



**La salud ecuatoriana,
el botín político
que cuesta vidas**

Diego Cazar Baquero

La salud ecuatoriana, el botín político que cuesta vidas

Diego Cazar Baquero / @dieguitocazar

El sistema de salud ecuatoriano colapsó durante la emergencia sanitaria por la Covid-19. En abril, Ecuador se convirtió en el país más golpeado de la región y la ciudad de Guayaquil concentró la mayor afectación. La estrategia de comunicación del gobierno generó contradicciones entre sus funcionarios y los constantes cambios en las metodologías para obtener cifras de contagios y muertes no reflejaron la dimensión de la crisis.

En pocos días, tanto la infraestructura como el personal médico se vieron desbordados. Acciones demoradas y confusas por

parte de las autoridades revelaron, además, deficiencias históricas de política pública y un escandaloso circuito de corrupción. La Dirección General de Registro Civil inscribió 18 918 muertes entre marzo y mayo por sobre el promedio de 2018 y 2019 en el mismo período.

Crónica de un desmantelamiento

La historia del sistema de salud de Ecuador podría explicarse sobre la base de ciertos hitos: la fundación del Ministerio del ramo, en 1967, y lo que el médico y escritor cuencano César Hermida Bustos llamó la “institucionalidad centralizada”, o la participación activa de organizaciones sociales como el movimiento indígena y el Consejo Nacional de la Mujer (Conamu), en la década de los noventa, son dos ejemplos. Sin embargo, la arremetida de la pandemia exige un vistazo a los sistemas de vigilancia epidemiológica como vértebras de la salud pública.

Portada: El padre de esta persona murió el viernes 10 de abril. La familia recibió una notificación para que fuera por el cuerpo de su pariente el 13 de abril al hospital Guasmo Sur, en Guayaquil, pero el nombre de la persona fallecida nunca apareció en la lista oficial de víctimas. El fotógrafo Iván Castaneira y la reportera Lise Hermann hicieron un seguimiento exhaustivo de las labores de recogimiento de cuerpos, entre el 5 y el 15 de abril, en Guayaquil. Foto: Iván Castaneira.

Cuando nació el Ministerio de Salud Pública (MSP), Ecuador contaba con 4,5 millones de habitantes. Este fue el último país del continente en crear la institución rectora de la política de salud. Habían transcurrido 137 años desde que naciera la república y, para entonces, la población ecuatoriana contaba tan solo con el Servicio Médico del Seguro Social —una sección del Instituto Nacional de Previsión como órgano superior del Seguro Social—, pero no había ninguna entidad sólida que se encargara de diseñar y aplicar políticas de salud.

El doctor Fernando Sacoto, actual presidente de la Sociedad Ecuatoriana de Salud Pública, fue parte de esos primeros años de institucionalización. En 1977, cuando Ecuador contaba ya con 7,3 millones de habitantes, cumplió con su medicatura rural en la pequeña ciudad amazónica de Archidona, un poblado que por entonces tenía menos de 3 000 residentes. Sacoto dice que viene de “una generación a la que le tocó construir y desarrollar el Ministerio de Salud en una pobreza franciscana, por tanto, siempre nuestra demanda era que haya los recursos suficientes”.

En efecto, en 1977, la tasa de mortalidad infantil —es decir de niños que no llegaron a cumplir un año— en el país se ubicó en 76 de 1 000 nacidos vivos, según los resultados de la Estadística Nacional de Fecundidad publicada en 1979 y recogida por la Cepal en su informe *Mortalidad en la niñez*; cuando hoy, de acuerdo con las cifras del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), ese índice es de 10,1. Eran tiempos en los que apenas se iniciaba el diseño de mecanismos

de vigilancia epidemiológica sobre la base de la escasa experiencia de otros países, y de un historial amenazante de brotes epidémicos en la región, como el virus de la encefalitis equina venezolana (EEV), que en 1962 causó una epidemia en la Guajira.

“En esa pobreza, el Ministerio de Salud desarrolló un buen sistema de vigilancia epidemiológica que luego fue desmantelado —recuerda Sacoto—. Ese sistema es el que respondió eficazmente a la epidemia del cólera en 1991”, que dio como saldo 26 186 contagios y 399 muertes, en un país cuya población, para entonces, ya era de 10,4 millones de habitantes.

Plutarco Naranjo es el único ministro de Salud que ha permanecido en su cargo durante todo un período de gobierno en la historia de Ecuador. Durante su gestión, entre 1988 y 1992, tuvo que enfrentar ese brote de cólera y asumió el inicio del diseño del Plan Nacional de Salud, de cuyos logros se vanagloriaba el expresidente Rodrigo Borja: “La mortalidad infantil disminuyó del 60 por mil, en 1987, a 38 por mil, en 1992 —escribió en un artículo como homenaje póstumo a Naranjo—; en un país en el que no se había pasado del 54% de vacunación infantil, Plutarco alcanzó el récord de 70%”. La gestión de Naranjo incluyó la implementación del Programa de Salud Familiar y Comunitaria Integral, conocido como programa médico familiar, y que para algunos expertos significó el giro de la atención médica curativa al servicio de salud preventiva, en el que los especialistas acudían adonde estaban los dolientes.

Desde aquel tiempo a esta parte, Sacoto cree que el Ministerio se ha convertido en una organización que no responde a las necesidades de salud del país y que se ha supeditado a intereses políticos. “Es una estructura burocratizada —dice—, herencia del gobierno anterior [el de Rafael Correa] y que este no la modificó”.

Pocas nueces

Durante la década en la que gobernó Rafael Correa, se invirtieron 13 500 millones de dólares en la salud, de acuerdo con las cifras que registra el Ministerio de Finanzas. En 2016, a punto de finalizar el período, la ruidosa propaganda gobiernista difundió a su favor que de nueve médicos por cada 10 000 habitantes registrados en el 2000, se había alcanzado la cifra de 20 médicos por el mismo número de habitantes. Además, se construyeron hospitales y se dotó de equipamiento a buena parte del país. Si en el año 2000 la salud representaba el 0,2% del PIB y el 3,1% con respecto al Presupuesto General del Estado (PGE), en 2016, la salud pasó al 2,4% del PIB y representó el 7,1% del PGE, según los mismos datos oficiales. Poco más de 2 427 millones de dólares fueron presupuestados para salud en 2016, mientras que en 2006 habían sido apenas 504 millones.

Carina Vance, quien fue ministra de Salud de ese gobierno entre enero de 2012 y noviembre de 2015, dijo en una entrevista telefónica que uno de los logros de su gestión fue haber ampliado la capacidad de formación de “médicos de familia”, para fortalecer el primer nivel de atención, y destacó también la creación de la carrera de técnicos en

atención primaria (TAPS). “Se dio un reclutamiento a nivel nacional con postulaciones de las propias comunidades”, recordó.

Desde 2013, ese gobierno inició la formación de los TAPS como parte de lo que se llamó Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). En 2015, la primera promoción tuvo a 1 518 graduados en todo el país. El plan buscaba el acercamiento a la comunidad mediante actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Sin embargo, los datos que promocionaron los discursos políticos no tienen relación con los resultados.

Según la Evaluación de la Estrategia Nacional de Inmunizaciones 2000-2018, los índices de vacunación en Ecuador se ubicaron por debajo del umbral del 90%. “A partir del 2013, los índices de cobertura de vacunación bajan a niveles peligrosos del 80 al 83, que están lejos de proteger a la población, y en un momento dado pueden dar lugar a brotes epidémicos, como el de sarampión, que lo escondieron”, detalló el doctor Sacoto.

En 2011 Ecuador sufrió un brote de sarampión, con 329 casos. El contagio empezó con un caso importado, presuntamente desde EEUU, y afectó a las parroquias andinas de Quisapincha y Atahualpa, en la provincia de Tungurahua, una de las que mayor población indígena tiene y cuyos índices de pobreza son históricamente elevados. La cobertura de vacunación contra el sarampión había alcanzado el 79% a escala nacional según las autoridades, pero el entonces director general de Salud, Juan Moreira, reconoció que había zonas rurales que todavía estaban

muy por debajo del umbral de 90%. Recién en 2012, la cobertura de vacunación subió al 92%, según el MSP.

En octubre de ese año, el entonces director del Instituto de Salud Pública de la Universidad Católica del Ecuador, Edison Aguilar, declaró a diario *El País*, de España, que el brote de sarampión había afectado a poblaciones pobres, “seguramente con altos niveles de desnutrición, y con escaso acceso a servicios básicos, lo cual nos hace pensar que los programas de vacunación son insuficientes y que hay que atender también a las otras condiciones de vida y de trabajo de las personas”.

El paso de los años ha dado la razón a Aguilar. Fue en 2012 cuando el gobierno de Rafael Correa inició una reorganización territorial que consistió en la distribución espacial de los establecimientos prestadores de servicios del sector público, y que se implementó en 2013. El territorio nacional quedó distribuido en nueve zonas de planificación, 140 distritos y 1 134 circuitos, aunque su división política en provincias, cantones y parroquias continuó vigente. Y fue en 2013 cuando los índices de vacunación que habían alcanzado un pico alto emprendieron el descenso.

Carina Vance no recuerda el acuerdo ministerial que ella misma firmó en 2013 como ministra de Salud. Pero sí recuerda haber identificado, en 2012, que Cuenca, con medio millón de habitantes, tenía más ambulancias que Guayaquil, con más de dos millones de personas. “Había una distribución que no respondía a la población que existía en los territorios y al perfil epidemiológico de cada uno”, dijo.

En el Artículo 3 de ese acuerdo, se dispone: “Los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención serán asignados a las Direcciones Distritales de Salud de acuerdo a su ubicación geográfica”. Esto implicó que, por ejemplo, un centro de atención primaria en Alóag dependiera de una dirección en Sangolquí, a media hora de distancia en vehículo; o que un centro de atención primaria en Mompiche dependiera de una dirección distrital ubicada a una hora y media, en Atacames.

El epidemiólogo y médico tropicalista Marcelo Aguilar explicó que durante la gestión de la exministra Vance se eliminaron los programas de control de enfermedades que prevenían y monitoreaban el dengue y la malaria, el zika, la chikungunya o la leishmaniasis. “Las estructuras de los sistemas locales de salud, que se desarrollaron desde 1990 y traían una experiencia importante, contaban con entre nueve y 12 profesionales por cada área de salud y tenían una capacidad autonómica y manejo de recursos en el análisis de la situación local de salud y en la toma de decisiones en función del perfil epidemiológico local. Esas áreas de salud fueron rotas, fueron desarticuladas y pasaron a funcionar en un sistema de región. Las regiones de salud no han tenido la capacidad técnica porque la mayor parte de funcionarios que fueron a ocupar esos cargos lo hicieron por cuestiones políticas o afinidad con el gobierno”, relató.

Además, Aguilar resaltó dos hechos letales: la eliminación del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (Snem) y la del Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical

Izquieta Pérez. El 30 de agosto de 2012, mediante el Decreto 1290, el entonces presidente reemplazó el Izquieta Pérez por el Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (Inspi). El 2 de septiembre de 2014, el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública dispuso que el Snem pasara a ser parte de la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control, y de esta manera, “se rompe totalmente la lógica de prevención, de control, de diagnóstico epidemiológico. En el cambio de gobierno ya está enormemente debilitado, pero se da una continuidad. Así que cuando llega la Covid-19 a Ecuador, llega en el peor escenario posible”.

Sacoto cree que esa rezonificación “funcionó más en el papel que en la práctica”, y que no contempló la accesibilidad, de modo que la vigilancia epidemiológica se volvió ineficaz. “En el caso de salud no debieron haber hecho un modelo talla única, porque Salud organizó ya su funcionamiento muchos años atrás y eso debió haberse respetado”, dijo.

¿No hay cama pa' tanta gente?

La realidad muestra que la salud constituye un gran privilegio individual que se edifica, dolorosamente, sobre los cadáveres de millones de seres humanos.

Plutarco Naranjo

El pasado lunes 6 de abril, la periodista danesa Lise Hermann, colaboradora de *La Barra Espaciadora*, abordó al ministro de Salud, Juan Carlos Zevallos, en el vestíbulo de un hotel de Guayaquil. El día anterior, el viceministro

Ernesto Carrasco había anunciado que 1.600 médicos se habían contagiado con coronavirus. No obstante, Zevallos contradijo a su subalterno: “Son 515 los médicos que han dado positivo al test de coronavirus —le dijo a la periodista—. El resto es personal sospechoso que por alguna razón se hizo el examen y el examen está pendiente, y que está por descartarse, e incluyen en esa cifra otro personal de salud, por ejemplo, administrativo: secretarías, contadoras que trabajan en los hospitales”. Más tarde, en una entrevista con la cadena televisiva Ecuavisa, Zevallos dijo que los médicos contagiados eran 417.

Ese mismo día, el COE Nacional había reportado 364 fallecimientos por Covid-19 o por probable contagio. En las calles guayaquileñas y sus alrededores, los cuerpos inertes y los ataúdes vacíos se volvieron parte del paisaje. Los mismos voceros de la Fuerza de Tarea Conjunta que el gobierno conformó para hacerse cargo de los cadáveres anunciaron que entre el 23 de marzo y el 4 de abril habían recogido 1.354 cuerpos.

Un mes antes, a inicios de marzo, el cirujano pediatra guayaquileño Carlos Vásquez sintió síntomas gripales que se convirtieron en fiebre, en dolores musculares y en diarrea. Sus compañeros de la Clínica San Francisco le recomendaron que se quedara en casa y que se tratara ahí. Por entonces, todavía el país no contaba con pruebas PCR ni con pruebas rápidas, así que Vásquez, con 69 años, se trató él mismo. Cuando le faltaba oxígeno instalaba un tanque que tenía en casa. Tomó antivirales y durante 14 días se inyectó paracetamol intravenoso, pues la fiebre solo cedía

durante dos o tres horas. Consumió ampollas de vitamina C y se administró tres o cuatro sueros por día hasta que, finalmente, para aliviar los síntomas, decidió inyectarse Novalgina, un medicamento con alto poder analgésico. Al cabo de unos días mejoró.

Para Vásquez, “fue como si a usted lo mandaran a la guerra con un fusil sin balas; nuestros pobres médicos residentes, internistas y que trabajan en emergencias de hospitales públicos y no públicos, estaban desprovistos de toda seguridad y protección, el sistema de protección para el médico fue de lo más denigrante, porque el desconocimiento de las autoridades sobre aquello en lo que nos estaban metiendo a los médicos no les importó”.

Vásquez ha sido catedrático universitario durante 36 años. Fue director del Hospital del Niño Francisco Icaza Bustamante, fue presidente de la Sociedad Ecuatoriana de Gastroenterología y de la Sociedad de Pediatría del Guayas, y la mayor parte de su vida la ha dedicado a la práctica privada. Desde esa trinchera ha visto cómo se ha comportado la burocracia vinculada al sector de la salud en su ciudad, donde señala como una prueba de su testimonio los constantes escándalos que devela con frecuencia la prensa, por clínicas clandestinas que operan con todos los permisos, aunque no cumplan con las normativas. “Los funcionarios son coimados tan fácilmente”, dice Vásquez.

Al cumplirse 70 días de emergencia sanitaria, el Servicio de Contratación Pública (Sercop) reportó 4.296 contrataciones por emergencia, por un total de 128 millones de

dólares. Una compra de kits alimenticios autorizada por el Servicio Nacional de Gestión de Riesgos, otra compra de mascarillas por parte del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y la compra de fundas para cadáveres en el hospital de El Guasmo, en Guayaquil, todas con sobrepuestos, desencadenaron investigaciones por parte de la Fiscalía General del Estado.

“No es que el sistema de salud falló por esta enfermedad —explicó Vásquez—, es que el sistema de salud no funciona como debe ser, y eso sin contar con la corrupción que existe. Todos los funcionarios públicos que van a cualquier cargo lo primero que están viendo es cuánto hay, cuánto tengo que pagar por el puesto y cuánto voy a sacar”.

Pero ese no es el único dilema que enfrentó el personal de salud en medio de la emergencia sanitaria. Una norma técnica para formación de especializaciones en el campo de la salud, expedida en 2017, exige a los médicos posgradistas ecuatorianos cumplir 24 horas semanales más de labores que lo que dispone el Código del Trabajo, es decir, 64 horas, bajo el membrete de “actividades asistenciales” en hospitales, sin derecho a remuneración ni beneficios de ley. Además, exige 16 horas adicionales para “actividades docentes y académicas”. Este tipo de entretos legales ha puesto en riesgo a gran parte del personal de salud durante la pandemia y la emergencia sanitaria, al punto de que los reclamos han llegado a la Comisión del Derecho a la Salud de la Asamblea Nacional.

El Código Orgánico de Salud (COS) cumple ocho años en trámite. La aprobación para

segundo debate en la Asamblea Nacional ocurrió ya hace más de un año y los legisladores esperan a ser convocados por la Presidencia de la Asamblea para votar desde hace cinco meses. Ni siquiera la pandemia ha apurado a los asambleístas.

El COS no se aprueba —nos cuenta el legislador Sebastián Palacios, miembro de la comisión legislativa encargada— “porque no hay los votos suficientes”. Este legislador cuenta que el resto de asambleístas no deciden si votarán para aprobar uno por uno los libros que componen todo el Código o si van a votar por todo el conjunto. “Ha habido una razón política —explica Palacios— para que la aprobación del Código haya tardado tanto y para que el sistema de salud no funcione como debiera, y es que para cualquier político es más rentable decir que va a construir un gran hospital (...) a decir que va a potenciar el centro de salud pequeño...”.

El presidente de esta comisión legislativa, William Garzón, es también médico. “La falta de aprobación en el Pleno es una responsabilidad de la Presidencia de la Asamblea Nacional que no convoca a votación —dice—; debo manifestar también que esta es una responsabilidad compartida de los diferentes bloques políticos que existen al interior de esta legislatura, mismos que impiden la aprobación del COS”.

Aunque el Código Orgánico de Salud ofrecería algunas certezas acerca de la regulación del sistema nacional a cargo del Ministerio del ramo, o la designación de directores de control mediante métodos de participación ciudadana, el legislador Palacios

confiesa que el estancamiento de la votación tiene que ver con el desconocimiento de los asambleístas sobre temas como la aprobación del aborto por emergencia obstétrica o el uso del cannabis con fines terapéuticos, siendo estos aspectos primordiales para contar con un sistema integral de salud. Palacios lamenta que estas posturas, signadas más bien por determinismos morales, pongan en riesgo la aplicación del mandato constitucional de procurar un sistema de salud integral y de que el MSP pueda liberarse de tantas funciones más allá de la rectoría de la política pública.

Garzón cree que el COS proporciona herramientas claras para regular los procesos de compras públicas en el sector de la salud “a través de la Red Pública Integral de Salud, con parámetros técnicos y que todos los proveedores tengan la obligación de tener, por ejemplo, un registro sanitario para ser proveedores del Estado”.

Una epidemiología desconectada

La salud es más bien un fenómeno complejo que no comienza y se reproduce en las personas sino en la sociedad, y del que solo parte de sus elementos se muestran y realizan como efectos en los individuos.

Jaime Breilh

Allá por los setentas, un grupo de especialistas inició investigaciones tendientes a promover una visión integral de la salud, fundamentada en la corriente de la epidemiología crítica. El médico y académico Jaime Breilh fue uno de los pioneros en plantear una concepción que acogiera variables económicas,

políticas y culturales en el empeño de entender la salud pública.

Breilh fue rector de la Universidad Andina Simón Bolívar (UASB) y ahora es el director del Centro de Investigación y Laboratorios de Evaluación de Impactos en la Salud Colectiva (Cilab) de esa universidad. Además, es parte de la Red Nacional de Epidemiología y Salud Colectiva, que el 28 de abril dirigió una carta abierta al presidente ecuatoriano, Lenín Moreno, en la que decenas de científicos y organizaciones sociales le advirtieron sobre el “limitado criterio técnico-científico y de procesos participativos-democráticos en la toma de decisiones por parte del gobierno nacional”. Sin embargo, los firmantes de la misiva no obtuvieron respuesta de las autoridades.

Fernanda Soliz, coordinadora de la Red y Directora del Área de Salud de la UASB, amplía los argumentos expuestos en la carta: “Ni los 10 años del correísmo ni los tres años de leninismo han sido capaces de garantizar acceso a vivienda y tierra digna ni el derecho al agua”. Los altos índices de contagio y de muertes por la pandemia y la política del gobierno de Moreno ante la emergencia sanitaria se explican como consecuencia de “procesos históricos de segregación”, dice. Procesos que, según la académica, tienen que ver con condiciones de desigualdad que para las autoridades no resultan relevantes a la hora de tomar decisiones.

“Es clarísimo el caso de Guayaquil, donde vimos cómo estas periferias urbano-marginales fueron de las más golpeadas y se evidenció cómo ni siquiera se tiene el derecho al agua potable. Estos grupos que son los más empo-

brecidos pagan el agua más cara del país”, aseguró la investigadora de la UASB, para quien existen dos universos distintos que han enfrentado la desatención del Estado: los centros de concentración urbano-marginales y ciertas periferias con poblaciones más escasas, sobre todo en la Amazonía. En estos lugares no existe una estructura familiar tradicional y la idea de *casa* no corresponde a las concepciones de las áreas urbanas, de modo que “el eslogan ‘quédate en casa’ pierde todo sentido”. Del mismo modo pierden sentido las nociones cuantitativas acerca de la densidad poblacional, pues se torna necesaria una perspectiva cualitativa.

Las decisiones políticas en materia de salud tienen, sin duda, una conexión histórica que rebasa los períodos gubernamentales. Según datos del INEC, en el año 2000 Ecuador contaba con 10 304 médicos; en 2007, la cifra aumentó a 14 007; en 2013, el número de médicos subió a 26 000, y en 2018 esa cifra sumaba 39 908. A 2018, Ecuador contaba con 23 médicos por cada 10 000 habitantes, cuando en el 2000 eran ocho y en 2013 eran 16. No obstante, estos números no se compadecen con el evidente debilitamiento del sistema de vigilancia epidemiológica.

En el año 2000, el país contaba con 12,6 millones de habitantes, en 2013 sumó 15,7 millones y en 2018 alcanzó los 17 millones, convirtiéndose en el país más densamente poblado de todo el continente, con 66 habitantes por kilómetro cuadrado. Sin embargo, las concentraciones poblacionales se ubican, precisamente, en centros urbano-marginales donde los índices de salubridad y provisión de servicios son cada vez más deficientes.

Soliz coincide con Sacoto y con Aguilar en que el gobierno de Correa desmontó el sistema de vigilancia epidemiológica, y añade que el gobierno de Moreno optó por la continuidad de un modelo desconectado de la población y del mandato constitucional que ordena la implementación de un sistema regido por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética. Según datos del INEC, entre 2017 y 2018, hubo una disminución de 43 establecimientos de salud en el sector público.

Aunque la interculturalidad consta en el texto constitucional, “en ningún momento hubo un gobierno que redistribuya ni el poder económico ni el poder político ni mucho menos la tenencia de la tierra ni los medios de producción. Lo que hizo fue mejorar a través de prebendas, bonos y una que otra reforma laboral progresista, que incrementan la capacidad de consumos superfluos”.

Soliz es tajante al apuntar que el Estado ha respondido a la pandemia con “políticas policiales-militares”, responsabilizando a los más vulnerables, y que ha permitido hacer un negocio alrededor de la pandemia, tal como lo muestran incontables casos de corrupción amparados en el estado de emergencia sanitaria. Además, habla de negligencia estatal en el manejo de cadáveres y extravío de cuerpos, y asegura que podría configurar crímenes de Estado y posibles nuevos casos de etnocidio que se sumen a los ya cometidos históricamente, como resultado de las actividades petroleras, pues hay miles de habitantes de pueblos y nacionalidades sin atención especial por parte de las autoridades estatales.

Al 27 de mayo, se registraron siete miembros de la comunidad kichwa fallecidos con diagnóstico confirmado de Covid-19 y tres muertes entre la población con sintomatología relacionada con el virus. Además, se registraron 185 casos de contagio: entre el pueblo kichwa se contaron 100; 46 waorani; 13 achuar; 12 shuar; siete siekopai y siete shiwiar.

Curar en un mundo hecho para enfermar

“Metafóricamente, el sistema de salud opera contracorriente, trata de curar en un mundo hecho para enfermar”, escribió el doctor Jaime Breilh, en un artículo publicado en 2011. Hoy, casi una década después, poco ha cambiado.

Cuando llegó la pandemia, el país enfrentaba un brote de dengue, a pesar de las crecientes inversiones en servicios de salud hechas durante el gobierno del expresidente Correa. El crecimiento urbano sin planificación acentúa las brechas socioeconómicas y fomenta el hacinamiento y la marginalización. Las ciudades se ciñen a una idea de desarrollo basada en el incremento del consumo, por lo tanto, propician concentraciones humanas alrededor del comercio, focos de contaminación y tránsito de virus y bacterias alrededor de espacios que no cuentan con medidas de salubridad y promueven la cría de mosquitos y otros vectores. Confluyen necesidades de residencia en los mismos espacios donde se comercia con productos agroindustriales, sin que las administraciones locales hayan solucionado la provisión de servicios como redes de alcantarillado, agua potable, luz eléctrica o conexiones viales, y estas condiciones configuran un escenario idóneo para el brote de enfermedades.

La experiencia de Ecuador ante la pandemia deja un cúmulo de lecciones a la vista. Médicos, académicos, políticos y ciudadanos enfrentan un futuro que demanda revisar con urgencia las miradas que hasta hoy han guiado las políticas y las prácticas de salud en el país.

Cuando la cifra oficial de muertes por el virus superó las 3 000 y la curva de contagios había alcanzado el pico más alto, en abril, el cirujano pediatra Freud Cáceres Aucatoma terminó la escritura de un artículo que tituló *Modelo de salud post emergencia*. Este médico, que se desempeña como Jefe de la Unidad de Cirugía Pediátrica del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, propone implementar una reingeniería de procesos orientada al paciente, “para que los servicios sanitarios no se vean superados” cuando la emergencia haya terminado.

Cáceres, de 44 años, lleva 19 años ejerciendo la profesión. Durante los primeros días de la emergencia, el hospital en el que trabaja estaba abierto y “parecía un mercado”. Hasta mediados de marzo, cuando se registraron las primeras muertes por Covid-19 en Ecuador, los pacientes continuaban acudiendo a este hospital para entregar pruebas de laboratorio o buscar atención médica de cualquier otro tipo. “Tardaron como una semana y media en darse cuenta que la cosa iba seria y después rebobinaron”, explica Cáceres. Entre sus planteamientos propone que las direcciones médicas de los hospitales implementen planes de comunicación a través de medios masivos y redes sociales, que incluyan campañas agresivas sobre control de natalidad

y planificación familiar, para disminuir la presión sobre las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. Cree que en la etapa post pandemia será indispensable el uso de medios tecnológicos para telemedicina y el diseño de aplicaciones de telefonía celular para agendar citas médicas, así como la instauración de un “modelo distrital del talento humano para aprovechar todo el recurso, para rotar y distribuir al personal por jornadas de trabajo de 15 días”.

Marcelo Aguilar cree que la lección más importante que deja la pandemia en Ecuador es la necesidad de recuperar un sistema de salud “regido por los principios de la atención primaria”, y superar este sistema actual que es un sistema de “enfermología pública, que se dedica a curar enfermedades”. Esa lógica está articulada con intereses del comercio —dice—, en los que la salud se convierte en una mercancía y no en un derecho. “La gente va a ser saludable cuando tenga empleo, alimentación adecuada, vivienda digna y servicios de salud acordes”.

Según el ministro de Salud, Juan Carlos Zevallos, el país contó, a inicios de junio, con 435 camas de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) administradas por el Ministerio del ramo, de las cuales están ocupadas 115, lo que representa el 26%. En comparecencia ante la Comisión de Gobiernos Autónomos de la Asamblea, la tarde del pasado lunes 8 de junio, el ministro aseguró que 1 080 trabajadores de la salud fueron despedidos por razones “eminente técnicas”, y dijo también, con respecto a la pandemia, que “la situación es bastante estable”.

Al cierre de este reportaje, la Fiscalía General del Estado ha ordenado cerca de 100 allanamientos y hay más de 20 detenidos para investigaciones, entre ellos un expresidente, el prefecto de la provincia de Guayas, un asambleísta oficialista y varios funcionarios del sistema de salud. Al menos 45 casos de corrupción se han abierto durante la emergencia sanitaria por compras públicas con sobrepuestos. Mientras tanto, los fallecidos por contagio o probable contagio en Ecuador superan los 6 000 y cerca de 80 familias reclaman al Estado por el extravío de los cadáveres de sus seres queridos.

Ningún país ni gobierno alguno pudieron advertir la llegada de la pandemia. Pero, sin duda, un sistema de salud fuerte, basado en la prevención, impermeable a la corrupción y a los vicios de la política habría sido capaz de reducir la espeluznante cifra de 18.918 muertes en exceso que —en dos meses fatídicos— mancha para siempre los registros de la historia ecuatoriana.

Título: La salud ecuatoriana, el botín político que cuesta vidas

Autor: Diego Cazar Baquero

Publicado por: Fundación Rosa Luxemburg Oficina Región Andina
Miravalle N24-728 y Zaldumbide

Teléfonos: (593-2) 2553771 / 6046945 / 6046946

info.andina@rosalux.org / www.rosalux.org.ec

Quito · Ecuador

Diseño: Freddy Coello

Foto de la portada: Iván Castaneira.

Esta publicación es financiada con recursos de la FRL con fondos del BMZ (Ministerio Federal para la Cooperación y el Desarrollo Económico de la República Federal de Alemania). Esta publicación o algunas secciones de ella pueden ser utilizadas por otros de manera gratuita, siempre y cuando se proporcione una referencia apropiada de la publicación original.



Esta publicación opera bajo Licencia Creative Commons Atribución No Comercial, sin Modificaciones 3.0. Todos los contenidos pueden ser usados y distribuidos libremente siempre que las fuentes sean citadas.