase más las contrataciones restantes para el año 2008. Los contratos se ubicaban en las unidades que conforman la red¹² de servicios del MSP.

¹² En el nivel I (complejidad baja) se encuentran los Puestos de Salud, Subcentros y Centros de Salud, los cuales ofrecen atención ambulatoria, promoción y fomento de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud. Algunos subcentros ofrecen también atención de parto, emergencias y atención odontológica.

Desde una perspectiva administrativa, un conjunto de puestos y subcentros de salud, son gestionados por una instancia denominada "Área de Salud" ubicada generalmente en un Centro de Salud, a nivel urbano, y en un Hospital Cantonal, a nivel rural.

Administrativamente, además, existen las Direcciones Provinciales de Salud, que monitorean y apoyan la gestión de las Áreas de Salud y desarrollan programas de Salud Pública. El nivel central, a su vez, es responsable del desarrollo de políticas y normas nacionales.

En el nivel II (complejidad intermedia) hay hospitales básicos y hospitales generales que, además de la atención del nivel I, ofrecen hospitalización de corta estancia. El hospital básico ofrece atención ambulatoria y hospitalaria de medicina general, ginecología-obstetricia, pediatría y cirugía de emergencia. El hospital general ofrece, además de lo mencionado, alguna especialidad de acuerdo al perfil epidemiológico de su área de influencia; también dispone de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

En el nivel III (complejidad alta) hay hospitales especializados y de referencia para la atención de la población local, regional y nacional; también realizan docencia e investigación en salud.

Dentro de las nuevas contrataciones se considerarían, entonces, los equipos básicos de atención de salud, en el marco del modelo de atención diseñado por la Subsecretaría de Extensión de la Protección Social.

Modelo de atención integral, integrado e intercultural, con enfoque comunitario, familiar y pluricultural, basado en la Atención Primaria y Promoción de la de Salud.

El objetivo del modelo es “Garantizar a la población del territorio nacional el acceso a la salud mediante la implementación de un conjunto de acciones integradas en un modelo nacional definido sobre la base de necesidades de la población (demanda), mediante una programación territorial, con criterios epidemiológicos, de género, generacional, de interculturalidad y promoción de la salud”

Principios que sustentan el Modelo:

- Universalidad en el acceso: Asumido como un derecho que tiene toda la persona a la protección de su salud.
 - Integral: Atención a las personas, a los riesgos y condiciones que afectan su salud; Acciones de promoción prevención, recuperación y rehabilitación a individuos, familias, comunidad y medio ambiente. Interrelación y complementación con las medicinas tradicionales y alternativas.
 - Equidad: Busca garantizar el acceso universal a ciertos servicios de salud hasta un límite, social y éticamente determinado, para lograr el goce de las oportunidades y los derechos ciudadanos; es decir, brindará un conjunto de servicios en una cantidad similar para grupos con necesidades similares.
 - Continuidad: Se entiende como el seguimiento al estado de salud de una persona, que forma parte de una población determinada; así como el seguimiento y atención de cualquier episodio de enfermedad específica.
 - Coordinado e integrado: garantiza acceso al plan integral de salud en la red plural de servicios de diversa complejidad, mediante el fortalecimiento y sostenibilidad de un sistema de referencia y contra referencia.
 - Participativo: Considera los requerimientos de las personas y grupos sociales en torno a sus decisiones para la gestión de los servicios; en su auto-cuidado; en la gestión de los establecimientos de salud.
 - Planificado: Participación de los actores sociales en la Planificación Estratégica su ejecución y evaluación; en los Consejos de Salud, como espacios idóneos para la articulación sectorial; en la adaptación de los planes de salud a la realidad local.
-

- Desconcentrado - Descentralizado: Delegación permanente, pero controlada, del ejercicio de una o más atribuciones sanitarias y del uso los recursos, dentro de una misma institución. Transferencia de toma de decisiones políticas, técnicas y administrativas a nivel local.
- Eficiente, eficaz y de calidad: relacionado con la 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 definida como la implementación de mecanismos y procedimientos que garanticen un mayor rendimiento de los recursos.
- Reciprocidad: Dentro de la cosmovisión andina es un principio relacionado con la solidaridad, con el dar y el recibir en situaciones difíciles y de la cotidianidad.

Responsabilidades asignadas al Modelo de Atención:

- La atención del individuo, la familia, la comunidad, los grupos sociales y el entorno natural. (ficha familiar y manual)
- Definición de una base geográfico-poblacional para atender las necesidades de salud de mayor trascendencia epidemiológica y social (comunitaria, parroquial, cantonal, provincial). (mapa parlante y manual)
- Construir redes y microrredes plurales públicas de servicios de atención básica y de especialidad. (en función de accesibilidad y capacidad resolutive) La puerta de entrada son los servicios de primer nivel que se integran al resto de niveles de atención.
- Reorganización de los RH y contratación de nuevos en función del modelo. (Equipos básicos de atención)
- Disponer de un conjunto de prestaciones y actividades para la red plural, en promoción, prevención y recuperación en sus diferentes niveles.
- Formular programas integrados de salud, superar el enfoque de los programas verticales, son ahora las personas en sus diferentes etapas del ciclo vital (el niño/a, la mujer, el hombre, el adulto mayor, su estado de salud y sus riesgos de enfermar).
- Desarrollar mecanismos que permitan asignar nuevos recursos económicos a las redes y microrredes en función del cumplimiento de indicadores y metas establecidas en los compromisos de Gestión.
- Contar con un Plan Integral de Salud como resultado de la participación, negociación y concertación de los diferentes actores que integran el sistema (nacional, provincial y local)
- Disponer de un conjunto de prestaciones y actividades para la red plural, teniendo en cuenta las acciones de promoción, prevención y recuperación en sus diferentes niveles.
- Formular programas integrados de salud, es decir, superar el enfoque de los programas verticales dinamizando propuestas en donde se

visualice a las personas en sus diferentes etapas del ciclo vital (el niño/a, la mujer, el hombre, el adulto mayor, su estado de salud y sus riesgos de enfermar).

- Desarrollar mecanismos que permitan asignar nuevos recursos económicos a las redes y microrredes en función del cumplimiento de indicadores y metas establecidas en los compromisos de Gestión.
- Contar con un Plan Integral de Salud como resultado de la participación, negociación y concertación de los diferentes actores que integran el sistema (nacional, provincial y local).

Componentes del Modelo de Atención

La organización del modelo y su garantía de ejecución comprende tres componentes:

- a) La prestación se relaciona con la oferta de servicios. Se basa en la aplicación de estrategias de atención integral de salud a los individuos, la familia, la comunidad y su entorno, manteniendo una continuidad en la atención. Mantiene un enfoque de género, generacional e intercultural, se articula con otras redes y promueve la participación ciudadana.
- b) La gestión se halla íntimamente relacionada con la prestación. Por lo tanto si el trabajo se orienta a las necesidades y demandas de los individuos, familias, comunidades y entorno, el modelo de gestión debe ser descentralizado, desconcentrado y participativo, adecuarse a las necesidades locales, asegurar el uso racional y eficiente de los recursos y un manejo adecuado en la calidad de la atención.
- c) El financiamiento garantiza el funcionamiento del componente de gestión y prestación del modelo de atención, asegurando que el gasto se focalice de acuerdo a criterios de equidad, solidaridad y eficiencia en la prestación de los servicios.

Método empleado para la definición de necesidades de EBAS según el Modelo de Atención

En este contexto, entonces, el método empleado comprendió los siguientes elementos relevantes:

- Análisis e identificación de parroquias ubicadas en los quintiles 1 y 2 de pobreza, para asignación prioritaria de equipos básicos, conformados por médico, enfermera, odontólogo u obstetrix según tamaño de población.
- Asignación de equipos básicos itinerantes para puestos de salud con poblaciones menores a 1.000 habitantes
- Análisis de accesibilidad al subcentro o puesto de salud, y a la unidad de referencia de mayor complejidad, generalmente centro de salud u

hospital cantonal, considerando las variables de distancia, vías y transporte.

- Reforzamiento de recursos humanos de las unidades de salud de referencia sin internación (centros de salud), por ejemplo médicos: pediatra, gineco obstetra; tecnólogos médicos en laboratorio y rayos X, trabajadora social, psicólogo clínico o nutricionista.
- Reforzamiento de recursos humanos de las unidades de salud de referencia con internación (hospitales cantonales) ejemplo, médicos pediatra, gineco obstetra, cirujano y anesthesiólogo y recursos similares a los mencionados en el punto anterior.
- Reforzamiento de personal administrativo para la gestión del Area de Salud ejemplo Coordinador de Área, Epidemiólogo, Contador, Pagador, Guardalmacén, dependiendo del análisis de existencias.
- Reforzamiento de personal de atención directa a pacientes (sobre todo especialidades médicas críticas) de Hospitales Provinciales de referencia de las Áreas de Salud intervenidas.
- Reforzamiento de personal de enfermería en toda la red de servicios.
- Reforzamiento de hospitales ampliados, nuevos o con alta demanda no satisfecha.
- Excepcionales asignaciones en gestión de programas de salud en niveles provincial y central.
- Asignación de equipos a unidades móviles de Direcciones Provinciales de Salud
- Asignación especial de auxiliares de enfermería para comunidades indígenas apartadas.
- Reforzamiento de la gestión de riesgo y desastres, así como de la gestión de medicamentos, con el concurso profesional de químico farmacéuticos, en las Direcciones Provinciales de Salud.
- Todas las asignaciones corresponden a 8 horas diarias de trabajo

A partir de esta metodología se asignaron recursos humanos a 517 unidades de salud de primer nivel ubicadas en parroquias con calificación de quintiles 1 y 2 de pobreza y se definieron rangos de población de 1 EBAS por cada 1.000 familias a nivel urbano y, 600 familias a nivel rural.

Los EBAS estaban conformados por Médico familiar, comunitario y/o médico general capacitado; Enfermera y/o odontólogo/a, auxiliar enfermería y; Obstetriz, promotor comunitario.

Se fortalecieron también los hospitales cantonales o básicos, así como áreas críticas de hospitales provinciales y de referencia nacional, con la intención de fortalecer la red en su conjunto. En total se contrataron 4573¹³ personas, en su mayoría profesionales de atención directa de pacientes, esencialmente médicos y enfermeras.

¹³ De la información a la que se accedió hay diversos datos sobre dicho total: 4.460, 4.573 y 4.696

Un aspecto a destacar es que el MSP definió una política de contratación de 8 horas diarias, enfrentando las críticas de organizaciones gremiales, especialmente de médicos, que defendían una asignación de tiempo completo de 4 horas diarias, que se había institucionalizado, particularmente para médicos especialistas laborando en hospitales.

En cuanto a política salarial, se plantearon remuneraciones competitivas para personal de atención básica - para valorizar su trabajo - en función del tiempo de contratación y sitio de labores, considerando en todo caso las disposiciones de la Ley Orgánica de Servicio Civil y Carrera Administrativa (LOSCCA) sobre remuneración mensual unificada por clase de puesto, indistintamente de condiciones diferenciales.

No se realizó un proceso selectivo, con excepción de 2 provincias pequeñas (Bolívar y Cotopaxi)

La contratación según pagos por prestaciones a presentación de facturas, se mantuvo hasta Junio de 2008, a partir de lo que se suscribieron contratos con prestaciones de ley.

Los esquemas salariales estaban acordes con las escalas remunerativas vigentes, manteniéndose la recentralización de gestión en el Ministerio de Economía y Finanzas.

Etapa de desarrollo complementario (Enero – Diciembre 2009)

Con similares características a lo señalado anteriormente, en esta etapa se registran dos nuevos grupos de ingresos de personal al Ministerio de Salud, siempre bajo la modalidad de contratos ocasionales; aproximadamente 1.000 en Abril y 600 en Agosto de 2009, respectivamente, buena parte de los cuales ampliarán los EBAS.

Un aspecto importante a destacar es que entre el año 2008 y 2009 se regularizan contratos con una fuente financiera específica (Fondo Nacional de Nutrición Infantil Ex Fonnin) así como formas precarias de contratación, en número total de alrededor de 2.500 personas

Obligaciones contractuales para Equipos Básicos de Atención de Salud

En el marco de lo señalado, las obligaciones contractuales de los EBAS contemplaban las siguientes actividades:

- Análisis situacional de salud ASIS del sector y población asignada.
- Apertura de las fichas familiares de la población asignada por el Jefe del Área de Salud.
- Elaboración de la programación local integral de salud PLIS, (instrumento oficial adjunto)
- Mapa Parlante.
- Plan de intervención en función de los factores de riesgo (mínimo 20% de visitas familias intervenidas, 3 actividades de promoción de la salud).
- Fortalecimiento o creación de espacios de participación social en salud (mínimo 1 organización social conformada y 3 actividades realizadas).
- Registro y sistematización de todas las actividades realizadas.
- Desarrollo de las actividades de promoción y fomento de la salud, recuperación y rehabilitación de las enfermedades correspondientes al primer nivel de atención inherentes a cada profesión en su Unidad Operativa (Subcentro de Salud o Puesto de Salud) en el horario de 8 horas diarias según detalle específico: (ejemplo 10H00 a 18H30 de miércoles a domingo, con descanso lunes y martes).
- Obligatorio cumplimiento del sistema de referencia y contrarreferencia.

Además proveer el conjunto de prestaciones establecidas por el MSP CONASA para la atención integral de la mujer, del niño/a, adolescente, adulto, adulto mayor y el ambiente humano:

Atención integral de la mujer:

- Atención prenatal (captación temprana) y postnatal
- Anticoncepción—planificación familiar
- Vacunación en edad reproductiva
- Atención odontológica
- Morbilidad propia de la mujer
- Detección del cáncer de cerviz y mama
- Detección y referencia de violencia a la mujer

Atención integral al niño/a:

- Consulta de crecimiento y desarrollo
- Atención de la enfermedad
- Programa ampliado de inmunizaciones
- Salud oral integral
- Rehabilitación básica
- Captación y seguimiento de grupos de riesgo
- Captación temprana del recién nacido

Atención integral al adolescente:

- Consulta de crecimiento y desarrollo
- Atención de la enfermedad
- Salud oral integral
- Rehabilitación básica
- Educación en salud sexual y reproductiva
- Captación y seguimiento de grupos de riesgo

Atención integral al adulto

- Atención de la enfermedad
- Detección precoz y seguimiento de enfermedades crónicas
- Rehabilitación básica
- Atención odontológica
- Prevención y detección de riesgos y enfermedades laborales

Atención integral al adulto mayor

- Detección y control del enfermo crónico
- Detección precoz y seguimiento a grupos de riesgo
- Atención de la enfermedad
- Rehabilitación básica

Atención del ambiente humano

- Organización y participación de la comunidad
- Vigilancia epidemiológica
- Elaboración e implementación de planes de preparativos y respuestas ante emergencias y desastres.
- Planificación y ejecución en gestión de riesgos (análisis y disminución del riesgo; respuesta y recuperación ante eventos adversos de origen natural y antrópico).
- Identificación y clasificación de riesgos ambientales
- Vacunación de animales domésticos
- Control y/o eliminación de insectos y roedores
- Vigilancia y control de la calidad de agua, alimentos y sustancias peligrosas
- Vigilancia y control de desechos sólidos.

Las competencias, responsabilidades y actividades a desarrollar y que constan en este contrato-compromiso de gestión- se modificarán conforme el modelo de atención que se encuentra implementando y, en función de las características y demandas de la población, éste, vaya ajustándose según la dinámica que así lo exija.

Así, para inicios del año 2009, se registraron 1.753 Equipos Básicos de Atención de Salud, con la siguiente distribución por provincias y resultados obtenidos.

Provincia	No. EBAS	Familias visitadas	No. fichas familiares	No. de personas
CARCHI	42	7,086	7,530	16,218
SUCUMBIOS	55	4,732	4,732	13,693
BOLIVAR	25	1,817	1,803	5,832
CANAR	68	15,882	22,258	109,353
EL ORO	110	5,970	5,923	22,197
ZAMORA CHINCHIPE	40	2,326	1,132	17,184
CHIMBORAZO	176	16,189	16,189	78,891
LOJA	147	28,401	24,850	58,532
PASTAZA	32	6,334	1,429	42,124
LOS RIOS	67	7,007	6,754	33,422
STO. DOMINGO TSHACHILAS	13	197	141	1,063
IMBABURA	70	2,002	2,264	5,296
MANABI	88	6,726	4,567	35,174
AZUAY	128	27,757	26,485	84,343
PICHINCHA	240	9,245	6,727	24,230
GUAYAS	188	40,561	37,588	252,085
COTOPAXI	36	2,450	2,300	10,718
MORONA SANTIAGO	21	2,470	2,470	2,608
NAPO	32	3,940	2,991	94,593
FCO. ORELLANA	63	8,625	9,090	19,996
ESMERALDAS	46	11,823	46,302	11,777
SANTA ELENA	14	5,662	8,347	27,806
TUNGURAHUA	52	4,447	4,253	26,801
GALÁPAGOS				
TOTAL GENERAL	1.753	221.649	246.125	993.936

Fuente: E Puente. Asignando nuevo personal para Atención Primaria: Estrategias, Métodos y Problemas. Presentación. Noviembre 2008

La perspectiva general de creaciones de nuevos contratos, a su vez, presentaba la siguiente distribución panorámica, para similar momento.

TOTAL NUEVOS RR HH POR PROVINCIAS	
CARCHI	135
SUCUMBIOS	73
BOLIVAR	110
CANAR	86
EL ORO	256
ZAMORA	72
CHIMBORAZO	195
LOJA	289
PASTAZA	82
LOS RIOS	273
IMBABURA	176
MANABI	400
AZUAY	237
PICHINCHA	648
GUAYAS	726
COTOPAXI	98
MORONA	163
NAPO	85
FCO. ORELLANA	38
ESMERALDAS	275
SANTA ELENA	14
TUNGURAHUA	176
GALÁPAGOS	11
UPLASEDE	24
INH GUIL.	19
PROGRAMA TB	5
PROGRAMA SIDA	3
SEPSS	3
CONTROL SANITARIO PC	2
SUBSECRETARIA GUAYAS	12
C. TOXICOLOGÍA	2
SNEM	10
INNFA GUAYAS	12
UPLASEDE	24
TOTAL GENERAL	4.696

Fuente: E Puente. Asignando nuevo personal para Atención Primaria: Estrategias, Métodos y Problemas. Presentación. Noviembre 2008

La significativa perspectiva de crecimiento general de RR HH en el MSP se aprecia en el siguiente cuadro

TOTAL RRHH MSP 2009	
NOMBRAMIENTO	12.311
CONT. COLECTIVO	14.998
EDUCADORES	73
LOSCCA	15.174
SUBTOTAL	42.556
CONT. DE FORMACIÓN	8.700
TOTAL	51.256

Fuente: MSP

