

Reflexiones sobre bioética y la atención primaria de la salud en el Ecuador

[Cómo citar este artículo: Montesinos-Guevara, C., Simancas-Racines, D. Reflexiones sobre bioética y la atención primaria de la salud en el Ecuador. *Práctica Familiar Rural*. 2019 noviembre; 4(3).]

Camila Montesinos-Guevara[a], Daniel Simancas-Racines[a]

a. Universidad UTE. Centro de Investigación de Salud Pública y Epidemiología Clínica (CISPEC). Facultad de Ciencias de la Salud “Eugenio Espejo”. Quito, Ecuador. DOI: <https://doi.org/10.23936/pfr.v4i3.123>

Recibido: 12/10/2019 Aprobado: 29/11/2019

RESUMEN

El derecho a la salud es un derecho fundamental que debería garantizarse mediante la aplicación de varias estrategias, como la Atención Primaria de la Salud (APS). Esta estrategia ha sido enfatizada globalmente en las Declaraciones de Alma Ata y Astaná y localmente en la Constitución ecuatoriana y en varias políticas públicas como el nuevo Modelo de Atención Integral de Salud – Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS - FCI). El objetivo de ese artículo es analizar desde un punto de vista bioético, el derecho a la salud en el Ecuador y su cumplimiento mediante políticas públicas enfocadas en la APS.

Palabras Claves: bioética, atención primaria, salud, APS.

Reflections on bioethics and primary health care in Ecuador

ABSTRACT

The right to health is a fundamental right that should be guaranteed through the application of several strategies, such as Primary Health Care (PHC). This strategy has been emphasized globally in the Declarations of Alma Ata and Astana and locally in the Ecuadorian Constitution and in several public policies such as the new Model of Comprehensive Health Care - Family, Community and Intercultural (MAIS - FCI). The objective of this article is to analyze, from a bioethical point of view, the right to health in Ecuador and its compliance through public policies focused on PHC.

Keywords: bioethics, primary care, health, PHC.

Introducción

A los 40 años de la Declaración de Alma-Ata, los líderes mundiales que se reunieron en la ciudad de Astaná, en Kazajistán, renovaron su compromiso de trabajar por un acceso equitativo a una atención de salud eficaz y de calidad para todos y todas (1). Esta declaración hace un hincapié en la salud como derecho fundamental de todo ser humano y destaca los valores de justicia y solidaridad para abordar los determinantes económicos, sociales y medioambientales de la salud (1). Este enfoque de la salud desde la perspectiva de derecho fundamental, afirma su posición como parte de la unidad indivisible de los derechos humanos y se destaca dentro de la misma jerarquía que la de otros derechos fundamentales que han sido conquistados históricamente por las personas para ser vinculados jurídicamente y no poder negociarlos, para que se reconozca y respete la dignidad de los individuos (2).

La Declaración de Astaná aborda el derecho a la salud desde el marco de la Atención Primaria de la Salud (APS), la cual se define como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y que el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo ...” (3). Este concepto surgió en la Declaración de Alma-Ata y comprende aspectos relevantes como la equidad, promoción y protección de la salud y la responsabilidad que tienen los gobiernos para garantizar el cuidado de la salud mediante la generación de políticas públicas adecuadas al contexto de cada población (4). De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la bioética es la disciplina que busca aclarar los problemas éticos que surgen con relación a la salud, sea al hacer investigación con seres humanos; al diseñar o implementar una política de salud; o al brindar atención médica (5).

Por lo tanto, los gobiernos y líderes mundiales que retomaron y reafirmaron su compromiso con el derecho a la salud desde la APS mediante la Declaración de Astaná, nos motivan a cuestionarnos y a aclarar los problemas éticos que surgen de la toma de decisiones políticas que influyen en el cumplimiento del derecho a la salud en toda la población. El objetivo de ese artículo es analizar desde un punto de vista bioético, el derecho a la salud en el Ecuador y su cumplimiento mediante políticas públicas enfocadas en la APS.

El derecho a la salud en el Ecuador

De acuerdo con el Art. 32 de la Constitución ecuatoriana, “*La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación ... los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir*” (6). La vinculación del derecho a la salud con otros derechos que sustentan la vida, supera la racionalidad clásica y dualista de que la salud y la vida están separadas; de manera que la posibilidad de tener una vida sana está ligada a la responsabilidad de mantener la vida de nuestro entorno (7). Además, al anular cualquier jerarquía entre el derecho a la salud y otros derechos que sustentan el buen vivir, se ratifica, al igual que en la Declaración de Astaná, el derecho a la salud como parte de los derechos humanos; mismos que codifican ciertos valores y que sirven de marco jurídico para el trabajo en el ámbito de la bioética (5).

Asimismo el Art. 359 de la Constitución ecuatoriana establece que “*El sistema nacional de salud ... abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud*” y el Art. 358 indica que “*... El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional*”(6). A través de estas declaraciones, el Estado ecuatoriano reconoce que individuos diferentes poseen distintas necesidades para lograr los mismos objetivos de salud; y en lugar de abordar el derecho a la salud desde la bioética principalista, el Estado lo hace desde una perspectiva bioética de intervención utilitarista, en la cual se pretende que la toma de decisiones favorezca al mayor número de personas, durante el mayor tiempo posible y con los mejores resultados colectivos (8).

Sin embargo, en el contexto de la Constitución ecuatoriana, la lógica utilitarista del “vivir mejor” transmuta hacia el “Buen Vivir” o “Sumak Kawsay”, el cual es un concepto que emerge de las cosmovisiones de los pueblos indígenas y que se define como una propuesta para avanzar hacia un cambio social basado en la reciprocidad, la convivencia, la armonía con la naturaleza; en suma, es una propuesta para generar otra visión de desarrollo a la inherente de la visión occidental (9). Por lo tanto, para garantizar el derecho a la salud con un enfoque integral que incorpore los principios del Sumak Kawsay, el Estado ecuatoriano debería profundizar las políticas de prestación de servicios de salud que sean eficaces, de calidad, inclusivas, participativas y que fomenten e impulsen la interculturalidad, plurinacionalidad y diversidad de saberes reconocidos en la Constitución Ecuatoriana (Art 358.), caso

contrario, no se podrá avanzar en el desarrollo de un sistema de salud que se adapte a la realidad del país (10).

Atención primaria de la salud en el Ecuador

El Art. 360 de la Constitución ecuatoriana menciona que *“El sistema garantizará ... la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud”*(6). Como respuesta a la Constitución, en el 2012, el Ministerio de Salud Pública (MSP) de la República del Ecuador aprobó la implementación del nuevo Modelo de Atención Integral de Salud – Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS - FCI) con el fin de dar soluciones a los problemas de salud mediante acciones intersectoriales, sistemáticas y coordinadas que contemplen la atención individual y familiar según las necesidades locales y la participación de la comunidad (11). El MAIS - FCI se sustenta en la Atención Primaria de la Salud (APS) para fortalecer el primer y segundo nivel de atención, con el objetivo de realizar acciones de promoción y prevención de enfermedades, para reducir las barreras de acceso y para prestar servicios que cumplan con estándares de calidad en la atención y gestión (11).

Según los datos presentados por el MSP, en el 2018 se superó los 35 millones de atenciones en el nivel primario de salud (12), mientras que los egresos hospitalarios fueron solamente 1.2 millones (13). A pesar de que existe una mayor atención en el nivel primario, no se evidencia una participación y empoderamiento de la ciudadanía sobre su salud (14); hasta el momento, el modelo biomédico y vertical que está enfocado en los procesos de diagnóstico y tratamiento desde la relación médico – paciente, es el que prevalece en el Ecuador (10). Esto se ve reflejado en todas las Instituciones que componen el Sistema Nacional de Salud Ecuatoriano, el cual incluye la Red Pública Integral de Salud, la Red Complementaria y el Sector Privado (14). Por lo tanto, para ejercer una práctica más justa de la promoción de la salud y prevención de enfermedades, es necesario fomentar la responsabilidad social por la salud, aumentar la capacidad de decisión de la comunidad y su empoderamiento (15); de manera que se pueda incentivar el cuidado de la salud personal y colectiva como una práctica ética que surge de los deberes y responsabilidades que las personas tienen con ellas, con la sociedad y con otras formas de vida a su alrededor (16).

Además de fomentar la participación y la capacidad de decisión de la ciudadanía para el ejercicio de la APS, es necesario garantizar servicios de calidad con una formación profesional que vaya más allá del perfeccionamiento técnico, misma que

requiere transparencia en la gestión y desarrollo de capacidades que atiendan a una demanda social que promueva la satisfacción para quienes se sirve (17), (18). Existen tres características éticas propias de la APS que se enfocan en la calidad de los servicios prestados y que deberían profundizarse en el Ecuador para que la APS adquiera mayor legitimidad y credibilidad por parte de los usuarios (19); estas incluyen: la continuidad de la atención a lo largo del tiempo, la perspectiva inclusiva y equitativa, y la atención integral; la primera implica un mejor conocimiento del usuario según sus preferencias y su capacidad de autocuidado; la segunda considera las circunstancias socioculturales del usuario; y la tercera enfatiza la prevención y promoción de la salud de acuerdo con las necesidades y valores de la población (20). El fortalecimiento de estas características éticas en la APS del Ecuador, podría ayudar a mejorar la calidad de atención sin que los beneficiarios se consideren como sujetos aislados y desligados de su entorno, sino como individuos integrados a su estructura familiar y comunitaria (21).

Conclusiones

Desde la Declaración de Alma-Ata hasta la Declaración de Astaná, se han desarrollado compromisos para garantizar el derecho a la salud a través de la APS. En el Ecuador, esto se ve reflejado en la Constitución y en políticas públicas como el nuevo Modelo de Atención Integral de Salud – Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS - FCI). Por un lado, la Constitución ubica el derecho a la salud junto a otros derechos humanos que sirven de marco para la bioética, y que juntos sustentan el Sumak Kawsay. Por otro lado, políticas de salud como el MAIS – FCI contemplan características éticas como la atención integral, continua e inclusiva con enfoque intercultural y comunitario. Sin embargo, su aplicación a través de la APS, presenta desafíos como, por ejemplo, lograr un empoderamiento de la población sobre su salud y garantizar estándares de calidad en la atención y gestión de los servicios, tomando en cuenta la diversidad sociocultural, las necesidades de la población y su escala de valores.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud (2018) Declaración de Astaná. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
2. Pacheco-Bastidas V. (2016) Bioética Quitensis. Quito: SEMF. p.56 – 58
3. Organización Panamericana de la Salud (2012) Declaración de Alma-Ata. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
4. Salas, S. P. (2018). Fortyyears later: Return to Alma-Ata. *Revista medica de Chile*, 146(3), 405.
5. Organización Panamericana de la Salud (2012) Bioética: Hacia la Integración de la Ética en el Ámbito de la Salud. Disponible en: shorturl.at/mwDL9
6. Asamblea Constituyente (2008) Constitución del Ecuador (p.29) Montecristi, Ecuador. Disponible en: https://www.oas.org/juridico/mla/sp/ecu/sp_ecu-int-text-const.pdf
7. Navarro, M. (2001) Ética de la salud como ética de la vida. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 1(1), 86-102.
8. Arpini, A. (2016) Para una fundamentación de la bioética de intervención: Aportes desde la ética de la liberación latinoamericana. *Rev. Redbioética/UNESCO*, 1 (13): 12. Disponible en: shorturl.at/jmqy7
9. Bretón, V., Cortez, D., & García, F. (2014) En busca del sumakKawsay. Presentación del Dossier. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, (48), 9-24.
10. Torres, I., & López-Cevallos, D. (2018) ¿Reforma de salud en Ecuador como modelo de éxito? Crítica al número especial de la Revista Panamericana de Salud Pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, e148.
11. Ministerio de Salud Pública (2013) Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
12. Ministerio de Salud Pública (2019) Ecuador camino a la Salud Universal. Disponible en: shorturl.at/mABKO
13. Instituto Nacional de Estadística y Censo (2019) Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios 2018. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Cam_Egre_Hos_2018/Presentacion_ECEH_2018.pdf
14. Rasch, D., & Bywater, K. (2014) Health promotion in Ecuador: a solution for a failing system. *Health*, 6(10), 916
15. Rodríguez M. (2009) Empoderamiento y Promoción de la Salud. Disponible en: <http://www.academia.cat/files/425-8234-DOCUMENT/empoderamientopsmrodriguez.pdf>
16. Lecaros, J. A. (2016). La bioética global y la ética de la responsabilidad: una mirada fenomenológica a los orígenes ya los desafíos para el futuro. *Revista Iberoamericana de Bioética*, (1).
17. Emmerich, G., (2004) Transparencia, rendición de cuentas, responsabilidad gubernamental y participación ciudadana Polis: Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial. 2(4) pp. 67-90 Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/726/72620404.pdf>
18. Drumond, J. (2010) Ética y calidad en salud. Filotecnia versus filantropía. *Acta Bioethica*, 16(2), 119-123.
19. Pérez Ayala, M. (2016) ¿Por qué hablar de bioética en la atención primaria en salud?. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 16(2), 102-117.
20. Did, J. (2000) Principios bioéticos en la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(4), 384-389.
21. Gracia, D. (2002) De la bioética clínica a la bioética global: treinta años de evolución. *Acta bioethica*, 8(1), 27-39.