

Reflexiones sobre el COVID-19 en Ecuador: la salud pública y el Sistema Nacional de Salud

Fernando Sacoto*

Recibido: 20/11/2020 - Aceptado: 23/02/2021

Introducción

La aceptabilidad de las acciones de prevención frente a la pandemia implica una nueva forma de cortesía, verdadera expresión de la salud pública. La cortesía es la garantía de no violencia en las relaciones sociales y es específica a un espacio geográfico donde se encuentra la gente. Para cumplir tal objetivo, la participación popular es clave, más importante que el control social de la policía.

Jean Pierre Papart (2020).

57

En el presente artículo se exponen reflexiones sobre las múltiples incertidumbres, “verdades” que luego no lo fueron y dudas, más que certezas, generadas por la pandemia. Esta se despliega en múltiples ámbitos de salud: diagnóstico, comportamiento viral, grado de inmunidad, manejo clínico y tratamiento.

Antes de profundizar en esta problemática conviene recordar un fundamento básico del método epidemiológico: la relación entre la epidemiología descriptiva y la analítica. La primera detalla la distribución de la salud y enfermedad en grupos poblacionales, con una clásica diferenciación atendiendo a criterios como personas, tiempo y lugar. En cambio, en función de su diversidad y resultados, en la epidemiología analítica se formula una hipótesis de causalidad de posibles factores de riesgo, contrastando poblaciones en las que se encuentran dichos factores con otras en las que no están presentes.

Guardando las distancias del caso, la referencia del método es válida para destacar que, sobre todo en los medios de comunicación y redes sociales —prin-

* Presidente de la Sociedad Ecuatoriana de Salud Pública (SESP). Director de la Maestría de Salud Pública de la Universidad Internacional del Ecuador (UIDE). mail: presidencia@sesp-ec.com

cipales fuentes de información pública sobre la pandemia—, ha predominado un abordaje descriptivo de cifras y números —ejercicio rutinario con el pasar del tiempo— en el que se observa un limitado esfuerzo analítico.

La pandemia del COVID-19 en Ecuador: lo que se ve

Si se revisa la abundante información sobre la pandemia del COVID-19 que aparece publicada en los medios de comunicación de Ecuador, se constata que estos ofrecen un enfoque descriptivo con poca interpretación de los datos que se presentan. Esta observación es válida para abordar los casos acumulados de contagio, que todavía mantienen una tendencia ascendente en Ecuador, así como el número de fallecimiento por COVID-19 por promedio móvil semanal. Ambos datos se encuentran condicionados por la escasez de pruebas de reacción en cadena polimerasa (PCR, por sus siglas en inglés) en comparación con otros países del continente (Observatorio Social del Ecuador 2020); así como por un caótico sistema de información propio de la deficiente infraestructura de salud pública y vigilancia epidemiológica del Ecuador. Una situación que se ha visto agravada durante los dos últimos periodos de gobierno.

En medio de un panorama que muestra únicamente la punta del iceberg, es posible identificar el impacto que tuvo la epidemia entre marzo y abril de 2020, especialmente en Guayaquil (*Periodismo de Investigación* 2020), donde se dio una suerte de experimento natural sin intervención alguna del gobierno central o local y que tuvo trágicas consecuencias. El reporte del Ministerio de Salud Pública (MSP) presenta estas deficiencias y también la parcialización de la información (MSP 2020). Se observa un gran subregistro de muertes por COVID-19 que dista mucho del número reportado, mientras que al inicio de la pandemia los casos calificados como sospechosos o probables fueron de la misma magnitud que los confirmados, lo que destaca la escasa disponibilidad y acceso a pruebas PCR confirmatorias, aunque cabe destacar que este indicador ha mejorado en los últimos meses.

En cuanto a la respuesta asistencial, a lo largo de la pandemia los mayores esfuerzos se han dirigido al nivel hospitalario, con un notable incremento de camas para hospitalización y cuidados intensivos, en especial en Quito y Guayaquil (MSP 2020); pero también se realizaron acciones que no estuvieron debidamente articuladas con los servicios de salud y que por lo tanto no arrojaron los resultados esperados. Menor importancia se ha otorgado a la respuesta preventiva comunitaria y a la implementación de sistemas de vigilancia epidemiológica para un rastreo sistemático de casos y el manejo y aislamiento de contactos, con el objetivo de mitigar la velocidad de transmisión del virus y la incidencia que esto tuvo sobre los hospitales.

La activa participación de municipios como los de Quito, Guayaquil y Cuenca o experiencias locales interesantes como las del Gobierno Autónomo Descentralizado (GAD) del cantón Sucre (Viteri et al. 2020), impulsaron la identificación y seguimiento comunitario de casos, con la prioridad de enfrentar la pandemia en barrios y comunidades donde se originaban los contagios (Ortiz Salinas 2020).

Aunque en la actualidad la situación no es de la magnitud y gravedad de los meses iniciales de la pandemia, especialmente de lo ocurrido en Guayaquil, las pruebas PCR que se aplican siguen siendo insuficientes. A pesar que la realización de estos exámenes se ha incrementado y que existen esfuerzos para un mejor rastreo de casos y contactos, esto no ha sido una política prioritaria de respuesta frente a la pandemia. Luego de la dramática situación registrada en Guayaquil en abril de 2020, se incrementó el número de camas hospitalarias y de cuidados intensivos disponibles para pacientes de COVID-19, especialmente en las ciudades grandes, aun cuando en varios momentos, como en abril de 2021, las instituciones de salud se han visto desbordadas por el alto número de personas que acuden a ellas en busca de atención. El esfuerzo del personal de salud hospitalario y comunitario ha sido destacable, incluso en medio de las limitaciones existentes. Sin embargo, el saldo de muertes continúa siendo desfavorable, ya que Ecuador es uno de los países con mayor mortalidad en el mundo. Solamente entre marzo de 2020 y abril de 2021 se reportaron más de 57 mil muertes, lo que representa un aumento del 67 % con respecto al periodo anterior a la pandemia (Machado 2021).

Finalmente, hay que destacar la toma de decisiones por parte de los centros de operaciones de emergencia (COE) cantonales y provinciales, los cuales adoptaron una gran cantidad de medidas “no sanitarias”. Estos organismos que regulan y previenen aglomeraciones poblacionales y la movilidad de las personas, optaron por “promover la economía”, en un falso dilema de enfermedad-economía que relativiza la necesidad de enfrentar el origen del problema: la pandemia. La experiencia demuestra que hay que esperar las diversas oleadas de la pandemia. El COVID-19 puso de manifiesto las debilidades estructurales de la salud pública ecuatoriana y evidenció la inexistencia de un Sistema Nacional de Salud.

Lo que no se analiza ni se difunde: las causas de la débil respuesta

Para llevar a cabo esta discusión se exponen algunas circunstancias que permiten comprender la deficitaria respuesta a la pandemia en Ecuador en tres momentos fundamentales: inmediatamente previos, en años recientes y a lo largo de la existencia de la salud pública en el país.

En el periodo inmediatamente previo al inicio de la pandemia se observan dos factores determinantes de la débil respuesta frente a esta situación, aunque hay que aclarar que estos factores no son exclusivos de este momento. Con los catastróficos acontecimientos sucedidos en Guayaquil se evidenció la incompetencia e inexperiencia de la gestión ministerial que se encontraba en funciones a inicios de la pandemia, la cual se sumó a la perniciosa práctica de otorgar nombramientos de directivos de instituciones de salud, presumiblemente gestionados o acordados con asambleístas, a cambio de lealtades políticas a favor del gobierno. Estas prácticas se destaparon durante la pandemia y dieron cuenta de esquemas de corrupción instalados en el sistema de salud.

En años recientes los factores condicionantes incluyen aspectos relacionados con tres aspectos fundamentales: 1) cambios en la gestión territorial de la salud; 2) insuficiente desarrollo de la atención primaria de salud y de servicios de primer nivel de atención; y 3) un desequilibrio en el recambio generacional en el área de salud pública en un contexto de restrictiva cultura institucional.

En cuanto al primer factor condicionante, en el año 2012 la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo del Ecuador (SENPLADES) dispuso un reordenamiento territorial de la gestión de algunas instituciones del gobierno central, entre ellas las de salud (SENPLADES 2012). Este proceso de reordenamiento sustituyó, de manera inconsulta, el modelo de gestión que el MPS instauró desde 1992 con direcciones provinciales y áreas de salud y, en su lugar, implementó coordinaciones zonales que no fueron efectivas debido a que se agruparon sin criterio de provincias, con dependencia de sedes distantes y ajenas a sus respectivas dinámicas. Así, la provincia de Galápagos, convertida en distrito, pasó a depender de la Coordinación Zonal 5, con sede en Milagro (cantón de la provincia Guayas). Por su parte, la Coordinación Zonal 2 que estuvo conformada por las provincias Napo, Orellana y los cantones rurales de la provincia Pichincha, tuvo su sede en Tena (provincia Napo).

Esta territorialización, a todas luces descabellada, determinó que en la actualidad la incidencia de la epidemia en Galápagos, Cayambe o Puerto Quito, dependa de decisiones administrativas tomadas en lejanas sedes zonales y que desconocen las características de los territorios. En tal sentido, esta absurda territorialidad claramente afectó la capacidad de las autoridades para reaccionar a las consecuencias de la pandemia. La situación se vio agravada por un gobierno en funciones desde 2017, que, con un desacierto administrativo, desdibujó aún más la gestión en el territorio al eliminar numerosos distritos, sin otro sustento que un indiscriminado despido de personal.

En segundo lugar, en lo referente al insuficiente desarrollo de la atención primaria de salud y la dotación de servicios de primer nivel de atención, se observa que

no existió ninguna variación ni durante el gobierno de Rafael Correa (2007-2017) ni en el de Lenín Moreno (2017-2021), con respecto a la orientación predominante en salud que ha fortalecido un modelo curativo y ha hecho del hospital la figura emblemática, en detrimento de la atención primaria de salud y los servicios de salud barriales y comunitarios. Uno de los problemas fundamentales no es solo que en los últimos 20 años no se registrara un crecimiento en estos servicios, sino que han disminuido y se observa una relación inversa entre el aumento de la población y el número de puestos y subcentros de salud tanto urbanos como rurales (GEO-SALUD 2020). De manera que, la falta de disponibilidad de una primera línea de contención del virus es una de las razones que explican la debilidad de respuesta del sistema de salud pública durante la epidemia.

En cuanto al tercer factor condicionante, se ha evidenciado el desacierto de la gestión gubernamental en el periodo 2007-2017, donde se llevó a cabo un proceso de desvinculación y jubilación obligatoria de funcionarios, entre ellos del área de la salud. Esta situación provocó que profesionales experimentados tanto en funciones asistenciales como de salud pública, muchos de ellos epidemiólogos, fueran reemplazados por personal sin la pericia necesaria, lo que impidió la beneficiosa combinación de experiencia y juventud, probada fórmula de éxito en todos los órdenes de la vida. Esta limitación, agravada por el establecimiento de una cultura institucional de sometimiento a disposiciones superiores so pena de pérdida del empleo, influyó negativamente en la gestión de la pandemia.

Finalmente, la débil respuesta frente a la pandemia se encuentra relacionada con factores estructurales, casi sin modificación histórica. La limitada visión hospitalocéntrica —que se concentra en servicios de salud curativos— que ha dominado los últimos años no es nueva. La apelación “enfermología pública ecuatoriana”, que sustituye a la salud pública y que fue acuñada por el insigne salubrista Edmundo Granda, refleja con nitidez la orientación errada de las políticas de salud en Ecuador a lo largo del tiempo. Esta posición adoptada por el Estado refleja una insuficiente o nula consideración de los determinantes sociales, económicos, políticos y culturales de la salud y el limitado desarrollo de la atención primaria de salud, salvo en contados momentos de excepción. En la génesis de estos problemas estructurales se sitúa el inexistente respaldo para la salud en todas las políticas estatales que se aprueban.

Estas deficiencias se inscriben dentro de un contexto general de inestabilidad en la gestión de las instituciones de salud que ha reflejado variabilidad y discontinuidad de acciones, en muchas ocasiones en un mismo periodo de gobierno (Sacoto y Torres 2020). La excepción constituye el periodo gubernamental de 1988-1992, en el que el país tuvo un solo ministro de salud, lo que otorgó apoyo político y presupuestario a la atención primaria de salud y al área de la salud familiar y comunitaria.

¿Qué hacer?

Resulta imperativo impulsar una estrategia técnica y política que tenga como objetivo fundamental obtener poder político para el área de la salud y así tener la posibilidad de materializar los cambios necesarios. Sin embargo, también se debe dotar de credibilidad a las propuestas que se realicen, a fin de que representen réditos percibidos y que sean valoradas como tales por la población para obtener su apoyo. Además, es imprescindible reforzar la integralidad de las acciones de salud, de base y fortaleza primaria, reconociendo la importancia de conferir de capacidad resolutive, curativa, preventiva y promocional a servicios de salud conectados en red, con soporte tecnológico de punta, cuya utilidad y potencial se han mostrado en la pandemia.

Es necesario fomentar la democratización y participación en el tema de la salud y que se trate como sinónimo de bienestar, con una mirada intersectorial que combine las acciones sobre ambiente, agua, saneamiento, alimentación sana, educación y resiliencia mental. Estos factores resultan determinantes para construir protagonismo ciudadano por una salud integral que combata inaceptables desigualdades desde la comunidad, la familia, la escuela y el trabajo.

¿Qué hacer en la actual coyuntura política? Para responder esta pregunta planteamos la necesidad de realizar una serie de cambios en la política de salud, técnica y científicamente sustentados, materializados en planes dotados de apoyo político y económico en el mediano y largo plazo, pero aplicables a corto plazo.

¿Qué exigir al próximo gobierno?

En esta sección consta una lista de acciones que el gobierno de Ecuador que toma posesión en mayo de 2021 debería poner en marcha para mejorar la situación del sistema de salud.

- Seleccionar equipos honestos y competentes, con una combinación virtuosa de experiencia y juventud.
- Eficaz rectoría en el área de salud que cambie los esquemas de gestión y recupere la territorialidad. Esto debe hacerse valorando la importancia de lo local, respetando la división política del país y reestableciendo las estructuras provinciales, cantonales y parroquiales, articuladas con los gobiernos autónomos descentralizados, especialmente con los municipios y juntas parroquiales, ya que han demostrado su capacidad de acción durante la pandemia.

- Formación y desarrollo de personal de salud, haciendo realidad un estatuto de carrera sanitaria largamente anhelado.
- Creación de un Sistema Nacional de Salud desde la base, la familia y la comunidad, con la meta clara de universalizar la asistencia primaria, en conexión con servicios de mayor complejidad y el soporte de una ley que asegure recursos para su sostenibilidad.
- Elaboración y desarrollo de un Plan Nacional Decenal de Salud (2021-2031) financiado que asegure una mirada sostenible de mediano y largo plazo para cambios trascendentales que se implementen progresivamente, pero con acciones y beneficios a corto plazo.

Estas y otras propuestas están plasmadas en la iniciativa “Del dicho al derecho: Acuerdo Nacional por la Salud”, que la Sociedad Ecuatoriana de Salud Pública y otras organizaciones comprometidas con la salud pública se encuentran promoviendo, para que líderes y lideresas, decisores políticos y en especial dignidades presidenciales y legislativas se comprometan a impulsarlas.

El mensaje de Carlyle Guerra de Macedo, director emérito de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), debería acompañarnos para perseverar en nuestro compromiso y conseguir que salud pública ecuatoriana, cual ave fénix, renazca de las cenizas. “Si cada uno de nosotros en cada acto que hacemos recordamos que cerca o lejos una madre o un niño sufren o mueren porque no podemos llegar a ellos, quizás tengamos el coraje de cambiar y de cambiar nuestras sociedades o al menos nuestros servicios de salud” (Carlyle Guerra de Macedo, Director Emérito OPS).

Referencias bibliográficas

- GEOSALUD. 2020. GeoSalud 3.7.4. Acceso el 3 de noviembre de 2020. <https://bit.ly/3wdO1m1>
- Machado, Jonathan. 2021. “Ecuador supera las 57.000 muertes en exceso desde el inicio de la pandemia”. *Primicias*, 6 de mayo. Acceso el 7 de junio de 2020. <https://bit.ly/3or9WUg>
- MSP (Ministerio de Salud Pública). 2020. “Aumento de capacidad de camas UCI y de hospitalización en Guayas permite atender oportunamente casos COVID-19”. Acceso 30 de julio de 2020. <https://bit.ly/3ooALSs>
- Ortiz Salinas, Estefanía. 2020. “Las epidemias no se resuelven en hospitales, sino en barrios”. *Diario Expreso*, 20 de abril. Acceso el 25 de abril de 2020. <https://bit.ly/3eU1FFd>

- OSE (Observatorio Social del Ecuador). 2020. “Monitoreo del coronavirus covid-19 en Ecuador”. Acceso el 13 de noviembre de 2020. <https://bit.ly/3hu9N0J>
- Periodismo de Investigación*. 2020. “La más golpeada del mundo: ¿por qué Guayaquil?”. Acceso el 2 de mayo de 2020. <https://bit.ly/2RZsmPB>
- Sacoto, Fernando, e Irene Torres. 2020. “Coronavirus in Ecuador”. *Think Global Health*, 15 de abril. Acceso el 21 de abril de 2020. <https://bit.ly/2QqVoXX>
- SENPLADES (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo del Ecuador). 2012. Acuerdo N.º 557-2012. Registro Oficial Edición Especial n.º 290, Año III, de 28 de mayo. Acceso el 3 de junio de 2020. <https://bit.ly/3uX5BKS>
- Viteri, Cynthia, Ingrid Zambrano, Jorge Yunda y Pedro Palacios. 2020. “Respuesta a la Covid 19 en Ecuador: experiencias de Gobiernos Autónomos Descentralizados Municipales”. Panel presentado en Cumbre Nacional por la Salud Pública Ecuatoriana, 14 de octubre. Acceso el 16 de octubre de 2020. <https://saneecuador.com/>