



## El *antes-de*: un análisis del escenario previo a la pandemia con enfoque sobre el sistema de salud

### The before-of: an analysis of the pre-pandemic scenario with a focus on the health system.

#### RESUMEN

Con la llegada de la pandemia por la propagación de la enfermedad covid-19 los países activaron medidas de manejo y contención que tornaba un panorama semejante entre los escenarios de unos y otros. Sin embargo, la escena *antes-de* resultaba ampliamente distinta. El presente estudio se interesa en el escenario previo a la emergencia sanitaria, específicamente la oferta en salud pública en el Ecuador. El trabajo descriptivo construye una compilación de datos referentes al sistema de salud que permite generar exploraciones e inferencias descriptivas. Ecuador cuenta con amplias bases de datos que permiten generar este tipo de investigaciones, con indicadores de salud tanto de insumo como de productos.

**Palabras clave:** *pandemia, sistema de salud pública, indicadores de salud*

#### ABSTRACT

By the arrival of the pandemic due to the spread of the covid-19 disease the world became similar. The countries build and ran on a certain protection measures to the contain of the spread. However, the reality before the pandemic issues was widely different among all the region and countries. The descriptive analysis of these specific situation requires the compilation of data about health system in order to generating explorations and descriptive inferences. Ecuador has extensive databases that allow this type of research, with both input and output health indicators.

**Key words:** *pandemic, public health system, health indicators*

Reformularnos las relaciones de convivencia a partir de las coyunturas es una tarea que se ha venido cumpliendo cada vez que así se requiere. Las configuraciones sociales llevan inmersas una casi automática adaptación frente a cambios y acontecimientos a medida que estos se van dando. Han tomado la escena muestras de adaptación que van desde aprecio sin tacto, pasando por educación telemática, hasta producción al cien por ciento fuera de un típico lugar de trabajo. Y en cada una de estas transformaciones ya es casi intuitivo identificar desigualdades.

A la par del escenario que se ha instaurado junto con la pandemia, le acompaña al contexto otras variables como lo son la globalización y el capitalismo. El capitalismo como modelo y paradigma aparece una vez finalizado el feudalismo, y por su propio mecanismo de funcionamiento le acompaña una lógica de globalidad en casi cada uno de sus aspectos. Es interesante cuestionar las semejanzas entre los tres fenómenos en cuanto a que empujan a los sistemas a un necesario proceso de adaptación.

Es posible identificar actitudes que demuestren se vive una casi naturalizada globalidad en cada sistema dentro de los cuales se desenvuelven las sociedades, donde, poco conscientes de su existencia, todo se mueve tan mecánicamente, dándola por normalizada. Las ventajas y desventajas de un mundo globalizado (y capitalista) ocuparían un estudio aparte, y bastante amplio, por tanto, lo que a este análisis interesa es cómo la aparición de un virus, que alcanzó su propagación mundial en cuestión de meses, poco queda como fenómeno de ficción, y más como consecuencia directa, aunque no percibida, de esta misma globalidad.

Esta interconexión entre todo y todos, que va en aumento, no deja de lado la propagación de la vulnerabilidad, donde resulta menester la intervención del Estado y la capacidad de este de reconfigurarse, y en tal sentido, adaptarse, y a sus instituciones, dentro de los fenómenos y consecuencias que supone un mundo globalizado. Por tanto, bajo esta perspectiva, resulta imperativo una reestructuración que dote de capacidad para otorgar seguridad ante las vulnerabilidades (Cabeza, 2006).

Es posible calificar como inevitable no tener en una misma proposición globalización y capitalismo, donde el enfoque sobre la edificación de mercados mundiales ha generado el aumento del nivel de interdependencia en el que vivimos y la preocupación por minimizar barreras al mercado. Cada uno de estos fenómenos podría estar sujeto a análisis críticos de forma individual y bajo la perspectiva de variables como desigualdad, dentro de lo que a este estudio interesa, solo se hará énfasis en la arista oferta y aquella que tiene que ver no con el mercado de bienes comunes y de consumo masivo, sino de de la oferta en salud pública.

Damos cuenta de estructuras y sistemas que poco o nada se preocupan por aspectos de responsabilidad social. Dadas las circunstancias que la emergencia, principalmente sanitaria, ha sacado a la luz, se puede considerar que la globalización se ha venido preocupando por barreras que benefician al mercado, borrando aquellas que los perjudiquen, pero no por eliminar aquellas diferencias que se edifican alrededor de aspectos sociales como lo es la salud pública. A pesar de tan crítico juicio, no se puede obviar la existencia de los 17 objetivos que propone la Agenda 2030 de las Naciones Unidas, claro ejemplo de una sociedad globalizada, que aún impulsa para eliminar injusticias en aspectos económicos, ambientales y sociales.

El proceso capitalista y de globalización ha llegado a generar un tipo de Estado cada vez menos capaz de hacerse cargo de los asuntos públicos (Milan y Santander, 2020, p. 255). El escenario ideal ocuparía un Estado que salvaguarda la seguridad, bienestar, desarrollo y, por cuanto nos interesa, la salud. De esta manera, se busca arrancar desde aspectos base del sistema de salud, para en un segundo momento pasar a una descripción de la oferta de esta en el país.

El sistema de salud de Ecuador está conformado por las instituciones públicas y privadas, el primer sector lo conforma principalmente, el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Inclusión Económica y Social, junto con Instituciones de Seguridad Social. El ámbito privado, por otro lado, está diferenciado por los fines, de lucro u organizaciones no lucrativas. Además, tomando en cuenta seguros de salud privado, los cuales cubren a un 3% de la población con un estatus socioeconómico medio y alto (Lucio, Villacres, Henríquez, 2011). De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la salud, Ecuador tiene un gasto total en salud por habitante de 1,040, mientras que total en salud como porcentaje del PIB era 9,2%, ambos son datos de 2014. ¿Cuál es la estructura del sistema de salud? ¿Cuál es el gasto en salud? Seguramente la respuesta a estas preguntas cuenta como factor relevante en el análisis del contexto de una crisis, pero ¿son determinantes?, Corea con bajo gasto en este rubro tuvo igual de buenos resultados en el manejo de la crisis sanitaria que Alemania, con un sistema de salud de alto gasto. (Lobo, 2020). Corea, después de la experiencia de 2015 con el MERS, de la familia del coronavirus, instauró “un sistema completo de planificación, preparación y prevención, orientado a evitar contagios, mediante análisis, rastreo y aislamiento avanzado de contactos y se convino que, en ciertos momentos, la salud pública debe primar sobre la privacidad” (Lobo, 2020). En Alemania, por su lado, fue vital la actuación de forma descentralizada.

El diseño descriptivo que se propone busca observar la oferta disponible en salud pública y a partir de allí repensar en el contexto actual. Para tal fin, es necesario una recopilación de datos de interés disponibles en plataformas públicas oficiales. La observación generada a partir de estos datos permitirá identificar y caracterizar la oferta del sistema de salud pública cuando la pandemia por COVID-19 llegó a Ecuador. De la basta cantidad de actores que han intervenido en el contexto de la pandemia, y por consecuencia, la crisis sanitaria, se hará enfoque solo en la población y el sistema de salud pública. Se debe tener presente que, en el proceso o trabajo de monitoreo del sistema de salud, se identifican dos áreas de análisis, el estado de la salud y los servicios de salud (Schneider, Castillo, Bacallao, Loyola, Mujica, Vidaurre, y Roca, 2002). En cuanto a este trabajo interesante, se direccionará en los servicios de salud pública y sus dimensiones como insumos y productos.

¿Cuál era el escenario en el que se encontraba la salud pública en Ecuador a la llegada de la crisis sanitaria? Se aborda esta pregunta a través de un conjunto de fuentes de datos que permiten dar cuenta del estado de los servicios de salud pública. Se ha hablado de cuán desafiante resulta ser para los sistemas de salud de la región tener que hacer frente no solo a un cuadro epidemiológico complejo sino bajos índices de inversión (Lago, 2020).

Se tiene un necesario interés en aristas como desigualdad e inequidad en los sistemas de salud pública en tiempos de pandemia. Conlleva un importante trabajo investigativo analizar la conexión entre desigualdades sociales que pueden dar lugar a la inequidad, precisamente en la Región calificada como la más desigual (CEPAL, 2016). Se entiende por inequidad a las diferencias injustas y reversibles, tomando a Whitehead en Fábrega, *Salud y desigualdad territorial*, (2011) “Por inequidad en salud se entiende las diferencias sistemáticas que son innecesarias y evitables, además de injustas”. Las desigualdades, o en su efecto, inequidades, pueden distinguirse entre aquellas cuyas causas son inevitables, pero sus consecuencias sí son tratables. El segundo tipo, aquella cuyas causas vienen con anterioridad, pero hoy se pueden evitar (Fábrega, 2011, p.7). Como ha sido mencionado, se requeriría un estudio más amplio y profundo, de tipo empírico explicativo, para generar inferencias causales sobre el tema desigualdad e inequidad en el área de salud en tiempos de pandemia. En los apartados subsecuentes se dará solo un primer paso a través de una indagación breve en la temática sistema de salud pública en Ecuador.

Para 2017, Ecuador registraba 3364 establecimientos de salud correspondiente al sector público (RAS, 2017). En cuanto a recursos humanos, se ha registrado un crecimiento constante, entre 2000 y 2017 hubo un aumento de 26.989 de médicos. Mientras que por cada 10000 habitantes había un promedio de 22,23, siendo Zamora Chinchipe la provincia con el porcentaje más alto, con 32,52% de médicos por cada 10000 (RAS, 2017). El estudio de variables indicativas sobre el servicio de salud pública es de carácter descriptivo y no de causalidad.

## MÉTODO

La perspectiva exploratoria a partir de variables e indicadores específicos tuvo por objeto resumir, en medidas más visibles, una totalidad de datos inabarcable a primera vista, para así facilitar la descripción de escenarios en salud pública antes de la pandemia. Los tipos de datos utilizados fueron de base poblacional, entre ellos censos, y de base institucional, como registros de recursos hospitalarios, con atención específicamente en datos de servicios de salud pública y no del estado de la salud pública.

En cuanto a las bases de datos se hizo uso del Anuario de Estadísticas de salud: camas y egresos hospitalarios (2018), Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud (2017) del Instituto Nacional de Estadística y Censo, y la plataforma de Sistema Integrado de Conocimiento y Estadística Social del Ecuador del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.

Ha sido necesario seleccionar los indicadores que cumplieran con la funcionalidad que se esperaba con objeto de conocer cifras que reflejaran el escenario en el que la salud pública de Ecuador se encontraba a la llegada de la emergencia sanitaria y la oferta disponible en sus centros de salud. Este ha sido solo un primer punto de partida con el que se ha generado una imagen fija del estado de la oferta sanitaria.

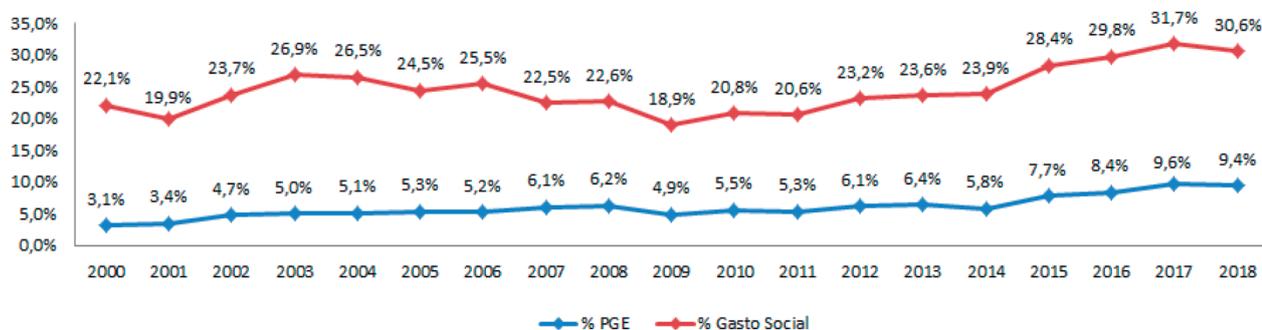
Los indicadores en salud que se han seleccionado están diferenciados entre insumos y productos, además, representan datos cuantitativos destinados a la valoración del escenario previo a la pandemia. Dentro de insumos en salud pública están la inversión en salud como porcentaje del presupuesto general, médicos por 10.000 habitantes y, como indicador productos se ha recogido camas por 1.000 habitantes. Los indicadores que han sido seleccionados para el desarrollo del presente trabajo responden al incremento de la demanda de estos productos e insumos en el contexto actual. La diferenciación entre insumos y productos ha sido tomada del estudio de desigualdades en salud pública llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud en el año 2016. De acuerdo con la propuesta de la OMS, los indicadores de salud pueden agruparse en: insumos y procesos, productos, resultados e impacto, cada uno de ellos posee varias categorías medibles, se han tomado solo aquellos que han sido mencionados. Por su parte, las herramientas descriptivas que cumplirán con la función de presentar la información recopilada serán gráficos e ilustraciones.

## RESULTADOS

Se llevo a cabo una comparación simple, a través de un cruce sencillo de datos agregado para cada indicador de la variable, obteniendo información que ha permitido describir la oferta del sistema de salud ecuatoriano a la llegada de la pandemia. El Sistema integrado de conocimiento y estadista social del Ministerio Coordinador de Desarrollo social cuenta con una plataforma que ofrece gran cantidad de análisis estadísticos con elaboración propia de tablas e ilustraciones. Se hizo uso de dicha plataforma para la recolección de los datos correspondientes a los indicadores objetivo de este trabajo.

La inversión económica en salud como porcentaje del Presupuesto General del Estado corresponde a la dimensión Insumos dentro de la variable salud. Se ha tomado el presupuesto devengado del sector social que es el “monto del presupuesto nominal devengado del sector social que incluye los sectoriales y ámbitos de: inclusión económica y social, salud, educación, desarrollo urbano y vivienda, cultura, trabajo y otros.” (SiCes, s.f., s.p.). La ilustración 1 refleja el presupuesto devenga de salud como porcentaje del Presupuesto General del Estado y del gasto social. Para 2018, dicho presupuesto suponía el 9,4% del Presupuesto General del Estado y el 30,6% del gasto social.

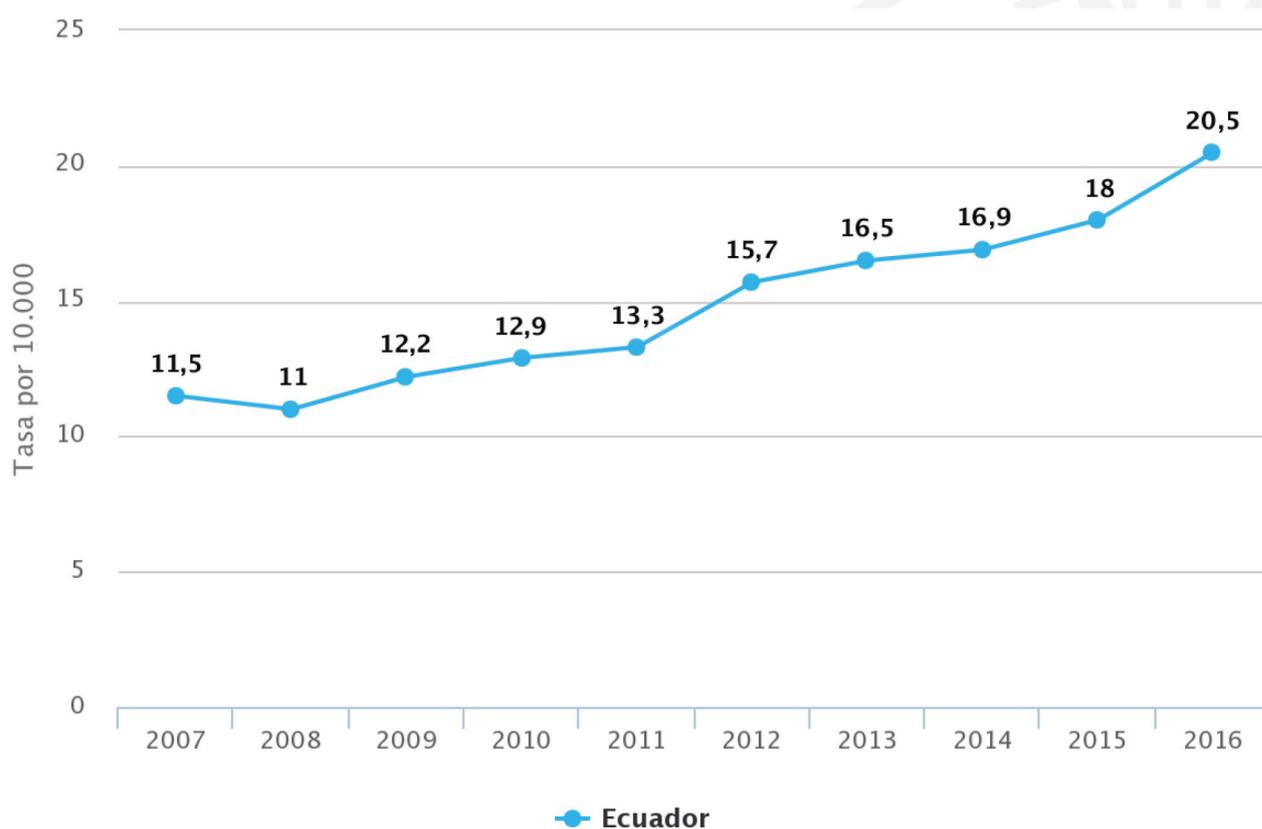
Presupuesto devengado de salud como porcentaje del PGE y del gasto social



La ilustración 1

Otro indicador dentro de la dimensión de insumos en salud es la tasa de médicos, que se define como “Número de profesionales médicos de la salud, en un determinado año, que laboran en establecimientos de salud, ex-

presado con relación a cada 10.000 habitantes” (SiCes, s.f., s.p.). Los médicos representan el recurso humano dentro del sistema de salud, sin embargo, existe todo un cuerpo administrativo que desempeñan distintas y necesarias funciones en numerosas áreas. El Sistema Integrado de Conocimiento y Estadística social indica que “La distribución geográfica de estos recursos profesionales y según residencia es, además, indicativa de la calidad de los servicios de salud” (s.f., s.p.). A partir de 2012 se presentan un porcentaje creciente de médicos, para 2016 de cada 10.000 habitantes, existían 20,5 de personal médico en los establecimientos de salud.



La ilustración 2

Para 2017, de un total de 27734,8 profesionales médicos, 27.735 correspondían al sector público, 7.269 al sector privado con fines de lucro, y 2.290 al sector privado sin fines de lucro, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Frente a esto, citando nuevamente al SiCes, expresan “los médicos/as son el recurso profesional más caro del sistema; por ello, su uso debe ser racionalizado según la concentración de la población”. La representación gráfica de esta afirmación es la siguiente:

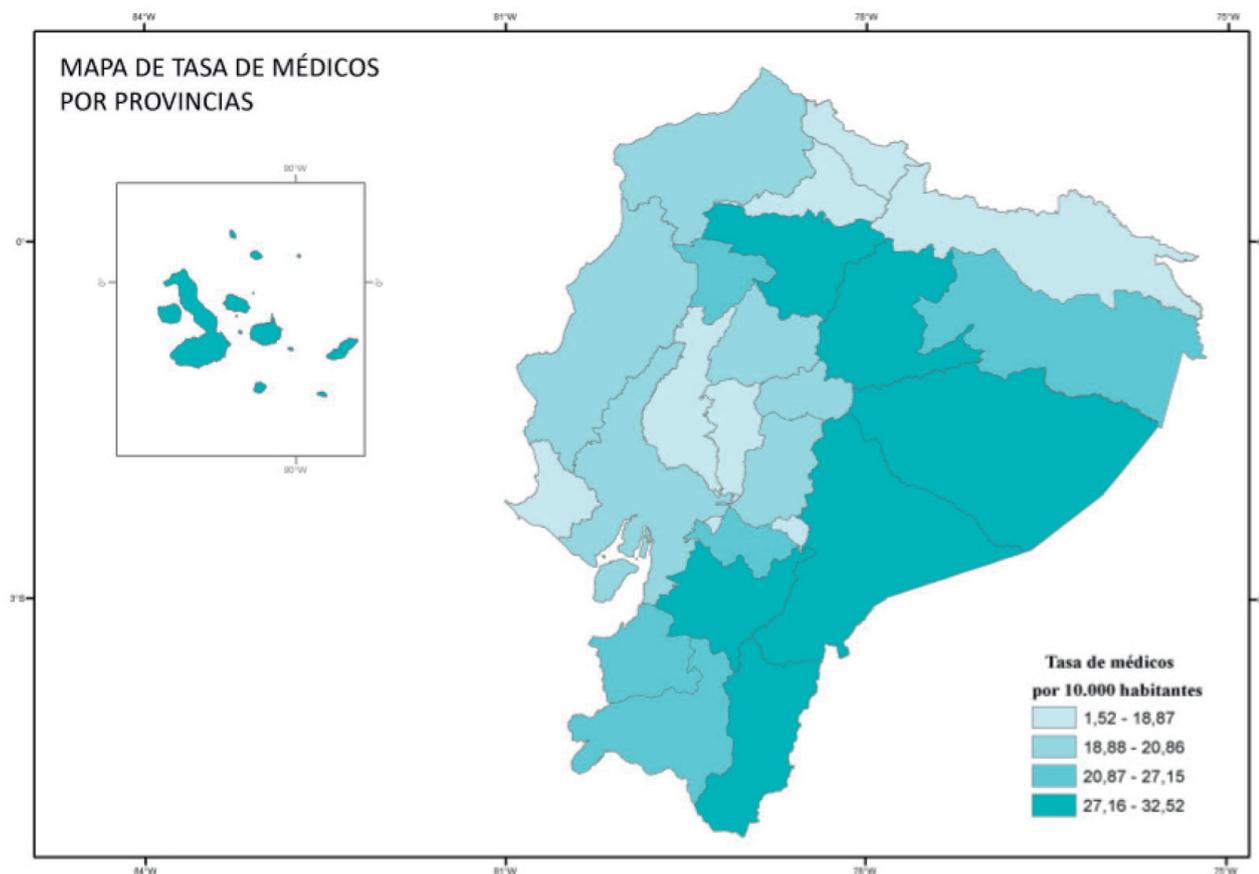


Ilustración 3 Tasa de médicos por provincia

Fuente: Registro Estadístico de Recursos y actividades de salud 2017

Elaboración Registro Estadístico de Recursos y actividades de salud 2017.

El indicador camas hospitalarias disponibles ha sido obtenido de las estadísticas Hospitalarias de Camas y Egresos, cuyos datos “proporcionan información sobre la dotación de camas hospitalarias y su utilización; así como información referente de los pacientes egresados de un establecimiento de salud con internación hospitalaria, la cual constituye la principal fuente de información en el país que permite conocer datos sobre la morbilidad hospitalaria.” (Anuario de Estadísticas de salud: camas y egresos hospitalarios, 2018). Para 2018 el Número de camas hospitalarias disponibles era un total de 23.803, con una estimación de 1,4 camas por cada 1.000 habitantes, y un rendimiento de 48,9 en ese mismo año, este último insumo “indica el número de pacientes egresados por cada cama, durante el período de investigación.” (Anuario de Estadísticas de salud: camas y egresos hospitalarios, 2018). En cuanto al porcentaje de ocupación de camas disponibles, bajo una distribución por provincias, Pichincha es la de más alto porcentaje con 69,59 de ocupación de camas disponibles, entendiéndose que “Son las camas asignadas al establecimiento por la autoridad competente y que funcionan regularmente para la internación de pacientes, en períodos de actividad normal” (Anuario de Estadísticas de salud: camas y egresos hospitalarios, 2018).

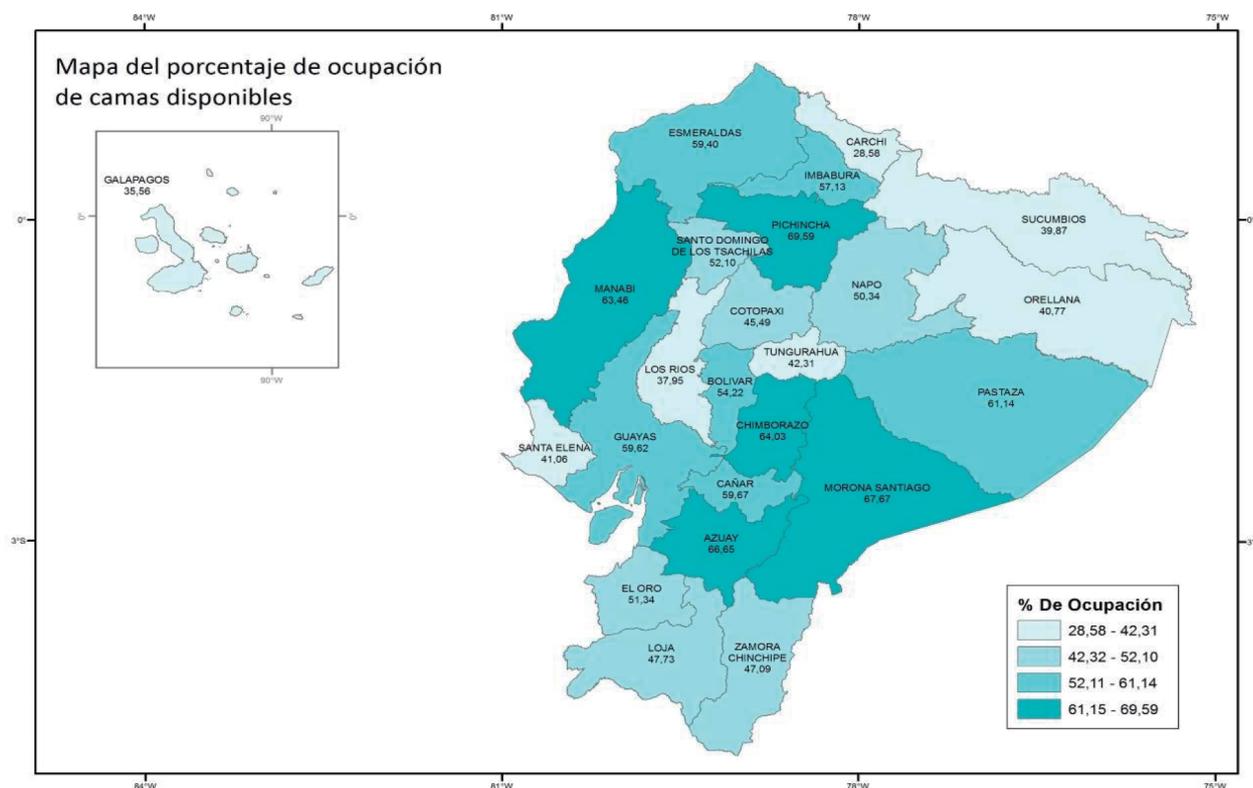


Ilustración 3 Mapas temáticos de camas y egresos hospitalarios año 2018/ Porcentaje de ocupación de camas disponibles  
 Fuente: Anuario de Estadísticas de salud: camas y egresos hospitalarios, 2018  
 Elaboración: Anuario de Estadísticas de salud: camas y egresos hospitalarios, 2018

## DISCUSIÓN

Ecuador cuenta con todo un engranaje institucional encargado de la salud nacional, diferenciado entre instituciones públicas y privadas. De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 32 de la Constitución, en el que queda expreso que el Estado garantizará el derecho a la salud a través de la promoción y protección de otros factores como seguridad alimentaria, agua, relaciones sociales, y literalmente “acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud” (2008) y bajo principios rectores, entre ellos, la tratada equidad.

El engranaje institucional que agrega tanto entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias están organizadas a través del Sistema Nacional de Salud, que, a su vez, se desempeñará descentralizada, desconcentradamente y de forma participativa. (Art. 45, 2008). El Ministerio de Salud Pública representa el papel mandante del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con Molina (2017), es un actor estrategico en el conjunto mencionado, “estratégico dentro del SNS ya que es el único con suficientes recursos de poder para impedir, facilitar o modificar el funcionamiento de las reglas o procedimientos de toma de decisiones, considerando que ha fortalecido su capacidad rectora a tal punto de restringir la capacidad del resto de actores para incidir en el funcionamiento de las reglas del sistema (p. 193). Afirmación que pone en perspectiva las directrices de la normativa, en cuanto a la descentralización y desconcentración dentro del Sistema.

Universalizar la atención en salud, mejorar permanente la calidad y ampliar la cobertura es la responsabilidad del Estado establecida en el artículo 363 de la Constitución. Sin embargo, el estudio de López, Chunchei y Ortega (2014), encuentra inequidades sociales, económicas y geográficas que limitan el acceso a servicios de

salud en Ecuador (p. 356) y recomienda esfuerzo para la transformación del sistema de salud y una necesaria expansión de la cobertura de servicios sociales de salud, junto con sociales, nutrición y educación.

Queda abierta la pregunta que permita responder si algunas diferencias en salud guardan estadísticamente relación con pertenecer a un grupo social y otro. Al utilizar variables de orden social se busca poder generar juicios de valor sobre aquellas diferencias, en cuanto que su origen (Proyecto ASIS, 2010). Así pues, “la medición de las pérdidas de salud que producen las desigualdades sociales es particularmente reveladora en los países con grandes inequidades en la distribución de los ingresos”.

Se recomienda tener en cuenta que la intervención frente a desigualdades, o en su efecto, inequidades debe enfocarse en solventar de manera eficiente el origen, al tiempo que se encarga de solucionar diferencias calificadas como injustas. “Pueden llamarse injustos los resultados “dolorosos” de la injusticia social, resultados que no se corrigen actuando sobre ellos, sino modificando la estructura socioeconómica que los genera.” (Proyecto ASIS, 2010, p. 48).

## ANOTACIONES FINALES

Ecuador cuenta con un amplio sistema institucional enfocado en la salud pública del país, junto con ellos, importantes y amplias bases de datos, a partir de las que es posible generar análisis descriptivos de interés. Es así como se ha intentado armar el escenario en el que el país, y el sistema de salud se encontraba a la llegada de la pandemia provocada por el COVID-19. Esto a partir de la selección de indicadores de salud: gasto en salud por presupuestos generales, por gasto social, médicos e instalaciones por x cantidad de habitantes.

El objetivo exploratorio con el que se inició este trabajo buscaba localizar desigualdades en el sistema de salud pública del Ecuador. El recorrido a través de las bases de datos disponibles confirma que análisis cuantitativos a partir de ellos requieren un avanzado manejo de conocimientos analíticos estadísticos, sin embargo, bajo la dirección de diversos modelos y/o ejemplos de estudios previos, se puede ejecutar cruces necesarios para la revelación de aquellas inferencias causales. Nos hemos apegado a un tipo de investigación empírico-descriptivo, con la posibilidad de futuros trabajos en los que se abarquen el tipo empírico-explicativo.

Se recomiendan enfoques sobre índices de desigualdad en emergencias, medición de vulnerabilidad e impacto, análisis de los GADs a partir de su capacidad de descentralización. Generar un acercamiento cuantitativo de las desigualdades en salud, con miras sobre la relación de la situación social con la situación en salud.

## BIBLIOGRAFÍA

- Anuario de Estadísticas de salud: camas y egresos hospitalarios (2018). Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Recuperado el 15 de junio de 2020 de: [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Sitios/inec\\_salud/index.html](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Sitios/inec_salud/index.html)
- Cabeza, M. G. (2006). Estados del bienestar y globalización. *Historia Actual Online*, (9), 47-52.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2016). CEPAL: Pese a avances recientes, América Latina sigue siendo la región más desigual del mundo Recuperado el 28 de junio de 2020 de <https://www.cepal.org/es/comunicados/cepal-pese-avances-recientes-america-latina-sigue-siendo-la-region-mas-desigual-mundo>
- Constitución de la República del Ecuador (2008). Recuperado el 26 de junio de 2020 de [https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4\\_ecu\\_const.pdf](https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf)
- Fábrega, R., & para el Desarrollo, P. C. T. (2013). Salud y desigualdad territorial. *Documento de Trabajo*, 13.

- Lobo, F. (2020). ¿Qué sistemas sanitarios están mejor preparados para responder a la Covid-19? Recuperado el 28 de junio de 2020 de <https://heraldodeoregon.wordpress.com/2020/06/25/que-sistemas-sanitarios-estan-mejor-preparados-para-responder-a-la-covid-19/>
- López Cevallos, D., Chi, C., & Ortega, F. (2014). Consideraciones para la transformación del sistema de salud del Ecuador desde una perspectiva de equidad. *Revista de Salud Pública*, 16, 347-360.
- Lucio, R., Villacrés, N., & Henríquez, R. (2011). Sistema de salud de Ecuador. *Salud pública de México*, 53, s177-s187.
- Mancilla, J. C. (2013). Gasto público en salud en el Ecuador. *Medicina*, 18(1), 53-60.
- Ministerio de la Protección Social (2010). Proyecto Análisis de la Situación de Salud en Colombia. Recuperado El 27 de junio de 2020 de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/analisis-de-situacion-de-salud-.aspx>
- Molina Guzmán, A. (2019). Funcionamiento y gobernanza del Sistema Nacional de Salud del Ecuador. Íconos. *Revista de Ciencias Sociales*, (63), 185-205.
- Organización Panamericana de la Salud (2016). Manual para el monitoreo de desigualdades en salud, con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos. *Washington D.C.*
- Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud (2017). Instituto Nacional de Estadística y Censo. Recuperado el 15 de junio de: [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Sitios/inec\\_salud/index.html](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Sitios/inec_salud/index.html)
- Schneider, M. C., Castillo-Salgado, C., Bacallao, J., Loyola, E., Mujica, O. J., Vidaurre, M., & Roca, A. (2002). Métodos de medición de las desigualdades de salud. *Revista panamericana de salud pública*, 12, 398-414.
- Sistema Integrado de Conocimiento y Estadística Social del Ecuador (s.f.). Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. Recuperado el 20 de junio de 2020 de <http://www.conocimientosocial.gob.ec/>
- World Health Organization (2020). Health Equity Monitor Database in *Global Health Observatory data repository* Recuperado el 28 de junio de 2020 de <https://apps.who.int/gho/data/node.main.nHE-1540?lang=en>