



Organización  
Internacional  
del Trabajo



**Perspectivas de  
trabajadores, empleadores,  
usuarios y expertos sobre el  
Sistema Nacional de Salud  
de Ecuador**

Estudio cualitativo

## Advertencia

El uso de un lenguaje que no discrimine ni marque diferencias entre hombres y mujeres es una de las preocupaciones de nuestra Organización.

Sin embargo, no hay acuerdo entre los lingüistas sobre la manera de hacerlo en nuestro idioma. En tal sentido y con el fin de evitar la sobrecarga gráfica que supondría utilizar en español o/a para marcar la existencia de ambos sexos, hemos optado por emplear el masculino genérico clásico, en el entendido de que todas las menciones en tal género representan siempre a mujeres y hombres.

Este documento ha sido elaborado en el marco del Proyecto para promover el acceso universal a la atención médica que la Oficina de la OIT para los Países Andinos lleva a cabo en Ecuador. El presente estudio fue desarrollado con la colaboración de los consultores Andrés Sotomayor y Nataly del Pozo y contó con valiosos aportes de Pablo Casalí, especialista en protección social, y Ana Cristina Mena, coordinadora de proyecto, ambos de la Oficina de la OIT para los Países Andinos.



## Índice

Siglas y abreviaturas	7
Introducción	8
1. Metodología	9
1.1. Etapa I: planificación y organización	9
1.2. Etapa II: desarrollo de los grupos focales	9
1.3. Etapa III: desarrollo de las entrevistas	12
1.4. Etapa IV: procesamiento de la información	14
2. Resultados de los grupos focales	15
2.1. Modelo asistencial	15
2.2. Financiamiento de la salud	19
2.3. Organización y gestión	22
2.4. Prestación de servicios	27
3. Resultados de las entrevistas	31
3.1. Modelo de atención	31
3.2. Financiamiento	34
3.3. Organización y gestión	36
3.4. Prestación de servicios	39
3.5. Síntesis de las entrevistas	40
4. Análisis conjunto de la problemática	44
5. Reflexiones finales	47
6. Referencias bibliográficas	48
7. Anexos	49

## ► Siglas y abreviaturas

---

APS	Atención Primaria de Salud
ASIS	Análisis Situacional Integral de Salud
CAIL	Cámara de Industrias de Loja
CDSSC	Comité de Defensa del Seguro Social Campesino
CEDOCUT	Confederación Ecuatoriana de Organizaciones Clasistas Unitarias de Trabajadores
CETOSS	Confederación Ecuatoriana de Trabajadores y Organizaciones de la Seguridad Social
CIP	Cámara de Industria y Producción
CIPEM	Cámara de Industrias, Producción y Empleo de Azuay
CONAIE	Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador
CONASEP	Confederación Nacional de Servidores Públicos del Ecuador
CONFEUNASS-CNC Nacional Campesina	Confederación Nacional de Afiliados al Seguro Social Campesino Coordinadora
CONFEUNASSCE	Confederación Nacional de Afiliados del Seguro Social Campesino del Ecuador
CUT	Central Unitaria de Trabajadores
FEDE	Federación Ecuatoriana de Enfermeras y Enfermeros
FENOGOPRE	Federación Nacional de Obreros de los Gobiernos Provinciales del Ecuador
FUT	Frente Unitario de Trabajadores
FEUNASSC	Federación Única Nacional de Afiliados al Seguro Social Campesino
FUPEC	Familias Unidas por los Enfermos de Cáncer
GAD	Gobiernos Autónomos Descentralizados
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
ISSFA	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
ISSPOL	Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional
ISP	Internacional de Servidores Públicos
MAIS-FCI	Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural
MSP	Ministerio de Salud Pública
OPS	Organización Panamericana de la Salud
RPC	Red Privada Complementaria
RPIS	Red Pública Integral de Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
SSC	Seguro Social Campesino
UGTE	Unión General de Trabajadores del Ecuador

## ► Introducción

---

La Oficina para los Países Andinos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) lleva a cabo en Ecuador el Proyecto para promover el acceso universal a la salud, a través de la mejora en la articulación del Sistema Nacional de Salud (SNS). Esta iniciativa tiene por objetivo establecer mecanismos que faciliten la coordinación, legitimidad y articulación de las instituciones que conforman la Red Pública Integral de Salud (RPIS), con la finalidad de mejorar el acceso a este derecho.

La intervención del proyecto comprende los siguientes ejes:

- Mejoramiento del mecanismo de reconocimiento económico de prestaciones de salud en el nivel hospitalario.
- Mejoramiento de los mecanismos de pago y reconocimiento económico de prestaciones de salud en el primer nivel de atención.
- Construcción de un proceso de adscripción territorial para identificación y registro de la población en el primer nivel de atención.

Los resultados esperados consideran un componente participativo, mediante la construcción de diagnósticos con el involucramiento de los distintos actores del sistema de salud. El proyecto, además de focalizar su intervención en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y el Ministerio de Salud Pública (MSP), incluye un componente de fortalecimiento de las organizaciones de empleadores y trabajadores. En este aspecto, se contempla la construcción conjunta de los insumos técnicos y su socialización, así como la generación de espacios de discusión de las problemáticas y propuestas de solución. Estas acciones permitirán profundizar en el conocimiento sobre el funcionamiento del sistema de salud, tener acceso a los análisis del sistema que se realicen y, de esta manera, contribuir activamente a la elaboración de soluciones sostenibles.

Derivada de las acciones llevadas a cabo en el marco del proyecto, surge la necesidad de profundizar en la perspectiva que tienen diversos actores sobre el Sistema Nacional de Salud. Con este objetivo, se realizó un estudio cualitativo basado en grupos focales con representantes de organizaciones de trabajadores y de empleadores, así como con personal sanitario y usuarios de los servicios públicos de salud. Asimismo, se consideró relevante conocer las opiniones de expertos y conocedores del sistema de salud que cuentan con experiencia en las instituciones de salud o la academia.

A partir de las principales problemáticas identificadas por los participantes, se elaboró el presente informe con una mirada propositiva. Esta construcción se realizó desde el análisis de cuatro ejes temáticos: el modelo asistencial, el financiamiento de la salud, la organización y gestión, y la prestación del servicio de salud. Para cada eje, se presentan las principales alternativas de solución planteadas desde la oportunidad de implementación y considerando el papel que tienen los actores involucrados.

Para organizar la información, el documento se estructura en cuatro secciones. La primera sección describe los elementos metodológicos utilizados para el estudio. En la segunda sección se presentan los resultados de los grupos focales, destacando los elementos que tuvieron mayores coincidencias entre los participantes. De forma similar, en la tercera sección se muestran los resultados de las entrevistas realizadas a expertos del sector, con los principales problemas y propuestas organizadas por ejes temáticos. En la cuarta sección, se analizan los planteamientos coincidentes entre los participantes de los grupos focales y de las entrevistas. A modo de conclusión, se incluyen las reflexiones finales que se derivan del presente estudio.

## ► 1. Metodología

---

La investigación se desarrolló por medio de dos componentes:

1. La aplicación de una metodología cualitativa participativa con diferentes grupos de representantes de los empleadores, trabajadores y usuarios del sistema público de salud.
1. La realización de entrevistas en profundidad a expertos del Sistema Nacional de Salud.

Su ejecución se organizó en cuatro etapas: planificación y organización; desarrollo de los grupos focales; realización de las entrevistas en profundidad, y procesamiento y análisis de la información, las cuales se describen a continuación.

### 1.1. Etapa I: planificación y organización

Durante esta etapa se definieron los participantes, tanto de los grupos focales como de las entrevistas, en función del mapeo de actores desarrollado por OIT. También se realizó el relevamiento y análisis de la información importante para el estudio, así como la preparación de los instrumentos para obtener los datos.

### 1.2. Etapa II: desarrollo de los grupos focales

La realización de grupos focales permitió identificar la perspectiva de trabajadores, empleadores y usuarios sobre el diseño e implementación de políticas, programas o estrategias de salud y las barreras existentes para la consecución de los resultados esperados. En esta etapa se buscó profundizar en las percepciones de los participantes respecto a los cuatro ejes temáticos definidos: modelo asistencial; financiamiento de la salud; organización y gestión, y prestación de servicios sanitarios.

#### Participantes

La participación de las organizaciones sociales en los grupos focales partió de identificar a los actores de interés (afiliados, jubilados, campesinos, usuarios y empleadores). La organización de los grupos focales y de los ejes temáticos a desarrollar con cada uno se definió en función de los actores de interés y el ámbito de acción. Se consideró un número máximo de siete participantes por cada grupo focal.

Se invitó a participar a organizaciones representativas de empleadores, trabajadores, campesinos y jubilados que han estado relacionadas a la ejecución del proyecto o cuyas actividades se vinculan con el sector de la salud. Para brindar una perspectiva de los usuarios del sistema público no contributivo de salud, se consideró a miembros del Consejo Ciudadano Sectorial de Salud y a representantes de diferentes organizaciones de usuarios del sistema de salud.

Las organizaciones que participaron en los diferentes grupos focales fueron las siguientes:

#### Afiliados

##### Grupo focal 1: usuarios del IESS y organizaciones de trabajadores

- Vocalía del consejo directivo representante de los asegurados al IESS
- Central Única de Trabajadores (CUT)
- Confederación Ecuatoriana de Trabajadores y Organizaciones de la Seguridad Social (CETOSS)

**Grupo focal 2: organizaciones de trabajadores**

- ▶ Frente Único de Trabajadores (FUT)
- ▶ Unión General de Trabajadores del Ecuador (UGTE)
- ▶ Federación Nacional de Obreros de los Gobiernos Provinciales del Ecuador (FENOGOPRE)
- ▶ Confederación Ecuatoriana de Organizaciones Clasistas Unitarias de Trabajadores (CEDOCUT)

**Profesionales y trabajadores****Grupo focal 3: organizaciones de trabajadores**

- ▶ Confederación Nacional de Servidores Públicos (CONASEP)
- ▶ Internacional de Servidores Públicos (ISP)<sup>1</sup>
- ▶ Federación Ecuatoriana de Enfermeras y Enfermeros (FEDE)

**Sector Campesino****Grupo focal 4: usuarios del Seguro Social Campesino (SSC)**

- ▶ Confederación Única de Afiliados al SSC de Ecuador-Coordinadora Nacional (CONFEUNASS-CNC)
- ▶ Federación Única Nacional de Afiliados al Seguro Social Campesino (FEUNASSC)
- ▶ Comité de Defensa del Seguro Campesino (CDSSC)
- ▶ Confederación Única de Afiliados del Seguro Social Campesino del Ecuador (CONFEUNASSCE)

**Empleadores****Grupo focal 5: empleadores**

- ▶ Cámara de Industrias y Producción (CIP)
- ▶ Cámara de Industrias de Loja (CAIL)
- ▶ Cámara de Industrias, Producción y Empleo de Azuay (CIPEM)

**Usuarios del sistema público de salud****Grupo focal 6: usuarios del sistema público de salud**

- ▶ Consejo Sectorial de Salud (delegados nacionales)

**Grupo focal 7: pacientes**

- ▶ Fundación Pacientes Ecuador
- ▶ Familias Unidas por los Enfermos de Cáncer (FUPEC), representante de la organización Acuerdo contra el Cáncer Ecuador
- ▶ Fundación Ecuatoriana Equidad, pacientes VIH
- ▶ Dirección de salud de la Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE)

<sup>1</sup> En la legislación ecuatoriana del sector público existen dos normativas: una para trabajadores (obreros) y otra para profesionales (personal con título de tercero y cuarto nivel universitario).

## Ejes temáticos

Para la investigación cualitativa se plantearon ejes temáticos y dimensiones según las líneas de trabajo de la OIT en Ecuador <sup>2</sup>. Los temas fueron asignados previamente a cada grupo focal para su discusión de la siguiente manera:

► **Tabla 1. Temáticas para el desarrollo de los grupos focales**

Ejes temáticos	Dimensiones	Grupos focales
<b>1. Modelo asistencial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Organización y funcionamiento del primer nivel de atención:               <ul style="list-style-type: none"> <li>● Disponibilidad de recursos</li> <li>● Seguro Social Campesino</li> </ul> </li> <li>▶ Coordinación asistencial</li> <li>▶ Red de servicios</li> </ul>	Grupos focales 2, 3, 4, 5, 6, 7
<b>2. Financiamiento de la salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Disponibilidad de recursos</li> <li>▶ Fuentes de financiamiento</li> <li>▶ Gestión y distribución de recursos</li> <li>▶ Incentivos y gestión por resultados</li> </ul>	Grupos focales 1, 4 y 5
<b>3. Organización y gestión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Mecanismos de articulación de la Red Pública Integral de Salud</li> <li>▶ Proceso de derivación</li> <li>▶ Modelo de reconocimiento económico entre instituciones públicas y privadas</li> <li>▶ Relacionamiento de las instituciones públicas y privadas de salud</li> <li>▶ Talento humano</li> <li>▶ Autoridad sanitaria</li> </ul>	Grupos focales 1, 2, 3 y 6
<b>4. Prestación de servicios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Calidad de los servicios de salud</li> <li>▶ Cartera de servicios</li> <li>▶ Disponibilidad de los servicios</li> <li>▶ Barreras de acceso</li> </ul>	Grupos focales 4, 5 y 7

## Ejecución de los grupos focales

Para su realización, se invitó a los participantes a una reunión virtual por la plataforma zoom de dos horas de duración. Cada sesión contó con la participación de una persona en el rol de moderador y otra para la asistencia técnica. Como primera actividad, se realizó una breve presentación sobre la situación actual del sistema de salud relacionada con el eje temático y dimensiones propuestos para cada grupo focal. Después de contar con la autorización de los participantes, se grabó la reunión con fines documentales.

La metodología para la ejecución de los grupos focales fue una adaptación virtual de Open Cards Methodology<sup>3</sup> para la cual se utilizó la herramienta de trabajo Jamboard<sup>4</sup>. Esta metodología se socializó con los participantes usando como ejemplo una actividad de la vida diaria. Una vez comprendida, se presentó el contexto de los ejes a abordar y se desarrolló el diagnóstico participativo con el uso de imágenes seleccionadas en función de la temática. Se procuró la participación de todos los miembros del grupo focal para lo cual se contó con una guía de trabajo y una definición de preguntas semiestructuradas (anexo 1).

El uso de imágenes y la creación de palabras y frases facilitaron el desarrollo de ideas clave. Las mismas fueron trasladadas al modelo Ishikawa (causa-efecto) para abordar la situación actual y definir la problemática, sus causas y las alternativas de cambio.

<sup>2</sup> Las acciones se enmarcan en el Proyecto para promover el acceso universal a la atención médica, llevado a cabo por OIT en Ecuador.

<sup>3</sup> Open Cards es una metodología para la construcción de diagnósticos participativos que garantiza la interacción de los actores y una mejor obtención de resultados. Se basa en el uso de recursos visuales y modelos de conversaciones.

<sup>4</sup> Jamboard es una pizarra virtual interactiva utilizada para el trabajo colaborativo.

En cada grupo, en primer lugar, se identificaron los problemas principales en función de la temática planteada y se asociaron sus causas principales y las consecuencias. Una vez que se desarrolló en profundidad el tema, al saturar las respuestas probables a la problemática, se propusieron las alternativas de cambio. Las propuestas fueron planteadas desde la factibilidad y oportunidad de implementación para las autoridades y desde el ámbito de acción de los participantes y las organizaciones a las que representaban.

### 1.3 Etapa III: desarrollo de las entrevistas

Para el desarrollo de las entrevistas en profundidad se invitó a profesionales que tienen amplio conocimiento sobre el funcionamiento del SNS y la gestión de los diferentes subsistemas de salud, así como a actores de la academia.

En total, se realizaron entrevistas a nueve expertos del sistema de salud. Las mismas duraron entre treinta minutos y dos horas, y fueron realizadas con base en un cuestionario semiestructurado definido de acuerdo a los ejes temáticos abordados con cada experto.

#### Ejes temáticos

Para la realización de las entrevistas se consideró como insumo el análisis realizado en los grupos focales. Se consideró la misma estructura de ejes temáticos y dimensiones. Los temas abordados se detallan a continuación.

► **Tabla 2. Temáticas para el desarrollo de las entrevistas en profundidad**

Ejes	Temas
<b>1. Modelo asistencial</b>	Primer nivel como puerta de entrada al sistema de salud
	Responsabilidad del primer nivel con los individuos, sus familias y comunidades
	Subsistema de referencia y contrarreferencia
	Modelo de atención integral, holística e integrada
	Cobertura financiera a prestaciones de salud
<b>2. Financiamiento de la salud</b>	Cobertura poblacional por los subsistemas de salud
	Extensión de la cobertura a cónyuges e hijos menores de edad
	Mecanismos de financiamiento
	Mecanismos de reconocimiento económico por prestaciones de salud
	Mecanismos de pago por eficiencia a prestadores de salud
<b>3. Organización y gestión</b>	Rectoría del Ministerio de Salud Pública (MSP) en el SNS
	Niveles de gestión del SNS
	Mecanismos de articulación de subsistemas de salud
	Mecanismos de reconocimiento económico por prestaciones de salud
	Derivaciones de pacientes, normativa, cobertura y exclusiones
	Mecanismo de gestión de pacientes en la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y la Red Privada Complementaria (RPC)
	Profesionales de salud dentro del SNS
	Importancia de la carrera sanitaria
	Mecanismos de flexibilidad laboral en el sector salud
<b>4. Prestación de servicios</b>	Calidad de atención, servicio y sistema de salud
	Ley de derecho y amparo al paciente

Ejes	Temas
	Autonomía del paciente en la atención
	Cartera de servicios explícita
	Acceso a servicios de salud económicos, geográficos, culturales, temporales y funcionales

### Personas entrevistadas

Para consolidar una visión con diversos enfoques, se consideraron a profesionales que cuentan con amplia trayectoria en el sector salud en los distintos ámbitos de gestión:

**Academia:** Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE), Instituto de Salud Pública de la PUCE, Universidad Andina Simón Bolívar, Escuela de Salud Pública de la Universidad San Francisco de Quito

**Organizaciones:** Consejo Nacional de Salud, Sociedad Ecuatoriana de Salud Pública

### Especialistas del sector

A continuación, se enlistan las personas entrevistadas y los ejes temáticos que fueron abordados con cada una de ellas. Esta distribución de ejes por persona se realizó de acuerdo al ámbito de experiencia o conocimiento de cada una.

► **Tabla 3. Personas entrevistadas y temas abordados**

Entrevistados	Cargo / organización	Ejes temáticos			
		Modelo asistencial	Financiamiento de la salud	Organización y gestión	Prestación de servicios
Pedro Isaac Barreiro	Médico salubrista y escritor, especialista en salud pública	X			X
Nilda Villacrés	Exdirectora del Consejo Nacional de Salud y consultora de la OPS		X	X	
Ruth Jimbo	Subdecana de la Facultad de Medicina (PUCE)	X			X
Ana Lucía Torres	Instituto de Salud Pública PUCE	X		X	
Jaime Breilh	Universidad Andina Simón Bolívar	X		X	
Jaime Eduardo Ocampo	Decano de Salud Pública- Escuela de Salud Pública Universidad San Francisco de Quito		X		X
Fernando Sacoto	Sociedad Ecuatoriana de Salud Pública	X		X	
Ruth Lucio	Consultora en salud		X		X
Sonia Díaz	Exdirectora del ISSFA		X	X	

Una vez definidos los ejes temáticos a abordar por cada experto se realizó la entrevista conforme a las preguntas estructuradas (anexo 2).

#### **1.4. Etapa IV: procesamiento de la información**

Durante esta etapa se realizó el procesamiento y análisis de la información levantada en las fases anteriores. Para los resultados obtenidos por medio de los grupos focales y las entrevistas semiestructuradas se identificaron relaciones significantes en el contenido, lo cual permitió realizar agrupaciones, comparaciones y triangulaciones entre diferentes fuentes o actores. Esto permitió el desarrollo de un análisis descriptivo e interpretativo de los datos. En los reportes, previa autorización de los actores, se utilizaron sus nombres –o los de las organizaciones e instituciones a las cuales representaban– para entender las diferentes perspectivas.

## ► 2. Resultados de los grupos focales

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de los diferentes grupos focales por cada eje temático. Los aportes de los participantes se sistematizaron considerando los ámbitos que más fuerza tuvieron por ser más frecuentes en el desarrollo de la discusión. Por cada eje temático, se incluye una tabla que resume los principales problemas y sus causas, así como los grupos de trabajo que los identificaron.

### 2.1. Modelo asistencial

El análisis del modelo asistencial en salud partió de la observación de los elementos conceptuales.

La definición de salud utilizada fue la adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución, que la entiende como «el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (OMS 1948).

También se conceptualizaron los determinantes sociales de la salud (DSS) como «las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana» (OPS 2009). Se resaltó la importancia de entender estos determinantes no solo en la esfera individual, sino también en los ámbitos familiar y comunitario, considerando las distintas condiciones socioeconómicas, medioambientales y culturales.

Asimismo, se destacó la importancia del trabajo intersectorial para alcanzar este estado de bienestar de la población. En este contexto, se destaca que la estrategia de la Atención Primaria de Salud (APS) se incorporó en la normativa nacional a partir de la Constitución del Ecuador (Asamblea Constituyente 2008) y, posteriormente, con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) del Sistema Nacional de Salud (MSP 2012). Para profundizar el debate sobre el MAIS-FCI, se realizó una revisión de su propósito, objetivos, mecanismo de implementación y principios.

Una vez definido el alcance de la temática y sus dimensiones, se desarrolló el trabajo con los grupos con las siguientes preguntas motivadoras:

1. ¿Se ha podido implementar el modelo de atención en el Ecuador como expresa su normativa?
2. ¿Cuáles son los principales problemas que usted puede identificar para la implementación del MAIS-FCI?
3. ¿Podría identificar las causas de la problemática para la implementación del MAIS-FCI?
4. ¿Cuáles podrían ser las alternativas de solución para mejorar la implementación del modelo de atención en el SNS?

En base al conocimiento previo de los participantes, se identificaron los principales problemas para la implementación del modelo de atención y sus causas a través de diagramas de espina de pescado (causa-efecto). Los resultados se resumen en la tabla 4.

► **Tabla 4. Problemas y causas de la implementación del MAIS-FCI identificados por grupos focales**

Problema	Causa	Grupo focal
<b>1. Falta de política pública del sector salud y de planificación, lo que genera una mala administración de los recursos del Estado</b>	1.1. Falta de políticas de prevención (la atención es curativa y hospitalaria).	Organizaciones de trabajadores Usuarios del IESS
	1.2. Mala gestión de recursos públicos.	Organizaciones de trabajadores Usuarios del SSC
	1.3. Falsa percepción de que lo privado es mejor que lo público.	Organizaciones de trabajadores

Problema	Causa	Grupo focal
<b>2. Baja cobertura y problemas de atención en los establecimientos de salud</b>	2.1. No hay una real cobertura para los usuarios. Existen grupos desprotegidos y grupos vulnerables con limitado acceso al sistema de salud.	Organizaciones de trabajadores Usuarios del sistema público de salud
	2.2. El modelo limita la atención a pacientes del SSC, porque deben acudir primero a los dispensarios, puestos o centros de salud y no directamente al hospital.	Usuarios del SSC
	2.3. Existe un aumento de la cobertura de salud, pero no un aumento de la oferta de servicios.	Empleadores Usuarios del sistema público de salud
	2.4. Disminución de afiliados al SSC por definiciones de los gobiernos locales de las zonas rurales <sup>5</sup> .	Usuarios del SSC
	2.5. Desafiliación automática del SSC a quienes están bajo el Régimen Impositivo Simplificado (RISE).	Usuarios del SSC
<b>3. No existe normativa o no se ha implementado en su totalidad</b>	3.1. No se desarrolló un plan de implementación del MAIS-FCI.	Pacientes
	3.2. Falta actualización del listado de enfermedades raras.	Pacientes
	3.3. Faltan protocolos estandarizados de medicamentos.	Pacientes
	3.4. Existe un modelo que privilegia la atención curativa, pero no la promoción y la prevención.	Pacientes

Los participantes que abordaron el eje temático del modelo de atención coincidieron en que uno de los principales problemas es la falta de política pública del sector salud y la carencia de planificación, que se relaciona a una mala administración de los recursos del Estado.

En estos grupos focales, se enfatizó la débil rectoría del MSP como autoridad sanitaria nacional, situación que se hizo más evidente en los primeros meses de pandemia de la COVID-19. Los trabajadores del sector pusieron el acento en que se sintieron desprotegidos en los establecimientos de salud al no contar con todos los recursos necesarios para garantizar una atención de calidad. Si bien se fortaleció la atención en los hospitales centinelas para atención de pacientes con COVID-19, los establecimientos de salud restantes evidenciaron problemas de desabastecimiento de medicamentos y dispositivos médicos. También se reconocieron dificultades en la coordinación de la prestación de servicios a nivel territorial, pues mientras la ciudadanía se sumó a las acciones de vigilancia comunitaria en los barrios y comunidades junto con los gobiernos locales, desde el gobierno se priorizó la acción en los hospitales. Esta situación evidenció una mala gestión de los recursos públicos, un enfoque curativo y la falta de rectoría de salud en territorio. Estos factores han generado una falsa percepción en los usuarios de los servicios sanitarios, según la cual los servicios privados son mejores que los públicos.

Otro de los problemas identificados se centra en la disminución de los niveles de cobertura y las barreras de acceso que afectan, principalmente, a grupos poblacionales desprotegidos y vulnerables. Entre las barreras del modelo de atención existente se cuentan la falta de infraestructura sanitaria, la deficiente organización de los servicios, las condiciones de acceso o, incluso, la exclusión a cierto tipo de afiliación.

En este último punto, se destaca la perspectiva de los afiliados al SSC y los requisitos para su afiliación. Entre las barreras, acentuaron la falta de cobertura de los hijos de familias campesinas que por situación de estudio migran de forma temporal a ciudades que cuentan con oferta académica, lo que genera un cambio de la residencia del sector rural al urbano. Asimismo, indicaron que los cambios realizados por los gobiernos locales en la definición

<sup>5</sup> De acuerdo a la Ley de Seguridad Social, los sujetos que cuentan con la protección del Seguro Social Campesino (SSC) son trabajadores de la pesca artesanal y el habitante rural que trabaja en el campo, por cuenta propia o de la comunidad, que no recibe remuneraciones de un empleador y tampoco contrata a terceros para la realización de actividades económicas bajo su dependencia.

de parroquias rurales a urbanas excluyen del SSC a agricultores y campesinos que habitan dentro de estas áreas<sup>6</sup>. De igual manera, es una preocupación constante entre los afiliados al SSC la pérdida de cobertura de los hijos mayores de 18 años. A esto se suma la dificultad que genera la legalización de los dependientes de los afiliados en el sistema tributario, debido a que dejan de tener cobertura del SSC cuando formalizan su registro en el régimen simplificado de tributación<sup>7</sup>.

Además, los usuarios del sistema de salud manifestaron que el ingreso a los servicios de salud por primer nivel de atención como puerta de entrada es un problema en el territorio. Se señaló que no todas las áreas geográficas cuentan con dispensarios médicos, puestos o centros de salud cercanos. Cuando los pacientes solicitan turnos para la atención, se otorgan citas médicas en sitios lejanos a su residencia, con diferentes médicos y establecimientos de salud; esto ocasiona una falta de continuidad en la atención. También mencionaron que existe una limitada capacidad resolutoria en los establecimientos de primer nivel: los pacientes son derivados a los hospitales, pero el acceso al servicio hospitalario demora por la disponibilidad de citas médicas y de servicios.

Por otra parte, los representantes de los empleadores y los usuarios del sistema público coinciden en que se ha generado un problema al aumentar la cobertura de la población –en el caso del IESS a cónyuges e hijos menores de edad– sin contar con una oferta de servicios adecuada a la necesidad de este grupo objetivo.

Además, los pacientes señalaron que el modelo de atención no se cumple y que no existe un plan de implementación. En su opinión, el modelo privilegia la atención curativa, pero no la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. A esto se añade que hay normativa que no se aplica en su totalidad (como el propio MAIS-FCI), que faltan protocolos estandarizados para el uso de medicamentos y que no se ha actualizado el listado de enfermedades raras.

### Alternativas de cambio

Una vez identificados los principales problemas y sus causas, se planteó como objetivo a los grupos desarrollar alternativas de cambio que permitan fortalecer, mejorar o replantear el modelo de atención definido para el SNS (tabla 5).

► **Tabla 5. Alternativas de cambio en la implementación del AIS-FCI propuestas por los participantes**

Problema	Alternativa de cambio propuesta	Grupo focal
<b>1. Falta de política pública del sector salud y de planificación, lo que genera una mala administración de los recursos del Estado</b>	1.1. Respetar el estado de derecho que establece la Constitución en referencia a la asignación presupuestaria para salud (porcentaje del PIB).	Organizaciones de trabajadores
	1.2. Exigir que las empresas cumplan con los comités paritarios de higiene y seguridad laboral.	Organizaciones de trabajadores
	1.3. Crear mesas de diálogo tripartitas con agendas acordadas para tomar decisiones que favorezcan a los trabajadores.	Organizaciones de trabajadores Usuarios del SSC
	1.4. Motivar el trabajo mancomunado entre el sector privado y las instituciones del sector público de salud.	Empleadores Usuarios del sistema de salud
<b>2. Baja cobertura y problemas de atención en los establecimientos de salud</b>	2.1. Generar mecanismos para que las personas de la ruralidad ingresen o continúen afiliadas al SSC.	Usuarios del SSC
	2.2. Exigir la ampliación de la cobertura a zonas declaradas urbanas que realizan actividades agrícolas, ganaderas o de pesca.	Usuarios del SSC

6 Existe un Proyecto de Ley Orgánica Reformatoria a la Ley de Seguridad Social en el que se contempla mantener la condición de habitante rural a los afiliados al SSC pese a los cambios en la denominación de uso de suelo de rural a urbano. El proyecto está en trámite en la Asamblea Nacional y a la fecha de cierre de esta nota, cuenta con la aprobación del primer informe para debate.

7 Antes el Régimen Impositivo Simplificado (RISE) y actualmente el Régimen Simplificado para Emprendedores y Negocios (RIMPE). Entre los requisitos para la afiliación al SSC se señala que el jefe de familia puede tener RUC o RISE con actividad de pesca artesanal o labor de campo, no así sus dependientes.

Problema	Alternativa de cambio propuesta	Grupo focal
	2.3. Identificar mecanismos para ampliar la cobertura del SSC a los hijos de familias afiliadas, incluidos mayores de 18 años en condición de estudio.	Usuarios del SSC
	2.4. Trabajar en estrategias que alcancen los objetivos de medicina preventiva de los principales problemas de salud.	Empleadores Usuarios del sistema de salud Pacientes
	2.5. Separar las funciones de salud de la aseguradora y de los proveedores del IESS, con un solo proveedor público.	Empleadores
<b>3. No existe normativa o no se ha implementado en su totalidad</b>	3.1. Construir el plan de implementación del MAIS-FCI de manera participativa a mediano plazo.	Pacientes
	3.2. Planificar la visita de equipos de atención a comunidades alejadas.	Pacientes
	3.3. Difundir los derechos de los pacientes en diferentes instituciones.	Pacientes
	3.4. Construir un foro anual con las instituciones de salud y la sociedad civil para discutir la problemática, intercambiar información y presentar propuestas de cambio.	Pacientes

Las organizaciones de trabajadores y usuarios del sistema de salud recalcaron la importancia de garantizar el presupuesto destinado al financiamiento del sistema público. Según lo señalado en la Constitución del Ecuador, equivale a un monto mínimo del 4 por ciento del PIB (Asamblea Constituyente 2008). Esta asignación permitiría mejorar la suficiencia de recursos para financiar las prestaciones de salud y aumentar la cobertura de atención.

Una de las alternativas de cambio que generó mayor acuerdo en los grupos de trabajo fue la propuesta de contar con un sistema de salud preventivo; todos coincidieron en que es más eficiente y beneficioso para la población en general.

Otro tema importante en la discusión fue la participación de las organizaciones de trabajadores, profesionales y usuarios del sistema de salud. Varios participantes coinciden en que esta se ha limitado a cuestiones específicas en determinados momentos, y no se ha realizado de forma sistemática. Se planteó la propuesta de retomar espacios de debate y construcción como el Consejo Nacional de Salud (CONASA) y el Consejo Sectorial de Salud, así como la representación de los afiliados en el Consejo Directivo del IESS con la participación de los trabajadores, campesinos y jubilados. Las mesas de diálogo deberían ser tripartitas –usuarios de los servicios, gobierno y empleadores– con el fin de definir políticas públicas, participar en su implementación y proceder a la evaluación y rendición de cuentas del uso de los recursos asignados al sector salud. También se consideró importante intercambiar experiencias con otros países que se destaquen por contar con buenas prácticas en materia de participación de trabajadores y profesionales en los diferentes niveles de gestión.

Con el objetivo de tener una voz más representativa de los diferentes gremios y trabajadores del sector salud, se indicó la necesidad de conformar una mesa de diálogo entre las organizaciones laborales del sector salud y con participación de un actor internacional –como la OIT o la Organización Panamericana de la Salud (OPS)– que coadyuve a la obtención de los resultados esperados.

Los usuarios señalaron la posibilidad de garantizar una participación más dinámica en la gestión del MSP, como la representación del Consejo Ciudadano Sectorial de Salud, a través del mecanismo de silla vacía definido por la Ley Orgánica de Participación Ciudadana.

El sector empresarial se mostró interesado en compartir su experticia en diversos ámbitos para apoyar la gestión del sector público de salud. Propuso identificar las fortalezas y debilidades para poder, de una manera transparente en la gestión pública, realizar un trabajo mancomunado entre sector público y privado. Otra sugerencia de los empresarios fue crear consejos ad honorem para evaluar la estructura organizacional y luego revisar los servicios a fin de identificar oportunidades de mejora. Asimismo, ofrecieron asesoría en áreas especializadas bajo la forma de alianzas público-privadas.

Las alternativas de cambio para ampliar la cobertura y que más personas puedan acceder al derecho a la salud, impulsando un modelo de salud preventivo, son las siguientes:

- ▶ Generar mecanismos para que las personas que habitan en el área rural ingresen y se mantengan afiliadas al SSC y exigir la ampliación de la cobertura a zonas declaradas urbanas que realizan actividades agrícolas, ganaderas o de pesca.
- ▶ Buscar mecanismos para ampliar cobertura a hijos de afiliados al SSC mayores de 18 años y en condición de estudio (propuesta de los afiliados y usuarios del SSC).
- ▶ Trabajar en un modelo de atención en salud preventivo, que resultaría más eficiente en el uso de los recursos, incorporando asesoría externa para incluir en las políticas públicas estrategias de salud preventivas (propuesta del sector empresarial).
- ▶ Dividir las funciones de aseguramiento y prestación de servicios del IESS, a fin de generar una independencia de las dos áreas. De esta forma, la administradora de los recursos sería la encargada de financiar a los prestadores de servicios públicos o privados de una manera ágil, generando competitividad y garantizando excelencia en la prestación mediante un pago basado en resultados (propuesta de los empleadores).

## 2.2 Financiamiento de la salud

Para abordar este componente se reconoció que el modelo actual de financiamiento del sector salud es segmentado, ya que los recursos que reciben los subsistemas públicos y privados se destinan para cubrir las prestaciones de sus beneficiarios. Existen diversas fuentes de financiamiento: impuestos; cotizaciones de trabajadores o empleadores; fuentes externas, y gasto de bolsillo. En 2018, el gasto total en salud del Ecuador fue del 8,1 por ciento del PIB: el 40 por ciento de ese monto se financia con pagos directos de los hogares (OIT 2021).

Para entender la asignación de recursos y su utilización, se identificaron los actores del SNS tanto del sector público (financiadores o aseguradores y prestadores) como del sector privado (con y sin fines de lucro). Con el objetivo de comprender la sostenibilidad del sistema, también se abordaron las dimensiones de la cobertura de salud: población, prestaciones y protección financiera. Por último, se consideraron las relaciones entre la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y la Red Privada Complementaria (RPC) así como sus mecanismos de compensación y pago por las prestaciones médicas.

Una vez definido el alcance de la temática y sus dimensiones, se desarrolló el trabajo con las siguientes preguntas motivadoras:

1. ¿Cuáles son los principales problemas del financiamiento del sector salud?
1. ¿Podría identificar las causas de la problemática del financiamiento?
1. ¿Cuáles podrían ser alternativas de solución para garantizar la sostenibilidad del sector salud?

A continuación, se presentan los principales problemas y causas identificados con relación al financiamiento del sector salud (tabla 6).

▶ **Tabla 6. Problemáticas del financiamiento del sector salud identificadas por los grupos focales**

Problema	Causa	Grupo focal
<b>1. Gestión deficiente de recursos financieros</b>	1.1. Falta de capacitación en gestión del talento humano de salud.	Organizaciones de trabajadores
	1.2. Percepción de que el sector privado es más eficiente que el sector público en la administración de recursos.	Organizaciones de trabajadores

Problema	Causa	Grupo focal
	1.3. Falta de talento humano con perfiles adecuados.	Organizaciones de trabajadores
	1.4. Falta de transparencia en la gestión de recursos.	Organizaciones de trabajadores Empleadores Usuarios del sistema público de salud Pacientes
	1.5. Falta de directrices claras para los procesos administrativos.	Organizaciones de trabajadores
	1.6. Actos de corrupción que desfinancian el sector.	Organizaciones de trabajadores
	1.7. Falta de planificación y control de las compras.	Empleadores
	1.8. Los recursos de los afiliados del SSC se utilizan con otros fines y no se enfocan en salud.	Empleadores Usuarios del sistema de salud
	1.9. Sobreprecio en las compras.	Empleadores
<b>2. Falta de asignación de recursos</b>	2.1. Falta de recursos que limitan el acceso a los servicios de salud que genera exclusión social y barreras de acceso.	Profesionales y trabajadores
	2.2. Se promueve un proceso de privatización de salud.	Profesionales y trabajadores
	2.3. No se respeta la asignación presupuestaria del Estado en salud para un funcionamiento adecuado.	Organizaciones de trabajadores Profesionales y trabajadores Empleadores Pacientes
	2.4. No se garantiza la sostenibilidad del sistema.	Usuarios del sistema público de salud
	2.5. No hay relación costo-beneficio de los recursos.	Usuarios del sistema público de salud Pacientes

Para el financiamiento del sector salud, el primer problema identificado es la gestión deficiente de recursos. Los usuarios y trabajadores plantearon que se debe principalmente a la falta de capacitación en la gestión de los recursos, así como a la carencia de profesionales con formación en administración y gestión al frente de los establecimientos de salud y en cargos directivos. Señalaron que estos puestos son ocupados con cuotas políticas o con profesionales de la salud con buenas intenciones, pero sin la formación adecuada.

Es importante destacar la perspectiva de los representantes de las organizaciones de trabajadores y usuarios sobre la falta de planificación y de directrices claras para los procesos administrativos, así como de un control adecuado en los procesos de compras de medicamentos y dispositivos médicos. Estas falencias no solo pueden generar desabastecimiento en las unidades de salud, sino también desperdicios por caducidad y falta de uso por parte de los profesionales de la salud por no cumplir criterios de calidad.

En las mesas de trabajo de los usuarios y trabajadores del sector salud se manifestó como una preocupación importante la percepción de que el sector privado es más eficiente que el sector público en la administración de recursos. Esta percepción, a criterio de varios participantes, se fortalece tanto entre las autoridades como en la ciudadanía en general y podría generar la posibilidad de privatizar el sector salud.

Varios participantes coincidieron en que una de las causas que lleva a la gestión deficiente de los recursos es la falta de transparencia, lo que además ha ocasionado casos de corrupción que desfinancian al sector. Adicionalmente, los usuarios del sistema y empleadores manifestaron la existencia de sobrepuestos en los procesos de compras de medicamentos e insumos médicos; todo esto produce desabastecimiento en los establecimientos de salud y problemas en la atención médica.

El segundo problema identificado es la falta de asignación de recursos para el sistema sanitario, lo que ocasiona escasez de los recursos para brindar una atención oportuna y de calidad a la población. Esta situación, a criterio

de los profesionales y trabajadores del sector salud, genera exclusión social y barreras de acceso a la población. La falta de asignación de presupuesto por parte del gobierno afecta a los establecimientos públicos de salud dependientes (MSP) y al cumplimiento de sus obligaciones de atención a pacientes en las redes pública y privada –RPIS y RPC–. Este incumplimiento pone en riesgo la sostenibilidad del IESS, a criterio de sus beneficiarios.

Los participantes coincidieron en que no se ha trabajado en la sostenibilidad del sistema de salud y, a su vez, demostraron su preocupación por el incumplimiento del Gobierno de sus obligaciones.

### Alternativas de cambio

La siguiente tabla sintetiza las alternativas de cambio propuestas por los grupos focales para solucionar los problemas identificados con respecto al financiamiento del sector salud (tabla 7).

► **Tabla 7. Alternativas de cambio propuestas para los problemas de financiamiento del sector salud**

Problema	Alternativa	Grupo focal
<b>1. Falta de transparencia en la gestión de los recursos financieros</b>	1.1. Promover la salud universal mediante el cumplimiento de la contribución financiera del Estado.	Organizaciones de trabajadores
	1.2. Auditoría integral al SNS: transparentar su situación económica, financiera y administrativa.	Organizaciones de trabajadores
	1.3. Trabajar en recuperar la ética del funcionario público a lo largo de su formación.	Organizaciones de trabajadores
	1.4. Establecer un código de ética e implementarlo en el sector salud.	Organizaciones de trabajadores
	1.5. Realizar concursos de méritos y oposición para funcionarios del sector salud a nivel técnico y directivo.	Organizaciones de trabajadores
	1.6. Capacitar a los profesionales de la salud para mejorar la atención y la gestión de los recursos.	Organizaciones de trabajadores Empleadores
	1.7. Solicitar reformar la Ley de Seguridad Social en su artículo 28, referente a la conformación del Consejo Directivo, para contar con representantes de campesinos, jubilados y todos los sectores.	Empleadores
	1.8. Perfeccionar los mecanismos de pago para que exista articulación de los actores del SNS, con incentivos a quienes realicen atenciones preventivas y cumplan los objetivos planteados, principalmente en atención primaria.	Pacientes
<b>2. Falta de asignación de recursos</b>	2.1. Velar por la asignación de presupuesto correspondiente al sector salud de manera justificada.	Profesionales y trabajadores Empleadores
	2.2. Intercambiar experiencias positivas con otros países sobre buenas prácticas de participación de trabajadores y profesionales en diferentes niveles de gestión.	Profesionales y trabajadores
	2.3. Articular la participación de los actores para la planificación y ejecución del presupuesto de salud.	Profesionales y trabajadores
	2.4. Identificar las fuentes de financiamiento y asignación de recursos suficientes para la sostenibilidad del seguro de salud del IESS.	Usuarios del IESS Empleadores

A continuación se exponen las alternativas de cambio para garantizar la transparencia en la gestión de los recursos financieros que surgieron desde los grupos focales.

Los trabajadores y usuarios de los servicios ratificaron la necesidad de contar con la cobertura de salud universal de la población. Esta solo se visualiza como posible mediante el cumplimiento del Estado de sus obligaciones en el sector de la salud, comenzando por una asignación presupuestaria equivalente al 4 por ciento del PIB y con la contribución a la seguridad social que le compete por ley. Para ello, sería indispensable realizar una auditoría integral de la situación financiera de las instituciones públicas de salud que comprenda los temas económico, financiero y administrativo.

Con el fin de combatir la corrupción y la mala gestión de los recursos, las organizaciones de trabajadores y usuarios coincidieron en que es necesario recuperar la ética de la función pública, para lo cual se debe trabajar durante toda la formación de los profesionales. Asimismo, se requiere establecer un código de ética para los funcionarios públicos e implementarlo en el sector salud.

Las organizaciones de trabajadores, usuarios y empleadores manifestaron la importancia de la empatía en la atención. Por esta razón, se propuso capacitar a los profesionales de salud para que den una mejor atención a los usuarios y para que realicen una gestión adecuada de los recursos.

Con el objetivo de contar con los perfiles más idóneos en los cargos públicos y directivos de las instituciones y establecimientos de salud, las organizaciones de trabajadores y usuarios plantearon la necesidad de establecer concursos de méritos y oposición para ingresar al servicio público. Los perfiles seleccionados deberían responder de una manera adecuada por la gestión de los recursos y la consecución de los resultados.

Los empleadores y beneficiarios del IESS manifestaron la importancia de reformar el artículo 28 de la Ley de Seguridad Social, que establece la conformación del Consejo Directivo del IESS, con el fin de que dicha instancia cuente con representantes de la dirigencia de los campesinos y jubilados, así como de los trabajadores de todos los sectores.

Con respecto al problema de la falta de asignación de recursos, se plantearon las siguientes alternativas de cambio:

- ▶ Los profesionales y los trabajadores del sector salud, empleadores y usuarios de sistema de salud coincidieron en la importancia de velar por una asignación presupuestaria a la salud justificada y suficiente, de acuerdo a lo que determina el marco legal vigente.
- ▶ Para poder garantizar una asignación de recursos suficientes y con criterio adecuado, se planteó la posibilidad de realizar un intercambio de experiencias positivas con otros países que manejan buenas prácticas de participación de trabajadores y profesionales en los diferentes niveles de gestión (propuesta de los profesionales y trabajadores).
- ▶ Los profesionales y trabajadores del sector salud también plantearon la necesidad de garantizar la participación de los actores vinculados al sistema para la planificación y ejecución del presupuesto de salud.
- ▶ El grupo de pacientes propuso considerar incentivos en los mecanismos de pago para quienes realicen atenciones preventivas y cumplan los objetivos planteados, sobre todo en atención primaria. De esta manera, se propiciaría una mejor articulación de los actores con el SNS.
- ▶ Los beneficiarios del IESS manifestaron la necesidad de identificar las fuentes de financiamiento y asignación de recursos suficientes para la sostenibilidad del seguro de salud. En este punto, se sugirió realizar un estudio actuarial del seguro de salud para conocer su situación actual y proyecciones futuras.

## 2.3 Organización y gestión

Como parte de la introducción a este eje temático se abordó el mecanismo para la estructuración de la oferta de los servicios de salud, el cual considera: el perfil epidemiológico de la población; la priorización de los problemas de salud considerando las condiciones particulares de la población; el enfoque basado en criterios de evitabilidad (Narvaez y Moreira 2012), equidad, género e interculturalidad, y las prioridades nacionales de intervención.

Se identificaron los diferentes niveles de gestión, con sus atributos y competencias definidas desde la autoridad sanitaria según el estatuto por procesos del MSP (MSP 2012). Esos niveles responden a: la macrogestión (de sistemas o subsistemas del sector sanitario), la mesogestión (de los servicios de salud) y la microgestión (gestión clínica). También se dimensionó la organización territorial de los servicios de salud a través de las redes integradas y sus mecanismos articuladores.

Una vez definido el alcance de la temática y sus dimensiones, el trabajo se desarrolló a partir de las siguientes preguntas motivadoras:

1. ¿Cuáles son los principales problemas que usted puede identificar en la organización y gestión de los servicios de salud?
2. ¿Podría identificar las causas de la problemática de la organización y gestión de los servicios de salud?
3. ¿Cuáles podrían ser alternativas de solución para mejorar la organización y gestión de los servicios de salud?

Los principales problemas y causas identificados respecto de la organización y gestión del SNS, en base al conocimiento previo de los participantes, se resumen en la siguiente tabla (tabla 8).

► **Tabla 8. Problemas y causas de la organización y gestión del sector salud identificado por grupos focales**

Problema	Causa	Grupo focal
<b>1. El IESS asume responsabilidades que no le corresponden y que son obligación del Estado</b>	1.1. El Convenio Marco Interinstitucional para la creación de la RPIS limita la autonomía del IESS. La consecuente derivación de pacientes causa facturación excesiva y que los recursos no se queden en el IESS. Además, se atiende a pacientes que no son afiliados.	Usuarios del IESS Empleadores
	1.2. Hay politización de las instituciones públicas de salud, particularmente en el IESS.	Usuarios del IESS Empleadores
	1.3. No hay presupuesto para la implementación de nuevas normas y estrategias en salud.	Usuarios del IESS
	1.4. La capacidad instalada de los establecimientos de salud es limitada en infraestructura y talento humano.	Usuarios del IESS Profesionales y trabajadores Empleadores
	1.5. Existe corrupción, particularmente en derivaciones de pacientes.	Usuarios del IESS Usuarios del sistema público de salud
	1.6. Existen perfiles adecuados para cargos directivos para los establecimientos de salud, pero no se respetan para la designación.	Usuarios del IESS Usuarios del sistema público de salud
	1.7. Hay mala gestión del presupuesto, que incide en desmedro de la calidad.	Usuarios del IESS
	1.8. Falta de contratos para médicos, especialistas y personal administrativo.	Organizaciones de trabajadores Empleadores Usuarios del sistema de salud
	1.9. Falta de empatía y calidez en la atención médica en el sector público.	Usuarios del sistema público de salud Empleadores
	1.10. Falta de coordinación entre el SSC y el seguro de salud.	Empleadores Usuarios del IESS
<b>2. Ausencia de diálogo social en las políticas</b>	2.1. No hay diálogo institucionalizado para la formulación de políticas en salud.	Profesionales y trabajadores
	2.2. Existe exclusión de ciertos profesionales en la toma de decisiones.	Profesionales y trabajadores

Problema	Causa	Grupo focal
	2.3. Falta de participación de los gremios de profesionales de la salud.	Profesionales y trabajadores
	2.4. Enfoque médico centrista en el sistema de salud.	Profesionales y trabajadores
	2.5. Desconocimiento de los actores del sector salud.	Profesionales y trabajadores
	2.6. Diálogos momentáneos por problemas específicos.	Profesionales y trabajadores Usuarios de los servicios
	2.7. Falta de reconocimiento de la participación de la ciudadanía por otros sectores y autoridades locales.	Profesionales y trabajadores Usuarios del sistema público de salud
<b>3. Sistema de salud complejo (mala organización del sistema)</b>	3.1. No están definidos los indicadores de resultados de los establecimientos de salud.	Usuarios del sistema público de salud
	3.2. Falta de organización entre establecimientos para garantizar la atención integral.	Usuarios del sistema público de salud
	3.3. Falta de un objetivo común en los actores del SNS lo que no permite su integración.	Pacientes
	3.4. Los pacientes desconocen datos e información estadística disponible.	Pacientes
	3.5. No existe información detallada sobre la ejecución de los presupuestos.	Pacientes

El primer problema identificado en la organización y gestión del sistema de salud se refiere a las intervenciones que realiza el IESS. A criterio de varios participantes, el IESS asume responsabilidades que no le corresponden y que son obligaciones del Estado. Una de las principales causas que plantearon es el Convenio Marco Interinstitucional de la RPIS que, según su perspectiva, limita la autonomía del IESS. Los mecanismos creados a partir del funcionamiento de la red pública permiten que se deriven pacientes a la RPIS y a la red privada complementaria, causando facturación excesiva y que los recursos no se utilicen para fortalecer la capacidad resolutoria del IESS y sus unidades de salud. Otras causas mencionadas son la atención que brinda el IESS a pacientes que no son afiliados al seguro y la falta de financiamiento a políticas de articulación y aumento de cobertura de la población.

En esta problemática, los usuarios del IESS y los empleadores plantearon elementos que responden a cómo se asumen algunos criterios. Entre los aspectos identificados están:

- d. La relación que se establece entre el Convenio Marco Interinstitucional para la creación de la RPIS y la disminución de la autonomía al IESS, y que el MSP como autoridad sanitaria dispone la atención de pacientes que no son beneficiarios directos de la institución.
- e. La relación de la autonomía del IESS con la segmentación de la población a ser atendida por los prestadores internos del IESS.
- f. El criterio según el cual la derivación de pacientes a prestadores externos (públicos o privados) genera una facturación excesiva porque estos pacientes deberían ser atendidos por prestadores internos para que los recursos del IESS se queden en la institución.

A ello se suma la limitada capacidad instalada de los establecimientos de salud –tanto en su infraestructura como en talento humano– que deriva en la necesidad de contar con prestadores externos para atender esta demanda de la población. Como otra causa que agudiza este problema, se añade la corrupción en la selección de los prestadores externos y el mecanismo aplicado para las derivaciones de pacientes.

Los diferentes usuarios de los servicios públicos y los empleadores señalaron como un grave problema la politización de las instituciones de salud en los diferentes niveles de gestión, incluyendo los establecimientos de salud. También consideraron que, aunque existan perfiles definidos para ocupar estos cargos, no se efectiviza

su designación, sino que los puestos son ocupados por personas que responden a diversos acuerdos políticos. Una de las posibles consecuencias de este escenario es la mala gestión presupuestaria en los establecimientos de salud, lo que a su vez genera un desmedro en la calidad de la atención a la población.

Los usuarios de los servicios de salud identificaron como problema la falta de coordinación del nivel central del IESS. Se percibe que no existe una articulación real entre la Dirección General de Salud Individual y Familiar, la Dirección del SSC y la Dirección General del IESS. Esto repercute en la atención a los usuarios, particularmente del SSC.

Por último, los usuarios de los servicios y los empleadores mencionaron entre las causas de este problema la falta de empatía y calidez de los profesionales y trabajadores del sector público, que se refleja en un mal trato al usuario.

El segundo gran problema identificado es la ausencia de diálogo social en la construcción de las políticas sanitarias. Una causa que reconocieron los profesionales y trabajadores sanitarios es la falta de un espacio definido para discutir la problemática del sector, proponer alternativas de mejora y dar seguimiento a las mismas. Esto se traduce en una falta de diálogo institucionalizado. A esto añaden la exclusión del proceso de toma de decisiones de ciertos profesionales cuando no son partidarios de las propuestas de las autoridades, lo que afecta dicho proceso. Además, pusieron de relieve su preocupación por el enfoque medicocentrista que caracteriza el sistema de salud y que se manifiesta en la ausencia de otros profesionales y trabajadores de la salud en la toma de decisiones y, por lo tanto, su desconocimiento como actores relevantes del sector.

Desde la mirada de los usuarios de los servicios, los diálogos a los que han sido invitados fueron momentáneos y en respuesta a temas específicos. Los usuarios consideraron que no se mantienen los espacios de diálogo ni se da seguimiento a los compromisos y acuerdos generados con los actores y las autoridades. Otra causa a la que refirieron es la falta de reconocimiento de la participación de la ciudadanía por otros sectores y autoridades locales, lo que dificulta el trabajo en territorio. La coordinación del trabajo con los comités locales de salud depende de la voluntad de cada autoridad local (distrital y zonal).

El tercer problema definido para este eje fue una mala organización del sistema. Al no existir un objetivo común entre los actores del SNS, se dificulta una integración real. Los pacientes de los servicios expresaron, además, que no existen indicadores de resultados de los establecimientos de salud y, si estos existen, no han sido socializados. También señalaron la limitada información disponible sobre la atención en salud y sobre la ejecución presupuestaria. Esto limita, según su visión, el seguimiento por parte de la ciudadanía para garantizar sus derechos de acceso a los servicios de salud.

La falta de organización del sistema afecta también a los establecimientos de salud. Esto se traduce en una dificultad para garantizar la continuidad en la atención de los pacientes que requieren ser referidos o derivados a otros establecimientos.

### Alternativas de cambio

En relación a esta problemática y sus causas, las propuestas de mejora responden a los criterios de los diferentes actores y a la factibilidad de optimizar la organización y gestión de los servicios (tabla 9).

► **Tabla 9. Alternativas de cambio propuestas para la problemática de organización y gestión del sector salud**

Problema	Alternativa	Grupo focal
<b>1. El IESS asume responsabilidades que no le corresponden y que son obligación del Estado</b>	1.1. Respetar la autonomía administrativa y financiera del IESS.	Usuarios del IESS
	1.2. Presionar al Gobierno, a través de las organizaciones y los afiliados, para respetar la autonomía del IESS.	Usuarios del IESS
	1.3. Construir políticas con actores del IESS y no solo acatar normativa del MSP.	Usuarios del IESS
	1.4. Constituir diálogos para garantizar la autonomía del IESS.	Usuarios del IESS

Problema	Alternativa	Grupo focal
	1.5. Modificar la normativa para que la presidencia del Consejo Directivo alterne con las vocalías.	Usuarios del IESS
	1.6. Diseñar una política para crear fuentes de trabajo estables y generar ingresos al IESS.	Usuarios del IESS
<b>2. Ausencia de diálogo social en las políticas sanitarias</b>	2.1. Garantizar la participación activa de la ciudadanía en los procesos de diseño, implementación y evaluación de la política de salud, a través de la implementación de veedurías como mecanismo de participación en la toma de las decisiones trascendentales.	Profesionales y trabajadores Usuarios del sistema público de salud
	2.2. Incorporar la participación activa del CONASA, a través de sus mesas técnicas CONARHUS <sup>8</sup> , con los procesos ya establecidos.	Profesionales y trabajadores
	2.3. Recuperar procesos de encuentro y diálogo permanente con actores legítimos.	Profesionales y trabajadores
	2.4. Instituir la representación del grupo de profesionales con acuerdos comunes en las mesas técnicas.	Profesionales y trabajadores
	2.5. Articular la representación de los trabajadores y usuarios, con responsabilidades y roles específicos, en las mesas de encuentro y diálogo.	Profesionales y trabajadores
<b>3. Mala organización del sistema</b>	3.1. Crear consejos ad honorem para evaluar la estructura organizacional y luego revisar los servicios para identificar oportunidades de mejora.	Empleadores
	3.2. Separar las funciones de aseguramiento y provisión de servicios del IESS. Contar con un solo proveedor público de servicios de salud.	Empleadores
	3.3. Reestructurar el Consejo Directivo del IESS para despolitizar la institución.	Empleadores
	3.4. Solicitar que los representantes del Ejecutivo y de dispensarios del SSC no sean delegados del Gobierno; se precisa que cumplan con un perfil adecuado y sean seleccionados por concursos de mérito y oposición.	Empleadores

Ante el problema definido en los términos de que «el IESS asume responsabilidades que no le corresponden y son obligación del Estado», las alternativas planteadas se orientaron a respetar la autonomía del IESS, tanto en la gestión administrativa como en la presupuestaria, por parte del Ejecutivo y a la necesidad de construir políticas junto con actores del IESS (empleadores, trabajadores, jubilados y campesinos). También se propuso alternar la presidencia del Consejo Directivo del IESS entre las vocalías.

Para mejorar el diálogo social en las políticas sanitarias, los profesionales, trabajadores y usuarios del sector salud plantearon la necesidad de participar de forma activa en los procesos de diseño, implementación y evaluación de la política de salud, a través del mecanismo de las veedurías. El objetivo de las mismas es que apoyen la toma de decisiones trascendentales en el sector. A su vez, desde los gremios de la salud, propusieron implementar procesos de encuentro y diálogo permanente con actores legítimos, es decir, los mismos que pueden trabajar a través de las mesas técnicas del CONASA. Sobre ese punto, se destacó que la representación de los trabajadores y usuarios en estas mesas de diálogo debe tener responsabilidades y roles específicos.

Con respecto al problema de la mala organización del sistema, los empleadores plantearon como alternativa de cambio la posibilidad de crear consejos ad honorem que evalúen la estructura organizacional de las instituciones y de los servicios de salud para identificar oportunidades de mejora.

En el caso del IESS, los empleadores expusieron la necesidad de reestructurar el Consejo Directivo para despolitizar la institución. Además, coincidieron con los usuarios de los servicios en que se debería solicitar

8 La Comisión Nacional de Recursos Humanos (CONARHUS) del Consejo Nacional de Salud (CONASA), es el organismo de representación de los integrantes del Sistema Nacional de Salud conformado por entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan funcionalmente sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes.

que los representantes cumplan con el perfil adecuado y sean seleccionados mediante concurso de méritos y oposición. Asimismo, señalaron que los sueldos de los miembros del Consejo Directivo deberían definirse en función de la participación en las sesiones. También se recomienda revisar aquellas resoluciones del Consejo Directivo del IESS, como la resolución 535 correspondiente al Reglamento Orgánico Funcional, que limitan su autonomía.

Por su parte, el grupo de pacientes propuso promover el reconocimiento de los establecimientos que cumplen con la normativa, garantizan el acceso a la información y brindan calidad y calidez en su atención a través de un ranking. Además, recomienda establecer sanciones para quienes incumplan con la entrega oportuna de información cuando es solicitada o cuando no se ha publicado en los medios oficiales.

Para solventar la falta de información, particularmente sobre enfermedades catastróficas, la alternativa de cambio propuesta es generar una línea de base en el censo poblacional que ejecuta el INEC. Si bien se trata de una mejora que ya ha sido planteada por la Fundación de Pacientes del Ecuador, no ha contado con el suficiente apoyo por parte de las autoridades.

## 2.4 Prestación de servicios

Para el abordaje del componente de prestación de servicios, en principio, fueron definidos los grupos de atención prioritaria en los términos de la Constitución de la República del Ecuador (Asamblea Constituyente 2008) y del MAIS-FCI. El mandato constitucional establece que esta población recibirá atención prioritaria y especializada de los servicios públicos y privados. El modelo de atención los define como grupos expuestos a condiciones específicas de riesgo laboral, ambiental y social (MSP 2012).

Con la finalidad de debatir sobre la provisión de servicios a profundidad, los temas abordados fueron el conjunto de prestaciones definidas por ciclos de vida y los escenarios, modalidades y niveles de atención.

Una vez presentada la temática y sus dimensiones, se desarrolló el trabajo con las siguientes preguntas motivadoras:

1. ¿Cuáles son los principales problemas que usted puede identificar en la prestación de los servicios de salud?
2. ¿Podría identificar las causas de la problemática de la prestación de los servicios de salud?
3. ¿Cuáles podrían ser las alternativas de solución para mejorar la prestación de los servicios de salud?

Los problemas centrales en la prestación de servicios de salud y sus posibles causas se resumen en una tabla y se desarrollan a continuación (tabla 10).

► **Tabla 10. Problemas y causas identificados por los grupos focales en la prestación de servicios**

Problema	Causa	Grupo focal
<b>1. La calidad de la prestación de salud debe ser homologada en todo el sector salud y debe existir una ampliación de cobertura e infraestructura con los propios recursos del IESS</b>	1.1. La normativa está creada sobre la centralización de la gestión, lo que genera concentración a nivel central en las compras de equipos, medicamentos, insumos y contratación de personal.	Usuarios del IESS
	1.2. Falta de articulación con los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD) para mejorar la prestación de servicios.	Usuarios del IESS
	1.3. Falta de establecimientos de primer nivel de atención.	Usuarios del IESS

Problema	Causa	Grupo focal	
	1.4. Falta de autoridades y profesionales con conocimiento y formación, sobre todo en las provincias medianas y pequeñas.	Usuarios del IESS Pacientes	
	1.5. Falta de oferta de posgrados en base a necesidades de los establecimientos de salud.	Usuarios del IESS	
	1.6. Las prestaciones disponibles no se ajustan a las necesidades de los pacientes.	Usuarios del sistema público de salud Pacientes	
	1.7. Mala gestión del abastecimiento de fármacos (no se realizan adquisiciones de medicamentos por catálogo por esperar negociaciones).	Usuarios del sistema público de salud Pacientes	
	1.8. No hay equipamiento suficiente para atender a los pacientes.	Empleadores	
	1.9. El MSP no autoriza oportunamente la dotación de insumos y equipos.	Empleadores	
	1.10. No se aplica normativa de atención para grupos LGBTI+ ni para grupos vulnerables o prioritarios.	Pacientes	
	1.11. No hay un verdadero proceso de toma de decisiones técnicas, sino que estas están sujetas al beneficio financiero.	Pacientes	
	1.12. No existe análisis del costo-beneficio de los medicamentos.	Pacientes	
	<b>2. Corresponsabilidad ciudadana</b>	2.1. No hay hábitos adecuados de la población sobre medicina preventiva.	Usuarios del sistema público de salud
		2.2. Falta de disciplina de la población; no se respeta el nivel de atención que corresponde.	Usuarios del sistema público de salud
		2.3. Falta de cuidado de los bienes públicos por parte de la ciudadanía.	Usuarios del sistema público de salud

En este eje temático, se identificaron dos problemas comunes: la homologación de la calidad de la prestación de salud del sistema público y la corresponsabilidad de la ciudadanía.

El primer problema hace referencia a que la calidad de la prestación debería ser homologada en todo el sistema público de salud. Asimismo, fue planteada una necesaria ampliación tanto de la cobertura como de la infraestructura, particularmente en el IESS.

Una de las causas identificadas por los usuarios del IESS es que la normativa ha sido creada desde la centralización de la gestión, lo que genera concentración a nivel central en las compras de equipos, medicamentos e insumos, con el consecuente desabastecimiento en los establecimientos de salud y demoras en la atención.

Otra de las causas que se reconocieron es la falta de articulación con los GAD, los cuales tienen la posibilidad de fortalecer a los establecimientos de salud. Esta coordinación permitiría, asimismo, potenciar las intervenciones en la comunidad.

En esta línea, los usuarios del IESS señalaron la falta de una adecuada oferta de servicios para los afiliados, particularmente en el primer nivel de atención. A esto se suma la carencia de prestaciones de salud que respondan a las necesidades de la población, lo que se traduce en una oferta limitada y de mala calidad. Además, existe la percepción de que la normativa para la atención de población LGBTI+ y para grupos vulnerables o de atención prioritaria no se aplica o se aplica de manera limitada.

Los usuarios consideraron, dentro de las causas de este problema, también la falta de autoridades y profesionales con conocimiento y formación en la gestión de servicios de salud y en especialidades médicas, sobre todo en las provincias medianas y pequeñas. Asimismo, se mencionó la falta de oferta de posgrados en especialidades médicas en base a necesidades de la población. A esto se suman aspectos como la mala gestión

en el abastecimiento de fármacos y la falta de equipamiento sanitario que permita una atención adecuada a los pacientes.

Para que se pueda hablar de calidad de atención, los pacientes mencionaron que una de las causas es que no hay un verdadero proceso de toma de decisiones técnicas, sino que están sujetas al beneficio financiero; no siempre se toma la mejor opción sino la más barata. Un ejemplo recurrente fue el de los medicamentos, ya que no se realiza un análisis de costo-beneficio de los mismos.

El segundo problema identificado hace referencia a la corresponsabilidad ciudadana. Los usuarios del sistema público de salud consideraron que no existen hábitos adecuados de la población sobre la prevención de las enfermedades y la importancia de la medicina preventiva. Desde su perspectiva, hay indisciplina de la población en el acceso a los servicios de salud, pues no se respeta al primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema –es decir, no acuden a los centros de salud para recibir la atención–. Finalmente, observaron que la ciudadanía no asume un rol de corresponsabilidad en el cuidado de los bienes públicos.

### Alternativas de cambio

Las alternativas de cambio propuestas desde los diferentes grupos focales para mejorar la prestación de los servicios de salud se exponen a continuación (tabla 11).

► **Tabla 11. Alternativas de cambio propuestas para mejorar la prestación de salud**

Problema	Alternativa	Grupo focal
<b>1. La calidad de la prestación de salud debe ser homologada en todo el sector salud y debe existir una ampliación de cobertura e infraestructura con los propios recursos del IESS</b>	1.1. Buscar mecanismos para exigir que se respete el derecho de los trabajadores a la atención sanitaria y el cumplimiento de la ley, desde las organizaciones de trabajadores.	Usuarios del IESS
	1.2. Hacer respetar y garantizar el derecho de los afiliados a los beneficios y prestaciones de salud, desde la vocalía de los asegurados al IESS.	Usuarios del IESS
	1.3. Conformar una comisión de ética para la gestión adecuada de los recursos.	Usuarios del IESS
	1.4. Realizar una reingeniería institucional para mejorar la gestión desconcentrada.	Usuarios del IESS
	1.5. Contar con asesorías externas en áreas especializadas bajo mecanismos de alianzas público-privadas.	Usuarios del sistema público de salud
	1.6. Promover el intercambio de médicos especialistas para fortalecer la formación de profesionales que se requieren para cubrir las demandas de la población.	Usuarios del sistema público de salud
	1.7. Velar por la autonomía del IESS para la construcción y dotación de equipamiento en los establecimientos de salud y la adquisición de medicinas.	Empleadores
<b>2. Corresponsabilidad ciudadana</b>	2.1. Apoyar la tecnificación de las decisiones estratégicas para la gestión de la salud desde el área empresarial.	Empleadores
	2.2. Crear un consejo consultivo del sector de la salud para analizar la problemática sectorial y definir las líneas de investigación y de acción, con la participación del sector privado.	Usuarios del sistema público de salud Empleadores
	2.3. Buscar asesorías externas, considerando mejores experiencias de otros modelos sanitarios, para reestructurar el sistema de salud.	Empleadores
	2.4. Implementar la formación continua en salud de la población, tanto en términos de derechos como de deberes, haciendo énfasis en la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y el desarrollo local.	Usuarios del sistema público de salud

Entre las alternativas de cambio propuestas por los usuarios del IESS se indicó la búsqueda de mecanismos para hacer respetar el derecho de afiliados, dependientes y jubilados a recibir una atención que incluya: acciones integrales de fomento y promoción de la salud; prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades no profesionales, y recuperación y rehabilitación de la salud individual, dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley de la Seguridad Social. Para ello, consideraron que el rol que cumple la vocalía de los afiliados en el Consejo Directivo del IESS es fundamental.

Por otra parte, los usuarios del IESS plantearon la posibilidad de conformar una comisión ética para la gestión adecuada de los recursos públicos y, a su vez, realizar una reingeniería institucional para mejorar esta gestión de una manera desconcentrada en los diferentes establecimientos de salud del IESS. También marcaron que se requiere de la participación activa de los afiliados para velar por la autonomía del IESS en los procesos de construcción de establecimientos de salud y de dotación de medicamentos y equipamiento médico. Por último, plantearon la promoción del intercambio de especialistas médicos como una acción capaz de fortalecer las especialidades que son requeridas en el país y en las que existen brechas de profesionales.

Con el objetivo de trabajar en la corresponsabilidad ciudadana y la participación de los distintos sectores, se presentaron distintas posibilidades. Los representantes de los empleadores propusieron que el sector empresarial contribuya a generar procesos técnicos que apoyen las decisiones estratégicas para la gestión de salud. La creación de un consejo consultivo del sector de la salud para analizar la problemática sectorial y definir líneas de investigación y de acción, con participación del sector privado, es otra de las alternativas de cambio propuesta.

Finalmente, se plantearon dos estrategias que buscan generar oportunidades de mejora en el sistema de salud. La primera de ellas consiste en la búsqueda de asesorías externas, considerando las mejores experiencias de otros modelos sanitarios, para reestructurar el sistema de salud, desde la parte administrativa hasta la técnica. La segunda estrategia señala la necesidad de implementar un proceso de formación continua en salud destinado a la población. Se propone organizar esta formación desde los comités locales de salud y contemplando veedurías ciudadanas, para abordar tanto los derechos como los deberes de la ciudadanía en este tema, haciendo énfasis en la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y los modelos de desarrollo local.

## ► 3. Resultados de las entrevistas

---

En esta sección, continuando el análisis basado en los cuatro ejes temáticos definidos, se presentan los principales aspectos abordados en las entrevistas a expertos.

### 3.1. Modelo de atención

El MSP, como autoridad sanitaria, publicó en el año 2011 el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) que, consecuente con el marco constitucional que garantiza el derecho a la salud, define la estructura del Sistema Nacional de Salud y la protección de los grupos poblacionales.

El propósito del MAIS-FCI es orientar el accionar integrado de los actores del SNS para garantizar los derechos en salud y alcanzar las metas del Plan Nacional de Desarrollo, al mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana. El medio para su cumplimiento es la implementación del modelo de atención bajo los principios de la estrategia de la APS renovada, y transformando el enfoque biologicista hacia un enfoque integral de la salud centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar y comunitaria como un derecho humano.

El modelo de atención tiene como desafío, además de consolidar su implementación, «trabajar con las familias, desarrollar nuevas formas relacionales, ubicar al usuario en el centro de la atención, instalando buenas prácticas, desarrollando intervenciones orientadas hacia resultados de impacto social. Desde la convicción de que el enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural, son la alternativa para responder de manera más efectiva a las necesidades de las personas, familias y comunidades, contribuyendo a mejorar su calidad de vida.» (MSP 2012).

Partiendo de estos elementos conceptuales, a continuación, se presentan los principales puntos abordados en las entrevistas sobre el eje temático del modelo de atención.

#### 3.1.1. Primer nivel de atención como puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud

En Ecuador, con el fin de implementar el MAIS-FCI, se estableció al primer nivel de atención como la puerta de entrada al SNS. Sin embargo, los usuarios y el personal sanitario han manifestado que los profesionales de salud que trabajan en centros de salud se han convertido en «referenciólogos», sea porque no cuentan con los recursos necesarios para garantizar una atención adecuada y satisfacer la necesidad de la población o porque es un requisito para ser atendido por un especialista. En estas condiciones, se refiere o deriva a los pacientes a otros establecimientos de salud de un mayor nivel de atención o mejor capacidad resolutive, lo que genera listas de espera para acceder a los servicios y, como consecuencia, malestar en la población.

La consulta a expertos en el sistema de salud ecuatoriano abordó la importancia del primer nivel de atención y su rol en el sistema. Los entrevistados coincidieron en destacar la relevancia de un primer nivel de atención organizado y que funcione de forma adecuada para cumplir este rol de puerta de entrada. Ana Lucía Torres señaló a la adscripción territorial como el elemento clave para un adecuado funcionamiento, a la vez que marcó la necesidad de contar con una oferta de servicios que responda a las necesidades de la población.

Varios entrevistados señalaron que el MAIS-FCI no se ha implementado como está descrito. El primer nivel de atención, que debería ser el primer sitio de contacto con la comunidad, es muy débil. Aunque se han construido varios establecimientos de salud en los últimos años, no se ha mejorado la oferta en el MSP ni en el SSC. Por su parte, en el Seguro de Salud del IESS el primer nivel de atención es muy limitado.

El MAIS-FCI tiene gran potencial para resolver las necesidades de salud de la población. Cuando un primer nivel de atención funciona bien, se puede atender hasta el 80 por ciento de las patologías comunes de la población, lo cual deja tan solo un 20 por ciento para poder referenciar y atender en niveles más altos que necesitan una mayor

capacidad de resolución. Sin embargo, el país no logra operativizar el modelo de atención. Ruth Jimbo identificó al menos tres limitaciones para esta situación:

**Oferta:** hay problemas en la oferta de servicios de salud. El primer nivel debe contar con recursos materiales y humanos, equipos e infraestructura para cumplir su misión y cubrir las necesidades de la población. En años recientes, se realizó un esfuerzo por mejorar la oferta de servicios al incorporar al médico familiar. Este especialista tiene capacidad para brindar una atención integral con la que se puede cubrir la mayoría de las patologías que presenta la población. Al contar con un grado de especialidad, tiene una mayor capacidad de resolución.

**Demanda:** los pacientes también tienen dificultades para participar adecuadamente en la consecución de los objetivos del primer nivel de atención. La población prefiere acudir al hospital antes que a un centro de salud. No se educa a la población sobre los niveles de atención ni sobre la importancia de acudir a los controles y participar en campañas y proyectos de salud; existe un desconocimiento muy grande de su parte.

**Sistema Nacional de Salud:** el MSP, como autoridad sanitaria, tiene entre sus funciones la de cumplir el modelo de atención a través de un sólido marco normativo. Sin embargo, en el sistema de salud aún prevalece el enfoque biocentrista; existe un sistema de salud que se dedica principalmente a atender enfermedades y que no se ha potenciado con actividades de promoción y prevención de salud.

Para fortalecer el primer nivel de atención, los expertos plantearon varios aspectos a ser mejorados. El primero de ellos es trabajar para adecuar los horarios de funcionamiento de los servicios a los de la población. Ana Lucía Torres destacó que la participación con la ciudadanía es una de las funciones principales del primer nivel, que esta se realiza a través del trabajo extramural y que no debería funcionar en horas de trabajo de la comunidad. Sin embargo, una adecuación de horarios no solo depende de la voluntad y compromiso de los equipos, sino que es necesario brindar las herramientas que faciliten la labor: transporte para el personal, flexibilidad en el horario y asignación del personal de salud según los estándares de los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS). Al no contar con estos elementos, los servicios se centran en atender a libre demanda a la población desde una lógica curativa.

Fernando Sacoto coincidió con Torres en lo que respecta a la asignación del talento humano. En general, las unidades de primer nivel son atendidas por médicos rurales, que son asignados durante un año a un establecimiento de salud. En esta dinámica, en los primeros meses los médicos aprenden cómo es el funcionamiento del establecimiento de salud, lo que dificulta la continuidad del trabajo. Se deberían realizar cambios en esta modalidad y destinar inversión para talento humano, equipamiento de los centros de salud, soporte tecnológico y telemedicina.

Frente a la limitada oferta de servicios, particularmente en el IESS, el planteo de Sacoto es que se utilice la red existente de primer nivel. Para Ruth Jimbo, hay que trabajar muy fuerte en la gobernanza del sistema de salud, en el nivel de la oferta (en las capacidades del personal de salud) y en el nivel de la demanda (en la educación de la población).

### 3.1.2. Responsabilidad del primer nivel con los individuos, sus familias y comunidades

La principal función del primer nivel de atención es la implementación del Análisis de Situación Integral de la Salud (ASIS) como está descrito en el modelo pero que no sucede, manifestó Ana Lucía Torres, y ser construido de manera participativa. De acuerdo a su visión, no se ha logrado comprender el valor de las políticas públicas para reconocerlas como tal y una de las causas es la falta de conocimiento sobre la normativa a los fines de garantizar la participación y la construcción conjunta, por ejemplo, del presupuesto.

En ese proceso, se verifican limitaciones para la participación de la ciudadanía. Si bien existen comités por cada centro de salud, la participación se acota muchas veces a la conformación de dichos comités.

### 3.1.3. Referencia y contrarreferencia

El sistema de referencia y contrarreferencia es el mecanismo a través del cual el MSP define las estrategias que permiten garantizar a la población en general el acceso a los servicios de salud. Este aspecto se canaliza a través de redes de salud territoriales, con prestadores de servicios de salud de carácter público. En ese contexto, se cuenta con normativa que regula la continuidad de la atención entre niveles e interepisodio de salud; sin embargo, en la práctica, esta no siempre garantiza una atención oportuna y continua.

Una de las barreras que dificulta la continuidad y oportunidad de la atención médica es la fragmentación que existe en el sistema de salud. Los expertos consultados coincidieron al señalar las debilidades del sistema de referencia y contrarreferencia.

Además, se puso el énfasis en el escenario desfavorable de la fragmentación y en que existe un primer nivel de atención debilitado, tanto cualitativamente como cuantitativamente. A esto se suma que las redes territoriales no cuentan con niveles de gestión adecuados.

En el año 2012, se cambió la lógica de gestión territorial por parroquia, cantón y provincia, a una por distritos y zonas. Ciertas debilidades se asociaron a este nuevo esquema, ya que el primer nivel debe estar conectado con un segundo y tercer nivel, para lo cual debe tener una adecuada gestión territorial. Una limitación adicional corresponde a las dificultades de coordinación en la gestión administrativa. El IESS mantiene direcciones provinciales mientras que el MSP, coordinaciones zonales y direcciones distritales, lo que genera complicaciones al momento de coordinar la gestión.

Para Ruth Jimbo, una de las mayores debilidades se presenta en la contrarreferencia, que es prácticamente inexistente. Son muy pocos los pacientes que regresan al primer nivel para continuar su atención. Algunas razones por las que no logra implementarse totalmente el sistema de referencia y contrarreferencia es que no hay capacidad de cobertura, hay falta de confianza en el Sistema Nacional de Salud y, por otra parte, faltan especialistas. Esto último, a su vez, va de la mano con la formación ya que, si bien es cierto que se ha aumentado la cobertura en algunas áreas, el incremento no ha sido suficiente para cubrir la demanda de la población.

Para mejorar la articulación o integración de los diferentes subsistemas públicos y garantizar una atención oportuna a la población, se propusieron algunas alternativas. Pedro Isaac Barreiro planteó la necesidad de revisar la forma en que se redacta la norma a fin de que sea entendible por los prestadores y se facilite su aplicación. En el escenario actual, se corre el riesgo de aplicar la norma y que esta genere barreras de acceso a la población.

Para Sacoto, el primer nivel debe ser universal y para ello se podrían revisar mecanismos de pago más adecuados que los actuales, como por ejemplo el pago por capitación. De esta forma, los usuarios podrían acceder a los establecimientos del primer nivel de atención independientemente de la institución que financia su cobertura de salud. Ello requiere una correcta coordinación tanto de los mecanismos de atención como los de pago.

### 3.1.4. Modelo de atención integral

Ante la pregunta de si se ha podido concretar el modelo de atención en el SNS del Ecuador y cuáles han sido las capacidades o barreras, la respuesta que surge de las entrevistas es que el modelo integral definido ha presentado algunas barreras para su adecuada implementación.

Un punto coincidente entre varios entrevistados fue la debilidad en la puesta en marcha del enfoque preventivo. Por un lado, reconociendo que la salud empieza en el cuidado individual de la población, Barreiro indicó que el alejamiento entre los sistemas de salud y educación provoca que los servicios se vuelvan ineficientes y altamente costosos. Señaló que debe educarse a la población en temas de autocuidado de la salud desde la escuela.

Por otro lado, Sacoto enfatizó que el MAIS-FCI busca fortalecer la prevención y promoción, pero en su implementación ha presentado debilidades. Por ejemplo, la inversión en infraestructura se ha centrado en la construcción de megahospitales que, si bien son necesarios, no fortalecen el enfoque preventivo.

Varios expertos coincidieron también en que las bases técnicas y teóricas del MAIS-FCI son correctas, pero deben implementarse de manera adecuada. El modelo no está en todas las unidades del país. Una inadecuada aplicación del modelo por los agentes que atienden a comunidades que no son homogéneas puede generar barreras y rechazo por la falta de comprensión del modelo y sus herramientas. Además, el primer nivel de atención no cuenta con todos los recursos humanos y tecnológicos, medicamentos e insumos requeridos para atender a la población; esto hace que las derivaciones aumenten y se presenten ineficiencias.

Para fortalecer la implementación del MAIS-FCI, se debería trabajar en reforzar el concepto de APS entre los distintos actores. A criterio de Pedro Isaac Barreiro, es necesario capacitar al personal de salud sobre la filosofía de la APS. Una buena comunicación es indispensable para empezar a resolver los problemas de salud, desde los niveles administrativos hasta los operativos, así como entre médicos y pacientes para mejorar la relación.

También se evidencia acuerdo entre los expertos al destacar la importancia de aplicar un mecanismo de evaluación del modelo de atención. Se debería realizar un planteamiento para entender a nivel nacional cuál es el estado de

situación del MAIS-FCI en torno a su implementación y resultados. La articulación de las instituciones públicas de salud con las universidades podría ser un camino para medir los avances, retrocesos o estancamientos en la implementación del modelo de atención.

La coordinación con la academia conlleva también la realización de esfuerzos para que los hallazgos de las investigaciones sean comprendidos por los tomadores de decisiones. Es por ello que es importante traducir la evidencia científica a un trabajo de incidencia, a través de la vinculación de la colectividad con procesos sociopolíticos, el mismo que se construye con pares, entre la población y los tomadores de decisiones.

Considerando que las políticas públicas están vinculadas a las coyunturas que responden a los tiempos políticos, la academia y la sociedad civil deberían plantear agendas que respondan más allá de la temporalidad de los gobiernos de turno. Ello permitiría garantizar la continuidad del modelo de atención y su implementación, a fin de lograr una transformación social e institucional.

A criterio de Nilda Villacrés, debería existir un instrumento de operacionalización del MAIS-FCI, sobre todo en el primer nivel. Varios expertos coincidieron al indicar que esta implementación debería involucrar a actores como los GAD cantonales y parroquiales y ser un trabajo desde el territorio en el que se socialice el modelo en todos sus niveles. Los GAD deben ser actores fundamentales de la gestión en salud, tanto en prevención como en la construcción de políticas públicas.

También se relevan puntos concordantes en cuanto a involucrar más a la ciudadanía, puesto que actualmente existen limitadas posibilidades de expresar las posibles mejoras. El sistema se maneja con mucho énfasis en el punto de vista de los profesionales de salud. Es preciso cambiar ese enfoque e incluir la perspectiva del paciente; los usuarios pueden aportar en la creación de lineamientos y eso ayudaría a mejorar la experiencia del usuario.

La adscripción territorial también fue indicada como una buena estrategia para que la población tenga sentido de pertenencia al sistema de salud. De esta forma, el centro de salud podría ser visto como parte del territorio y la ciudadanía podría empoderarse del establecimiento y de sus derechos como usuarios.

Por otro lado, Villacrés propuso pensar en el rol del MSP como prestador de servicios y como autoridad sanitaria. Como ente rector, el MSP se encuentra ligado profundamente a la política pública y la macrogestión, pero además regula la mesogestión y la microgestión. En el imaginario de la población, no obstante, se lo continúa evaluando como prestador mas no como rector. El MSP debe retomar y fortalecer su rol como rector. Para dejar de lado el rol de prestador de servicios, una alternativa puede ser la alianza público-privada, siempre y cuando se tenga regulación de la prestación y del modelo de atención. Para ello, se requiere que exista un marco regulatorio adecuado que no afecte la organización de las redes de atención y que contribuya a superar las barreras de acceso.

Desde otra perspectiva, Jimbo planteó que se debe invertir en formación de personal, cubrir las brechas de talento de especialistas e implementar herramientas de prevención y promoción de la salud.

## 3.2. Financiamiento

En el Ecuador existen diferentes instituciones de salud, con diversos mecanismos de financiamiento establecidos por ley. Los recursos disponibles están destinados a brindar la atención a los diferentes usuarios de los subsistemas. Con el fin de ampliar la cobertura y el acceso universal a la salud –como establece la Constitución–, estos subsistemas deben articularse para conformar la RPIS y la RPC. Para ello, la autoridad sanitaria nacional desarrolló mecanismos legales, administrativos y financieros que permiten concretar este postulado.

Como dispositivo de articulación, se desarrolló la normativa para el «Relacionamiento para la prestación de servicios de salud entre instituciones de la RPIS y de la RPC, y su reconocimiento económico». Sin embargo, la situación actual de los diferentes subsistemas por retrasos en la auditoría, en el pago de facturación y en la transferencia de recursos del Estado que le competen por ley a las diferentes instituciones, puede poner en riesgo esta articulación de la RPIS y RPC.

### 3.2.1. Cobertura poblacional por los subsistemas de salud

El acceso universal debe entenderse con una lógica sistémica de protección social. Una política de protección social que abarque a toda la población debe ser el marco de referencia para la política sanitaria. Sin embargo, este escenario no existe y, además, el sistema de salud ecuatoriano presenta alta fragmentación y segmentación.

La autoridad sanitaria ha propiciado la generación e implementación de mecanismos que contribuyan a avanzar hacia una articulación del sistema de salud. Los expertos consultados coincidieron en que el mecanismo articulador de la red pública de salud ha contribuido a mejorar la cobertura de la población. Se ha mejorado el acceso de quienes son parte del sistema público al sistema privado (antes no hubieran podido acceder y estos mecanismos lo han facilitado). Las ventajas principales, señaladas por Ocampo, son la rapidez de acceso y una mejor coordinación del caso clínico, aunque se identifica como desventaja el desconocimiento de los reglamentos y regulaciones por parte del sector privado, lo que retrasa los pagos a los prestadores.

Para mejorar la articulación del sistema, se requiere trabajar en torno al financiamiento de la salud. Dado que el sistema solo maneja presupuesto asignado como mecanismo de pago, se deberían desarrollar competencias para avanzar hacia otro mecanismo, como es la capitación o el pago de grupos relacionados de diagnósticos (GRD). Díaz referenció el caso del ISSFA: la institución pagaba por capitación en el primer nivel de atención y por proyectos de inversión en hospitales para mejorar la tecnología. Este caso funcionó como ejemplo de una adecuada definición de mecanismos de pago –ya que, además, tenía perspectiva de transitar hacia el pago por GRD–. Una de las consideraciones es que un modelo de este tipo encuentra resistencias en otras instituciones públicas para su aplicación, o bien que se ha perdido capacidad para avanzar en esta ruta.

Aunque con avances importantes, se manifestaron algunos desafíos que presenta el relacionamiento de la RPIS. Villacrés señaló que, por ejemplo, las derivaciones deberían estar encaminadas a los problemas de mayor complejidad, por lo tanto, no es una intervención sostenible en el mediano y largo plazo. Además, no se están enfocando los esfuerzos en la promoción y prevención en el primer nivel de atención. A esto se suma que existen problemas infranqueables en el cruce de cuentas; sin embargo, a pesar de los casos de abusos de este mecanismo de personas que ingresaban a la red pública con la finalidad de trasladarse a la red privada, la articulación se ha podido mantener.

Otro aspecto señalado por algunos expertos fue que el MSP centró sus esfuerzos en la prestación de servicios para reducir la mortalidad materna o la desnutrición infantil. Sin embargo, estos problemas requieren un abordaje intersectorial y no solo desde los servicios. Además, se indicó que debería sumarse a estos esfuerzos el análisis del perfil epidemiológico de enfermedades crónicas no transmisibles.

### 3.2.2. Mecanismos de reconocimiento económico por prestaciones de salud

En la actualidad, cada subsistema público de salud paga a sus unidades con un mecanismo propio, basado principalmente en presupuesto histórico. Entre las instituciones públicas de salud, así como entre estas y los establecimientos privados, se ha definido un mecanismo de pago por prestación (fee-for-service) sobre la base de un tarifario homologado (OIT 2021).

Respecto a la forma en la que las instituciones públicas de salud pagan a otras por las prestaciones dadas a sus usuarios los expertos señalaron algunos problemas y oportunidades de mejora. Por ejemplo, se planteó la necesidad de trabajar en los marcos regulatorios de los subsistemas porque aún hoy cada uno tiene su regulación y, como red, únicamente se ha trabajado en referencia y contrarreferencia. Nilda Villacrés enfatizó revisar los mecanismos de pagos ya que la tramitología retrasa los pagos oportunos, además de que los auditores no tienen los mismos criterios.

Varios expertos coincidieron en señalar que la Contraloría General del Estado (CGE), luego del primer examen sobre el pago a prestadores en la RPIS, influyó en la forma de auditar las prestaciones de salud que se pagan a otras instituciones públicas o privadas. Existen glosas a los auditores por los criterios de pagos, por lo cual se ha identificado entre los prestadores privados una sobreutilización del apoyo diagnóstico para justificar las decisiones médicas. Asimismo, en vez de agilizar el proceso, esto motivó a los auditores a que objeten prestaciones realizadas con el fin de cubrirse frente a posibles glosas; esto ralentiza los procesos y los vuelve ineficientes.

Según indicó Díaz, es necesario realizar una reforma legal para motivar que continúe la facturación tanto en los hospitales del MSP como los de las Fuerzas Armadas, debido a que los recursos que generan por la atención

se gestionan desde la Cuenta Única del Tesoro, administrada por el Ministerio de Finanzas. Varios expertos coincidieron en que el esquema vigente desmotiva a los hospitales a realizar la facturación y limita la gestión de estos recursos. Si bien el MSP puede pagar a los otros subsistemas, no puede recibir los recursos directamente, lo que ocasiona que no estén disponibles de inmediato o que no sean diferenciados del presupuesto general asignado. Esto, a su vez, descapitaliza al subsistema ya que la posibilidad de retorno es baja o muy lenta.

Con el fin de fortalecer el mecanismo de facturación, se deben aportar todas las herramientas tecnológicas a los establecimientos, así como la dotación del talento humano suficiente, a través de un proceso de selección adecuado y que permita lograr estabilidad a través de una carrera institucional.

Otro eje importante fue el señalado por Villacrés acerca de la articulación entre el MSP e IESS. Existen estrategias que están siendo asumidas por el MSP, a pesar de que el IESS cuenta con su propio presupuesto y, por otro lado, hay servicios del IESS y el SSC que podrían fortalecer los servicios de los centros de salud del MSP. Para mejorar la vinculación, se podría generar un mecanismo de cruce de cuentas sin necesidad de que exista intercambio de recursos. Deberían existir lineamientos generales, a la vez que cierta flexibilidad para adaptarlos a la realidad de cada territorio.

Para Lucio, el mecanismo actual ha permitido universalizar el acceso a pesar de los problemas y dificultades de moverse entre un subsistema u otro. Haber iniciado el reconocimiento económico permitió ir perfeccionando el mecanismo y la posibilidad de relacionamiento entre los subsistemas supuso también un incentivo por la cantidad de recursos invertidos en el sector público. Además, su desarrollo permitió crear soluciones a necesidades comunes, como en el caso de las auditorías de calidad, así como extender el conocimiento de los diferentes subsistemas, lo que permitió homologar criterios y crear instrumentos.

Sin embargo, Lucio observó algunas desventajas en el mecanismo ya que, al no corregir el uso de los recursos, no permitió que el sector público busque la eficiencia en su subsistema. Esto desencadenó en que se aumenten las derivaciones a la red privada, lo que ocasionó que el sector privado se fortalezca y el público no alcance este fortalecimiento.

También afirmó que lo ideal es contar con mecanismos financieros y administrativos que permitan el acceso universal real de las personas y que los recursos fluyan sin problema de acuerdo a lo que efectivamente se atiende. Existe una multiplicidad de mecanismos de pago pero, mientras se cambia a otro más efectivo, hay que mantener el sistema actual, que resulta ser el menos adecuado, ya que encarece los pagos y puede volverse insostenible.

El sistema de pagos actual podría no seguir funcionando como lo hace actualmente, recalcó Lucio, principalmente en el primer nivel de atención. Se deberían analizar las experiencias en el pago per cápita, que ayudan a que el riesgo financiero se traslade a los prestadores de salud y, en caso de existir un sistema que incentiva la prevención y promoción, permite controlar la salida de los recursos.

En el ámbito hospitalario, mientras no cambie el relacionamiento entre lo público y lo privado, las fricciones continuarán existiendo por el traslado de riesgos entre el financiador y el prestador de servicios. Ante esto, surgen algunas opciones como realizar pagos por GRD (grupos relacionados de diagnóstico) o avanzar gradualmente en esta línea, por medio del aumento de los controles y empaquetando servicios (que es un camino a los GRD, pero permite tener los procesos descritos). Otra opción son los sistemas descentralizados en los que se reparten los riesgos.

Ocampo coincidió en que estos mecanismos deben mantenerse, pero se precisa facilitar y agilizar el pago al sector privado. Por otra parte, la red complementaria debería capacitarse en la normativa. Para disminuir los casos de corrupción, su sugerencia es implementar más auditorías aleatorias (en los procesos de mayor complejidad e inversión) y realizar asignaciones por proyecciones (en los de menor costo).

### 3.3. Organización y gestión

El MSP, como autoridad sanitaria nacional, es el ente rector del sector salud. Debe ejercer la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la salud pública en Ecuador, a través de su gobernanza y vigilancia. Cuenta con dos agencias de regulación: una para la calidad de los establecimientos de salud (ACCESS)

y otra para el control sanitario (ARCSA). También es el responsable de la investigación y desarrollo de ciencia y tecnología, así como de la articulación de los actores del sistema.

Además, el MSP es el mayor prestador de servicios de salud y debe realizar la provisión de servicios de atención integral, incluyendo prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, con el fin de garantizar el derecho a la salud.

### 3.3.1. Rectoría del MSP en el sistema de salud

Frente a las características de la organización actual del sistema de salud, los entrevistados plantearon su perspectiva desde distintas aristas. Sacoto partió de hacer énfasis en la fragmentación y segmentación del sector «con subsistemas desarticulados que funcionan cada uno con sus propias reglas». Este sería uno de los elementos a abordar si se quiere construir un sistema de salud.

Para que se haga efectivo, el derecho a la salud debe conceptualizar tanto los servicios (atención médica) como los determinantes de la salud y la prevención. Además, esos elementos deben articularse en espacios con un plan local de salud, con actores que contribuyan a un correcto diagnóstico en el marco de las políticas generales que debe plantear el MSP como ente rector. Además, es necesario contar con el acompañamiento del Consejo Nacional de Salud para canalizar estas políticas generales, aprovechando las capacidades y esfuerzos de distintos actores del sistema de salud.

Jaime Breilh, por su parte, mencionó que hay discrepancias en la manera de entender a la salud. Por un lado, se lo percibe como un espacio de lucro, un servicio por el que se paga; por el otro, se entiende que es un modelo biomédico orientado a trabajar con personas, atendiendo y resolviendo sus problemas de salud a nivel personal. Corregir esa distorsión es el punto de partida para analizar el sistema de salud. El proceso de salud debe ser entendido más allá de la resolución de los problemas del individuo (efectos), abordando las causas y desde la integralidad.

Deben asimismo contemplarse las condiciones de vida de la población, sus estructuras y modos de vivir, enfermar y morir. La ética de la salud se ha centrado en cumplir ciertos indicadores más ligados a una ética comercial, pero hay que considerar el contexto social, en una estructura económica altamente concentradora y excluyente. A criterio de Breilh, la concentración de la riqueza y la masificación de la exclusión social son cada vez mayores, lo que hace que actualmente la población se enfrente a cuatro condiciones de catástrofe:

- ▶ Condiciones para que los virus se transmitan con facilidad, no solo en las zonas de pobreza clásicas sino también en las zonas pobres de las grandes ciudades.
- ▶ Destrozo ambiental, producido por este modelo económico, que genera niveles de cambio climático y de calentamiento global graves.
- ▶ Gran crecimiento de la desigualdad social.
- ▶ Infodemia: exceso de información y mala calidad de la misma, generada por la priorización de intereses comerciales y privados.

En esta realidad, los sistemas de salud actuales son obsoletos. Es importante que desde la ciencia se empiece a articular la participación de las comunidades mediante un modelo de salud participativo. El saber popular es un elemento válido del conocimiento.

En ese escenario de complejidades, el rol rector de la autoridad sanitaria es aún más relevante. Sin embargo, varios de los expertos consultados coincidieron al señalar la débil rectoría del MSP. La autoridad sanitaria nacional evidencia debilidades para dirigir el sistema, no solo público sino también privado, ya que la escasez de regulación actual impacta en que no se alcancen los resultados esperados. Tampoco existen lineamientos claros, inclusive en protocolos clínicos.

Por otra parte, también se reconocieron algunos esfuerzos realizados en los últimos tiempos para fortalecer la rectoría en salud del organismo. Al respecto, Díaz mencionó que el MSP avanzó por primera vez en un trabajo de rectoría del SNS a través de la conformación de un comité de gestión de la RPIS, con participación de los subsistemas. Sin embargo, dicho esfuerzo se vio debilitado a partir del 2019: al realizar la reestructuración del MSP, se evidenció la falta de instancias de articulación con los diferentes subsistemas. La visión de Breilh

concuera en que el MSP tiene una serie de complejidades administrativas, lo que genera una distorsión de la rectoría.

Otro elemento planteado por varios entrevistados está relacionado a la doble función de rectoría y de provisión de servicios que tiene el MSP. Hay coincidencias en señalar la necesidad de separar estas funciones. Sobre este punto, Torres puso el énfasis en que muchas de las políticas se construyen con la lógica del MSP como prestador de servicios y que se debería trazar una línea clara de división de estas funciones, sin perder esa capacidad de control fuerte. Por su parte, Villacrés mencionó que esta doble función hace que las políticas que el MSP quiere implementar se planteen únicamente desde su capacidad, retrasando la posibilidad de seguir desarrollando y articulando con los diferentes subsistemas. Un ejemplo para mejorar este aspecto sería contar con un sistema de información único y que sirva para la toma de decisiones.

Las dificultades del MSP para cumplir ambos roles se evidenciaron aún más en la pandemia, durante la cual el organismo no supo dar respuesta ni en la rectoría ni en la prestación. Díaz reflexionó que, en el momento más crítico del país, faltó capacidad técnica para desarrollar los dos roles. El rol rector del MSP no debería estar solo en la prestación y funcionamiento sino también en la garantía de la calidad y sus dos agencias de control (ARCSA y ACCESS) no han podido dar una respuesta adecuada a esta necesidad.

Las dificultades antes mencionadas se trasladan también a la acción en territorio. Al encargarse algunos directores o gerentes de hospitales de las funciones distritales o de las áreas de salud, se ha visto afectada la gestión administrativa en territorio; esta duplicidad de funciones redundante en que no se esté cumpliendo su rol de autoridad a nivel local.

Aunque esta situación es reconocida por los distintos actores del sector, también se generan expectativas de mejora con los cambios de gobierno. En general, desde las autoridades del gobierno, existe el discurso de que la salud no está en los hospitales. Sin embargo, a criterio de Barreiro, estos enunciados deben materializarse, por ejemplo, a través de las escuelas, colegios y universidades, promoviendo que las personas aporten al sistema con el autocuidado de su salud y que no solo esperen la atención médica de los servicios.

### **3.3.2. Mecanismos de articulación de los subsistemas de salud**

Los expertos consultados valoraron como adecuado el mecanismo de articulación entre los subsistemas de la RPIS y RPC. Sonia Díaz manifestó al respecto que un gran avance del Sistema Nacional de Salud es el trabajo que se realizó para consolidar la red a través de la homologación de la estructura en los diferentes subsistemas. Dado que existe un sistema de salud segmentado, esta homologación fue necesaria para posibilitar el diálogo entre pares en los diferentes niveles de gestión al interior de cada subsistema y para articular la red de prestadores.

Díaz reconoció que el único subsistema que acogió esta homologación y avanzó en su desarrollo fue el de las Fuerzas Armadas, mientras que los del MSP y de la Policía Nacional retrocedieron en este proceso al debilitar su estructura en los diferentes niveles y reducir el talento humano. Esto aumentó la segmentación y disminuyó el acceso a los servicios de salud.

### **3.3.3. Profesionales de la salud**

Los recursos humanos son un componente clave para el acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud. En ese sentido, varios expertos señalaron algunos elementos que han dificultado el desarrollo y fortalecimiento del talento humano del sector.

Al respecto, Sacoto señaló que desde que se implementaron los contratos ocasionales no hay estabilidad para los profesionales de salud, por lo que propone que exista un proceso que permita a la vez evaluar y dar cierta estabilidad al trabajo por resultados. También afirmó que las remuneraciones bajas desincentivan el trabajo en el primer nivel y restan importancia al trabajo con la comunidad. Desde su perspectiva, debería evaluarse un cambio en los incentivos por resultados para privilegiar la salud preventiva. Asimismo, se debería facilitar la participación de los profesionales de la salud en los hospitales, a fin de que puedan realizar sus propuestas y planteamientos de mejora sin miedo a ser despedidos.

Otro aspecto destacado fue la importancia de la carrera sanitaria. El proyecto de ley que actualmente debate la Asamblea Nacional es visualizado como una buena oportunidad para ir corrigiendo las dificultades presentadas a causa de los contratos por servicios ocasionales.

A esto se suma la necesidad de otorgar facilidades a las mujeres para su desarrollo en el ámbito profesional. Ante la creciente participación de las mujeres en el ámbito de la salud, deberían considerarse varias opciones que se ajusten a sus necesidades y que contemplen la doble carga de trabajos que tienen, tanto laboral como en el hogar.

### 3.4. Prestación de servicios

La prestación de los servicios de salud debe cumplir criterios de calidad de atención, tanto a nivel del servicio como del sistema, relacionados a satisfacer la necesidad de los pacientes y brindar un buen trato. Para conseguir estos objetivos, la planificación de los recursos sanitarios así como de la oferta de los servicios de salud debería lograr eliminar las barreras de acceso geográficas, económicas, culturales, temporales y funcionales.

#### 3.4.1. Calidad de atención: servicio y sistema de salud

Los criterios de calidad en la prestación de servicios de salud son un componente importante de la atención. De acuerdo a Ruth Jimbo, existen dos formas de ver expresada la calidad: una basada en los estándares de atención eficiente con evidencia científica y otra relacionada al buen trato. Desde su visión, ambas dimensiones deberían estar en equilibrio. Para ello, es clave capacitar a los profesionales de salud y, de la misma manera, trabajar en el bienestar del profesional de salud, con condiciones de trabajo adecuadas, horarios apropiados, sin exceso de pacientes y con sistemas automatizados. En coincidencia con Jimbo respecto a que la calidad de la atención es en gran parte el resultado de la capacitación de los profesionales, Ruth Lucio añadió otras barreras como la falta de apoyo diagnóstico en el sistema de salud público y la ausencia de una administración y gestión adecuadas de los recursos; esto ocasiona descapitalización y problemas de calidad que causan que las personas prefieran salir del sistema público.

La academia ha trabajado mucho para lograr la formación de profesionales, pero no se visualiza una voluntad política o interés en priorizar a la educación como una fuente de inversión. La formación de especialistas disminuye brechas y apoya a la prestación de servicios logrando la consecución de objetivos. En la actualidad, esta posibilidad de especializar profesionales en áreas claves no existe. Además, sería necesario capacitar a los profesionales de salud en habilidades blandas para mejorar la calidad de la atención. Desde la academia, también podrían crearse programas de auditoría médica y de relación profesional de salud-paciente así como realizar más investigaciones y publicaciones sobre la calidad de los servicios o la satisfacción de los usuarios, entre otros temas, que puedan ser un insumo para la toma de decisiones de las autoridades.

Otras alternativas de cambio que sugirieron los profesionales es que se aumente el conocimiento para gestionar recursos, se busque mejorar la atención, se otorguen incentivos (no necesariamente monetarios) y se reconozcan y motiven las experiencias positivas a nivel local. La estrategia de calidad a implementar debería involucrar a todas las autoridades e incorporar aquellas experiencias locales destacadas. Otras formas posibles para incentivar la calidad serían el pago por resultados a los profesionales que realicen una consulta humanizada y, por último, la inversión con involucramiento del Ministerio de Finanzas en función de las metas.

Villacrés también coincidió con Jimbo en que para garantizar la calidad es necesario cubrir la brecha de talento humano de los establecimientos de salud. Además, expresó que la educación en las universidades es importante para que los estudiantes conozcan el modelo de atención. Asimismo, indicó que se deberían otorgar los recursos financieros necesarios para el mantenimiento de equipos e infraestructura y definir la cartera de servicios del primer nivel. Sobre esta base, podrían establecerse los requerimientos necesarios para el adecuado funcionamiento de los centros de salud de acuerdo a la población.

Por su parte, Ocampo señaló que en el sector privado se categoriza a los pacientes si son públicos o no; desde su perspectiva, esta distinción no debería existir pues todos los pacientes deberían ser tratados con la misma ética personal y profesional.

Para los profesionales de la salud, su formación bajo un modelo cartesiano donde el médico es el poseedor de la verdad crea una jerarquía descendente con el resto de profesionales y trabajadores de la salud. En este punto, Jaime Breilh enfatizó la necesidad de capacitar adecuadamente al personal de salud con una visión integral, lo que permitiría potenciar el sistema.

Complementariamente, los hospitales tampoco han sido rediseñados en función de la situación local, lo que da como resultado una distorsión de la realidad entre el diseño del servicio y el personal de salud, sin una visión integral. El personal de salud, además, sufre el peso de un mal diseño administrativo que ha priorizado la inversión en modernizar infraestructuras y no en talento humano.

### 3.5. Síntesis de las entrevistas

A continuación, se sintetizan los aportes centrales de las entrevistas realizadas a expertos en el sector de la salud.

Eje	Dimensión		Problemática	Alternativa de cambio
1. Modelo asistencial	<b>Organización y funcionamiento del primer nivel de atención</b>	1. Primer nivel como puerta de entrada al sistema de salud	No existe un primer nivel organizado con una oferta de servicios alineada a las necesidades de la población. A pesar de la construcción de establecimientos de salud en los últimos años, no se alcanza a cubrir la demanda. No se asignan los recursos necesarios para brindar una adecuada oferta de servicios. Falta capacitación del personal sanitario.	Mejorar la asignación del talento humano conforme a los estándares recomendados. Incrementar la participación ciudadana en la creación, ejecución y evaluación de normativas. Incrementar la inversión en equipamiento. Trabajar en redes de salud, a través del fortalecimiento del primer nivel, incluyendo soporte tecnológico y telemedicina. Generar un instrumento de operacionalización del MAIS-FCI. Implementar la adscripción territorial.
	<b>Disponibilidad de recursos</b>	2. Responsabilidad del primer nivel con los individuos, sus familias y comunidades	No se cumple la implementación del Análisis de Situación de Salud (ASIS) de manera participativa. Falta de conocimiento sobre la normativa para garantizar la participación.	Reforzar la Atención Primaria de Salud. Realizar una evaluación del MAIS-FCI (podría considerarse a las universidades para el estudio).
	<b>Continuidad de la atención</b>	3. Subsistema de referencia y contrarreferencia	Fragmentación del SNS. Niveles de gestión que no responden a la necesidad territorial. Limitaciones de relacionamiento entre el MSP y el IESS. La referencia se ha implementado, pero la contrarreferencia no existe. Falta de confianza en el SNS. Falta de claridad en la normativa para su implementación.	Formar más especialistas para aumentar la cobertura. Contar con un primer nivel universal independientemente del financiador.
	<b>Coordinación asistencial de la red de servicios</b>	4. Modelo de atención integral, holística e integrada	No se han potenciado las actividades de promoción y prevención de salud. No existe un modelo de cuidado individual de la población. Se priorizó la construcción de megahospitales en lugar de centros de primer nivel.	Implementar en las escuelas formación en temas de autocuidado de la salud. Propiciar una nueva arquitectura institucional en la que los GAD sean actores de la construcción de las políticas públicas.

Eje	Dimensión		Problemática	Alternativa de cambio
2. Financiamiento de la salud	<b>Disponibilidad de recursos</b>	1. Cobertura financiera a las prestaciones de salud	Limitado trabajo intersectorial. La Cuenta Única del Tesoro limita que la gestión de recursos sea la adecuada, ya que los recursos por la prestación de servicios no se pueden recibir directamente (autogestión) y no se diferencian del Presupuesto General del Estado.	Analizar las experiencias del pago per cápita para su implementación en el país.
	<b>Fuentes de financiamiento</b>	2. Cobertura poblacional por los subsistemas de salud	Fragmentación del SNS. Las prestaciones deberían cubrir las de mayor complejidad (y no todas), ya que no es sostenible en el tiempo. El enfoque no debería ser únicamente materno-infantil sino de acuerdo al análisis de perfil epidemiológico.	
		3. Mecanismos de financiamiento	No existe eficiencia en el sector público, lo que ha ocasionado que se fortalezca el sector privado y no el público.	Revisar y mejorar los mecanismos de pago hacia opciones que promuevan la eficiencia.
<b>Incentivos y gestión por resultados</b>		4. Mecanismos de reconocimiento económico por prestaciones de salud	Existen problemas en los cruces de cuentas, particularmente en la auditoría. Los informes de la Contraloría del Estado han motivado a los auditores a generar requerimientos adicionales al proceso para evitar glosas.	Avanzar hacia otro mecanismo de pago, como puede ser la capitación o pagos de grupos relacionados de diagnósticos. Realizar reformas legales que incentiven la facturación de servicios en los hospitales. Dotar a los establecimientos de las herramientas tecnológicas y el talento humano suficiente para que puedan realizar una facturación oportuna. Diseñar lineamientos generales y, a la vez, cierta flexibilidad para adaptar el proceso a la realidad de cada territorio.
		5. Mecanismos de pago por eficiencia a prestadores de salud	Desconocimiento de los reglamentos y regulaciones por parte del sector privado, lo que retrasa los pagos a los prestadores. Casos de corrupción.	Trabajar en los marcos regulatorios de los subsistemas para facilitar su implementación. Generar un mecanismo de cruce de cuentas (sobre todo, entre el MSP y el IEES) sin necesidad de que exista intercambio de recursos. Implementar más auditorías aleatorias en los procesos de mayor complejidad e inversión y, en los de menor costo, realizar asignaciones por proyecciones.

Eje	Dimensión		Problemática	Alternativa de cambio
3. Organización y gestión	<b>Mecanismos de articulación de la Red Pública Integral de Salud</b>	1. Rectoría del MSP en el SNS	<p>Débil rectoría del MSP. Sistema de salud biocentrista, que se dedica únicamente a atender enfermedades.</p> <p>El MSP es el prestador de servicios de salud más grande del país, lo que hace que descuide su rol como autoridad sanitaria en la formulación de la política pública.</p> <p>SNS fragmentado con subsistemas desarticulados.</p> <p>Muchas normativas las crea el MSP desde su rol de prestador pero no como rector del SNS.</p>	<p>Mejorar la gobernanza del SNS.</p> <p>Definir el rol del MSP como rector y como prestador de servicios.</p> <p>Dividir las funciones de regulación y prestación de salud (una opción podría ser a través de alianzas público-privadas).</p>
	<b>Proceso de derivación</b>	2. Niveles de gestión del SNS	<p>En el SNS se resuelven principalmente los problemas del individuo y no sus causas, determinantes sociales, condiciones de vida, etc.</p> <p>La reestructuración del MSP de 2019 debilitó la estructura, al no tener instancias que articulen con los diferentes subsistemas, gremios, academia y sector privado.</p> <p>Los directores o gerentes de hospitales, en la actualidad, realizan funciones distritales o de áreas de salud, lo que afecta a la gestión administrativa en territorio.</p>	<p>Propiciar una mayor participación ciudadana, articulando en espacios locales un plan de salud que incorpore la visión de los actores para un correcto diagnóstico de las políticas, con el acompañamiento del Consejo Nacional de Salud.</p>
	<b>Modelo de reconocimiento económico entre instituciones públicas y privadas</b>	3. Mecanismos de articulación de los subsistemas de salud	Falta regulación al sector privado.	

Eje	Dimensión		Problemática	Alternativa de cambio
4. Prestación de servicios	<b>Autoridad sanitaria</b>	4. Profesionales de la salud dentro del SNS	Baja capacitación de los profesionales. Disminución de los profesionales en las áreas administrativa y operativa de la salud. No existe estabilidad laboral para los profesionales de salud.	Brindar facilidades a los profesionales de la salud para que realicen propuestas y planteamientos para la mejora de la atención.
		5. Importancia de la carrera sanitaria	No existe carrera sanitaria.	Impulsar el tratamiento de la ley propuesta en la Asamblea Nacional.
		6. Mecanismos de flexibilidad laboral en el sector salud	No existe normativa que permita tener un equilibrio de vida profesional y laboral.	Considerar opciones que se ajusten a las necesidades y otorguen facilidades de horarios.
	<b>Calidad de los servicios de salud</b>	1. Calidad de atención, servicio y sistema de salud	Falta de apoyo diagnóstico en el sistema público de salud y de una administración y gestión adecuadas de los recursos, lo que ocasiona descapitalización y problemas de calidad. Se modernizaron los servicios de salud, pero no se fortaleció al talento humano. No existe suficiente dotación de medicamentos, insumos y equipamiento. No existe una visión estratégica de los territorios y sus necesidades.	Capacitar a los profesionales para gestionar los recursos de manera eficaz y eficiente. Buscar mecanismos de incentivos (no necesariamente monetarios) para la mejora de la calidad. Cubrir la brecha de talento humano a través de la formación de especialistas. Aportar los recursos financieros suficientes. Capacitar a los profesionales de salud en habilidades blandas, para mejorar la calidad de atención.
	<b>Cartera de servicios</b>	2. Ley de derecho y amparo al paciente	Los pacientes tienen poca posibilidad de comunicación en el sistema de salud. No existe educación en salud.	
	<b>Barreras de acceso</b>	3. Cartera de servicios explícita	Los recursos no son otorgados de acuerdo a la cartera de servicios.	Definir la cartera de servicios del primer nivel y, con esa base, establecer los requerimientos necesarios para que puedan funcionar de acuerdo a la población.
	4. Acceso a servicios de salud económicos, geográficos, culturales, temporales y funcionales.	Se categoriza a los pacientes si son públicos o no.	Crear desde la academia programas de auditoría médica y de relación profesional de salud- paciente, además de realizar más investigaciones y publicaciones sobre la calidad de los servicios, la satisfacción de los usuarios, etc., que puedan ser un insumo para la toma de decisiones de las autoridades.	

## ► 4. Análisis conjunto de la problemática

---

Desde el punto de vista de los usuarios, profesionales y expertos existen coincidencias al identificar los problemas del sistema de salud en las dimensiones abordadas, sus causas y posibles alternativas de solución.

### Modelo de atención

- Existe un trabajo importante en la definición de los lineamientos operativos del MAIS-FCI que recogen la estrategia de atención primaria; sin embargo, esta no se ha implementado de manera integral en los establecimientos de salud.
- El primer nivel de atención es débil y no cuenta con todos los recursos para resolver los problemas de salud más frecuentes de la población.
- La implementación del primer nivel como puerta de entrada al SNS genera dificultades y retraso en la atención, además de malestar en la población por no ser eficaz ni oportuna ni capaz de satisfacer las necesidades de la población. Esto se debe a las limitaciones en la oferta de los servicios por el déficit en la asignación de recursos.
- Aunque la normativa plantea la integralidad y la integración en la atención, el sistema de salud continúa siendo biológocentrista, con un enfoque curativo y centrado en el médico.
- No se puede realizar el análisis situacional integral de salud (ASIS) de la población como establece la normativa debido a que los profesionales del primer nivel de atención no están formados ni tienen los recursos para el desarrollo de las actividades de participación. También falta involucramiento de la población en la definición del presupuesto por desconocimiento de la normativa que garantiza su participación.
- La participación de la ciudadanía es generalmente utilitaria, coyuntural y responde a los intereses de las autoridades de turno, sin tener una agenda de trabajo definida para dar continuidad a los procesos participativos.

### Financiamiento

- Existe una gestión deficiente de recursos que responde a la falta de profesionales capacitados y formados en gestión administrativa; los puestos directivos son ocupados generalmente por cuotas políticas y no cumplen necesariamente con el perfil definido para el puesto.
- Falta de planificación y ausencia de directrices claras para realizar los procesos administrativos de contratación que respondan a las necesidades locales y particulares.
- El reconocimiento económico de pago por prestaciones, como mecanismo articulador de la RPIS y RPC, estaba bien planteado pero no se garantizó su continuidad al disminuir los recursos humanos y materiales para su implementación.
- La inversión se debió realizar para fortalecer el primer nivel, y no solo para el nivel hospitalario como se realizó.
- Existe una clara preocupación porque el sector privado se posicione como más eficiente en el manejo de los recursos que el sector público, ya que podría impulsar a la privatización de los servicios.
- La corrupción es la principal causante del desfinanciamiento del sector salud.
- Falta asignación de recursos oportuna para financiar a los prestadores de salud públicos, lo que generan desabastecimiento y los vuelve altamente ineficientes.
- No se ha trabajado en la sostenibilidad del sistema de salud. Existe un riesgo para la continuidad del sistema debido al incumplimiento del Gobierno con sus obligaciones de asignación de recursos económicos a los diferentes subsistemas.

## Organización y gestión

- ▶ El IESS cumple con obligaciones que no le corresponden o que el Estado debe financiar.
- ▶ Deficiente comunicación entre el equipo directivo y el operativo, que genera barreras de acceso innecesarias al aplicar la norma.
- ▶ Existe limitada capacidad instalada de los establecimientos de salud, tanto en su infraestructura como en el talento humano.
- ▶ La politización de las instituciones de salud por parte de las autoridades en los diferentes niveles de gestión responde a los intereses de los gobiernos de turno.
- ▶ No se garantiza el acceso universal de la población a la salud debido a que no existe una lógica sistémica de protección social.
- ▶ Ausencia de diálogo social en las políticas sanitarias.
- ▶ Débil rectoría del MSP debido a la reestructuración, pues no cuenta con instancias que articulen con los diferentes subsistemas y en los diferentes niveles de gestión.
- ▶ El MSP cumple un doble rol –rector del sistema y prestador de servicio– que hace que las políticas públicas sean realizadas en función de su capacidad de gestión.
- ▶ No existe estabilidad laboral para los profesionales del sector salud.
- ▶ Ausencia de trabajo articulado con los gobiernos locales.

## Prestación de servicios

- ▶ La normativa está creada desde la centralización de la gestión, lo que genera retraso en el abastecimiento de medicamentos, dispositivos y recambio tecnológico.
- ▶ No existe voluntad política o interés en priorizar a la educación como una inversión para la salud de la población.
- ▶ Falta de autoridades y profesionales con conocimiento y formación tanto en gestión como en especialidades para la atención.
- ▶ No se han desarrollado hábitos adecuados en la población sobre la prevención de las enfermedades y la importancia de la medicina preventiva.
- ▶ Ausencia de corresponsabilidad en el cuidado de la salud por parte de la población, que espera resolver sus problemas o enfermedades en los servicios sanitarios.
- ▶ Despersonalización del cuidado de los bienes públicos por parte de la ciudadanía y los funcionarios públicos, lo que ocasiona deterioro o pérdida de los mismos.
- ▶ Ausentismo del MSP como autoridad sanitaria, problema que fue más evidente en los primeros meses de la pandemia de la COVID-19.

## Análisis de la implementación de las alternativas de cambio

De acuerdo a lo expresado por los diversos actores, tanto en los grupos focales como en las entrevistas, existen varias alternativas de cambio coincidentes y aplicables.

- ▶ Trabajar en mesas intersectoriales para la creación, implementación, monitoreo y control de políticas de salud conjuntamente con la autoridad sanitaria nacional.
- ▶ Crear mesas de participación ciudadana para involucrar a la población en los procesos de creación de políticas de salud, asignación y gestión de recursos.
- ▶ Conformar una comisión de ética para la gestión adecuada de los recursos en salud.
- ▶ Trabajar en un rediseño institucional del MSP que responda a las necesidades actuales de la población y de los prestadores de servicios.

- ▶ Fortalecer la rectoría del MSP como autoridad sanitaria nacional.
- ▶ Reestructurar el Consejo Directivo del IESS a fin de considerar la representación de otros sectores como los jubilados y los campesinos.
- ▶ Establecer alianzas estratégicas con la academia para la formación de profesionales de salud alineados a las políticas de salud y su modelo de atención, además de propiciar programas de formación de especialistas conforme a las necesidades de talento humano.
- ▶ Fortalecer las instancias existentes que acompañan a la autoridad sanitaria nacional como el CONASA y el Consejo Sectorial de Salud.
- ▶ Trabajar en alianzas público-privadas tanto para asesorías de gestión como para la definición de mecanismos de participación con los prestadores de servicios.
- ▶ Implementar estrategias de salud enfocadas en la prevención y promoción de salud, en las que se involucre directamente a la población.
- ▶ Fortalecer el MAIS-FCI con los lineamientos de implementación en territorio, con la suficiente flexibilidad de adaptación a cada contexto.
- ▶ Garantizar la asignación de recursos necesarios para el correcto funcionamiento de los establecimientos y programas de salud por parte de las máximas autoridades.
- ▶ Fortalecer los conocimientos del MAIS-FCI en los diversos actores del SNS, incluida la red privada.
- ▶ Establecer perfiles óptimos para la selección de autoridades y gestores de los establecimientos de salud.
- ▶ Apoyar la propuesta de carrera sanitaria como una forma de fortalecimiento de las capacidades en los establecimientos de salud.
- ▶ Realizar una revisión del mecanismo de pago por prestación de servicios de manera participativa, en la cual se incluyan a los actores de la RPIS y la RPC.
- ▶ Propiciar la educación en salud de la población, en términos de deberes como de derechos.
- ▶ Implementar veedurías como un mecanismo de participación ciudadana con incidencia en la toma de decisiones trascendentales del sector público.

## ► 5. Reflexiones finales

---

Los resultados de la sistematización de las perspectivas de usuarios, empleadores, trabajadores y expertos sobre el Sistema Nacional de Salud muestran importantes lecciones sobre la construcción participativa de la política pública.

Resulta necesario promover la participación de los actores en el diagnóstico del Sistema Nacional de Salud y, sobre todo, en el diseño de propuestas de solución, en la implementación y en el seguimiento de los planes y programas en salud. Los actores expresaron su preocupación por la falta de participación real de la ciudadanía, así como su solicitud por ser incluidos en la construcción de políticas, evaluación de las implementaciones en territorio y planificación de presupuestos, entre otros aspectos.

Para una adecuada participación, es importante también generar espacios de capacitación sobre el modelo de atención en salud, la normativa que regula el sector, la conformación del SNS y los programas y estrategias de salud que se diseñan o implementan. Esto permitiría, además, asegurar la comprensión por parte de la ciudadanía del funcionamiento del sistema de salud y que esta pueda sumarse a los esfuerzos por garantizar un acceso oportuno y de calidad a la atención médica.

Un desafío transversal a varias dimensiones del sistema de salud tiene que ver con la capacidad de implementar los ejes del modelo de atención. Es decir, que las instituciones y establecimientos de salud a nivel nacional y local puedan llevar a la práctica las políticas, planes y programas que se han planteado para el sector. Esto implica una real comprensión e involucramiento de autoridades, personal de salud y usuarios en general. Es preciso, entonces, establecer mecanismos que permitan un adecuado y permanente seguimiento, monitoreo y evaluación por parte de todos los actores implicados.

Finalmente, el reconocimiento de las condiciones estructurales del sistema de salud en torno a su organización (como la segmentación y fragmentación) hace necesario pensar en reformas profundas que apunten a superar las barreras de acceso de la población. Nuevamente, la participación social y el involucramiento de todos los actores del sistema –proveedores, financiadores, aseguradores, academia, trabajadores, empleadores, etc.– es indispensable en la búsqueda de mejores resultados para la población.

## ► 6. Referencias bibliográficas

---

Asamblea Constituyente. 2008. Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial 449. [https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion\\_de\\_bolsillo.pdf](https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf)

Casalí, P., A. Goldschmit y O. Cetrángolo. 2020. Respuestas de corto plazo a la COVID-19 y desafíos persistentes en los sistemas de salud de América Latina. Lima: OIT.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. 2016. Reglamento Orgánico Funcional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Resolución del Consejo Directivo del IESS 535.

MSP (Ministerio de Salud Pública). 2012. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural. Acuerdo Ministerial 725-1162. [https://www.hgdc.gob.ec/images/DocumentosInstitucionales/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](https://www.hgdc.gob.ec/images/DocumentosInstitucionales/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf)

———. 2012a. Estatuto por Procesos del Ministerio de Salud Pública. Acuerdo Ministerial 1034.

Narváez, A. y J. Moreira. 2012. Priorización de enfermedades en el Ecuador. Boletín Epidemiológico. Quito: Dirección de Control y Mejoramiento de la Salud Pública, Ministerio de Salud Pública.

OIT (Organización Internacional del Trabajo). 2021. Financiamiento del Sistema Nacional de Salud ecuatoriano para la cobertura universal. Nota informativa. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms\\_817788.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms_817788.pdf)

OMS (Organización Mundial de la Salud). 1948. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos. Edición 48. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>

OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2009. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (62ª Asamblea Mundial de la Salud). Informe de la Secretaría. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A62/A62\\_9-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf)

## ► Anexos

### Anexo 1. Programa de sesión de grupos focales

#### a. Programa de sesión:

	Actividad	Responsable	Duración*
1	Ingreso a la plataforma	Asistente técnico	5 min.
2	Bienvenida de la OIT (opcional) y del equipo consultor	Representante OIT Moderador	5 min.
3	Reglas de netiqueta y explicación breve de las plataformas a utilizar	Asistente técnico	5 min.
4	Concepto clave del eje/s temático/s a abordar	Moderador	5 min.
5	Identificación de la situación actual (tres problemas comunes como máximo)	Moderador	30 min.
6	Identificación de causas	Moderador	30 min.
7	Identificación de recomendaciones y alternativas de cambio	Moderador	30 min.
8	Conclusiones	Moderador	10 min.

\*La duración de cada actividad es un tiempo máximo en grupos completos de siete personas

Los temas y subtemas expuestos se abordarán en el punto Concepto clave del eje temático del programa de sesión, lo que permitirá contextualizar y definir el contenido sobre el que trabajará cada uno de los grupos.

Una vez realizada la introducción del eje temático, se da inicio a la exploración. Durante esta fase se inician las conversaciones colaborativas (Open Cards Methodology) a través de las siguientes preguntas exploratorias:

1. ¿Cuál es la situación actual o la problemática encontrada en (eje temático)?
2. ¿Cuáles son las principales causas por las que ocurren (se describirán los motivos de cada hallazgo)
3. ¿Cuáles serían las alternativas de cambio que se pueden proponer?

Cada una de estas preguntas será respondida desde la experiencia o vivencia de quienes son parte del grupo focal, más no desde la visión del equipo consultor. Sin embargo, la solvencia en el tema permitirá facilitar el proceso de obtención de información.

Una vez que se han encontrado los puntos clave sobre cada uno de los ejes se concluye la sesión.

## Anexo 2. Hoja de entrevista a expertos y preguntas por eje temático

### Estudio cualitativo: perspectivas de trabajadores, empleadores, usuarios y expertos sanitarios sobre el Sistema Nacional de Salud

#### Entrevistado:

**Fecha:** junio de 2021

**Hora:**

**Ejes a abordar:**

Las preguntas e información generada durante esta entrevista formarán parte del Estudio cualitativo: perspectivas de trabajadores, empleadores, usuarios y expertos sanitarios sobre el Sistema Nacional de Salud, ¿está usted de acuerdo ser citado como fuente?

Si su respuesta es **No** su contestación será unida a otras opiniones de manera anónima con otros expertos que opten por permanecer confidenciales.

#### Recolección de la información:

La entrevista será grabada en audio y video, material que se usará únicamente para el proceso de sistematización.

Preguntas:

#### 1. Eje: Modelo de atención

Preguntas por dimensión:

##### a. Primer nivel como puerta de entrada al sistema de salud

¿Por qué debe existir un nivel de atención como puerta de entrada al SNS?

¿Cómo fortalecer este nivel de atención para que pueda resolver el 80 por ciento de los problemas de salud de la población, tal como establece el MAIS-FCI?

##### b. Responsabilidad del primer nivel con los individuos, sus familias y comunidades

¿Cuáles son las principales funciones del primer nivel de atención?

##### c. Subsistema de referencia y contrarreferencia

¿Cuál o cuáles son las causas que no permiten garantizar esta atención continua y oportuna para la población que utiliza los servicios de salud?

¿Qué barreras se deben superar para mejorar la articulación o integración de los diferentes subsistemas públicos y privados con el fin de garantizar una atención oportuna y que resuelva los problemas de salud de la población?

##### d. Modelo de atención integral-holística e integrada

¿Se ha podido implementar este modelo de atención en el SNS del Ecuador? ¿Cuáles han sido las capacidades o barreras, de haberlas, para su implementación?

¿Qué acciones se deberían implementar o fortalecer para continuar con la implementación del MAIS-FCI como política sanitaria consecuente con lo que establece la constitución del Ecuador?

## 2. Eje: Financiamiento

Preguntas por dimensión:

**a. Cobertura poblacional por los subsistemas de salud**

¿Usted considera que este mecanismo de relacionamiento ha permitido aumentar la cobertura y acceso a la población ecuatoriana?

**b. Extensión de la cobertura a cónyuges e hijos menores de edad**

¿Se deben mantener los mecanismos de extensión de la cobertura para beneficiarios de la seguridad social?

**c. Mecanismos de reconocimiento económico por prestaciones de salud**

¿Usted considera que el mecanismo de reconocimiento económico actual es eficiente y se debe fortalecer o mantener?

## 3. Eje: Organización y gestión

Preguntas por dimensión:

**a. Rectoría del MSP en el SNS**

¿Considera usted que la organización actual del SNS permite dar cumplimiento del derecho a la salud, a través del ejercicio de otros derechos interdependientes con la finalidad de lograr el buen vivir como plantea la Constitución?

¿Cómo ve usted la rectoría del MSP en el SNS?

**b. Mecanismos de articulación de subsistemas de salud**

¿Considera adecuado el mecanismo de articulación entre los subsistemas de la RPIS y RPC con el fin de aumentar la cobertura de atención?

**c. Profesionales de salud dentro del SNS**

¿Considera que la normativa laboral vigente para servidores públicos y trabajadores del sector salud, permite el desarrollo y fortalecimiento del talento humano del sector?

**d. Importancia de la carrera sanitaria**

¿Considera importante contar con una carrera sanitaria que permita el desarrollo del talento humano y permita el ascenso vertical y longitudinal de los profesionales?

**e. Mecanismos de flexibilidad laboral en el sector salud**

**f.** ¿Considera que debe existir un mecanismo de flexibilidad laboral con enfoque de género y por demanda de los servicios que permita incluir a profesionales y trabajadores del sector salud en las instituciones públicas?

## 4. Eje: Prestación de servicios

Preguntas por dimensión:

**a. Calidad de atención, servicio y sistema de salud**

¿Considera usted que cuando acude a los servicios de salud estos cumplen con criterios de calidad?

¿Qué plantearía como alternativas para su mejora de ser posible?



Organización  
Internacional  
del Trabajo

Oficina de la OIT para los Países Andinos, Ecuador

Centro Corporativo Ekopark  
Vía a Nayón y Av. Simón Bolívar, Torre 4, piso 3  
Quito - Ecuador

Tel. (593) 23824240 [www.ilo.org/ecuador](http://www.ilo.org/ecuador)

 OITAndina