

DIAGNOSTICO DE SALUD DEL ECUADOR

DRA. YOLANDA CASTRO

Jefatura Dpto. de Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud. Quito

La presente conferencia no aspira a ser un modelo de intervención magistral, más bien de un simple intento de acercamiento a la realidad nacional que se fue plasmando en ideas, con cada momento de mi experiencia personal en la práctica médica y con el aporte de trabajos como los de la Organización Panamericana de la Salud, de la Dirección Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud y al calor del pensamiento de notables maestros como Giovanni Belinger, Mario Chávez, Hernán San Martín, quienes en sus respectivas áreas de interés con honestidad y mérito descorrieron velos o abrieron nuevas rutas en la búsqueda de la verdad.

Estudiar el proceso salud-enfermedad ha sido y es muy complejo, surgen dificultades tanto para su delimitación como para su análisis objetivo.

Numerosos autores han tratado el tema enfocándolo desde diferentes perspectivas, algunos investigadores al tomar la corriente biologicista centran el análisis en la triada ecológica: agen-

te, huésped y medio ambiente, lo que significa definir el agente etiológico, estudiar las características del huésped aislando el contexto social por lo que el método es empiricista y de contenido unilateral.

Otros autores lo estudian bajo un modelo eminentemente social, en el que las enfermedades son producto de la estructura social y política imperante, de la desigualdad de clases y de la explotación de grupos hegemónicos de poder.

En esta oportunidad enfoco la salud y las enfermedades en el Ecuador como un conjunto, en el cual la salud está vinculada a la realidad social y económica y como un componente definido y dinámico susceptible de mejorar cuando el nivel de vida se modifique favorablemente.

Por lo tanto el objetivo de esta conferencia es analizar la situación de salud de nuestro país a través de indicadores sociales, económicos, de salud y de la morbilidad prevalente.

INFORMACION DEMOGRAFICA

Según el censo de 1982 la población del Ecuador era de 8'053.280 habitantes, con la siguiente distribución:

Sierra	3'805.782	47 %
Costa	3'926.186	49 %
Oriente	257.513	3 %
Galápagos	6.201	0.7%
Area urbana		49 %
Area rural		51 %

Características de algunas provincias:

Pichincha y Guayas	30% Rural	70% Urbana
Eolívar y Cotopaxi	85% Rural	15% Urbano

Sexo:

Hombres	49.9%
Mujeres	50.06%

Índice de masculinidad o sea el número de hombres por cada 100 mujeres es de 99.9.

Grupos Etáreos:

0-4; 5-9; 10-14 = 45%

De esta información se concluye que la población ecuatoriana está distribuida en casi igual proporción en la Sierra y en la Costa, pero es importante anotar que en algunas provincias la mayor parte vive en el sector urbano y en otras en el sector rural, situación que debe estar presente en los planificadores de salud a fin de que los pro-

gramas estén enfocados a toda la población.

Además como la pirámide de población es de base ancha (45%) de menores de 15 años, son precisamente los niños y los jóvenes los grupos prioritarios de atención.

SECTOR SALUD

1. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Creado en el año 1967 con el propósito fundamental de brindar atención a toda la población ecuatoriana.

Con este fin debe planificar y ejecutar programas de atención de salud integral a las personas, y, de preservación y mejoramiento del medio ambiente.

En 1972 se formula el primer **Plan Quinquenal** de salud que en sus lineamientos generales dice:

Se trata de dar prestaciones de salud, accesibles a todas las comunidades, sin excepciones y en forma continua e integral, desde el nacimiento hasta la muerte.

Así el Ministerio da prioridad a la atención de la mujer embarazada, del niño y del preescolar, al control y notificación de las enfermedades transmisibles y al incremento de servicios como: agua potable, alcantarillado, etc.

En 1982 se aprueba un nuevo plan operativo que recoge los problemas prioritarios de salud, los mismos que se traducen en los siguientes programas.

- Materno infantil
- Ampliado de inmunizaciones
- Alimentación y Vigilancia Nutricional
- Control de las Enfermedades diarreicas
- Control de la Tuberculosis
- Salud bucal.

Estos programas tienen como apoyo la Vigilancia de la investigación epidemiológica, el control de la zoonosis, el desarrollo de recursos humanos y de de los servicios como Enfermería, Trabajo Social y Educación para la Salud.

SEGURIDAD SOCIAL

Se inicia en 1928, con el objeto de dar protección a los empleados públicos.

En 1936 se funda el Instituto Nacional de Previsión con el propósito de aplicar el seguro social obligatorio que protege a empleados públicos, privados y obreros; al mismo tiempo que se establece el servicio médico.

En 1958 el Departamento Médico adquiere el carácter de autónomo y finalmente en 1974 se suprime la personería jurídica integrándose al IESS.

Al mismo tiempo que se producen estos cambios el Seguro Social afronta el crecimiento del número de afiliados, que obliga a proponer una nueva estructura administrativa que pueda cumplir con las condiciones de accesibilidad, oportunidad, calidad y costo racionalizado de la atención.

Con este fin se juzga necesario implementar:

- Regionalización de los servicios médicos
- Atención progresiva del paciente
- Desarrollo de la infraestructura
- Capacitación de los recursos humanos
- Coordinación con otras instituciones.

Actualmente según el tipo de atención, número de personal y equipos se clasifican las unidades médicas del IESS en nueve niveles.

- Dispensario del Seguro Social Campesino
- Dispensarios Anexos (272)
- Dispensarios C. B. A.
- Hospitales: local, provincial, subregional.

SEGURO SOCIAL CAMPESINO

Se crea para atender al trabajador del campo sin relación de dependencia patronal. Ampara al trabajador y a la familia que viven bajo el mismo techo.

SANIDAD MILITAR

Se crea por la necesidad que tienen las Fuerzas Armadas de atender a su población tanto en las ciudades, como en las unidades destacadas en todos los rincones de la Patria.

Se inicia en 1918, con la inauguración del Hospital Militar y se extiende a las provincias con la instalación de Dispensarios y Clínicas de diferentes nivel de complejidad.

Dispone al momento del nuevo Hospital en Quito y de profesionales especializados.

Atiende a la población civil en los lugares en que el Ministerio de Salud Pública no dispone de unidades.

MEDICINA PRIVADA

Sin fines de lucro, la Junta de Beneficencia, Patronatos de Amparo Social, etc.

INDICADORES DE SALUD

MORTALIDAD GENERAL

Ha disminuído de 7.8 en 1975 a 5.8 en 1984.

Las causas de disminución de las tasas de mortalidad general son muchas, entre otras pueden anotarse:

- Mayor cobertura de atención
- Incremento del programa ampliado de inmunización
- Instalación de agua y alcantarillado especialmente en áreas rurales
- Nuevos métodos para el control de las enfermedades
- Descubrimiento de nuevos fármacos
- Programas de promoción y prevención
- Incremento de recursos humanos y físicos.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL

La tasa de mortalidad infantil revela:

- Estado de salud del niño y de la población en general
- Condiciones socio-económicas
- Disponibilidad, eficacia y oportunidad de la Atención Médica
- Varía de 250 a 200 por mil en los países subdesarrollados y de 15 a 20 por 1.000 en los industrializados.

En el Ecuador la tasa de 1984 es de 54.1 lo que significa que nuestra situación es aún deficiente y que este grupo de población siendo prioritario requiera aún de un mayor apoyo gubernamental.

TASA DE NATALIDAD

Se caracteriza por ser alta y con intervalos cortos entre nacimientos en los países subdesarrollados y baja en los industrializados.

En la siguiente comparación es posible establecer estas diferencias:

Año	1983	—	Tasa de natalidad
	USA		15.9
	URSS		18.3
Año	1984		
	Ecuador		22.6

Al analizar las 10 principales causas de muerte en nuestro país, se observa que si bien ya no están presentes algunas enfermedades transmisibles aún se presentan con tasas significativas la tuberculosis y la desnutrición proteico calórica, 2 causas que revelan el bajo nivel de desarrollo alcanzado en el país.

INDICADORES ECONOMICOS

INGRESO PERCAPITA O PERSONAL

Este indicador es el resultado de dividir el ingreso total Nacional para el número de habitantes.

Es por lo tanto un indicador promedio que no revela los extremos, por ejemplo la situación de los campesinos, sin embargo al establecer comparación con otros países concluimos que el nuestro es bajo.

Para el año 1983 estos fueron:

USA	10.630 \$
Ecuador	1.050 \$
Alemania	11.730 \$
Bangladesh	90 \$

DESEMPLEO Y SUBEMPLEO

La tasa de desempleo en esta última década se ha mantenido en alrededor del 10% y en la población subempleada más del 50% reciben ingresos que son insuficientes para atender sus necesidades de alimentación, vivienda, educación y menos para atender su salud.

VIVIENDA

Son dos los problemas que se deben considerar:

1. Número deficitario
Para todos es conocido que en el país faltan miles de viviendas y que los programas del Banco Ecuatoriano de la

Vivienda y del IESS dan soluciones tan sólo a la clase media que tiene capacidad de pago.

2. Mala calidad de las viviendas

En un censo realizado en 1974, el 60% correspondió a cuartos de inquilinato, mediaguas o covachas; en este tipo de viviendas hay hacinamiento, mala ventilación, humedad, falta de servicios, factores que inciden negativamente en el nivel de salud.

MORBILIDAD PREVALENTE

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

GASTROENTERITIS

Constituye la primera causa de muerte en los países en vías de desarrollo y también en nuestro país.

Como sabemos es frecuente en los medios en que el saneamiento (agua potable, eliminación de excretas, disposición final de basuras, control de fauna transmisora y nociva) es deficiente y en las poblaciones que tienen un alto índice de desnutrición.

En el año 1985 fallecieron por esta causa 3.888 personas (mayor porcentaje niños menores de 4 años), con una tasa de 41.5. Las enfermedades diarreicas constituyen no sólo la 1ra. causa de morbilidad sino también de mortalidad.

TUBERCULOSIS

Por información de la Organización Mundial de la Salud se conoce que 3'000.000 de personas fallecen anual-

mente por esta causa, 1'500.000 están infectados y de 10 a 20'000.000 padecen la enfermedad.

En el Ecuador en el año 1985 se produjeron 1.215 defunciones, cifra alta que coloca a esta enfermedad en puesto 7º de las diez primeras causas de muerte en este mismo año.

De lo expuesto se concluye que es prioritario enfatizar en los programas de control de esta enfermedad, más aún cuando existe una vacuna obligatoria para los recién nacidos y se dispone al momento de numerosos y eficaces esquemas cortos de tratamiento.

TIFOIDEA Y OTRAS SALMONELOSIS

La incidencia de fiebre tifoidea en el Ecuador, aumenta considerablemente a partir de 1979, esta situación nos indica claramente que las condiciones sanitarias no son buenas y que siendo la salmonelosis un problema de salud pública se requiere de urgentes y prioritarios programas de control que consisten básicamente en:

- Control de agua
- Pasteurización de la leche
- Vigilancia en la elaboración, manipulación y expendio de los alimentos.
- Educación para la salud
- Búsqueda y tratamiento de portadores.

PALUDISMO

El paludismo en el Ecuador aumentó significativamente desde 1983, año en

el que se produjeron inundaciones en todo el litoral y desde entonces la incidencia se ha mantenido alta, constituyendo así el paludismo un grave problema de salud pública para el país.

SIFILIS VENEREA

Si bien la sífilis controlada oportunamente no es grave ni produce mayor grado de incapacidad, sus manifestaciones tardías acortan la vida y limitan la productividad del individuo. Esta enfermedad tiene una tendencia ascendente desde 1982, que se debe entre otras causas a:

- Actitud de mayor tolerancia a las relaciones sexuales, especialmente en los jóvenes.
- Mayor difusión de los métodos anticonceptivos (menor temor al embarazo).
- Promiscuidad en los campesinos migrantes.
- Aumento de la prostitución
- Mayor consumo de drogas
- Tratamiento inadecuado - automedicación
- Aumento de la homosexualidad
- Cambio de las estructuras sociales tradicionales y de los valores morales
- Falta de apoyo a los programas de control
- Insuficiente educación para la salud.

TOSFERINA

El comportamiento de esta enfermedad, revela que el programa ampliado

de inmunizaciones ha sido efectivo, ya que existe una marcada reducción en la última década. Sin embargo queda aún población susceptible que es posible reducirla, cuando la cobertura de vacuna triple alcance niveles óptimos de por sobre el 85%.

RECOMENDACIONES

Al reconocer que la salud es un derecho constitucional que tenemos todos los ecuatorianos y bajo la premisa de que el logro de un nivel de salud adecuado es una meta en el desarrollo nacional, el gobierno debe estudiar estrategias y mecanismos necesarios para lograr el mejoramiento de las condiciones sociales y económicas que permitan elevar el nivel de vida

Las siguientes recomendaciones están dirigidas especialmente al Sector Salud y a las Instituciones formadoras de recursos humanos

UNIVERSIDADES

- Diseñar el perfil del médico que el perfil necesita
- Impartir enseñanzas teóricas con períodos suficientes de práctica e investigación, en áreas de Consulta Externa y Hospitalización.
- Formación en prevención y promoción y no solamente en recuperación.
- Formación de un número de profesionales en función de las necesidades detectadas en la planificación, para lo cual es indispensable una estrecha coordinación entre las

instituciones del sector y las universidades.

- Especialización según las necesidades
- Formación de un número suficiente de especialistas en Salud Pública.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

- Establecer políticas definidas y claras de atención médica, medicina preventiva y control sanitario
- Programación local y sectorial que considere las características epidemiológicas, geográficas, demográficas y el nivel de desarrollo alcanzado.

RACIONALIZACION DE LOS RECURSOS ECONOMICOS

Si bien se ha dado restricciones presupuestarias, no es menos cierto que existe subutilización por: desconocimiento de los reglamentos, de los mecanismos legales, para obtener partidas, de la Ley Órgánica de Administración Financiera y Control, es necesario por lo tanto insistir en una adecuada y oportuna información en los diferentes niveles de decisión.

SANEAMIENTO BASICO

Según la OMS cerca del 80% de todas las enfermedades que ocurren en los países en desarrollo, están relacionadas con abastecimientos de agua insalubre y un saneamiento inadecuado.

En el Ecuador es absolutamente necesario aumentar la cobertura de estos servicios e implementar otras alternati-

vas para agua y eliminación de excretas, que tengan bajo costo y tecnología sencilla para que estén al alcance de la población.

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

- Aumentar la cobertura de atención al núcleo familiar y a otros grupos aún no protegidos.

- Programación local
- Coordinación con el Ministerio de Salud Pública
- Énfasis en los programas de promoción y Prevención.