

# Reflexiones sobre el modelo de salud del Ministerio de Salud Pública a propósito de la experiencia del Área de Salud N° 2, Miraflores. Cuenca, 2010.

Dr. Jaime Morales S.M.

## I. ANTECEDENTES

Luego de transcurridos algunos meses desde que se asumió la Dirección del Área de Salud No 2 Miraflores en base al Convenio vigente entre el Ministerio de Salud Pública y la Universidad de Cuenca, es necesario presentar algunas reflexiones sobre esta nueva experiencia en la que participaron instituciones como la Universidad de Cuenca y el Ministerio de Salud Pública. Fue una oportunidad para que las dos instituciones comprometidas mediante convenio para intercambiar sus potencialidades para lograr el único fin: mejorar la salud de nuestra gente, en particular de la que vive en el territorio de influencia del Área de Salud No. 2 Miraflores. (Ministerio de Salud Pública. Universidad de Cuenca. Convenio Interinstitucional. 2010).

Es conveniente sistematizar esta nueva experiencia tanto para el MSP y la Universidad de Cuenca, mediante estas reflexiones, que son presentadas con la finalidad de fortalecer lo público en salud, frente a las tormentosas y frenéticas avalanchas del sector privado que estuvo a punto de apropiarse de la salud de los ecuatorianos para convertirla en una mercancía a la que podían tener acceso solo los privilegiados que podían pagarla.

Se enfocarán los siguientes contenidos: la cadena de mando, la planificación estratégica, el talento humano, el modelo de salud del Ministerio de Salud Pública, la Atención Primaria de Salud, la Salud Familiar y Comunitaria y el desarrollo de la Investigación de la Salud, finalmente se presentan algunas reflexiones finales de apertura hacia nuevos retos de salud.

## II. LA CADENA DE MANDO

Partamos, en primer lugar, del concepto de que ambas instituciones, el MSP y la Universidad de Cuenca, buscan un bien común: mejorar la salud de los ciudadanos y ciudadanas. En segundo lugar la cooperación de ambas instituciones busca, por un lado, impulsar en las Unidades de Salud del Área el nuevo modelo de salud, que tiene cimiento en la Atención Primaria de Salud con el Enfoque de la Salud Familiar y Comunitaria. Está demostrado científicamente que los países y sociedades que aplicaron el modelo de la APS y la SFYC en sus sistemas de salud, lograron mejores resultados de manera significativa que aquellos que no lo hicieron. (OPS/OMS Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. 2005. p 4)

Profesor de Epidemiología  
e Investigación de la Salud  
de la Facultad de Ciencias  
Médicas. Universidad de  
Cuenca.

Por otro lado, la cooperación de ambas instituciones, propiciarían cambios sustantivos en la formación de los nuevos profesionales de la salud, como médicos, enfermeras, tecnólogos médicos y profesionales de cuarto nivel. Fundamentalmente de lo que se trata es de superar el tradicional modelo biomédico en la formación, por uno nuevo también cimentado en la APS y en el enfoque de la Salud Familiar y Comunitaria, es decir, centrado en la salud, en la colectividad y en la comunidad.

Para sistematizar estas experiencias, considero necesario incorporar como categorías orientadoras, el proceso de cambio en las unidades de salud del MSP hacia la APS y la SFYC, y, en la Universidad la orientación de la formación centrada en la APS y en la SFYC.

A pesar de que ambas instituciones tendrían una estrategia en común para reorientar sus perspectivas, la APS y la SFYC, sin embargo, funcionan con lógicas distintas y ajenas la una con la otra, aspectos que constituyen obstáculos epistemológicos para su análisis y comprensión y obstáculos metodológicos para propiciar los cambios en su quehacer. Creo que las explicaciones y reflexiones irían en el siguiente sentido:

En el Ministerio de Salud predomina una lógica de mando vertical insoslayable en la toma de decisiones desde el nivel central hacia el nivel local, en lo que tiene que ver con las políticas, metodologías y el uso de técnicas e instrumentos; esto se expresa en los múltiples programas verticales que se planifican, se asignan recursos para su ejecución, se controlan y se evalúan, dejando un margen muy estrecho para iniciativas locales. El reconocimiento de lo local para impulsar propuestas de desarrollo que sean adecuadas para cada realidad se estrella con la vigencia vertical de los programas. En este momento se generan contradicciones que pueden invalidar los procesos de cambio: la APS y el enfoque de SFYC se nutren de la problemática local para colectivamente construir alternativas de solución, en las que las instituciones deben constituirse en facilitadoras de las transformaciones locales; la contradicción se profundiza cuando desde la nueva Constitución de la República se reconoce a la Participación Social como el quinto poder del Estado con capacidad para tomar decisiones sobre su salud, es decir, la comunidad no debe ser considerada como objeto de salud sino como actor, y aún más, como sujeto de salud, con capacidad para comprender, analizar y decidir sobre su salud. La verticalidad y la centralidad del

Estado, en este caso del MSP, se constituyen en una cadena de mando desde el centro hacia la periferia, las provincias, de éstas hacia las Áreas de Salud y luego hacia los servicios de atención. El quehacer de los profesionales de la salud que se ubica en estos nodos de autoridad y en esta trilogía de mando, se agota debido a que a estas acciones se dedica la mayor parte de esfuerzos y de los tiempos disponibles que deberían orientarse para gestionar el cambio institucional.

### **III. LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA**

Una nueva contradicción surge al momento de orientar el futuro del Área de Salud, es decir, al momento de definir los procesos de planificación.

Ésta consiste en los horizontes distintos que debe seguir el Área de Salud dependiendo de la institución que exige la planificación. En este sentido, la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, SENPLADES, orienta la planificación hacia los Objetivos de Desarrollo del Buen Vivir, con su metodología particular y el uso de técnicas e instrumentos específicos (Plan Nacional del Buen vivir. SENPLADES. 2009); en cambio, el MSP exige la planificación basada en otros elementos, metodologías, técnicas e instrumentos, todos orientados hacia un enfoque basado en la interculturalidad. (MSP. Dirección Provincial de Salud del Azuay. Planificación Estratégica con enfoque Intercultural en el ámbito del Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitario/. MAIS-FCI. 2010 - 2013)

En el primer caso, se denomina Planificación Plurianual Institucional, PPI, (2010 - 2013), y su Plan Operativo Anual (POA del año 2010). En esta planificación, solo se permite seleccionar siete objetivos y una estrategia para cada objetivo, situación que no concuerda con las múltiples necesidades de la ciudadanía ni con los objetivos, estrategias, metodologías, actividades e instrumentos que en la práctica desarrollan las Áreas de Salud. Por su parte, el Ministerio de Salud plantea la realización de la "Planificación Estratégica con enfoque intercultural en el ámbito del modelo de salud integral familiar y comunitario", que se identifica con la Planificación Estratégica Local de Salud, en el que se da énfasis en sus contenidos a la Salud Intercultural, a los Servicios de Salud, a la Normatización, a la Vigilancia Epidemiológica y al Modelo de Salud. Esta situación genera confusión

e incertidumbre en el personal de salud a nivel provincial y en las Áreas. En este ámbito brota una nueva contradicción al momento de reconocer las diversidades de la población. Se reconocen y se incorporan algunos elementos para reconocer las diversidades de la población ecuatoriana como la de género, generacional, social, económica, étnica, cultural, geográfica, pero en la práctica los programas priorizan al enfoque intercultural.

Con el desarrollo de estas acciones de planificación, especialmente con la característica de "estratégica" que se asignó a la planificación, surgen nuevas contradicciones ideológicas y metodológicas. Históricamente la Planificación Estratégica surgió como alternativa y respuesta a la Planificación Normativa, modelo dominante hasta la década de los años setenta; el principio que orienta la planificación estratégica es el de considerar la existencia de otros actores sociales que también planifican y no solo el Estado; en consecuencia, el proceso de planificación estratégica debe incorporar a los actores sociales que activan en el territorio de una Área determinada, de tal manera que sus intereses y necesidades, sus pensamientos y comprensiones estén presentes en la propuesta de cambio y transformación; este nuevo marco conceptual en la planificación, estaba orientado a viabilizar el cambio institucional, ante el fracaso de los procesos de planificación normativa impulsada exclusivamente desde el Estado. Con este antecedente, podemos indicar que los procesos de planificación estratégica de las Áreas de Salud fueron elaborados en el mejor de los casos por sus propios directivos, sin participación social, sin participación de los actores ni de sujetos sociales, aspectos que limitan significativamente la viabilidad de cualquier propuesta de transformación de la salud colectiva, como lo ha demostrado la filosofía de la planificación estratégica.

Como consecuencia de la irregular aplicación de la Planificación Estratégica en la práctica se reproducen las dificultades en la ejecución de los programas verticales cuando se considera al MSP como el único actor social en salud y se desconocen otros actores importantes como la Seguridad Social, el Seguro Social Campesino, los municipios y su acción en salud, la participación en salud de algunas ONG, la empresa privada, etc. cuando a cada Área de Salud, y a cada servicio de salud del MSP, se les asignan poblaciones y las coberturas a alcanzar en base a metas propuestas. Por ejemplo, en el control a embarazadas en el territorio que corresponde a un Área de salud determinada par-

ticipan diversos actores y sujetos sociales como el IESS, el Seguro Social Campesino, las unidades de salud del Municipio, diversas ONG y la empresa privada, juntas parroquiales, diversas organizaciones sociales y culturales, pero solo el Ministerio de Salud Pública planifica como si fuera el único actor; esto determina que las metas asignadas difícilmente son alcanzadas. (MSP. Dirección Provincial de Salud del Azuay. Área 2 Miraflores. Planificación Operativa Anual. 2010).

En la práctica, la planificación no ha constituido una guía para la acción, sino que el Área de Salud ha respondido a los continuos requerimientos y decisiones cotidianas provenientes del nivel central y del nivel provincial que absorbieron la totalidad del tiempo, de los esfuerzos y la dedicación del personal de salud, ubicando en un plano secundario a los planes elaborados. Por esta razón creo que evaluar el cumplimiento de los planes, el grado de avance y los logros alcanzados con los planes, sus resultados van a estrellarse con la realidad y van a generar decepciones y frustraciones tanto en evaluadores como en los que son evaluados.

Durante los primeros meses de este año se han privilegiado determinadas acciones desde el nivel central con suspensión de toda actividad que pudiera interferir con las dispuestas en los programas mencionados: como los procesos de inscripción y vacunación contra el Virus A(H1N1), los procesos de difusión, el cumplimiento de la Misión Solidaria Manuela Espejo, la reunión de Ministros de UNASUR, que invalidaron los procesos planificados de supervisión, y el desarrollo de los programas de salud del MSP y los específicos del Área de Salud, que muy poco han contribuido al logro de los objetivos fundamentales de la Institución.

#### **IV. EL TALENTO HUMANO**

Otro aspecto importante del quehacer institucional está en el fortalecimiento del talento humano. El sociólogo brasileño, José de Souza, ha indicado con precisión que en el cambio institucional no se trata de cambiar las cosas para cambiar a las personas, sino de lo que se trata es de cambiar a las personas que cambian las cosas (Souza, 2007); la primera responde a una racionalidad instrumental y la segunda a una racionalidad comunicativa.

Si bien se ha observado la ejecución de frecuentes procesos de capacitación a directivos, a responsables de programas, a profesionales que ejecutan los



programas en los niveles de planificación, de atención médica y a personal de los servicios de salud, la mayor parte de ellos no han contribuido a mejorar significativamente la calidad del talento humano, por cuanto los procesos de capacitación han seguido una lógica instrumental que privilegian el cambio de las cosas, técnicas, instrumentos, antes que el cambio de mentalidad de las personas para cambiar las cosas.

El contar con talentos humanos de alta calidad para comprender la realidad, para elaborar propuestas de cambio y para viabilizar los procesos de cambio institucional en los diferentes niveles de complejidad y la salud colectiva es esencial para transformar el estado del arte vigente, por tanto, es esencial cambiar a las personas que cambian las cosas.

## **V. EL MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y EL ENFOQUE DE LA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA: ENTRE EL DISCURSO Y LA PRÁCTICA**

El modelo de Atención de Salud del MSP indica: *“El punto de partida de esta organización estructural, funcional y de principios, es el espacio de lo local, allí donde se confrontan los problemas y necesidades de la población. En lo local se puede y debe articular todos los recursos existentes bajo el criterio de su adecuación a la realidad con el fin de mejorar su orientación y correcta utilización y, sobre todo, para el establecimiento de una corresponsabilidad de la salud entre los diferentes actores locales.” (MSP. Modelo de Atención. 2008. p. 13)*

Según el Ministerio de Salud Pública el Modelo de Atención pretende hacer realidad los derechos y deberes establecidos en la Constitución de la República, con la finalidad de lograr formas equitativas y solidarias de organización... en la cual la población asume un papel protagónico... y recibe atención de salud gratuita según lo expresado en la Ley Orgánica de Salud.

Los planteamientos del modelo se articulan a procesos de desarrollo sostenible con participación intersectorial que se orientan al cambio de los factores determinantes de la salud: desde los

estilos de vida individual hasta los modos de vida sociales. Hace énfasis en la estrategia de atención primaria de salud.

Se rescata el papel de la familia y el enfoque intercultural con la articulación de las distintas medicinas. Considera al individuo, la familia y la comunidad el centro de su accionar para lograr “el buen vivir”.

Existen dos cuestionamientos al Sistema de Salud Ecuatoriano que se realizan desde organismos internacionales como la OPS: la fragmentación y la segmentación de los servicios de salud, que dificultan la aplicación y la apropiación del término “sistema”. La dispersión de los servicios de salud no ha podido ser desvanecida por las múltiples normas y leyes vigentes, ni aún por la nueva Constitución, a pesar de estar explícitamente indicada el modelo la APS y la Salud Familiar y Comunitaria.

El problema se agrava cuando en la raíz de los problemas se encuentra una desviación conceptual que pretende resolver los problemas de salud de la población desde los servicios de salud. Su presencia, sin duda, importa al momento de afrontar una parte de los problemas de la enfermedad en la población y ciertas acciones de prevención, pero difícilmente toca los auténticos determinantes de la salud colectiva.

La situación se vierte insostenible si se detecta que en la práctica aun sigue vigente y predominante el tradicional modelo bio – médico, cuando se analiza la magnitud del presupuesto, la orientación de los talentos humanos y las acciones predominantes. Se sobrevalora al número de pacientes y no la calidad de la atención.

A esto hay que añadir, la incompatibilidad de concepciones en los supuestos teórico – filosóficos que buscan integrar en la práctica concepciones inconmensurables filosófica y epistemológicamente como la medicina tradicional y la occidental, esta integración se da sin respaldo epistemo – filosófico. La aplicación mecánica de dos modelos y concepciones diferentes en un mismo contexto no resuelve los problemas ni filosóficos ni prácticos ni la interculturalidad. Se ha instrumentalizado el enfoque intercultural, su concepto se agota en el reconocimiento del indio, el negro y el mulato.

Sin embargo, los avances en salud con el nuevo modelo en el país son más importantes que los

propuestos por otros gobiernos, en los que se llegó a plantear la privatización de los servicios, pues la salud de los ciudadanos y ciudadanas se había convertido en una mercancía, a la que difícilmente podía acceder la mayor parte de la población ecuatoriana, por las grandes desigualdades sociales existentes.

La APS y el enfoque de la Salud Familiar y Comunitaria han sufrido las consecuencias del centralismo y el verticalismo, de la fragmentación y de la segmentación de los servicios de salud, del predominio del modelo bio-médico en la atención de los servicios y en la formación de los profesionales; las fuerzas del mercado han resultado hasta ahora más poderosas que los modelos de atención propuestos. Hasta ahora, la APS y el enfoque de Salud Familiar y Comunitaria es más discurso que realidad.

## **VI. EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD**

Según la Matriz de Competencias de distribución por facultad y nivel desconcentración y descentralización a nivel local, elaborada por el MSP, los Distritos y Áreas de salud, no tienen competencias para desarrollar la investigación en salud, ésta está sedimentada en los niveles provincial y central, sus competencias más bien se orientan a: la protección y atención integral de salud, al control y vigilancia sanitaria, a la promoción de la salud y la vigilancia de salud pública. (MSP. Modelo de Gestión. 2010).

Por otro lado, en los procesos de evaluación y "levantamiento de productos" a ser evaluados, no se contempla el desarrollo de investigaciones para los profesionales que laboran en el MSP, sus actividades tienen que ver fundamentalmente con la atención a los pacientes, la vigilancia de la salud, el control sanitario, etc. La investigación de salud no forma parte de sus actividades diarias. Las esporádicas investigaciones que se desarrollan a nivel provincial no tienen la orientación de políticas o líneas de investigación sino responden a motivaciones individuales, que no trascienden los escenarios nacionales e internacionales.

La ciencia y la tecnología constituyen medio y no fin para el desarrollo de los pueblos y la preservación de la naturaleza. El camino idóneo para el desarrollo científico y tecnológico es la investigación que permite conocer, describir, explicar y com-

prender la realidad para su transformación. Conocer nuestra realidad, particularmente la de salud, es una primera forma de ganar poder, frente al poder que tienen sobre nosotros, países y organismos internacionales.

Es un reto para los países dependientes y particularmente para los latinoamericanos avanzar hacia el desarrollo de la ciencia y tecnología orientadas a objetivos latinoamericanos. Romper progresivamente la dependencia, y en el caso presente, la científica y tecnológica es un verdadero compromiso aprovechando nuestras potencialidades humanas y naturales.

América Latina aporta con menos del 0.8% al conocimiento producido global, según la revisión de los repositorios de acceso abierto, latinoamericanos y mundiales. Costa Rica, Brasil, Chile y Venezuela son los países que más aportan. En el caso de Ecuador, las publicaciones científicas representan apenas el 0.019% del total mundial. La producción de patentes es de 67, que según la tendencia de la región debería ser de 148 patentes. Para el financiamiento de actividades de ciencia y tecnología el Ecuador asigna el 0.16% del PIB.

En el Ecuador y en América Latina las instituciones que más investigan son las universidades, pero sus productos rara vez sirven para el desarrollo social. (Albornoz. 2001).

El Encuentro Mundial de Investigadores para la Salud de los Pueblos (Universidad de Cuenca.2005. p 2) planteó tres ejes temáticos de la investigación importantes para la liberación de la salud de los pueblos: el papel de la investigación como camino para la liberación y transformación de la salud, la generación de nuevos paradigmas en la investigación de la salud, y, la participación social, democrática y solidaria para la construcción de conocimiento, comprensión y transformación de la salud y vida de los pueblos.

## **VII. RUPTURAS: APRENDIZAJES PARA EL FUTURO**

### **• Centralización sin centralismo en salud**

El sistema de salud reconoce las orientaciones políticas de la salud, hacia la cobertura universal de la salud pero reconoce las fortalezas y capacidades locales para orientar el futuro de la salud con la activa participación de los sujetos sociales y políticos que actúan al interior.

- **La Planificación como guía para acción**

La planificación local, orientada por los principios del sistema nacional de salud, es el camino que orienta las acciones de salud a nivel local, la que permite construir el futuro en el presente, con participación de las fuerzas sociales, en todos los momentos del proceso administrativo. Será el único instrumento para la evaluación y la veeduría ciudadana.

- **La cooperación interinstitucional y organizacional**

La preservación de la salud de la colectividad, con enfoque integral, no es privativa de los servicios de salud, ni del MSP se requiere de la cooperación de los diversos actores y sujetos sociales desde diversos sectores. El MSP no ha logrado resolver sus problemas internos como la fragmentación y la segmentación de la atención de la salud y se ha convertido en rector del sistema. Se requiere del enfoque multidimensional de la salud.

La cooperación entre las instituciones públicas para fortalecer lo público en salud, en la atención de salud, en la formación de talentos; pues en la actualidad existen grandes ventajas para instituciones privadas de salud.

- **La preocupación fundamental por el talento humano**

Priorizar la preparación y superación del talento humano en todos los ámbitos relacionados con la salud: actores de la atención de la salud, actores de la formación de talentos en salud, actores de la ciudadanía para la construcción social de la salud como hecho colectivo y no aplicadores de técnicas e instrumentos.

- **Fortalecimiento en la práctica del Modelo de Atención de Salud.**

Si la propuesta de APS y el enfoque de SFYC ha demostrado ser válida para resolver problemas de salud de la comunidad, esta propuesta debe

ser construida y fortalecida en nuestro país, en la atención, en la formación y en el enfoque intercultural e interinstitucional. La organización de cursos de postgrado en el nivel de maestrías y doctorados en APS, Salud Familiar y Comunitaria, en Salud Pública, contribuirá al perfeccionamiento del talento humano en salud. También es urgente, la transformación del modelo biomédico en la formación de los talentos en salud, pues se constituirán en los agentes del cambio social de la salud.

- **Reconocer** que los grandes logros en salud, no han sido producto de los avances médicos sino del mejoramiento de la calidad de vida de ciudadanos y ciudadanas. Marck Lalonde, en su análisis de los campos de la salud indicó que los servicios de salud apenas influyen en el 11% de la salud, a pesar que gastan el 80% de presupuesto de la salud. Asistimos a nuevas contradicciones, cuando surge la interrogante: ¿Por qué se gasta tanto en lo que menos influye?

- **Fortalecimiento de la investigación en salud: para conocer y cambiar nuestra propia realidad de salud.**

La investigación de la salud es el único medio para conocer nuestra realidad, buscando diversas formas de acercarnos a la realidad, siguiendo lineamientos del Encuentro Internacional de Investigación para la Salud de los Pueblos.

La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, ha asumido el compromiso de formar nuevos talentos en los campos de la salud pública, la investigación de la salud, la salud de la adolescencia, la salud familiar y comunitaria. En el futuro se requiere mayor cooperación entre instituciones de salud del Estado, entre las instituciones formadoras y las que brindan servicios públicos de salud, para que lo público se fortalezca en favor de la salud de los ecuatorianos y ecuatorianas.

“La lucha por la salud siempre es política, (...) y si esta lucha política surge no hará falta tanta asistencia, porque no habrá tantas causas de enfermedad”.  
(Jorgi Gol Gurina).

“Si el mundo ha sido socialmente construido, puede socialmente ser transformado”.

---

## BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio De Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. 2010. Convenio de cooperación interinstitucional.
- OPS/OMS. 2005. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. p 4.
- MSP. Dirección Provincial de Salud del Azuay. 2010. Planificación Estratégica con enfoque Intercultural en el ámbito del Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitario/. MAIS-FCI. 2010 – 2013.
- MSP. 2010. Modelo de Gestión.
- De Souza Silva, José. 2007. El Arte de Cambiar las personas que Cambias las Cosas. Red Nuevo Paradigma para la innovación institucional en América Latina. 2007.
- Universidad de Cuenca. 2005. Encuentro Mundial de Investigadores para la Salud de los Pueblos. II Asamblea Mundial de la Salud de los Pueblos. Movimiento por la Salud de los Pueblos. Bangalore, India.
- Albornoz, Mario. 2001. Política Científica y Tecnológica: Una visión desde América Latina. Número 1 – Septiembre – Diciembre. Estudios.