

Claudio Bravo Pesantez, María Santacruz Vélez

Conflictos éticos del modelo de atención en salud en el Ecuador durante la pandemia

RESUMEN: Desde el año 2008 en el Ecuador se implementó un nuevo modelo de atención en salud con el objetivo de mejorar el acceso, la calidad y el bienestar en salud de los ecuatorianos. Su principal estrategia es la organización en niveles, donde el primer nivel de atención es la puerta de entrada, buscando la cobertura universal, pero en la pandemia se evidenció que este modelo fue inefectivo, originando conflictos éticos importantes en el personal de salud y la población ecuatoriana, lo que nos invita a reflexionar en estrategias para mejorar el sistema de salud

PALABRAS CLAVE: Pandemia, Conflictos Éticos, Modelo de Atención en Salud.

Ethical conflicts of the health care model in Ecuador during the pandemic


ABSTRACT: Since 2008 in Ecuador a new model of health care was implemented with the aim of improving access, quality and well-being in health of Ecuadorians. Its main strategy is the organization in levels, where the first level of care is the gateway, seeking universal coverage, but in the pandemic it was evident that this model was ineffective, originating important ethical conflicts in the health personnel and the Ecuadorian population, which invites us to reflect on strategies to improve the health system.

KEYWORDS: Pandemic, Ethical Conflicts, Health Care Model.

Introducción

En el Ecuador el sistema de salud en los años ochenta se caracterizó por su fragmentación y enfoque curativo, una oferta escasa de servicios y de mala calidad, dio como resultado un aumento de la morbilidad y mortalidad de los distintos grupos poblacionales — no existían garantías para el derecho a la salud. (Naranjo – Ferregut et al. 2014)

En el año 2008, la elaboración de una nueva constitución reconoció a la salud como un derecho, hubo una importante transformación en el sector salud,

► **Claudio Bravo Pesantez, María Santacruz Vélez**, Universidad Católica de Cuenca, Ecuador. **Autor de correspondencia:** (✉) claudio.bravo@ucacue.edu.ec —  <https://orcid.org/0000-0001-5196-2953>

mediante la inversión en infraestructura y recursos humanos, organización en niveles de atención, además la implementación de un nuevo *Modelo de Atención Integral en Salud* (MAIS) y la estrategia de la *Atención Primaria en Salud* (APS), dieron como resultado una mejor atención, mayor acceso y resolución de problemas según su complejidad, logrando cambiar el enfoque curativo predominante de los sistema de salud en Latinoamérica, por uno que enfatiza en la prevención de enfermedades y la promoción en salud, destacando el papel que tienen las comunidades en este modelo. (Narango – Ferregut et al. 2014; Espinosa et al. 2017)

En los últimos años el MAIS ha ido experimentando un debilitamiento progresivo, los últimos gobiernos han disminuido la inversión en salud, esto ha debilitado la APS y la cobertura universal, además la mayoría de políticas en salud han tenido un carácter político y no técnico, como consecuencia casi la mitad de los hogares ecuatorianos deben asumir gastos en salud, lo cual fue aún más notorio durante la pandemia. (López – Ullauri et al. 2021; Romero – Chico 2020)

Ningún sistema de salud estuvo preparado para afrontar una situación como la generada por la pandemia por coronavirus, pero esta nueva enfermedad dejó en evidencia la fragilidad de los sistemas de salud en Latinoamérica, en el caso de Ecuador previo a la pandemia el debilitamiento del MAIS con la falta de asignaciones al sector salud, los despidos y la falta de crecimiento en el primer nivel dio como resultado el colapso del sistema de salud, tan evidente en la ciudad de Guayaquil, que las imágenes de los cadáveres en las calles, de personas que no pudieron recibir atención médica a tiempo, originaron conmoción a nivel mundial. (Giovanella et al. 2021; Chauca 2021)

El presente trabajo tiene como objetivo identificar los principales conflictos éticos del MAIS durante la pandemia, buscando generar una profunda reflexión ética en la persona que lo lea, la idea es enfatizar en la relación inexorable entre la salud y la sociedad, pues sin la primera las desigualdades sociales se acrecientan y ocasionan un detrimento en la calidad de vida, los sistemas de salud necesitan trabajar en el origen y no en los resultados, se han expuesto las muertes en pandemia pero no se ha enfatizado en mejorar la condiciones de vida, el MAIS debe reformarse para garantizar el derecho a la salud, expedito en la constitución del Ecuador.

Revisión sistemática y análisis crítico de la literatura científica

La búsqueda se realizó con los siguientes términos: «health care model», «ethical conflicts», «pandemic», «ecuador» y sus variantes en español en las bases de datos electrónicas, Scielo, Dialnet, Redalyc, Web of Science, CINAHL, Google Scholar y Pubmed. Se seleccionaron solo los artículos con texto completo disponible, referentes al MAIS y la estrategia APS dentro del Ecuador y Latinoamérica, para un mejor análisis del tema. Se excluyeron los que no cumplieran con estos criterios.

A partir de las distintas estrategias de búsqueda se obtuvo un total de 213 artículos, luego se eliminaron 69 por estar duplicados. A continuación, se efectuó una lectura de títulos y resúmenes de los 144 restantes. De éstos se excluyeron los que no se relacionaban con el criterio de inclusión, resultando seleccionados 31 artículos. Luego, se procedió a una lectura de texto completo de estos artículos, quedando 13 publicaciones por relación directa con criterio de inclusión (Figura 1).

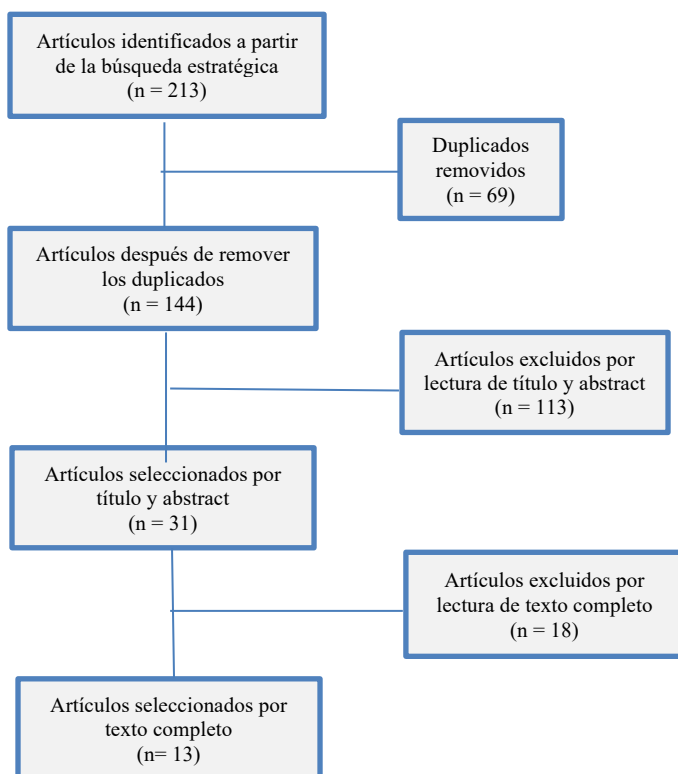


Figura 1.

Del análisis de los artículos seleccionados es posible diferenciar los conflictos éticos del «MAIS» durante la pandemia (desconfianza y discriminación hacia el personal de salud, desigualdad social, salud con enfoque curativo y centralizado, corrupción en la administración sanitaria). Todos estos conflictos están interrelacionados y demuestran la precariedad del sistema de salud ecuatoriano, el cual necesita verdaderos cambios para beneficio de su población.

Desconfianza y discriminación hacia el personal de salud

En todo sistema de salud los médicos son el recurso más valioso, en el 2008 en el Ecuador con la implementación del MAIS y la estrategia APS, se aumentó el número de profesionales en los distintos niveles de atención, se crearon programas de especialización médica para cubrir las necesidades de especialistas en los distintos niveles, además el reconocimiento de la medicina familiar como puntal en el primer nivel de atención, permitió mejorar el acceso a los servicios de salud. (Narango – Ferregut et al. 2014; Espinosa et al. 2017)

No obstante, en los últimos años la inversión en salud ha disminuido y por ende el MAIS se ha debilitado, los despidos de personal de salud antes de la pandemia fueron una de las causas para el colapso de los servicios de salud en pandemia (Romero – Chico 2020), es necesario recordar que el personal de salud se enfrentó a una nueva enfermedad, el desconocimiento y su alta capacidad de originar casos graves provocó un exceso de responsabilidad, angustia y sufrimiento en el personal de salud. (Abuabara, 2020)

Es irónico recordar que al inicio de la pandemia los médicos fueron ensalzados como «héroes», pero cuando los servicios sanitarios colapsaron por el exceso de casos graves, esa gratitud se transformó en desconfianza y discriminación, la sociedad adoptó posturas de rechazo a mantener contacto con el personal sanitario fuera de los hospitales, por el miedo al contagio. Muchos médicos o enfermeras preferían dormir en sus autos por el temor a ser discriminados o agredidos, incluso hubo amenazas verbales y físicas a los «héroes», quienes no entendían la razón de su imagen social negativa. (Abuabara, 2020)

Por lo tanto, es necesario reformar las condiciones laborales y cambiar la imagen social del personal sanitario, la educación sanitaria, las condiciones laborales óptimas en hospitales o centros de salud y el reconocimiento a la

profesión médica con actos más que palabras, son vitales para recuperar la confianza y la relación médico – paciente, devastadas actualmente por la inexistencia de un sistema sanitario.

Desigualdad social

La pandemia dejó en evidencia las falencias en el MAIS, exponiendo un sistema de salud precario (Giovanella et al. 2021), que no garantiza una atención en salud de calidad, la pandemia no solo afectó al sistema sanitario, miles de personas perdieron su trabajo y la desigualdad social aumentó (Cajías – Vanegas, 2021), esto fue más notorio en las zonas rurales, sobre todo en los pueblos amazónicos, donde el MAIS no tomó en cuenta la vulnerabilidad de los mismos frente a esta nueva enfermedad. (Rivadeneira y Wilhelmi. 2020)

En la Amazonía la aplicación de las medidas por parte de las autoridades para reducir los contagios y casos graves no tuvieron el impacto esperado, las barreras geográficas, las condiciones insalubres de vida, el debilitamiento del primer nivel y la no adaptación de los criterios de interculturalidad, exacerbaron una desigualdad social existente antes de la pandemia, demostrando hasta cierto punto un matiz de discriminación étnica. (Vallejo y Alvarez. 2020)

La salud va de la mano con mejores condiciones de vida, fue evidente que durante la pandemia el MAIS y la APS tuvieron un escaso desarrollo, además que las estrategias implementadas por parte de las autoridades nunca consideraron los determinantes sociales, económicos, políticos y culturales de la salud (Sacoto. 2021), las desigualdades sociales aumentaron la vulnerabilidad de los más necesitados, provocando una escasa o nula atención en centros de salud u hospitales. Chamorro (2020) menciona que es necesario expandir la cobertura en salud pero que además se deben mejorar las condiciones de vida, pues la desigualdad es muy notoria en países en vías de desarrollo.

Salud con enfoque curativo y centralizado

A pesar que en el 2008 hubo una transformación en salud, con la implementación del MAIS y su estrategia APS, donde se da importancia a la prevención y promoción mediante la participación de la comunidad, (Naranjo – Ferregut et al. 2014) la pandemia dejó en evidencia un sistema de salud con enfoque curativo

y centralizado, (Sacoto. 2021) debido al debilitamiento progresivo en los últimos años que ha experimentado el primer nivel de atención, los hospitales se convirtieron en la puerta de entrada, ocasionando el colapso de los servicios y el exceso de fallecimientos.

El 16 de Marzo del 2020 en Ecuador se declara el estado de excepción por la emergencia sanitaria, (Cajías – Vanegas. 2021) dentro de las medidas para enfrentar la pandemia se incrementó el número de camas en hospitalización y cuidados intensivos, pero se dio poca importancia a la vigilancia epidemiológica y la participación de la comunidad, (Sacoto. 2021) medidas de prevención y promoción del MAIS, demostrando que las autoridades se interesaron más por la enfermedad que por el bienestar de la sociedad. (Giovanella et al. 2021)

Es evidente que durante la pandemia se expuso las debilidades del MAIS en el Ecuador, esto se explica por la reducción en la inversión en el primer nivel de atención y los cambios en la gestión territorial en salud, (Sacoto. 2021) dando como resultado poca capacidad de respuesta y situaciones dolorosas como la falta de camas en áreas críticas, exceso de fallecidos y el mal manejo de cadáveres, situaciones que generaron conmoción nacional e internacional. (Bajaña – Mendieta. 2020)

Corrupción en la administración sanitaria

La débil respuesta del MAIS se debe a una serie de factores, pero el más mediático fue la corrupción en la administración y distribución de los recursos en salud, la incompetencia e inexperiencia de las personas a cargo de los hospitales, en función de otorgar puestos no por criterios técnicos sino políticos, contribuyeron a acentuar la precariedad del sistema sanitario. (Sacoto. 2021)

Las 57 mil muertes en exceso durante el período Marzo 2020 – Abril 2021 (Sacoto. 2021) se explican por una mala distribución de los recursos y la falta de ética de los directivos de los hospitales, los escándalos en sobrepagos de insumos como las fundas de cadáveres o los elementos de protección personal, originaron una pérdida de confianza hacia el sistema de salud y sus autoridades. (Bajaña – Mendieta. 2020)

Por la nefasta administración sanitaria de las autoridades, el MAIS y su estrategia APS no pudieron responder ante las necesidades en salud de la población ocasionadas por la pandemia, incluso los propios médicos carecieron

de elementos de protección personal para sus labores, lo cual también provocó contagios y fallecimiento en el personal de salud, otro punto a mencionar son las deudas con hospitales privados y la falta de espacio físico en los hospitales públicos, provocando que en la mayoría de casos, los gastos en salud sean asumidos por los familiares de los pacientes. (Abuabara. 2020; López – Ullauri et al. 2021).

En un futuro se debe trabajar por un sistema sanitario íntegro, con valores y principios, donde las autoridades asuman la responsabilidad de sus actos u omisiones, recordando que en salud se requiere de equidad en la distribución de los recursos en salud, no pensando en beneficios personales sino en el imperativo categórico de ayudar a los demás porque es lo correcto, justo y necesario.

Conclusiones

A pesar de las reformas en salud en el Ecuador en el año 2008, con la implementación del MAIS y su estrategia APS, la pandemia desnudó la fragilidad de un sistema sanitario obsoleto, precario y corrupto, dando como resultado el colapso de los hospitales, exceso de fallecimientos y una imagen social negativa del manejo de la pandemia por parte de las autoridades.

La debilidad del MAIS en el Ecuador se explica desde antes de la pandemia, los recortes de presupuesto, planificación territorial sin criterios técnicos, directivos seleccionados por pactos políticos y la corrupción en todos los niveles y organizaciones, provocaron una crisis sanitaria sin precedentes, a esto sumarle el aumento de la desigualdad social, que en las zonas rurales de la amazonia puso en peligro el bienestar de varias comunidades.

La escasa oferta de servicios provocó un exceso de responsabilidades en el personal sanitario, la nula capacidad en hospitalización y cuidados intensivos llevó a la priorización y selección de pacientes, ocasionando que la sociedad culpe de esta situación al personal sanitario, que sufrió de ataques violentos y discriminación, pese a que ellos dieron y siguen dando su contingente en esta pandemia.

Por lo tanto, el MAIS necesita de reformas en el Ecuador, no solamente enfocarse en la enfermedad sino en la prevención y promoción en salud, cambiar el sistema de salud es prioridad de un estado, invertir en salud y en educación permitirá reducir las desigualdades sociales, fomentar la participación de las

comunidades en la atención en salud, recuperar el rol del médico en la sociedad y transparentar la administración en salud, para que un futuro ante otras crisis sanitarias, las respuestas en salud sean efectivas y acordes a la necesidad del pueblo ecuatoriano.

Agradecimientos: A Belén Ochoa Jiménez, estudiante de la carrera de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca por ayudar en el proceso de recolección de información para elaborar el artículo.

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no tiene ningún posible conflicto de intereses. **Aprobación del comité de ética y consentimiento informado:** No es aplicable a este estudio: el autor no realizó estudios en animales o humanos. **Contribución de cada autor:** C.B y M.S desarrollaron las ideas y escribieron el artículo y confirman que han leído y aprobado el manuscrito final para su publicación. Para consultas sobre este artículo debe dirigirse a: (✉) claudio.bravo@ucacue.edu.ec.

Referencias

- Abuabara, Yazmín Cecilia. (2020). "Ataque al personal de la salud durante la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica". *Acta medica colombiana: AMC: órgano de la Asociación Colombiana de Medicina Interna* 45 (3). <https://doi.org/10.36104/amc.2020.1975>.
- Bajaña Mendieta, Inés De la Luz. (2020). "Incidencias del Covid-19 en Ecuador". *Question 1* (mayo): e321.
- Cajías-Vanegas, Moisés. (2021). "Covid - 19: atención primaria de salud renovada, importancia y aplicación en época de epidemia". *Identidad Bolivariana* 5 (1): 114-18.
- Chamorro, Paulette. (2020). «El antes-de: un análisis del escenario previo a la pandemia con enfoque sobre el sistema de salud». *Sur Academia: Revista Académica-Investigativa De La Facultad Jurídica, Social Y Administrativa* 7 (14):27-35. <https://revistas.unl.edu.ec/index.php/suracademia/article/view/740>.
- Chauca, Roberto. (2021). "La covid-19 en Ecuador: fragilidad política y precariedad de la salud pública". *Historia, ciencias, saude--Manguinhos*. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702021005000003>.
- Espinosa, Verónica, Cecilia Acuña, Daniel de la Torre, y Gina Tambini. (2017). "La reforma en salud del Ecuador". *Revista panamericana de salud pública [Pan American journal of public health]* 41: 1.
- Giovanella, Ligia, Román Vega, Herland Tejerina-Silva, Naydú Acosta-Ramirez, Mario Parada-Lezcano, Gilberto Ríos, Daisy Iturrieta, Patty Fidelis de Almeida, y Oscar Feo. (2021). "¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica?" *Trabalho Educação e Saúde* 19. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00310>.
- López Ullauri, Verónica Gabriela, Marco Eduardo Chasipanta Avalos, Adriana Elizabeth Campoverde Ávila, y Luis Eduardo Pavón Rosero. (2021). "Impacto por COVID-19 en Ecuador y planteamiento de una propuesta de política pública de prevención". *Anatomía Digital* 4 (4): 97-111.
- Naranjo Ferregut, Jorge Augusto, Amarily Delgado Cruz, Roberto Rodríguez Cruz, y Yarelys Sánchez Pérez. (2014). "Consideraciones sobre el Modelo de Atención Integral de Salud del Ecuador". *Revista cubana de medicina general integral* 30 (3): 0-0.
- Rivadeneira, María Inés, y Marco Aparicio Wilhelmi. (2020). "Realidades situadas en tiempos de COVID-19: Pueblos indígenas amazónicos Waorani frente a la pandemia y el extractivismo en el Ecuador". *Revista catalana de dret ambiental* 11 (2). <https://doi.org/10.17345/rcda2940>.
- Romero Chico, Rosa Angélica, Universidad Central del Ecuador, Dante Pino Pascucci Stelluto, y Universidad De Los Andes. (2020). "Covid 19. La pandemia, el derecho a la salud en Ecuador y Venezuela". *Revista Científica Retos de la Ciencia* 4 (9): 46-56.

Sacoto, Fernando. (2021). "Reflexiones sobre el COVID-19 en Ecuador: la salud pública y el Sistema Nacional de Salud". *Mundos Plurales - Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública* 8 (1): 57-64.

Vallejo, Ivette Rossana, y Katy Álvarez. (2020). "A Pandemia Do coronavírus E a Amazônia Equatoriana: Vulnerabilidades E Esquecimento Do Estado". *Cadernos De Campo (São Paulo - 1991)* 29 (1):94-110. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9133.v29i1p94-110>.

Información sobre los autores

► **Claudio Bravo** es Docente en la cátedra de Deontología Médica en la Universidad Católica de Cuenca, Médico por la Universidad Estatal de Cuenca - Ecuador, Magister en Gerencia en Salud por la Universidad Técnica Particular de Loja - Ecuador, Master Universitario en Prevención de Riesgos Laborales por la Universidad Internacional de la Rioja - España. Contacto: Universidad Católica de Cuenca, Avenida de las Américas y Tarqui, 010107, Cuenca/Azuay, Ecuador. – (✉) claudio.bravo@ucacue.edu.ec

► **María Santacruz** es Docente en la cátedra de Medicina Legal en la Universidad Católica de Cuenca, Médica General por la Universidad Estatal de Cuenca - Ecuador, Magister en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local por la Universidad Técnica Particular de Loja - Ecuador, Especialista en Medicina Legal por la Universidad Nacional de Rosario - Argentina. Contacto: Universidad Católica de Cuenca, Avenida de las Américas y Tarqui, 010107, Cuenca/Azuay, Ecuador. (✉) maria.santacruz@ucacue.edu.ec

Como citar este artículo

Bravo Pesantez, Claudio, Santacruz Vélez, María. (2022). «Conflictos éticos del modelo de atención en salud en el Ecuador durante la pandemia». *Analysis* 35, no. 3: pp. 1-9.