

Los modelos de atención de salud en Ecuador

Fernando Sacoto*

Introducción

La histórica reunión realizada en Alma Ata en 1978, constituye un referente imprescindible para el análisis de las características más relevantes de la atención de salud en Ecuador durante las últimas décadas. En el marco de esta reunión, países de todo el mundo se comprometieron a impulsar la atención primaria de salud, como estrategia nuclear para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Más allá de que, como sabemos, la meta no se cumplió en muchos países del tercer mundo, la cumbre de Alma Ata es de suma trascendencia, no sólo por la vigencia de sus planteamientos, sino también por la fuerza moral que tiene una convocatoria internacional que insta a superar las profundas desigualdades que se mantienen en el mundo. Por lo demás, el reciente compromiso mundial en torno a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de las Naciones Unidas es una renovada demostración de este tipo de empeños.

Como sabemos, la atención primaria de salud comprende un conjunto integral de acciones intersectoriales. Al respecto, resulta pertinente citar el acápite de la declaración de Alma Ata que se ocupa de este aspecto de la salud pública. Allí se establece que la atención primaria es “el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención

de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (UNICEF, OMS, 1978). Como vemos, desde su concepción, la atención de salud en niveles primarios se visualizó como parte de un sistema nacional de salud y de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Para disponer de un contexto referencial, conviene revisar algunos conceptos básicos sobre lo que ha de entenderse como sistema nacional de salud. Para el efecto, he escogido definiciones provenientes de experiencias en las que se materializaron sistemas de salud sólidamente contruidos. En la mayoría de países europeos, por ejemplo, se pueden distinguir dos tipos de componentes en los sistemas de salud: los estructurales y los socio-económicos. El componente estructural comprende tres elementos: la atención primaria, que ha evolucionado del médico de cabecera al centro de salud; la atención hospitalaria, con una evolución desde el hospital general de beneficencia a la atención especializada en diversos niveles; y la salud pública, que ha pasado de la medicina preventiva a la promoción de la salud y la planificación sanitaria. Por su parte, el componente socio-económico del sistema de salud comprende otros tres aspectos: la participación del sector público y del privado en su financiación; el tipo de funcionamiento en su globalidad y en sus diferentes niveles; y la relación que guardan el sistema sanitario (servicios y recursos públicos, garantía de

* Director ejecutivo, Fundación Ecuatoriana para la Salud y el Desarrollo (FESALUD)

derechos activos, etc.) y la población (usuarios, clientes, copartícipes, etc.) con el Estado.

Por otro lado, manteniendo como referencia a los países europeos, se pueden reconocer dos tipos clásicos de sistemas de salud. Primero, el sistema “Bismarck”, en el que el Estado “garantiza las prestaciones sanitarias a través de cuotas obligatorias, dando libertad para la negociación entre los tres protagonistas: los usuarios, los profesionales y las entidades aseguradoras”. Este sistema corresponde, por tanto, a un seguro obligatorio de enfermedad. Y segundo, el sistema “Beveridge”, que constituye “una estructura pública sanitaria financiada por los presupuestos del Estado, que da cobertura universal, gratuita y completa”, y que funciona junto a una prestación privada suplementaria y opcional a cargo de seguros privados, o canalizada a través de pagos por servicio médico (Campos, Gómez, Sánchez, 1998: 822-824).

Para cerrar esta breve revisión, es importante destacar la inequívoca concepción de los servicios de cuidado primario como parte nuclear de auténticos sistemas nacionales de salud que procuran garantizar la atención de salud por parte del Estado, con atributos reales y no teóricos de universalidad, equidad, calidad y eficiencia. Este es el deber ser de un apropiado modelo de atención de salud. Dentro del marco más amplio de América Latina, a continuación procuraremos analizar los esfuerzos que se han realizado en Ecuador para acercarse a tales propósitos.

La configuración de los sistemas de salud en América Latina y el Ecuador

A diferencia de lo señalado anteriormente, en términos generales, la atención de salud en América Latina ha tendido a ser organizada alrededor de tres subsectores separados. El público u oficial, frecuentemente organizado en unidades de jurisdicción nacional, provincial,

municipal, etc. El de la seguridad social, con jurisdicciones diferentes y capacidad instalada propia. Y el privado, con una amplia gama de provisión, desde consultorios ambulatorios hasta unidades de alta especialización.

A finales de los ochenta, una caracterización de los servicios de salud en la región (OPS/OMS, 1989) registró las debilidades (que, en general, todavía se mantienen) señaladas a continuación. Falta de rectoría por parte de los Ministerios de Salud, con una consecuente falta de coordinación entre subsectores, y una duplicación y dispendio de recursos. Protección insuficiente de la población: notorio déficit de cobertura, calidad y distribución de servicios de salud, sumado a debilidades financieras y de gestión. Concentración de recursos en hospitales y sectores urbanos. Bajo rendimiento de equipos e instalaciones y excesiva inversión tecnológica en equipamiento de alta complejidad. Gasto reducido en salud, menor a cifras mundiales promedio (100 dólares/habitante/año). Y, por último, falta de sistemas permanentes de evaluación.

Los elementos señalados prácticamente corresponden, en su totalidad, a la situación de la atención de salud en Ecuador. Hacia 1990, pero todavía con una clara resonancia actual, se caracterizó al panorama de la salud en nuestro país en los siguientes términos: “En general, el Sistema Institucional (existen también servicios no formales o de medicina tradicional) ha desarrollado, históricamente, un modelo de atención preocupado más por la curación que por la prevención y el fomento de la salud. [Quienes propugnan este modelo] consideran solo los aspectos biológicos de la salud-enfermedad, ignorando la influencia de factores sociales, económicos y políticos. [Las instituciones de salud construidas bajo este modelo] constituyen espacios cerrados a la opinión de usuarios y comunidades. Este modelo propugna el uso de tecnología sofisticada y se centra en la figura del hospital.

En lo administrativo [las diversas instancias de este “sistema”] tienen muy poca coordinación entre sí. Hay frecuente duplicación de tareas, con el consiguiente desperdicio de recursos. La administración está excesivamente centralizada y burocratizada, lo cual sumado a una crónica escasez de recursos financieros, deja un saldo desfavorable para la atención eficaz y equitativa de la salud de la población” (Sacoto, Terán, 1990: 19).

Una década después de lanzada al mundo la estrategia de atención primaria de salud (APS), la evaluación de avances en América Latina era deficitaria. Efectivamente, en 1989, la OPS/OMS señalaba la “necesidad urgente de acelerar los procesos de transformación de los sistemas nacionales de salud, con el fin de favorecer la aplicación de la estrategia de atención primaria y de hacer realidad la meta de salud para todos en el año 2000”. Para el efecto, la OPS/OMS emitió la Resolución XV, referida al “desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud [...] como una táctica operativa para acelerar la aplicación de la estrategia de atención primaria y sus componentes esenciales” (OPS/OMS, 1989: VI).

Algunos de los componentes centrales de esta estrategia de reforma que iba de lo local a lo nacional, son la descentralización y desconcentración del aparato estatal; la identificación de conjuntos poblacionales; la coordinación y articulación de recursos intra e intersectoriales existentes en tales espacios o conjuntos; la definición del nivel de dirección responsable de la administración de las acciones de salud; la creación de redes de atención integral, en coordinación con una efectiva representación y participación de la comunidad para construir estructuras más sensibles a las necesidades de la población; y, la plena articulación de unidades básicas organizativas con una entidad global que es el Sistema Nacional de Salud.

Aplicación de los SILOS en Ecuador: la salud familiar, integral y comunitaria

Con los antecedentes del Plan Nacional de Medicatura, del Plan de Salud Rural (que, en los albores del Ministerio de Salud Pública (MSP), contribuyó significativamente a expandir la cobertura de servicios primarios (al igual que lo haría años más tarde el Seguro Social Campesino), y del progresivo desarrollo de programas preventivos (especialmente de salud materno-infantil y el Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI-), en 1988 se registra en Ecuador un esfuerzo político claramente orientado a fortalecer la atención primaria de salud. Efectivamente, a la propuesta de construcción de un modelo de salud familiar, integral y comunitario (SAFIC), le acompañó un vigoroso desarrollo operativo. Este proceso determinó logros tan significativos como la puesta en funcionamiento de cerca de 500 nuevas unidades de atención primaria y la incorporación de alrededor de 1.500 puestos locales de trabajo para profesionales de salud distribuidos en todo el país. Nunca antes ni después se ha registrado un hecho semejante.

Las principales características del modelo SAFIC fueron las siguientes. Se asignó a cada subcentro de salud un área y población precisas de influencia, estimada en 600 familias. El equipo de salud estuvo compuesto, básicamente, por un médico y una enfermera y/o una auxiliar de enfermería, que posteriormente se complementó con un odontólogo a tiempo parcial. Se propuso la incorporación de colaboradores voluntarios de salud en relación de 1 por cada 50 familias, y con una dedicación promedio de 4 horas semanales. La acción inicial del equipo de salud, después de establecer un croquis de su área de influencia, fue la realización del diagnóstico familiar y comunitario que proporcionaba datos imprescindibles para el trabajo (como el número y composición familiar e identificación de factores de riesgo). Los equipos de salud

realizaban su trabajo en 4 grandes áreas: atención extramural, a nivel familiar y derivada de riesgos familiares diferenciales; atención extramural, a nivel comunitario y derivada de prioridades identificadas en el diagnóstico; atención intramural en actividades programadas de prevención, fomento y recuperación; y, capacitación continua, administración e investigación. Por otro lado, para mejorar la atención odontológica se contempló la dotación de unidades odontológicas móviles (priorizando acciones a nivel escolar), educación, profilaxis y recuperación. El horario de atención de las unidades se ampliaba con jornadas adicionales vespertinas, en acuerdo con usuarios y organizaciones. En términos generales, el modelo SAFIC apuntaba a fortalecer la participación comunitaria en el diseño y ejecución de los planes de salud, en las decisiones sobre su funcionamiento operativo y en la administración de botiquines populares, entre otros aspectos.

Entre los factores que contribuyeron a plasmar en apreciable grado los postulados del modelo SAFIC, se pueden destacar, por los menos, seis. Para empezar, durante la implementación del modelo, ocurrió un hecho único, no registrado anteriormente ni reeditado después desde el retorno a la democracia en Ecuador: la permanencia de un solo ministro de Salud (el Dr. Plutarco Naranjo) durante todo un período de gobierno. Junto a esto, desde el Ministerio, y con el concurso de personal técnico competente y comprometido, se dio una clara dirección política y un decidido apoyo al modelo SAFIC. A este soporte político y financiero, que respaldaba las necesidades de desarrollo del plan, se sumó el entusiasta y comprometido concurso de jóvenes profesionales de salud que encontraron en la salud familiar un adecuado canal para materializar su vocación de servicio comunitario. La adhesión de organizaciones barriales y comunitarias a la propuesta fue otro factor positivo. Y por último, se contó con un sólido liderazgo a nivel continental, desde la OPS/OMS, para impulsar experiencias

nacionales enmarcadas en la línea de desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS).

Evaluación del modelo SAFIC

Al concluir el período de gobierno 1988-1992, se realizó una reunión internacional auspiciada por la OPS/OMS. Allí se realizó una evaluación sobre el desarrollo de los SILOS en Ecuador, en la que se presentaron las conclusiones de grupos evaluadores que observaron las experiencias de aplicación del modelo (OPS/OMS, MSP, 1992).

Retomando esa evaluación, es destacable que el grado de desarrollo alcanzado en la implementación del modelo SAFIC/SILOS, se debió en gran medida a la conducción y apoyo técnico-administrativo de las autoridades de salud del nivel central, de las provincias y de las jefaturas del área. En general, fue posible constatar una adecuada articulación funcional y administrativa entre las unidades de salud, lo que permitió una efectiva integración técnica del equipo de salud de los subcentros y puestos de salud con las cabeceras del área. Igualmente, se observó un alto grado de identificación y coparticipación de la comunidad y los equipos de salud, fundamentalmente en los aspectos de diagnóstico y priorización de problemas y de promoción de la salud. Se apreció también un importante grado de utilización de los recursos del área que incluyó el trabajo coordinado con organizaciones no gubernamentales (ONG), orientado a la resolución de necesidades de saneamiento básico, así como el trabajo interinstitucional con otras organizaciones (municipios e Iglesia, entre las principales). Lamentablemente, no se desarrolló un sistema de coordinación con el Seguro Social Campesino, a pesar del convenio existente entre el MSP y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS).

Cuando fue evaluada, la estrategia se encontraba en etapas tempranas de desarrollo, por lo que

fue imposible apreciar su impacto en la salud de la población. Pero en varios aspectos sí fue posible observar factores positivos, tales como la satisfacción de la población con los servicios y el alto grado de motivación del personal, como resultado del incremento de la cobertura y la ampliación del espectro funcional de las atenciones.

En cuanto a la operación de los servicios, si bien el modelo de salud familiar parecía muy adecuado, faltó algún grado de integración entre las acciones de fomento y protección de la salud y los programas de control de daños. Por su parte, el desarrollo normativo, legal e instrumental orientado a la descentralización de la gestión a nivel de la jefatura del área, se encontraba en una etapa inicial de desarrollo a nivel central. Por ello, la gestión local, especialmente en lo que se refiere a formulación y ejecución de un presupuesto integrado, fue insuficiente.

La aplicación de los instrumentos de diagnóstico y programación (croquis, encuesta familiar, etc.) a nivel de subcentros y puestos de salud, permitió una adecuada organización del trabajo y propició una efectiva participación de la comunidad. Sin embargo, la supervisión realizada por la jefatura del área, si bien era programada y sistematizada, no contaba con el apoyo de guías o manuales que permitieran una mayor eficacia.

En lo que se refiere a recursos humanos, si bien se realizaron actividades de capacitación para el personal del área, no se llegó a implementar el programa de educación continua. Igualmente, no se desarrolló un régimen de incentivos basado en la evaluación del desempeño ni una compensación acorde a las distintas condiciones en que laboraba el personal. Al respecto, la alta movilidad del personal profesional contratado constituyó un motivo de preocupación. Como respuesta, para garantizar la continuidad del modelo, se capacitó nuevamente a este recurso humano.

Por último, el sistema de información dio prioridad a los aspectos de oportunidad y veracidad de la información, desde los niveles locales al superior. Sin embargo, no proporcionó retroalimentación adecuada y oportuna y, sobre todo, no permitió el análisis y uso de los datos para la toma de decisiones en los diferentes niveles de la red. Esta situación se compensó en alguna forma con los nuevos instrumentos de diagnóstico local y de área aplicados por el nuevo modelo.

En función de las conclusiones presentadas por los distintos grupos, se establecieron algunas recomendaciones. Para empezar, se mencionó que sería altamente deseable incrementar la prioridad de la estrategia SAFIC/SILOS como base de la reforma sanitaria, concentrando en ella una creciente proporción de los recursos nacionales y de la cooperación externa. Todo esto con el fin de dinamizar su implementación y resolver las falencias encontradas. Esto debería realizarse dando prioridad a los procesos de descentralización, de capacitación gerencial a nivel del SILOS y de tecnificación de las funciones gerencial y administrativa.

Igualmente, se destacó que resultaba necesario incrementar el incentivo de los equipos de salud, proporcionándoles un mayor grado de estabilidad laboral y de facilidades de promoción y capacitación. La integración de los programas verticales (o bien, de las intervenciones dirigidas a un problema específico de salud, sin articulación con otras) en los servicios generales de salud, resulta de alta prioridad, dada la existencia de daños específicos que afectan a la salud de la población y que son modificables con este tipo de intervención.

Es necesario, se recomendó también, buscar mecanismos que legitimen a nivel local las políticas e instrumentos legales y técnicos que hagan factible la operatividad del SILOS, de la mano con el fortalecimiento de procesos de

descentralización y desconcentración técnica, administrativa y financiera.

Como balance global, hacia 1992 se podía afirmar que con el SILOS existía un proyecto en fase de desarrollo y perfeccionamiento. Era evidente que los elementos constructivos del SILOS, sobre todo sus componentes innovadores, mostraban una dinámica positiva que tenía impacto en la cobertura de los servicios, en la productividad y mejoramiento de la atención, así como en los niveles de satisfacción de los usuarios y prestadores de servicios.

A pesar de que en términos generales el MSP volvió a su práctica habitual de errática discontinuidad, y a pesar de que la OPS/OMS incomprensiblemente abandonó la idea fuerza de los SILOS como eje de su cooperación, se alcanzaron tres logros trascendentales. La implantación inicial y consolidación futura de las Áreas de Salud, como pilares administrativos y operativos de los servicios de salud del MSP, fortaleció decididamente las capacidades desconcentradas de gestión. También se logró el mantenimiento de un valioso capital humano que, en virtud de un reglamento especial de concursos para personal comunitario, alcanzó estabilidad laboral y permanece sirviendo a sus comunidades. Finalmente, con el SILOS se preparó el terreno para el subsecuente diseño y ejecución de la primera operación crediticia en salud con el Banco Mundial: el Proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en el Ecuador (FASBASE).

Las Áreas de Salud del MSP

Como se anotó, una de las realizaciones más importantes derivadas del modelo SAFIC fue la definición de las Áreas de Salud, dentro de la estructura administrativa y de prestación de servicios del MSP. El primer “Manual de organización de las Áreas de Salud”, publicado en julio de 1993 y actualizado meses después en

marzo de 1994, describe la regionalización de la atención de salud en tres niveles: Área de Salud, provincial y nacional (MSP, 1994). El nivel de Área de Salud, es definido como la unidad funcional del sistema regionalizado de servicios, integrado por los subcentros de salud urbanos y rurales, los centros de salud y los hospitales (antiguamente hospitales cantonales de 15-30 camas), siendo estos dos últimos las sedes de las respectivas jefaturas de área. Al nivel provincial le corresponde la dirección provincial de salud y del hospital provincial general. Y finalmente, sobre el nivel nacional recae la dirección a nivel central del MSP y de los hospitales de referencia nacional (especializados y de especialidades).

Uno de los principales avances para procurar ordenar la atención fue la definición de la capacidad resolutoria diferencial en los niveles descritos. A las Áreas de Salud (primer nivel) les compete la resolución de los problemas de salud más frecuentes. Es decir, aquellos que requieren atención con tecnología de baja complejidad, la cual se brinda de manera integrada a través de los subcentros de salud (atención básica) y de los centros de salud y centros de salud-hospital (atención básica y complementaria). A nivel administrativo, las unidades de salud organizan, programan, supervisan y evalúan las actividades de atención a la salud de su población asignada. Por último, la jefatura de área de salud desarrolla capacidades administrativas para articular, supervisar y evaluar el funcionamiento de toda la red de servicios.

Por otro lado, a nivel provincial, los hospitales provinciales generales resuelven problemas de salud (referidos por las Áreas de Salud o consultados espontáneamente) que requieran tecnología de mediana complejidad. Su ámbito corresponde a todas las Áreas de Salud de la provincia. En el caso de provincias que poseen varios hospitales generales de más de 70 camas, se ha establecido que se asignará a cada uno de ellos un grupo de Áreas de Salud como zona de jurisdicción. En cuanto a lo

administrativo, la Dirección Provincial de Salud apoya, supervisa y evalúa a los establecimientos hospitalarios provinciales y a las Áreas de Salud de su jurisdicción. En caso de existir hospitales nacionales en su ámbito geográfico, se estipula que la jurisdicción administrativa se extenderá a ellos también.

En lo que respecta al nivel nacional, los hospitales nacionales especializados y de especialidades resuelven problemas de salud que requieran tecnología de alta complejidad. Su ámbito corresponde a todas las regiones de salud del país. A nivel administrativo, la planta central del MSP está facultada para emitir normas técnico-administrativas de aplicación nacional y para evaluar globalmente el funcionamiento de toda la red de servicios del Ministerio.

La misión de cada Área de Salud es la de contribuir a solucionar los problemas y necesidades de salud más frecuentes, más trascendentes y de mayor demanda que afectan a la población y al ambiente en su jurisdicción, reduciendo significativamente la morbilidad general y la morbilidad prematura (especialmente infantil y materna). Asimismo, la misión de las unidades de salud de cada Área es la de brindar atención integrada de fomento, prevención y protección específica, así como atención de morbilidad a la población asignada y que corresponda a la delimitación geográfica respectiva. Además, cada unidad brinda un seguimiento especial, de conformidad con el modelo definido por el país, a los grupos, familias e individuos de mayor riesgo.

El MSP identificó y delimitó originalmente, de acuerdo a criterios geográfico-poblacionales y socio-económico-culturales, 180 Áreas de Salud que posteriormente se redujeron a 168 en 1999. Actualmente, su número es de 159.

El proyecto FASBASE

Sobre la base del proceso reseñado, a través del cual se dio prioridad a la atención primaria y a una concepción más integral y comunitaria de la salud, se crearon las bases conceptuales, operativas y humanas que determinaron la orientación del proyecto Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud (FASBASE), de apreciable influencia sobre la gestión del MSP en años futuros. El proyecto se planteó como objetivo “asegurar la atención de salud para dos millones de ecuatorianos desprovistos de atención, que viven en condiciones de pobreza y por tanto, en riesgo de enfermar y morir por problemas susceptibles de prevención o tratamiento precoz, por un sistema de servicios básicos de salud eficaz, de calidad y bajo costo” (MSP, BIRF, OPS/OMS, 1992).

Originalmente, se diseñaron cuatro componentes: provisión de servicios básicos de salud; mejoramiento nutricional; saneamiento básico; y, fortalecimiento y modernización institucional del MSP y del sector salud. Posteriormente se ampliaron dos componentes más: red de emergencias médicas y una intervención de emergencia frente al fenómeno de El Niño.

Dado que este artículo se centra en los modelos de atención, en el análisis del proyecto FASBASE nos ocuparemos solamente de los componentes de servicios básicos y desarrollo institucional. En su concepción, los servicios básicos de salud, contemplan una prestación de servicios fundamentada en análisis de los problemas de salud de la población, en su contexto biológico, económico y social, y en la formulación de soluciones eficientes y eficaces, con enfoque epidemiológico integral y participación comunitaria activa y deliberante. Un aspecto importante fue la intención del proyecto de incidir en el ámbito crucial de los recursos humanos: se incorporaron o reasignaron

1.300 médicos, 2.000 enfermeras, 700 auxiliares de salud comunitaria, 300 tecnólogos y 600 técnicos administrativos.

La estimación de los recursos humanos requeridos se obtuvo a partir de los siguientes índices definidos para un equipo de atención básica:

Cuadro 1

Equipo de atención básica del proyecto FASBASE (1992)

Tipo de área	Población	Personal
Área urbana	9.000 personas	3 médicos 2 enfermeras 1 odontólogo 3 aux. de salud
Área rural	6.000 personas	2 médicos 1 enfermera 1 aux. de salud (por cada 160 familias)

Fuente: Sacoto, Terán, Andrade (1992)

A su vez, la caracterización de los tipos de áreas, según ubicación, tuvo el siguiente diseño general:

Cuadro 2

Diseño de áreas del proyecto FASBASE (1992)

Tipo de área	Red de unidades	Población total a cubrir
Rural	5 a 6 subcentros 1 hospital cantonal *	30.000 a 50.000 habitantes
Urbana pequeña	2 a 3 subcentros 1 hospital cantonal o provincial *	15.000 a 30.000 habitantes
Urbana intermedia	4 a 5 subcentros 1 centro de salud *	25.000 a 40.000 habitantes
Metropolitana	6 a 7 subcentros 1 centro de salud *	63.000 a 70.000 habitantes

* Jefaturas de área (coordinación técnico-administrativa)
Fuente: Sacoto, Terán, Andrade (1992)

Uno de los pilares definidos para el desarrollo del modelo y la elevación de la calidad de la atención, fue la permanente educación y actualización gerencial y técnico-clínica del personal. Se planificó desarrollar el programa de educación permanente con la participación de las universidades y las escuelas de ciencias de la salud del país. También se previó poner en marcha procesos de reestructuración en la formación de médicos, enfermeras y odontólogos, etc., a fin de alcanzar una mejor adecuación de las capacidades de los profesionales de la salud a las necesidades del país.

En cuanto a los recursos materiales, el proyecto FASBASE planificó la construcción o mejoramiento de 155 subcentros rurales y urbanos, de 22 centros de salud y de 23 hospitales cantonales correspondientes a 40 Áreas de Salud seleccionadas en 16 provincias (World Bank, 1992). De manera progresiva, luego de 7 años, el costo de operación sería asumido por el MSP.

Dentro del componente de fortalecimiento y modernización del MSP y del sector salud, se diseñaron tres líneas de acción principales, debidamente interrelacionadas. La primera apuntaba al desarrollo intensivo y sostenido de recursos humanos, con particular énfasis en la motivación y capacitación del personal para la administración, gestión, trabajo en equipo y liderazgo. La segunda apuntaba al desarrollo y actualización de sistemas automatizados de apoyo a la gestión (programación, información, monitoreo, supervisión y evaluación). Y la tercera línea de acción apuntaba a la adecuación de las estructuras organizacionales, en concordancia con los esquemas descentralizados de manejo administrativo-financiero y en apoyo a la implantación del nuevo modelo de atención.

El costo total del proyecto (World Bank, 1992) fue definido en 102,2 millones de dólares, a invertirse en los cuatro componentes de la siguiente manera. Servicios básicos de salud:

69,8 millones de dólares (68%); nutrición 6,4 millones (6%); saneamiento ambiental 13,2 millones (13%); y, fortalecimiento y desarrollo institucional 12, millones (13%).

El proyecto se planificó para un período de siete años, habiendo iniciado efectivamente en 1993. Las fuentes de financiamiento fueron el Gobierno Nacional, con 31,7 millones y el Banco Mundial con un préstamo de 70 millones de dólares. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) aportó con 0,5 millones.

Evaluación del proyecto FASBASE

A la finalización de los proyectos con su auspicio financiero, el Banco Mundial realiza una evaluación conocida como ICR (*Implementation Completion Report*). Del ICR realizado sobre el proyecto FASBASE (World Bank, 2001), resulta pertinente situar los siguientes elementos. Para empezar, en la evaluación se efectúa un cuestionamiento de orden general sobre el carácter demasiado amplio del proyecto. Este señalamiento es pertinente porque, más allá de la validez conceptual de integrar intervenciones intersectoriales a través de sus seis componentes, los límites evidentes del proyecto (tomando en cuenta la diversidad de sus espacios geopoblacionales de intervención y de sus ejecutores institucionales) dificultaban una gestión balanceada y un desarrollo armónico de sus componentes.

El mayor peso del proyecto recayó sobre el componente de servicios básicos, articulado con el de desarrollo institucional (referido, particularmente, a los arreglos organizativo-estructurales en el MSP). Al respecto, se destaca la importancia de los recursos humanos dentro del proyecto y el insuficiente apoyo financiero que recibió este aspecto crucial. Partiendo del hecho inobjetable de que el insumo más importante para la prestación de servicios de salud es el recurso humano, y más allá de

eventuales discrepancias sobre el número y composición que se requieren para asegurar una provisión universal y de calidad, el hecho concreto es que debido a la debilidad política del MSP, el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) no mantuvo los recursos económicos para la creación de partidas estables. Por ello no fue posible garantizar la sostenibilidad de las prestaciones. La falta de cumplimiento gubernamental del acuerdo suscrito con el Banco Mundial respecto a la creación de puestos de trabajo para la atención básica de salud constituye un hecho que, sin duda, limitó considerablemente la consecución de mejores resultados en el componente central del proyecto. Para desvirtuar toda posible justificación sobre restricciones presupuestarias (que obvian las escandalosas transferencias que realizó el Estado en favor de inescrupulosos bancos, por ejemplo), debe simplemente recordarse que, al finalizar el período gubernamental, tan sólo se crearon alrededor de 1.500 posiciones para profesionales de salud en el campo de la atención primaria.

La concepción económica neoliberal antes predominante, no sólo que vetaba cualquier posibilidad de crecimiento, sino que propicia una indiscriminada disminución del empleo público, afectando seriamente (como en el caso analizado) a la población más pobre del país, a la que se margina de la atención básica de salud.

Por otro lado, la evaluación destaca la implementación nacional de la estructuración de Áreas de Salud como un logro de alta significación y trascendencia. Este logro es atribuible, en gran medida, a los resultados de la anterior experiencia del modelo SAFIC y a una interacción armónica entre el desarrollo de Áreas y el componente de desarrollo institucional. En el ICR también se resalta la cobertura de estas Áreas. Pero se debe reconocer la heterogeneidad de resultados debida, especialmente, a limitaciones de continuidad de recursos humanos y a debilidades de gestión (hubo frecuentes recambios en

el personal directivo). Así, algunas Áreas, especialmente urbanas, registraron importantes avances y en cambio otras, como Guamote por ejemplo, no lograron éxitos significativos a pesar del elevado compromiso de trabajo y de los cuantiosos recursos invertidos allí. En este caso, se puede observar que, desde la perspectiva de quienes implementaron el proyecto, no se logró interpretar adecuadamente las características propias del entorno cultural andino, y por ello no se pudo estructurar un modelo de atención que responda a esa peculiaridad socio-cultural.

Ahora bien, dentro del componente de desarrollo institucional, en el ICR se identificaron cuatro grandes ámbitos, con distinto nivel de desarrollo y resultados. Primero, sobre la estructuración de Áreas de Salud (tema ya abordado), deben anotarse, adicionalmente, los considerables esfuerzos técnico-políticos desarrollados para alcanzar, primero, su creación oficial como unidades de gestión presupuestaria y de recursos humanos, y posteriormente, su desarrollo y consolidación. En cuanto al ámbito de la educación permanente, en general, las actividades planificadas fueron concebidas y ejecutadas adecuadamente. Como un tercer punto, dentro de los esfuerzos de desarrollo institucional, se realizaron discusiones iniciales sobre políticas de Estado en salud, reforma sectorial y modernización institucional, que abrieron el camino para el desarrollo posterior del proyecto Modernización de Servicios de Salud en el Ecuador (MODERSA). Por último, en cuanto al desarrollo de un sistema de información gerencial, a pesar de la magnitud de esfuerzos, tiempo y recursos empleados, no se consiguió consolidar productos en línea tal y como se esperaba.

Para cerrar, si bien esta cuestión desborda el tema de este trabajo, es pertinente anotar que la evaluación ICR destaca los logros obtenidos en los componentes de nutrición

y saneamiento básico. En el primer caso, el resultado más importante seguramente consistió en el establecimiento de una política de Estado de fortificación de la harina con hierro a nivel nacional, y la suplementación con hierro y otros micronutrientes a mujeres embarazadas y niños. En cuanto al saneamiento básico, además de la ampliación de coberturas, se alcanzó un importante desarrollo de métodos alternativos de diseño, construcción y mantenimiento de sistemas de saneamiento básico en zonas rurales con activa participación comunitaria.

La evaluación destaca también los logros de la Red de Emergencias Médicas. Luego de un meritorio trabajo de diseño y preparación, esta Red se ha posicionado definitivamente como un servicio de capacidades probadas, especialmente en Quito y Cuenca, constituyéndose además en un referente para similares iniciativas en otras ciudades.

La intervención frente al fenómeno de El Niño tuvo también un saldo evaluatorio positivo, destacándose tanto el método de intervención como la celeridad en la movilización de recursos.

Como conclusión general, es posible afirmar que el proyecto FASBASE alcanzó logros significativos para el Ecuador en su difícil trayectoria hacia la estructuración de un verdadero sistema de salud, que asegure la protección en salud para sus ciudadanos, especialmente los de menores posibilidades. Sin embargo, se debieron alcanzar más y mejores logros. El factor fundamental que limitó su consecución, fue el débil peso político que la salud tiene en el concierto nacional. Esto determina la inexistencia, hasta ahora, y pese a los esfuerzos desplegados, de un proyecto nacional de salud que oriente las acciones del sector y aproveche de mejor forma recursos como los de éste u otros proyectos.

“Modelos” hospitalarios en instituciones de salud del Ecuador

En correspondencia con la conocida fragmentación del sector de la salud en el país, a través del tiempo las principales instituciones han desarrollado estructuras de servicios en las que los niveles hospitalarios constituyen escenarios privilegiados, con limitado desarrollo de niveles ambulatorios y muy discreta articulación entre unos y otros. Tal caracterización es ampliamente aplicable a instituciones como Sanidad de Fuerzas Armadas, Policía Nacional, Junta de Beneficencia de Guayaquil, Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) y, en menor grado, al IESS y al MSP. En estas dos últimas instituciones, si bien existe una dotación de servicios ambulatorios (mayor en el MSP), existe un claro predominio del hospital en la atención, hecho que se evidencia en la concentración de recursos humanos y financieros.

El IESS ha desarrollado una red de dispensarios ambulatorios de diversa capacidad resolutive –incluidos los llamados dispensarios anexos de instituciones, fábricas y empresas– potenciada por las unidades del Seguro Social Campesino. Por su parte, el MSP, como se describió, ha logrado estructurar Áreas de Salud, en las que juegan un rol importante los subcentros y centros de salud, conectados en grado variable con hospitales cantonales, en general, de limitada capacidad resolutive.

En lo que sigue, se analizarán los principales elementos, características y atributos de los

“modelos” hospitalarios desarrollados en diversas instituciones del sector. Por motivos expositivos, la revisión ofrecida es necesariamente sintética.

Ministerio de Salud Pública

En comparación con otros países de la región, el MSP fue creado tardíamente en Ecuador (1967). Originalmente, su estructura hospitalaria no fue otra que los antiguos hospitales de beneficencia y asistencia social que le fueron transferidos. Una de las principales tareas acometidas por el naciente Ministerio fue, en consecuencia, la construcción de infraestructura hospitalaria. Esta tarea fue facilitada por la disponibilidad de recursos económicos derivados del *boom* petrolero y la conexas contratación de préstamos externos.

Dentro de la planificación para construir esta nueva infraestructura, se consideraron tres tipos distintos de hospitales: de especialidades básicas (pediatría, obstetricia, medicina interna y cirugía), con una dotación de 15 camas, y de ubicación e influencia cantonal; de otras especialidades adicionales, con una dotación de alrededor de 100 camas, y de ubicación e influencia provincial; y hospitales especializados, con dotación mayor a 300 camas, ubicados en Quito, Guayaquil o Cuenca, y de influencia regional o nacional.

Hacia 1980, los establecimientos públicos de salud constituían una amplia mayoría en relación al total (87,7%), con un claro predominio del

Cuadro 3

Establecimientos de salud por instituciones. Ecuador (1980-2000)*

Año	MSP	IESS*	FF.AA. P.N.	Otras	Privados lucrativos	Privados no lucrativos	Total país
1980	961	359	144	86	122	94	1.766
1991	1.514	585	124	94	235	129	2.681
2000	1.685	662	101	188	384	171	3.191

* No se incluyen dispensarios anexos en 1991 y 2000
Fuente: INEC (1980, 2000)

MSP (54,4%). Veinte años más tarde, el peso de lo público y del MSP disminuyó (82,6% y 52,8%, respectivamente). Es preciso señalar, no obstante, el evidente subregistro previo de consultorios médicos privados (BID, RAND, 1995) que sin duda afecta al registro del incremento porcentual del subsector privado en la atención de salud.

En cuanto al tipo de establecimientos, el crecimiento de unidades con internación fue sostenido en las dos últimas décadas, particularmente a expensas del sector privado lucrativo (como se aprecia en los cuadros 4 y 5).

Cuadro 4

Establecimientos de salud con y sin internación Ecuador (1980-2001)

Año	Con internación	Sin internación	Total
1980			1.766
1991	424	2.888	3.312
2001	623	3.029	3.652

Fuente: INEC (1980, 2000)

En lo que respecta al indicador camas/habitante, se registra una tendencia decreciente en el MSP entre 1974 y 1999. Esto podría interpretarse como una disminución de la capacidad instalada de la institución, pero contradictoriamente también existe una disminución del grado de ocupación de las camas. Ello refleja las limitaciones de acceso de la población a dichos servicios, sus debilidades y el simultáneo crecimiento de establecimientos privados que explotan tales debilidades (cuadro 6).

El número de camas existente confirma la tendencia antes mencionada. Es menester señalar, no obstante, que entre 1980 y 1995, en el MSP se produjeron tanto sustituciones como incremento de camas, con la construcción, ampliación o remodelación de hospitales que reemplazaron antiguas y vetustas estructuras que en muchos casos databan de varias décadas, e incluso centurias atrás.

Efectivamente, con la imprescindible referencia del laborioso trabajo previo (de licitación, contratación, construcción, equipamiento e

Cuadro 5

Número de establecimientos de salud con internación según entidad. Ecuador (1991 y 2001)*

Entidad	1991		2001	
	Número	%	Número	%
n° Total	417	100,0	634	100,0
1 Ministerio de Salud Pública	120	28,8	122	19,2
2 Ministerio de Defensa	15	3,6	15	2,4
3 Seguro Social	17	4,1	18	2,8
4 Junta de Beneficencia de Guayaquil, SOLCA y Sociedad Protectora de la Infancia	8	1,9	10	1,6
5 Policía Nacional	4	1,0	4	0,6
6 Municipios	2	0,5	2	0,3
7 Fisco-misionales	6	1,4	5	0,8
8 Instituciones particulares	245	58,8	458	72,2

* Incluye clínicas particulares, entidades privadas con y sin fines de lucro
Fuente: INEC (2000).

instalación), en la década de los noventa se incorporaron o sustituyeron camas tras las intervenciones en algunos hospitales (cuadro 7).

Para 1994, el MSP disponía de 120 hospitales y un total de 8.927 camas. Esta distribución caracteriza, en general, la oferta institucional que se ha mantenido sin mayores modificaciones (cuadro 8).

El mayor número de hospitales del MSP corresponde a los hospitales cantonales tipo, construidos en los primeros años de funcionamiento de esa institución. En general, estos hospitales han adolecido de incapacidad resolutive en especialidades básicas, fundamentalmente por falta de capacidad de retención de profesionales (especialmente en cirugía y anestesia) permanentemente interesados en ubicarse en ciudades más grandes que les ofrecen mejores capacidades de desarrollo profesional y económico. Si a lo anotado se suma la limitada importancia otorgada por el MSP al establecimiento de servicios ambulatorios, se explica la concentración de pacientes en hospitales provinciales y nacionales, frecuentemente con patologías que no corresponden a tales niveles de complejidad.

Causas de egresos hospitalarios

Aunque en la segunda parte de esta publicación se analiza en detalle el perfil epidemiológico del Ecuador y sus modificaciones a lo largo del período de estudio, conviene realizar una revisión sintética de los egresos hospitalarios del país. En gran medida, estos egresos reflejan el tipo de atención brindada en los establecimientos del MSP.

En términos generales, las patologías infecciosas carenciales han disminuido y tanto los problemas crónicos no transmisibles como los problemas derivados de la violencia y de salud mental han aumentado. Es posible plantear entonces que la reducción de problemas infecciosos

Cuadro 6

Camas por habitante y porcentaje de ocupación Ecuador (1974-1999)

	1974	1982	1990	1995	1999
Camas en establecimientos de salud en el MSP (tasa por 10.000 habitantes)	11,0	9,0	7,7	7,7	6,7
Ocupación de camas (%)	71	58	57	53	49

Fuente: INEC (2000)

Cuadro 7

Hospitales intervenidos. Ecuador (1990-2000)

Provincia	Hospital	no. de camas
Guayas	Guasmo	40
	Milagro	100
Imbabura	Ibarra	166
Bolívar	Guaranda	77
Chimborazo	Policlínico Riobamba	205
Manabí	Chone	120
	Manta	220
Pichincha	Eugenio Espejo	446
	Baca Ortiz	300
El Oro	Pasaje	50
Loja	Cariamanga	20
Azuay	Vicente Corral Moscoso	273

Fuente: MSP. Documento de preparación de proyecto MODERSA (1996)

Cuadro 8

Hospitales del MSP según número de camas Ecuador (1994)

Hospitales y dotación de camas	no.	%
Menos de 20 camas	64	53,3
21 a 50 camas	17	14,2
51 a 100 camas	14	11,7
101 a 200 camas	10	8,3
201 a 300 camas	10	8,3
Más de 300 camas	5	4,2
Total	120	100,0

Fuente: INEC (1996)

que, en general, podían ser manejados por los hospitales del MSP (especialmente los de menor complejidad), sumado al hecho de su restringida capacidad resolutoria para enfrentar otro tipo de problemas frecuentes (quirúrgicos y complicaciones obstétricas) posiblemente contribuyeron al menor grado de uso de estos

hospitales por parte de la población. Esta tendencia debería conducir a una revisión profunda de las necesidades cualitativas y cuantitativas de dotación de los hospitales del MSP, tomando en consideración su incidencia de costos en la atención. También se debe considerar, tanto la mayor existencia de establecimientos privados con y sin fines de lucro y de otras instituciones, como la imprescindible necesidad de fortalecer los servicios ambulatorios que, apropiadamente dotados, disminuirían la concentración de pacientes en hospitales, especialmente provinciales, regionales y nacionales (cuadros 9, 10 y 11).

Cuadro 9

Principales causas de egresos hospitalarios Ecuador (1970-1980)*

Causas de egresos	1970	1980
Enfermedad diarreica aguda	227,4	272,0
Infección respiratoria aguda	209,1	160,9
Complicaciones del embarazo, parto y posparto	117,9	236,2
Tifoidea	81,0	97,4
Tuberculosis	68,3	67,7
Trastornos mentales	53,4	89,8
Desnutrición	25,3	30,6
Enfermedad izquémica del corazón	28,0	49,6

*Tasas X 100.000 habitantes
Fuente: Suárez, (1988)

Visión poblacional y de producción de los hospitales del MSP

Un análisis pormenorizado de la dotación de hospitales del Ministerio realizado en 1996 a propósito de la preparación del futuro proyecto MODERSA (MSP, BIRF, 1996), identificó y documentó la debilidad de planificación en la implementación, dotación, asignación de

Cuadro 10

Principales causas de egresos hospitalarios Ecuador (1991)*

Causas de egresos	1991
Afecciones obstétricas directas	553,6
Enfermedades infecciosas intestinales	235,0
Abortos	184,6
Fracturas	153,1
Enfermedades del aparato urinario	118,4
Hernia de la cavidad abdominal	96,2
Enfermedades del sistema osteomuscular	89,7
Trastornos mentales	88,8
Apendicitis	87,2
Neumonía	72,7

*Tasas X 100.000 habitantes
Fuente: INEC (1991)

Cuadro 11

Principales causas de egresos hospitalarios. Ecuador (2003) *

Causas de egresos	2003
Embarazo, parto y posparto	210
Enfermedades del aparato digestivo	55,6
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	48,2
Traumatismos, envenenamientos y causas externas	42,5
Enfermedades del sistema genitourinario	35,9
Enfermedades del sistema respiratorio	32,9
Tumores	23,1
Enfermedades del sistema circulatorio	22,8
Ciertas afecciones perinatales	17,1
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	12,2

*Tasas X 100.000 habitantes
Fuente: MSP, INEC, OPS (2003)

recursos y operación de los hospitales en el país. El análisis de camas por población arrojaba considerables diferencias entre provincias que, en general, ignoraban la existencia de establecimientos de otras instituciones. Esto reforzaba la conocida fragmentación sectorial, característica dominante e inmodificable en materia de salud en Ecuador (cuadro 12).

Esta información se complementa con el análisis de los egresos registrados en el MSP en relación al número total de egresos en cada provincia. Como se puede apreciar en el cuadro 13, en 1996 en algunas provincias las dependencias del MSP constituían prácticamente el único

recurso hospitalario disponible, a diferencia de otras, especialmente las de mayor desarrollo (Pichincha, Guayas y Azuay), donde el peso de la asistencia institucional es significativamente menor.

Las diferencias en cuanto a porcentaje de ocupación hospitalaria eran, asimismo, bastante marcadas entre provincias (con situaciones extremas de 16% en Galápagos y 103,1% en Sucumbíos). Esto confirma el limitado grado de uso de los hospitales, seguramente atribuible a factores dependientes de la oferta (limitaciones en su capacidad resolutive, por ejemplo) o de la demanda (barreras para el uso, grado de

Cuadro 12

Relación de camas/población de los hospitales del MSP. Ecuador (1996)

Provincia	Relación cama/habitantes
Galápagos	1 x 490
Napo	1 x 609
Pastaza	1 x 807
Pichincha	1 x 839
Carchi	1 x 993
Cañar	1 x 1.061
Chimborazo	1 x 1.064
Zamora	1 x 1.084
Cotopaxi	1 x 1.112
Loja	1 x 1.114
Imbabura	1 x 1.148
El Oro	1 x 1.162
Tungurahua	1 x 1.259
Morona Santiago	1 x 1.305
Esmeraldas	1 x 1.375
Manabí	1 x 1.510
Azuay	1 x 1.628
Bolívar	1 x 1.654
Los Ríos	1 x 2.227
Guayas	1 x 2.259
Sucumbíos	1 x 8.567

Fuente: MSP (1996)

Cuadro 13

Egresos de hospitales del MSP en relación con los egresos totales por provincia. Ecuador (1996)

Provincia	Egresos MSP/Egresos totales (%)
Azuay	31,9
Bolívar	95,1
Cañar	88,5
Carchi	94,0
Cotopaxi	81,0
Chimborazo	86,9
El Oro	71,6
Esmeraldas	67,4
Galápagos	98,4
Guayas	21,8
Imbabura	72,8
Loja	59,9
Los Ríos	77,3
Manabí	77,5
Morona Santiago	93,1
Napo	78,3
Pastaza	52,2
Pichincha	39,3
Tungurahua	66,8
Zamora	99,9
Sucumbíos	99,9

Fuente: MSP (1996)

confianza, etc.) que configuran un cuadro de insuficiente acceso a la atención (cuadro 14).

La asignación económica por cama hospitalaria también registraba variaciones poco justificadas entre hospitales. Esto refleja la inexistencia de criterios técnicos para la asignación de recursos y el mantenimiento de bajos presupuestos, inequidades o ineficiencias, todos de base histórica (cuadro 15).

Cuadro 14

Grado de uso de hospitales seleccionados del MSP Ecuador (1996)

Provincia	Porcentaje de ocupación
Pichincha	69,7%
Bolívar	64,5%
Tungurahua	61,7%
Chimborazo	59,4%
Loja	46,9%
Los Ríos	44,6%
Napo	39,6%
Esmeraldas	39,5%

Fuente: MSP (1996)

Cuadro 15.

Asignaciones económicas por cama en hospitales seleccionados del MSP. Ecuador (1996)

Hospital	no. de camas	Provincia	Asignación/cama (miles de sucres)
Luis G. Dávila	120	Carchi	14.084
Zumbahua	15	Cotopaxi	20.603
Píllaro	20	Tungurahua	29.587
Alfredo Noboa	77	Bolívar	32.694
San Vicente de Paúl	65	Imbabura	39.296
Calceta	32	Manabí	42.950
Naranjal	15	Guayas	52.519
Guayaquil	254	Guayas	58.035
Alamor	15	Loja	68.144
Sangolquí	15	Pichincha	110.063

Fuente: MSP (1996)

Finalmente, más allá de lo genérico del indicador utilizado, la asignación económica por egresos confirma la notable dispersión de la productividad de los establecimientos analizados (cuadro 16).

Como tendencia dominante, la situación presentada no ha cambiado durante la última década. Durante los primeros años va del nuevo milenio, la inestabilidad en la administración del Estado central fue la tónica, y dentro de esta tendencia la administración en el MSP no ha sido la excepción. Sin embargo, se han registrado algunas experiencias exitosas aisladas. Éstas han sido fruto de valiosas iniciativas derivadas de esforzados liderazgos, impulsados y mantenidos a contracorriente de una administración inercial y rutinaria.

Cuadro 16

Asignaciones económicas por egreso en hospitales seleccionados del MSP. Ecuador (1996)

Hospital	no. de camas	no. de egresos	Asignación/egreso (miles de sucres)
Ángela de Ollague	29	1.691	291
Chone	60	2.895	383
Limones	22	878	532
Tenguel	15	594	788
Píllaro	20	600	986
Rafael Ruiz	15	647	1.270
Machachi	15	786	1.431
Yantzaza	15	747	1.670
Sangolquí	15	969	1.704
Amaluza	15	407	1.879
San Miguel Bolívar	15	686	2.203
Eugenio Espejo	446	7.175	2.299
Asdrúbal de la Torre	16	402	2.321
Yeroví Makuart	15	471	2.345
Colta	24	438	2.723
Guayaquil	254	5.513	2.674
Baca Ortiz	170	4.761	3.022

Fuente: MSP (1996)

Recursos humanos

En el contexto general de un marcado crecimiento del personal de salud en el sector privado (determinado por las políticas neoliberales de achicamiento del Estado), en la última década se registró un claro incremento de recursos humanos en unidades con internación, en relación con las unidades ambulatorias (cuadro 17).

En lo que se refiere a médicos y enfermeras, existió un crecimiento semejante (entre 50 y 60%), con un destino mayor de médicos al sector privado. Sin embargo, una importante proporción de estos profesionales también trabaja, parte de su tiempo, en el sector público (cuadros 18 y 19).

La desagregación de profesiones según lugar de trabajo evidencia, por un lado, el predominio absoluto (74%) de empleo de médicos en unidades con internación en relación al total de médicos en el país; y por otro lado, también se evidencia la presencia mayoritaria (7.317 profesionales, equivalente al 53,9%) en unidades con internación del sector privado en relación a sus pares del sector público (6.263 profesionales, equivalente al 46,1%).

En cuanto a la enfermería, la situación varía en relación al sitio de trabajo, destacándose un predominio del sector público: efectivamente, de un total nacional de 6.320 enfermeras o enfermeros, 4.998 (79.1%) ejercían en unidades hospitalarias y 86% lo hacía en el sector público.

Un breve pero imprescindible análisis apunta a reiterar, entonces, que existe una concentración de recursos hospitalario en los niveles urbanos. Esto se aplica al sector de la salud ecuatoriano en general y al del MSP en particular.

Por su clara influencia en el funcionamiento hospitalario, también conviene observar críticamente la inadecuada relación médico-enfermera (3 a 1). Esta tendencia contraviene claramente parámetros internacionales (1 a 3) y afecta notablemente la calidad de las prestaciones de salud. Esta observación cobra mayor importancia cuando se repara en la limitada dotación de enfermeras profesionales a nivel privado, seguramente en relación directa con las poco estimulantes condiciones de trabajo que en tal ámbito (menos que en entidades públicas) se registra.

Cuadro 17

Personal de salud según pertenencia pública o privada y destino en unidades de internación y ambulatorias Ecuador (1991-2000)

	1991	2000	Crecimiento porcentual
Sector público	43.811	48.704	11,2%
Sector privado	9.446	18.039	91,0%
Total	53.257	66.743	25,3%
Con internación	40.094	50.145	25,1%
Sin internación	13.163	16.598	26,1%

Fuente: INEC (2000)

Cuadro 18

Dotación de médicos y enfermeras Ecuador (1991-2000)

	1991	2000	Crecimiento porcentual
Médicos	12.205	18.335	50,2%
Enfermeras	3.905	6.320	61,8%

Fuente: INEC (2000)

Conflictividad

Para finalizar esta sucinta revisión del tema de recursos humanos, es preciso referirse a la alta conflictividad en las relaciones entre el MSP por un lado, y por otro, los trabajadores amparados en el código del trabajo y, en menor grado, los profesionales y el personal administrativo. El nivel de conflictividad laboral ha afectado negativamente el funcionamiento de los servicios hospitalarios del MSP.

Como anotábamos en un estudio reciente (Sacoto, 2002), los conflictos laborales que finalmente desembocan en paralizaciones arbitrarias de los servicios de salud, se producen, principalmente, por las siguientes causas. Reclamos derivados de incumplimientos de compromisos económicos adquiridos en los contratos por parte del Estado. Frecuentes interpretaciones interesadas de no imputabilidad de beneficios determinados por el gobierno de modo general u obtenidos por otros grupos de trabajadores. Falta de suscripción oportuna de contratos colectivos. Disputas internas mantenidas por años y resueltas solamente hace poco tiempo, con el cumplimiento de la disposición legal de existencia de un solo sindicato por institución. Demostraciones de “solidaridad” con movimientos reivindicativos y de protesta general. Con tan amplia gama de “justificativos” de reclamos y “plataformas de lucha”, no resulta extraño que varias paralizaciones se sucedan periódicamente, en ocasiones por prolongados periodos de tiempo.

Desde el otro espectro del problema, las limitadas capacidades de anticipación a los conflictos por parte de los gobiernos, el incumplimiento de compromisos por parte de las administraciones de Economía y Finanzas, la reducida capacidad regulatoria de las administraciones de Trabajo, y la debilidad jurídico-institucional general del MSP para impulsar procesos legales que desestimulen las paralizaciones, han contribuido

a mantener inalterables los problemas y los conflictos.

Los conflictos en los servicios de salud también se generan, aunque en menor medida, por “iniciativa” de los gremios de profesionales. Estos casos prácticamente siempre están relacionados con demandas salariales.

En definitiva, un elevado número de conflictos han dado lugar a paralizaciones que, invariablemente, han afectado a los usuarios de los servicios de salud del MSP, quienes han debido soportar en forma impotente sus consecuencias.

Conclusiones: la gestión hospitalaria en el MSP

Determinada por la inercia del sector de la salud en el país, sin horizontes claros sobre los objetivos comunes de sus instituciones, la gestión de los hospitales del MSP ha permanecido funcionando bajo la misma tónica. Dado que no se trata de realizar un análisis exhaustivo de sus características, a continuación, nos limitaremos a señalar aquellas que consideramos más relevantes.

En la gestión hospitalaria del MSP, persiste la inexistencia de una “orientación hacia el cliente”. Esto ha determinado el mantenimiento de prácticas inaceptables (como la entrega cotidiana de turnos de atención desde tempranas horas de la madrugada), así como el injustificado proceso de fragmentación de la atención con innecesarias barreras de acceso a los procesos de diagnóstico y de recuperación. Persisten, en definitiva, culturas organizacionales centradas en procedimientos rutinarios y no en resultados generadores de valor para los usuarios.

El creciente clientelismo y politización en la designación de posiciones directivas, ha redundado en improvisación e incompetencia

en la gestión, tendencia agravada por frecuentes recambios derivados de la generalizada inestabilidad gubernamental e institucional. Bajo tales condiciones, resulta impensable el desarrollo de procesos de modernización gerencial y la adopción de prácticas de planificación y ejecución ordenada. Manteniéndose este estatus quo, los reiterados esfuerzos de inversión en capacitación gerencial y la dotación de sistemas de información gerencial, por ejemplo, terminan constituyendo sólo costosos dispendios.

Por otro lado, se registra una paradójica simultaneidad de escasez y despilfarro de recursos indispensables para la atención (como medicamentos e insumos). Además, no se visualizan parámetros que normen y protocolicen procedimientos. Este problema da lugar a frecuentes ineficiencias propias de entornos operativos no planificados.

También se puede notar una clara ausencia de políticas de desarrollo de recursos humanos. Los procesos de selección de personal, inexistentes y/o inconvenientes, son alejados de las necesidades de las instituciones. Y en cuanto a los recursos humanos en funciones, es lamentable la inexistencia de evaluaciones de desempeño y de estímulos conexos. Junto a estas falencias, no se puede olvidar la alta conflictividad laboral analizada anteriormente.

Por último, en el nivel operativo, uno de los problemas sin resolución a lo largo del tiempo ha sido la falta de mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura y equipamiento hospitalario.

Sociedad de Lucha de Contra el Cáncer (SOLCA)

La Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) es producto de la visionaria iniciativa del Dr. Juan Tanca Marengo, prestigioso médico guayaquileño que fundó oficialmente

la institución el 7 de diciembre de 1951. SOLCA es una “Sociedad de Derecho Privado y de Servicio Público” regida por un estatuto legal que data de 1953 en el que se le asigna “la conducción de la campaña anticancerosa en todo el país bajo la dirección y vigilancia del Ministerio de Previsión Social” (OPS/OMS, 2002).

En el año 1980, mediante decreto ejecutivo, se crea una renta estable para SOLCA financiada por un impuesto sobre las operaciones de préstamo y descuento efectuadas en instituciones financieras. Este mecanismo de financiamiento posibilitó un significativo y sostenido flujo de recursos económicos, constituyéndose en una sólida fortaleza institucional.

A partir de la conformación del núcleo central de SOLCA con sede en Guayaquil, se constituyeron los núcleos de Quito, en 1954 y de Cuenca, en 1958. Posteriormente, en 1962 y 1970, se crearon los Comités de Amigos de SOLCA de Loja y Portoviejo, respectivamente, elevados a la condición de Núcleos en febrero de 1994. Otras instancias provinciales se han conformado en las provincias de El Oro, Chimborazo, Tungurahua, Bolívar, y en el cantón Santa Elena de la provincia del Guayas.

En general, el énfasis predominante de SOLCA se ha orientado a la recuperación de pacientes a través de estructuras asistenciales con alto grado de autonomía y limitada vinculación de conjunto. Por su apreciable capacidad resolutoria, se destacan los Hospitales de Guayaquil, Quito y Cuenca. Un denominador común para su creación y posterior funcionamiento ha sido la presencia de liderazgos comprometidos con la institución y mantenidos con la continuidad necesaria para el éxito en su empresa.

SOLCA también impulsa algunas actividades educativas y preventivo-promocionales, dentro de las que se destaca su activa participación en el programa nacional de control de cáncer cérvico-

uterino, a través del diagnóstico de citología cervical en sus laboratorios. En este ámbito, existe una apreciable coordinación de acciones entre SOLCA y el MSP.

Finalmente, y gracias a la vigorosa iniciativa generada en SOLCA Quito, a partir de 1984 se desarrolla el Registro Nacional de Tumores. Hasta ahora, esta instancia ha producido 12 volúmenes en los que, progresivamente, se ha incorporado información de los diferentes núcleos de SOLCA, constituyéndose en la fuente más confiable de registros de cáncer en el país.

Es importante anotar que, aún hasta la fecha presente, SOLCA es beneficiaria automática de impuestos derivados de transacciones financiero-bancarias, lo que proporciona a sus diferentes núcleos una sólida base de financiamiento. Esta fuente de ingresos se complementa con recursos provenientes de pagos efectuados por sus usuarios y de actividades institucionales autogestionarias.

Toda vez que un análisis pormenorizado de la organización y funcionamiento de los hospitales

de SOLCA trasciende el objeto de este artículo, presentaremos, a manera de estudio de caso, la evolución del Hospital Oncológico Solón Espinosa de Quito, a través de indicadores hospitalarios relevantes.

El antecedente inmediato previo del hospital lo constituye una unidad de internación que funcionó en una edificación adaptada para dichos fines que operó entre 1980 y el 2000. Antes, SOLCA Quito operaba en el antiguo y recordado Hospital San Juan de Dios. Un dato estadístico señala que sus ingresos entre 1958 y 1994 ascendieron a 41.932 pacientes, con un promedio mensual de 1.165 pacientes (SOLCA, 1998).

La primera unidad de internación disponía de 29 camas, ofertaba servicios de pocas especialidades y disponía de apoyo diagnóstico convencional en las áreas de rayos X y laboratorio. La realización de exámenes de Pap Test se destaca como una importante actividad de diagnóstico preventivo y apropiada coordinación con otras instituciones, especialmente el MSP. Hacia 1984, estos exámenes representaron cerca de 45.000 pruebas, con una significativa

Cuadro 20

SOLCA Quito: capacidad resolutive hospitalaria (1994-2002)

Capacidad resolutive	1994	2002
Especialidades médicas disponibles	Oncología clínica, ginecología, neumología, neurología, medicina interna, psiquiatría, cirugía oncológica	+ Gastroenterología traumatología, pediatría oncológica, neurocirugía, cardiología, terapia del dolor, nutrición
Diagnóstico de laboratorio	Laboratorio clínico-bacteriológico, citología, histopatología	+ Marcadores tumorales, pruebas hormonales, exámenes especiales
Diagnóstico por imágenes	Rayos X convencional, ultrasonido	+ Mamografías, tomografía axial computarizada, ecografía 3D y 4D

Fuente: SOLCA (2003)

Cuadro 21

SOLCA Quito:
evolución de prestaciones seleccionadas (1994-2002)

Prestaciones	1994	2002	Variación
Biopsias	4.153	7.286	75,4%
Citologías	44.935	82.455	83,5%
Cirugías	1.037	1.673	61,3%

Fuente: SOLCA (2003)

proporción de muestras enviadas desde otras instituciones y provincias de la sierra central, para las cuales SOLCA Quito constituía una unidad de referencia interinstitucional.

Una perspectiva general del incremento de la capacidad resolutoria de SOLCA Quito, coincidente con el inicio de actividades del Hospital Oncológico Solón Espinosa (inaugurado en el año 2000) puede apreciarse en el cuadro 20.

Para efectos de visualizar la posibilidad de que SOLCA constituya un centro oficial especializado en la atención de cáncer en el país y que se inserte dentro del Sistema Nacional de Salud (aprovechando fortalezas existentes para evitar innecesarias duplicaciones y el consiguiente dispendio de recursos), resulta de interés registrar que SOLCA Quito ha mantenido la siguiente proporción de atención de referencias: 55,4% de biopsias solicitadas por particulares en 1994, y 8% de solicitudes de exámenes de provincias en el 2002. En lo relativo a citologías, en 1994, un elevado porcentaje (83,8%) correspondía a pruebas solicitadas por particulares, y más de un 5% de muestras fueron remitidas desde las provincias de Imbabura, Carchi, Cotopaxi, Tungurahua, Napo, Sucumbíos, Pastaza y Esmeraldas. En el 2002, de 82.455 pruebas realizadas, el 47,5 % fueron remitidas por el MSP. Un dato interesante es que más de un tercio de pruebas fueron voluntarias (lo que refleja un creciente interés en las mujeres por prevenir el cáncer cérvico uterino).

Cuadro 22

SOLCA Quito:
evolución de indicadores hospitalarios (1994-2002)

Indicadores	1994	2002	2004
no. de camas	29	112	123
Egresos	1.858	3.826	3.776
% de ocupación	94,0	57,0	45,2
Días de estancia	5,3	4,9	5,0
Índice mortalidad	16,5	3,5	2,2
no. de consultas	17.452	63.869	
Citologías vaginales	44.935	82.455	

Fuente: SOLCA (2003)

Para finalizar esta revisión, se presenta un cuadro de resumen general de la evolución de los principales indicadores hospitalarios de SOLCA Quito en la última década (cuadro 22).

Se debe resaltar el valioso ejemplo de referencias interinstitucionales bidireccionales de muestras de citología, biopsias y casos oncológicos. Este trabajo cooperativo constituye un ejemplo en las circunstancias actuales, cuando se debate la conformación de un Sistema Nacional de Salud, sin opciones claras de articulación entre las diversas instituciones que operan de manera fragmentada en el sector. En el futuro cercano, este antecedente de coordinación interinstitucional podría ampliarse a la oferta-demanda de prestaciones especializadas en oncología, para las que la red hospitalaria de SOLCA en el país podría constituirse en un eslabón de referencia regional y nacional.

Se debe recordar que SOLCA dispone de hospitales en Guayaquil, Quito, Cuenca, Portoviejo, Loja y que están en etapa de planificación unidades en Machala, Riobamba y Tungurahua, con una capacidad actual de alrededor de 400 camas y un potencial de 600 en el corto plazo. Esta capacidad instalada podría optimizarse con la atención regionalizada de problemas oncológicos detectados en otras instituciones del sector que, a su vez, se beneficiarían de evitar la duplicación

de esfuerzos y las inversiones costosas (equipos de radio y cobaltoterapia, por ejemplo) generalmente subutilizadas. El financiamiento de dichas prestaciones provendría de aportes conjuntos de SOLCA y de las instituciones del sector con las que se establecerían los acuerdos que podrían evolucionar desde pagos por prestaciones hasta pagos prospectivos en sistemas de aseguramiento.

La Junta de Beneficencia de Guayaquil

La Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG) es una institución privada, sin fines de lucro, creada por el Concejo Cantonal de Guayaquil en 1888. Posteriormente, la JBG adquirió un carácter autónomo y actualmente regenta una serie de servicios sociales, entre los que se destacan cuatro hospitales –Luis Vernaza (de especialidades), Enrique Sotomayor (gineco-obstétrico), Roberto Gilbert Elizalde (pediátrico) y Lorenzo Ponce (psiquiátrico)–, que atienden a usuarios de Guayaquil, de la provincia del Guayas y de provincias y zonas adyacentes.

Las bases filosóficas y de acción de la Junta se aprecian en la definición de su misión y visión: “Misión: Somos una Institución de servicios asistenciales para las personas de escasos recursos económicos en Guayaquil y sus zonas de influencia, prioritariamente en: salud (general, maternidad, infantil y mental), educación

Cuadro 23

Junta de Beneficencia de Guayaquil: evolución de indicadores hospitalarios (1993-2003)

	1993	2003
no. de camas	2.388	2.634
Atención en consulta externa	293.000	482.254
no. de internaciones	63.000	95.305
% de ocupación	70,5%	
Promedio días estancia	7,4	

Fuente: JBG (2006)

y ancianidad, cementerio y afines. Nos distinguimos por el buen nivel de servicio y por nuestra contribución a la comunidad médica.

Visión: La Junta de Beneficencia de Guayaquil será una Institución liderada por las personas más representativas e idóneas de la ciudad; un modelo en la prestación de servicios asistenciales para la población más necesitada con gestión moderna, autónoma y auto sustentable” (JBG, 2006).

En 1994, el presupuesto total de la JBG fue de, aproximadamente, 40 millones de dólares, de los cuales más del 50% provenía de la Lotería Nacional. El 80% de su presupuesto se destinaba a servicios de salud, con un aporte estimado de usuarios de un 5% (BID, RAND, 1995). Informes oficiales recientes de la propia JBG sitúan en un 25% tales aportes.

Entre 1993 y 2003, la producción de los hospitales de la JBG se incrementó (cuadro 23).

Hospital General Luis Vernaza

Este hospital es uno de los más antiguos del Ecuador. Sus inicios datan de 1564, año en que se lo conoció con el nombre de Santa Catalina Virgen y Mártir. El Hospital General Luis Vernaza es un hospital nacional y docente, que provee atención especializada en áreas como: cirugía, ginecología, medicina interna, cardiología, dermatología, gastroenterología, neumología, endocrinología, enfermedades metabólicas, nefrología, oncología, cirugía general, oftalmología, otorrinolaringología, urología, cirugía ortopédica, traumatología, cirugía cardiovascular y torácica, orectología, entre otras. Adicionalmente, el Hospital dispone de modernas facilidades diagnósticas de laboratorio e imagen (cuadro 24).

Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor

Conocido generalmente como Maternidad Enrique C. Sotomayor, en sus inicios este

Cuadro 24

Estadísticas del Hospital General Luis Vernaza (enero-diciembre 2004)

Consulta externa	149.044
Hospitalizados	16.017
Atendidos en emergencias	88.738
Intervenciones quirúrgicas	13.636
Análisis varios	977.904
Número de camas	766
% de ocupación	77%
Días de estancia	17

Fuente: JBG (2006)

hospital prestaba sus servicios dependiendo del Hospital de Niños Alejandro Mann. Actualmente, el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor, ha expandido su espacio físico acorde al incremento de la demanda de atención. Además, ha establecido vinculaciones con centros ambulatorios del Centro y Norte de la ciudad. Dispone de modernos recursos diagnósticos y terapéuticos, entre los que se destacan: cirugía laparoscópica, tomografía axial computarizada, ecografía, laboratorio clínico, rayos X, mamografía y equipo de densitometría ósea, entre otros. Por último, este hospital también cuenta con un banco de sangre y una farmacia (cuadro 25).

Cuadro 25

Estadísticas del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor (enero-diciembre 2004)

Hospitalizados	43.380
Consulta externa (mujeres)	123.793
Consulta externa (niños)	10.220
Nacimientos	33.476
Cirugías	45.693
Análisis varios	789.778
% de ocupación	78 %
Días estancia	2,7

Fuente: JBG (2006)

Hospital Roberto Gilbert Elizalde

El antecedente del moderno Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde lo constituye el antiguo Asilo Alejandro Mann cuya demanda de atención rebasó su capacidad constructiva y operativa, determinándose la necesidad de construir el nuevo hospital, con capacidad para 440 camas, edificado en tres plantas, distribuidas en 26.690 m² de construcción. En la primera planta, se ubican las áreas de quemados, recuperación, cuidados intensivos, neonatal y emergencia, con un total de 100 camas. En la segunda, se cuenta con 8 pabellones de hospitalización para un total de 280 camas. Y en la tercera planta hay 18 habitaciones semi-privadas y 24 habitaciones privadas, con un total de 60 camas (por equipar) (cuadro 26).

Cuadro 26

Estadísticas del Hospital de Niños Roberto Gilbert Elizalde (enero-diciembre 2004)

Consulta externa	348.873
Hospitalizados	18.000
Cirugías	8.426
Emergencias	100.131
Análisis varios	335.414

Fuente: JBG (2006)

Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce

Este es el hospital psiquiátrico más grande del Ecuador. Dispone de 1.028 camas y una población interna de 515 hombres y 394 mujeres (cuadro 27).

Cuadro 27.

Estadísticas del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce (enero-diciembre 2004)

Consulta externa	50.395
Hospitalizados	11.193
Diagnósticos	40.988
Emergencia	2.570

Fuente: JBG (2006)

El somero análisis presentado sobre la producción de los hospitales dependientes de la JBG, permite valorar su importancia. Este conjunto de instituciones representan cerca del 20% del total de camas disponibles en el país y, evidentemente, aportan significativamente a la dotación de camas por habitante en la provincia del Guayas. La articulación de los establecimientos de la JBG al Sistema Nacional de Salud es un reto todavía pendiente.

Hospitales de las Fuerzas Armadas

Como sucede en otras instituciones de salud, en las Fuerzas Armadas se ha desarrollado una red de servicios de salud que tiene su expresión más acabada en la estructura asistencial del Ejército. Esta red está conformada por las siguientes unidades, listadas de menor a mayor complejidad: 1) dispensarios médicos, con dotación de médico y odontólogo; 2) policlínicos, con dotación de especialidades básicas, apoyo diagnóstico de laboratorio e imagen, camas para observación y tratamientos simples; 3) hospitales de brigada, con especialidades básicas, incluida cirugía

y auxiliares de diagnóstico y tratamiento; 4) hospitales de división, con dotación de algunas sub-especialidades, como neurología y cardiología; 5) Hospital General de las Fuerzas Armadas, de especialidades y subespecialidades.

Por su parte, la Fuerza Naval cuenta con dispensarios médicos y dos hospitales con especialidades básicas y algunas subespecialidades, localizados en Guayaquil y Esmeraldas. Finalmente, la Fuerza Aérea también tiene dispensarios médicos y clínicas, con hospitalización y cirugía, en las ciudades de Latacunga, Salinas, Manta y Taura.

Considerando el mayor desarrollo de los servicios del Ejército (o Fuerza Terrestre), se procederá a un somero análisis de la capacidad instalada y principales indicadores de sus hospitales.

Para empezar, los hospitales del Ejército se distribuyen de la siguiente forma. Los hospitales de brigada se ubican en las ciudades de Pasaje, Loja, Riobamba, Coca y Patuca; y los hospitales de distrito, en Guayaquil, Cuenca y Puyo (cuadros 28 y 29).

Cuadro 28

Hospitales del Ejército: principales indicadores hospitalarios (2003)

Hospital	no. de camas	Días cama disponibles	Días cama ocupadas	% de ocupación	Egresos	Promedio días estancia
HB 1 Pasaje	40	14.816	3.494	23,50%	923	3,56
HB 7 Loja	40	14.446	5.867	40,60%	1.216	3,43
HB 11 Riobamba	40	14.640	3.890	26,50%	968	2,67
HB 19 Coca	24	8.824	2.555	28,95%	504	3,02
HB 21 Patuca					553	
HD II Guayaquil	66	24.156	11.557	47,84%	1.958	4,90
HD III Cuenca	47	17.324	6.976	40,26%	1.525	3,50
HD IV Puyo	30	10.980	3.153	28,70%	923	2,42
Promedio	291	106.426	38.420	36,10%	8.573	3,52

Fuente: DSE (2005)

Cuadro 29

Hospitales del Ejército:
atención a civiles por atenciones totales (2003)

	Civiles/total
HB 1 Pasaje	22,4
HB 7 Loja	16,6
HB 11 Riobamba	10,8
HB 19 Coca	52,5
HB 21 Patuca	30,3
HD II Guayaquil	20,9
HD III Cuenca	53,0
HD IV Puyo	37,3
Promedio	29,2

Fuente: DSE (2005)

A partir de los dos cuadros precedentes, es posible concluir, en primer lugar, que en los hospitales del Ejército se extiende una característica común a los hospitales en el país: su bajo grado de utilización. En estos hospitales hay un promedio de 36,1% de ocupación. Por otro lado, es evidente que una apreciable proporción de pacientes atendidos corresponde a población civil. Si el gran reto del sector

salud de Ecuador es efectivizar el mandato constitucional de implantar un Sistema Nacional de Salud que rompa la nociva fragmentación que se ha mantenido inalterable hasta ahora, la información recogida permite sustentar la amplia factibilidad, en términos de capacidad instalada, de tal proyecto. En este sentido, se daría un importante paso hacia adelante si los hospitales militares oficializaran una política de apertura de sus instalaciones a través de acuerdos en el marco del Sistema Nacional que permitan ampliar sosteniblemente las coberturas de atención y, así, contribuir al desafío ético nacional de universalizar la atención de salud con calidad y calidez.

El cuadro 30 permite visualizar la capacidad de producción de actividades, tales como consultas y cirugías, en los hospitales de la Fuerza Terrestre. Asimismo, se observa la necesidad de establecer protocolos que procuren el mantenimiento de índices convencionalmente aceptados (como por ejemplo, el 20% de cesáreas en relación al total de partos).

Cuadro 30

Hospitales del Ejército: productividad de actividades seleccionadas (2003)

Hospital	Cirugías mayores	Cirugías medianas y menores	Consultas de morbilidad (primeras)	Consultas de morbilidad (subsecuentes)	% de cesáreas
HB 1 Pasaje	14.816	3.494	6.895	6.213	50,6
HB 7 Loja	14.446	5.867	9.159	4.859	40,7
HB 11 Riobamba	14.640	3.890	6.244	2.867	34,3
HB 19 Coca	8.824	2.555	2.672	209	51,7
HB 21 Patuca			401	261	18,9
HD II Guayaquil	24.156	11.557	21.002	20.145	68,7
HD III Cuenca	17.324	6.976	16.112	9.982	50,6
HD IV Puyo	10.980	3.153	3.765	3.207	55,0
Promedio	106.426	38.420	66.250	47.473	49,7

Fuente: DSE (2005)

Hospitales de la Policía Nacional

A partir del año 2003, los servicios de salud de la Policía Nacional adoptaron una organización regional, según distritos geográficos, coincidente con su organización general de servicios. Estos servicios incluyen, básicamente, servicios ambulatorios, conocidos como subcentros, y dos hospitales de especialidades en Quito y Guayaquil. Los subcentros se hallan distribuidos en cuatro distritos. Distrito I: provincias de Pichincha, Carchi, Esmeraldas, Quinindé, Imbabura, Napo, Sucumbíos y Orellana. Distrito II: provincias de Bolívar, Cotopaxi, Chimborazo, Pastaza y Tungurahua. Distrito III: provincias de Azuay, Cañar, Loja, Morona Santiago y Zamora. Y, Distrito IV: provincias de El Oro, Galápagos, Guayas, Manabí y Los Ríos (cuadros 31 y 32).

Cuadro 31

Pacientes atendidos en las unidades de salud de la Policía Nacional por distritos y tipos de usuarios (2004)

	Activos	Pasivos	Familiar	Particular	Total
D I	28.596	1.398	6.892	3.575	40.461
D II	4.079	335	1.134	529	6.077
D III	4.899	653	944	290	6.786
D IV	7.004	400	1.334	1.019	9.703
Total	44.578	2.786	10.304	5.413	63.027

Fuente: DGSP (2005)

Cuadro 32

Consultas de morbilidad y fomento en las unidades de salud de la Policía Nacional por distritos (2004)

	Morbilidad	Fomento	Total
DI	36.044	4.632	40.676
DII	4.844	695	5.543
DIII	5.065	1.225	6.288
DIV	9.057	2.281	11.320

Fuente: DGSP (2005)

Esta información reitera para el caso de la Policía lo anotado con respecto a los hospitales del Ejército: las unidades de la Policía podrían ser ampliamente utilizadas por particulares. De nuevo, esto señala la factibilidad de regularizar y oficializar esta opción en el marco del Sistema Nacional de Salud. Por lo demás, en el análisis de la producción hospitalaria por distritos, se deben considerar los diversos recursos asignados a cada uno de ellos.

Para cerrar, la preeminencia de consultas de recuperación en estos hospitales, confirma la vocación mayoritariamente curativa de los servicios de la Policía que es común a prácticamente la totalidad de instituciones de salud del Ecuador.

El Proyecto de Modernización de los Servicios de Salud (MODERSA)

Con el antecedente del proyecto FASBASE antes analizado, este proyecto se concibió como una segunda intervención con crédito del Banco Mundial. Su objetivo era “contribuir a expandir el acceso y mejorar la calidad y eficiencia de los servicios ambulatorios y hospitalarios, desarrollando nuevos modelos en la organización, financiamiento y gestión de los servicios de salud” (MSP, 1988).

La estrategia principal consistía en apoyar el desarrollo de modelos demostrativos y descentralizados, integrados por proveedores públicos y privados dentro de una red de cuidados de salud, que opere bajo acuerdos de desempeño o contratos para la entrega de servicios. Adicionalmente, se preveía asistencia para integrar las redes locales con los hospitales provinciales o nacionales como centros de referencia con mayor autonomía de gestión. Se planteaba también el apoyo al MSP en procesos de fortalecimiento institucional para que asuma su papel regulador y generador de políticas. Particularmente, se apuntaba al fortalecimiento

del Consejo Nacional de Salud (CONASA) y al desarrollo de recursos humanos.

El proyecto MODERSA consideró, originalmente, tres componentes: organización de Sistemas Descentralizados de Cobertura Universal de Servicios de Salud (SIDCUSS); modernización hospitalaria; y, política sectorial (desarrollo de recursos humanos).

Su costo estimado fue de alrededor de 65 millones de dólares, de los cuales 45 correspondían a un préstamo del Banco Mundial, 8 a la contraparte nacional y 12 a la contraparte local. Su duración estaba prevista para 5 años, iniciando el segundo semestre de 1998.

Como ámbitos de intervención se establecieron espacios geográficos específicos. Por ejemplo, se seleccionaron provincias y municipios para el desarrollo de experiencias demostrativas de organización y funcionamiento de Sistemas Descentralizados de Salud. También se escogieron hospitales específicos para desarrollar experiencias de modernización hospitalaria. Finalmente, le correspondió al ámbito nacional el desarrollo de políticas, leyes y regulaciones conexas al sector, así como actividades de construcción de consensos en torno a la reforma del sector salud.

La población beneficiaria se estimó en dos millones de personas (WB, 1998), es decir, aproximadamente el 20% de la población total del país. El proyecto apoyaría el desarrollo de 10 Sistemas Descentralizados de Salud y 8 procesos de modernización hospitalaria, seleccionados según criterios específicos.

Las líneas cardinales del proyecto fueron las seis siguientes:

- 1) Reforzar el papel del MSP en la elaboración de políticas, regulación y redefinición de prioridades sectoriales.
- 2) Descentralizar la responsabilidad para la toma de decisiones de la atención de salud en el

sector público a corporaciones locales de concertación ciudadana y de actores públicos y privados relacionados con la salud.

- 3) Transformar los hospitales públicos y centros ambulatorios en organizaciones semiautónomas que operen como redes integradas de atención de salud.
- 4) Establecer convenios o contratos con instituciones públicas y privadas para la provisión de servicios de salud, incentivando la competencia y libre elección de los usuarios.
- 5) Adoptar mecanismos regulatorios y promover la estandarización de planes de beneficio para asegurar una calidad homogénea de prestaciones de los proveedores plurales.
- 6) Desarrollar mecanismos de aseguramiento de calidad, incluyendo un sistema de acreditación de servicios de salud.

A continuación se ofrece una descripción somera de cada uno de los componentes del proyecto.

Los Sistemas Descentralizados de Salud (componente al que se le asignaron 40,6 millones de dólares, es decir, 62,5% del costo total del proyecto) se orientarían a promover la participación de la ciudadanía, de gobiernos sectoriales y de instancias desconcentradas del sector, en el cuidado de la salud. Esto se alcanzaría a través del establecimiento de entidades locales de gestión de salud (ELEGES): juntas o consejos de salud provinciales y municipales, o entidades autónomas de salud.

Estas ELEGES serían responsables del desarrollo de un plan local de salud. Y a su vez, tendrían a su cargo el impulso a la construcción de sistemas descentralizados de cobertura universal de servicios de salud (SIDCUS). Se estableció que estos sistemas tendrían las siguientes características principales:

- 1) Integración de proveedores públicos y privados dentro de una red de salud operando bajo acuerdos de desempeño o contratos para la entrega de un programa de servicios

- esenciales de salud para grupos de población beneficiaria.
- 2) Categorización y afiliación de usuarios a los SIDCUSS acorde a su nivel de ingreso, para definir familias o personas sujetas de exoneración total, parcial o no elegibles para subsidio.
 - 3) Desarrollo de nuevos mecanismos de financiamiento de la atención de salud (por ejemplo, un fondo de salud local) y sistema de pagos por usuarios con capacidad de aporte económico para sistematizar subsidios para los pobres y para servicios seleccionados.
 - 4) Apoyo a la modernización de las estructuras administrativas de las ELEGES y de los proveedores de la red de salud, incluyendo el establecimiento de los sistemas de información administrativa, mecanismos de aseguramiento de calidad y desarrollo de recursos humanos.

Por otro lado, la “modernización hospitalaria” (componente al que se le asignaron 18,3 millones de dólares, o bien, 28,% del costo total del proyecto) planteaba establecer modelos demostrativos de gestión con mayor autonomía en hospitales seleccionados de acuerdo a criterios específicos, para una eventual réplica futura a lo largo y ancho del país.

En la fase inicial de implementación del proyecto, el objetivo previsto era fortalecer la gestión hospitalaria para mejorar la eficiencia técnica y la calidad del cuidado. Para ello, el componente de modernización hospitalaria asistiría a hospitales seleccionados para modernizar su organización y estructura de gobierno y sus prácticas administrativas, y para mejorar la calidad de los cuidados de salud. Para alcanzar estos objetivos, se apuntaba, primero, a establecer marcos legales que constituyan la base para una organización administrativa semiautónoma del hospital, que encause el cuidado del paciente y la eficiente gestión del hospital en el contexto del funcionamiento de la red en su conjunto. También se procuraba fortalecer la capacidad de

planeación estratégica, mejorar la administración y contratación de recursos humanos, y desarrollar presupuestos operacionales y de capital, que otorguen espacios de participación a los usuarios, a través de representantes de actores sociales clave (por ejemplo, autoridades ciudadanas, representantes de la comunidad, organización de mujeres, etc.).

Otros aspectos de este componente eran el diseño e implementación de sistemas de gestión. Esto incluía la administración de calidad total, mejoramiento del desempeño, y medición y reporte de los sistemas. El desarrollo de recursos humanos a través de un entrenamiento selectivo y educación continua, incentivos al desempeño y desarrollo de carrera. El desarrollo de nuevos mecanismos de asignación de recursos e implementación de sistemas de gestión financiera y de información gerencial. Y el financiamiento de obras civiles, equipamiento, mantenimiento y suministro para renovación/mejoramiento de los servicios existentes.

Para la selección de hospitales se debían aplicar criterios referidos a capacidad de dirección, voluntad colectiva de cambio y de modernización institucional y de interacción con la comunidad y otros prestadores de servicios, entre otros.

En lo que se refiere al “desarrollo de política, gestión de recursos humanos y construcción de consensos” (componente al que se le asignó un 3,4% del costo total del proyecto), se planteaba abordar tres procesos interrelacionados:

- 1) Formulación de políticas, para disponer de un conjunto de lineamientos claros para la acción, ordenando el quehacer y señalando la dirección de los procesos.
- 2) Implementación, que involucre acciones de instrumentación técnica a través de la formulación del plan de salud acorde con las políticas enunciadas y su formalización legal.

- 3) Seguimiento y evaluación de la ejecución de las políticas, sobre la base de un sistema de información pertinente, para detectar desvíos de los procesos y tomar las medidas correctivas necesarias para su reordenación, en función de los objetivos y metas trazados.
- 4) Formación y educación permanente de recursos humanos en los siguientes ámbitos prioritarios: a) Diseño e implementación de programas de formación y educación permanente relacionados con la gestión/operación del sistema, en ámbitos de prestación y gerencia de servicios y en garantía de calidad y acreditación. b) Consecución de una “masa crítica” de grupos multidisciplinarios que impulsen los procesos de diseño e implantación de políticas de salud de Estado, con el concurso de instituciones de formación y educación nacionales e internacionales.

Este componente orientaba sus acciones a fortalecer al MSP y al CONASA, en tanto que organismos generadores de consenso para la formulación de políticas nacionales de salud. Se apuntaba a clarificar sus roles, misiones y responsabilidades, y a fortalecer la capacidad institucional del MSP para tomar decisiones, asignar recursos, gerenciar y evaluar resultados. Junto a todo esto, en este componente también se preveía el desarrollo de un marco legal que asegure la implementación de los cambios que se requieren para la reforma del sector salud y de sus instituciones. El componente desarrollaría, además, actividades de información, educación y comunicación que faciliten los procesos de concertación y de movilización social alrededor de la salud.

Considerando su gran importancia, en tanto condicionante directo de cualquier tentativa de cambio institucional, el proyecto otorgaba especial atención al tema de “recursos humanos en salud”. Dentro de este subcomponente, se definieron las siguientes líneas prioritarias de acción:

- 1) Descentralización y desconcentración de procesos, a efectos de transferir atribuciones de gestión de recursos humanos desde niveles centrales a instancias provinciales y de gobierno local, así como hacia los establecimientos de la red.
- 2) Implantación de mecanismos flexibles de contratación de recursos humanos basados en la evaluación del desempeño.
- 3) Establecimiento de incentivos en función del cumplimiento de estándares de calidad y de productividad.

El proyecto contribuiría a desarrollar políticas para reformar la oferta y distribución de médicos y enfermeras, a mejorar la gestión del desempeño de los recursos humanos, y a institucionalizar la acreditación y entrenamiento administrativo para lograr las reformas propuestas. Además, promovería el desarrollo de leyes y regulaciones para modificar tanto las políticas de recursos humanos, como las leyes de servicio civil y carrera administrativa y el código laboral vigentes. Apoyaría, asimismo, actividades de información, educación y comunicación para lograr los consensos sobre las reformas de salud.

Evaluación del proyecto MODERSA

Partiendo de la solidez conceptual y técnica del proyecto (claramente orientado al desarrollo de cambios organizativos y de operación en el MSP y en el sector salud), de la competencia y compromiso del equipo de trabajo, así como del respaldo político de autoridades gubernamentales de nivel superior, la fase inicial de ejecución, entre 1998 y 1999, registró logros significativos (Rodas, 1999). Entre éstos pueden destacarse la elaboración y ejecución inicial de Plan Nacional de Salud, concebido y diseñado participativamente desde espacios locales. También fue significativa la desconcentración

de capacidades de gestión financiera y de recursos humanos a niveles administrativos y operativos de provincias y Áreas de Salud. Se debe resaltar, asimismo, el diseño, sustentación jurídica e implementación inicial de una gestión participativa y autónoma de establecimientos de salud, a través de la constitución de comités de participación social y control de la gestión de salud, y de comités de modernización en hospitales y Áreas de Salud. La implementación inicial de experiencias demostrativas de sistemas descentralizados de salud y modernización hospitalaria alcanzó buenos resultados. Y, finalmente, otros logros importantes fueron la elaboración participativa de la Política Nacional de Recursos Humanos y las actividades iniciales de reingeniería institucional del MSP.

En años posteriores, la inestabilidad ministerial (con 4 gobiernos y 8 ministros de salud) y los consiguientes recambios de personal directivo y técnico del proyecto determinaron, como lógica consecuencia, un avance errático y limitado de acciones. En medio de este desfavorable contexto, posiblemente se podría destacar como un logro de la trunca ejecución del MODERSA, la preparación tanto para la promulgación de la Ley del Sistema Nacional de Salud en el año 2002, como la realización de dos Congresos Nacionales por la Salud y la Vida, en el 2002 y el 2004.

La Ley del Sistema tiene el mérito de constituir una primera aproximación jurídica al mandato constitucional de construcción del Sistema Nacional de Salud (esto con independencia de sus debilidades prescriptivas que obligarán en el futuro cercano a reformarla incluyendo disposiciones explícitas que permitan dar forma operativa al Sistema). La propuesta gubernamental de Aseguramiento Universal de Salud (AUS), que podría haber encontrado sustentación política con el acceso al poder de

su mentalizador (el ex vicepresidente y después presidente de la República Alfredo Palacio), deberá crear o adaptar instrumentos jurídicos para su sostenibilidad y adecuada operación.

El proyecto MODERSA proporcionó, además, el financiamiento para la realización de estudios ejecutados con participación de CARE y la Universidad Johns Hopkins. Desde estas instituciones se han elaborado propuestas operacionales sobre el funcionamiento del AUS que, al parecer, corresponden con bastante precisión a las características originalmente concebidas, y reseñadas en párrafos anteriores, del proyecto. Concretamente, tales propuestas operacionales, señalan cuatro tareas:

- 1) Integrar a proveedores públicos y privados dentro de una red de salud operando bajo acuerdos de desempeño o contratos para la entrega de un programa de servicios esenciales de salud, para grupos de población beneficiaria.
- 2) Categorizar y afiliar a los usuarios del AUS (concebidos en el proyecto como Sistemas Descentralizados de Cobertura Universal de Salud -SIDCUSS-) acorde a su nivel de ingreso, para definir familias o personas sujetas de exoneración total, parcial o no elegibles para subsidio.
- 3) Desarrollar nuevos mecanismos de financiamiento de la atención de salud (por ejemplo, un fondo de salud local) y de un sistema de pagos por usuarios con capacidad de aporte económico, para sistematizar subsidios para los pobres y para servicios seleccionados.
- 4) Apoyar la modernización de las estructuras administrativas de la Corporación de Aseguramiento Universal de Salud (definidas como entidades locales de gestión de salud en el proyecto) y de los proveedores de la red de salud, incluyendo el establecimiento de sistemas de información administrativa,

mecanismos de aseguramiento de la calidad y desarrollo de los recursos humanos.

Toda vez que al momento de elaborar este artículo el proyecto se encuentra en sus tramos finales de ejecución, su evaluación todavía no se realiza, por lo que no es posible registrar sus resultados finales. No obstante, es posible plantear que lo errático de su conducción, cuestión agravada durante la incompetente y mediocre gestión del desgobierno precedente, determinó un muy limitado cumplimiento de objetivos y actividades que, por lo conocido a través de las convocatorias públicas a concursos y licitaciones, no representaron sino un conjunto desdibujado y dispar de intervenciones sin Norte definido (como rehabilitaciones de unidades de salud de diversa complejidad y localización geográfica, adquisiciones de equipos hospitalarios, y consultorías técnicas de variados y heterogéneos temas). Tal parece ser que, con la complacencia del financista, el Banco Mundial, el propósito era ejecutar la mayor cantidad de recursos al margen de su real utilidad en términos de garantizar el derecho universal a la salud. Al respecto, conviene recordar que el principal indicador de logros de los proyectos impulsados por el Banco Mundial es, precisamente, su ejecución presupuestaria.

Conclusiones

Como se destacó al inicio de esta revisión, el modelo de atención constituye un componente esencial en la conceptualización, organización y funcionamiento de un sistema de salud.

Los países que han logrado consolidar sistemas exitosos de salud, a través de coberturas universales, apropiados estándares de calidad y valoración por parte de la población, adoptaron, sin excepción, modelos de atención de salud

basados en servicios ambulatorios (ubicados en los denominados primeros niveles de atención), inequívocamente articulados con niveles hospitalarios (secundarios y terciarios), en acción de mutua sinergia. En una dimensión más amplia, los países que optaron por la salud como concepción integral, concedieron prioridad a procesos de atención primaria de salud, apegados a los principios (plenamente actuales) establecidos en Alma Ata hace casi 30 años.

Vale la pena recalcar, en todo caso, que aquellos países lograron cohesionar en sus sistemas nacionales de salud lo preventivo y lo curativo, lo ambulatorio y lo hospitalario, y lo asistencial y docente, como armónicas unidades de conjunto.

Así, realidades diversas, unas lejanas (como Inglaterra, Canadá, Suecia, España o Israel) y otras más cercanas (como Cuba, Costa Rica y recientemente Brasil), muestran las bondades de sistemas nacionales basados en modelos de atención centrados en la familia y la comunidad. Estos modelos contienen elementos de mucho interés para el desarrollo de nuestro propio sistema de salud, con independencia de sus diferentes esquemas organizativos y de financiamiento (financiamiento público y prestación privada, como en Canadá; financiamiento y prestación pública a través de instituciones de gobierno central, como en Cuba; o gestión a través de instancias descentralizadas como en España o Brasil).

En el caso ecuatoriano, la importancia fundamental de la atención en el primer nivel es evidente. Dotada de atributos de excelencia en calidad, calidez, capacidad resolutive e integralidad, la atención primaria debe ser la piedra angular del edificio de la atención de salud. Efectivamente, un alto porcentaje de problemas o enfermedades que se presentan

frecuentemente en la población ecuatoriana, pueden tratarse, y lo que es más importante, prevenirse, con una acción local sistemática y programada y un abordaje colectivo, familiar, comunitario e intersectorial.

Lamentablemente, por lo revisado y contrariando todas las recomendaciones internacionales, Ecuador ha privilegiado un modelo de atención de salud asistencialista centrado en la figura del hospital, hacia donde se han dirigido mayoritariamente sus recursos (cuadro 33).

Cuadro 33

Composición del gasto del gobierno central en salud (1995-1998)

Funciones	1995		1996		1997		1998	
	Millones USD	%	Millones USD	%	Millones USD	%	Millones USD	%
Salud pública	25,50	13,4%	20,80	10,5%	17,30	9,4%	17,10	9,6%
Serv. atención primaria	61,40	32,1%	54,30	27,4%	55,10	30,0%	52,60	29,5%
Serv. atención hospital	79,70	41,8%	80,70	40,8%	80,20	43,6%	78,80	44,1%
Gastos administrativos	24,30	12,7%	42,10	21,3%	31,30	17,0%	30,00	16,8%

Fuente: Badillo (2000)

El sector de la salud en Ecuador tiene dos retos fundamentales. Primero, superar la fragmentación que lo ha caracterizado históricamente. Y segundo, reelaborar su modelo de atención, fortaleciendo con vigor su base que no puede estar constituida por otro elemento que no sea

un servicio ambulatorio de excelencia y con probada potencialidad. El sistema de salud, más allá de la mera atención de la enfermedad, debe contribuir al logro de objetivos de salud, desarrollo humano, equidad y democracia.

Bibliografía:

- Badillo, Daniel 2000 *La relación costo-efectividad del gasto del gobierno central en salud: una aproximación provincial* (Quito: UNICEF).
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID), RAND 1995 *Adelantando la reforma del sector salud en Ecuador: análisis de las opciones vigentes* (Quito: BID/RAND).
- Dirección de Sanidad del Ejército (DSE) 2005. Registros institucionales (Quito). Mimeo.
- Dirección General de Salud de la Policía (DGSP) 2005. Registros institucionales (Quito). Mimeo.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) 1980 *Anuario de recursos y actividades de salud* (Quito: INEC).
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) 1991 *Anuario de recursos y actividades de salud* (Quito: INEC).
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) 1996 *Anuario de recursos y actividades de salud* (Quito: INEC).
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) 2000 *Anuario de recursos y actividades de salud* (Quito: INEC).
- Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG) 2006 <www.jbg.org>
- Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2000 *Situación de la salud en el Ecuador* (Quito: MSP/OPS).
- Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2003 *Indicadores básicos de salud en el Ecuador* (Quito: INEC).
- Ministerio de Salud Pública (MSP) 1988 *Proyecto de Modernización de los Servicios de Salud (MODERSA)* (Quito: MSP).
- Ministerio de Salud Pública (MSP), Banco Interamericano de Reconstrucción y Fomento (BIRF), Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 1992 *Proyecto Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en el Ecuador (FASBASE): atención de calidad para población de prioridad* (Quito: MSP/BIRF/OPS/OMS).
- Ministerio de Salud Pública (MSP) 1993 *Manual de organización de las Áreas de Salud* (Quito: Ceronte Productores Gráficos Asociados).
- Ministerio de Salud Pública (MSP) 1994 *Manual de organización de las Áreas de Salud* (Quito: MSP).
- Ministerio de Salud Pública (MSP) 1996 *Anteproyecto Modernización de Servicios de Salud* (Quito). Mimeo.
- Ministerio de Salud Pública (MSP), Banco Interamericano de Reconstrucción y Fomento (BIRF) 1996 *Proyecto de modernización de la gestión hospitalaria y reforma del sector salud en el Ecuador* (Washington: Banco Mundial).
- Martínez Navarro, F., et. al. 1998 *Salud pública* (México: McGraw-Hill-Interamericana de España).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 1989 *Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud* (Washington: OPS/OMS).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Ministerio de Salud Pública (MSP) 1992 *Informe final evaluación del desarrollo de los SILOS en el Ecuador* (Quito: MSP).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2002 *El cóndor, la serpiente y el colibrí* (Quito: OPS/OMS).
- Rodas Andrade, Edgar 1999 Informe anual de actividades del ministro de Salud Pública (Quito: Publicorp).
- Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) 2003 *Registros institucionales 1994-2003* (Quito). Mimeo.
- Sacoto, Fernando y Carlos Terán 1991 *Manual del equipo de salud rural* (Quito: Namur Editores).
- Varios Autores 1988 *La situación de salud en el Ecuador. 1962-1985* (Quito: MSP).
- World Bank (WB) 1992 Report No. 10486-EC. Staff Appraisal Report Ecuador Second Social Development Project Health and Nutrition. June 29, 1992.
- World Bank (WB) 1998 Report No. 17326 EC. Project Appraisal Document on a proposed loan of US 45 million to the Republic of Ecuador for a Health Services Modernization Project. May 20, 1998.
- World Bank (WB) 2001 *ICR FASBASE* (Washington-Quito: WB).
- UNICEF, OMS 1978 *Declaración de Alma Ata* (Ginebra: OMS).