

HACIA UNA POLITICA DE SALUD EN EL ECUADOR

Dr. Plutarco Naranjo

Academia Ecuatoriana de Medicina, Quito

Por primera vez en la historia de la accidentada vida constitucional del Ecuador, una Carta Política, como la que entró en vigencia en Agosto de 1979, establece en favor de todos los ciudadanos y como un derecho fundamental, el derecho a la salud. Es de suponer que el Estado arbitrará los medios necesarios para garantizar la efectividad de este derecho.

Por otra parte, sincera o demagógicamente, se diría que todos los sectores ciudadanos se han puesto de acuerdo en proclamar la necesidad del cambio. No siempre se expresa con claridad cuál sería el contenido y las metas de ese cambio, pero hay un consenso, un cierto sentimiento confuso, de que en el país muchas cosas deben cambiar, que el país entero debe encontrar nuevos rumbos. El pueblo aspira a una vida mejor, y los médicos y en general los hombres de cultura no podemos por menos que contribuir consciente y decididamente a un cambio de estructura que implique para

todos, goce de salud, goce de los valores espirituales; el que la educación, la cultura y la ciencia no sigan siendo un simple privilegio de pocos sino un aspecto básico en la formación de todo ciudadano; en fin, un cambio de sistemas que signifique la supresión de la ignorancia y la miseria y asegure el pleno goce de salud y de bienestar colectivos.

El nuevo precepto constitucional, la presión en favor del cambio y en general, el curso de los acontecimientos mundiales, deberían constituir, para los médicos ecuatorianos, motivos de honda preocupación, de análisis sereno y quizá de propósitos de nuevas y más eficientes acciones.

Salud para los ecuatorianos no significa, como se supone simplísticamente, sólo aumento de hospitales y médicos. Implica cambio de sistemas, nuevas actitudes. Salud para los ecuatorianos, no es un problema que incumbe únicamente a un Ministerio

de Estado, por el contrario, es el primer problema que incumbe a todo ciudadano y, por razones obvias, debe preocupar a todo médico.

Cuál es la situación de la medicina y la salud en el mundo en general, y en particular en el Ecuador? Tema tan amplio sólo puedo presentarlo a breves brochazos, con pocos y seleccionados ejemplos.

La medicina en los países desarrollados

Veamos, por un momento, el espejismo dorado del un lado de la medalla. En los países "desarrollados" y tomaré el caso concreto de los EE. UU., la medicina ha llegado a un altísimo nivel de progreso técnico y científico. La tomografía axial computorizada permite un preciso diagnóstico de localización de un tumor o un pequeño trombo, mejor que si a través de los tejidos pudiésemos ver —según el clásico pleonasma— con nuestros propios ojos. La técnica de resonancia magnética nuclear determina la proporción de agua de un órgano e indirectamente discrimina sobre la composición química del órgano. Una simple respiración a través de la boquilla de un espirómetro automatizado permite, en pocos segundos, recibir de la computadora los resultados cuantitativos de una función, como la respiratoria, tan compleja y además modificada por el proceso patológico. El sistema de computación no sólo que permite la producción mecanizada de un informe escrito

de los datos registrados sino que, bajo patrones estadísticos, tales resultados se obtienen inclusive, analizados e interpretados. El informe se completa con una lista de los posibles diagnósticos clínicos en orden de probabilidades. Podría citar cientos de ejemplos que nos dejan maravillados y perplejos. Los conocimientos y tecnología actuales permiten en efecto, resolver muchos de los más difíciles problemas de diagnóstico.

No obstante este progreso aún quedan por aclararse, sobre todo en términos bioquímicos, muchos misterios de la vida y de la muerte.

Pero el médico mismo, dentro de las nuevas relaciones cibernéticas, va perdiendo la influencia social de otros tiempos y convirtiéndose en un instrumento más de una deshumanizada maquinaria electrónica que opera según las conveniencias de un sistema social, tanto o más deshumanizado que la propia maquinaria.

Veamos ahora la realidad que reflejan ciertas cifras, examinemos el complejo otro lado de la medalla. Según datos de 1977, la estancia semiprivada, en el Massachusetts General Hospital, costaba US dólares 189, por día y se elevaba a 400 y 500 dólares diarios, en éste y otros hospitales, en cuartos de cuidados intensivos. En un nuevo hospital, el Woodhull del barrio de Brooklyn, de Nueva York, el costo subió a 400 dólares diarios, por paciente. En el Cornell Medical Center, de Nueva

York, la atención de un parto normal, costaba US dólares 2.800. El servicio de hemodiálisis que, a veces permite salvar algunas vidas y que en otras, sólo prolonga inhumana e innecesariamente una lenta e irreversible agonía, costaba en los diferentes servicios hospitalarios, nada menos que US dólares 25.000, por año y los 44.000 pacientes renales sometidos a este procedimiento representan un costo de mil millones de dólares anuales. Quién se atrevería a poner en duda el amor de los padres hacia su pequeña criatura, este afecto humano es, en verdad, dignificante; pero qué contraste entre los miles y millones de tiernas vidas que anualmente son víctimas de simples enfermedades infecciosas, vidas que cada una pudo haber sido salvadas a un costo de apenas 10 o 20 dólares y los prematuros que fueron mantenidos, durante un año en los servicios de cuidados intensivos del Hospital Herman, de Houston, a un costo de US dólares 1.780.000, es decir a casi S/. 240.000, por cada prematuro.

Qué maravilloso poder reemplazar válvulas cardíacas envejecidas o corroídas por el proceso reumatoideo; qué asombroso sustituir con tubos plásticos o con segmentos de venas las coronarias u otras arterias trombosadas u obstruídas por la aterosclerosis; qué extraordinario depurar al organismo de desechos metabólicos mediante el riñón artificial, dejando tiempo para que el propio riñón del paciente se recupere a la normalidad; qué espléndido poder salvar la vida de prematuros de

5 ó 6 meses manteniéndoles en un "vientre artificial" en una incubadora y alimentándolos artificialmente! Qué fantástico poder llegar hasta una de las ramas de la coronaria inyectar una enzima y disolver el coágulo que estaba a punto de causar la muerte al paciente!

— Todos aquellos grandes progresos de la ciencia y de la técnica, tan sorprendente y sofisticada medicina a quien sirve? Ciertamente que los EE. UU. son un país muy rico, pero no todos son millonarios, allí también hay pobreza y desnutrición, allí también hay indigencia y desempleo.

Cuántos son los que pueden pagar 200 o 500 dólares diarios por un cuarto de hospital y peor aún cientos de miles de dólares por año? Seguramente no es la mayoría de la población.

Mientras más tecnificada se vuelve la medicina su costo se vuelve cada vez más alto fenómeno lógico e inevitable. Pero hay que comprender que todo adelanto tecnológico implica costo social, no obstante, los beneficios del progreso alcanzan sólo a ciertas minorías. Lo malo no está pues en los grandes progresos de la ciencia, en los logros técnicos de la medicina; no está precisamente en el desarrollo de delicadas y costosas técnicas de diagnóstico y tratamiento; lo malo está en el sistema social que convierte en privilegio de pocos lo que son esfuerzos y trabajos colectivos; lo malo está en la estructura social que vuelve accesibles esos magníficos servicios médicos sólo

a contados individuos. Es también lógico que los servicios de más alta y costosa tecnología no puedan albergar, indiscriminadamente, a todo paciente. Lo que es humanamente ilógico es que casi el único criterio de valoración social, de selección de usuarios, consista en los recursos económicos del individuo, indiferentemente de cuál haya sido su aporte al trabajo y al bienestar colectivo. Por este camino, por desgracia, más pronto puede llegar a la alta atención especializada —y esto no es hipótesis—, el matón, miembro de la mafia, que el filósofo o el académico preocupado quizá en problemas metafísicos, quizá en cómo alcanzar el bienestar de los demás, en cómo humanizar al hombre.

La medicina en el Ecuador

Veamos ahora, dentro del contexto del subdesarrollo, qué sucede en nuestro país.

De las 55.000 defunciones anuales (1975), inscritas en el Registro Civil, sólo un 47% contaron con certificado médico y bien sabido es que en muchos casos, el médico ha sido llamado, en el último instante y sólo para que certifique la defunción y se llene así un formulismo legal. Es decir más del 50% de los que mueren no tienen acceso a la atención médica auspiciada por el Estado.

De los 220.000 partos correspondientes a 1975, cerca de 90.000 se realizaron en instituciones médicas de Esta-

do y aproximadamente 20.000 en clínicas y otros servicios privados. De nuevo, la atención médica no llegó ni al 50% de las madres que dieron a luz y el índice de mortalidad materna siguió siendo alto. Correlativamente, el 50% o más de los niños que nacen en el Ecuador, vienen al mundo sin atención médica, de tipo universitario.

Siendo la medicina una actividad social indispensable, cada clase social adapta sus problemas de salud a determinado sistema de atención médica. Tanto en el caso de los partos como en las demás cuestiones de salud, salvo casos excepcionales, más del 50% de la población ecuatoriana sigue dependiendo de los llamados sistemas tradicionales de medicina, conocidos también como medicina aborígen, curanderismo o empirismo. Sistemas que, en muchos casos, aunque menos efectivos que los de la medicina de tipo universitario, son mucho más económicos y sobre todo son accesibles, por costo, por tradición y por bajo nivel cultural, a la gran mayoría de nuestra población. He aquí un amplio y grave problema que requiere estudio, análisis y soluciones desapasionadas. Hay que recordar que la mayoría de estos sistemas no formales de atención médica son condenados por nuestras leyes, lo que significa, en la realidad, condenar a la mayoría de la población a no recibir ninguna clase de auxilio médico.

Causas de mortalidad

La principal causa de mortalidad sigue siendo la enteritis y las diarreas infantiles, con un total del 11,87%, en 1975 (Tablas I y II). Si se agregan

otras enfermedades infecciosas, concretamente: la bronquitis, la neumonía, el sarampión, la tos-ferina y la influenza la mortalidad sube al 38%; enfermedades todas éstas "controlables" desde el punto de vista médico. Enfer-

Tabla I

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD (1975)

ENFERMRDADES	No.	%
Enteritis y otras enfermedades diarréicas	6535	11,87
Bronquitis, enfisema y asma	4615	7,29
Otras neumonías	3373	6,13
Senilidad sin mención de psicosis	3338	6,06
Otras formas de enfermedad del corazón	2789	5,07
Enfermedades cerebrovasculares	1467	2,66
Otras causas de morbilidad y mortalidad perinatales	1450	2,63
Accidentes de vehículos de motor	1405	2,55
Anemias	1359	2,47
Enfermedades Isquémicas del corazón	1285	2,33
Otras enfermedades del aparato digestivo	1133	2,06
Tuberculosis del aparato respiratorio	1125	2,04
Síntomas y estados morbosos aml definidos	6659	12,10
Resto	19120	34,73
T O T A L	55053	100,00

* Cáncer = 4,2%

medades evitables si los pacientes estuviesen bien nutridos, si las condiciones sanitarias del ambiente fuesen las apropiadas y, en el peor de los casos, enfermedades combatibles si al alcance de los pacientes estuviesen servicios médicos apropiados y eficientes.

Más de la mitad de los niños mueren antes de llegar a los 5 años de edad y en especial, durante los dos primeros años. No es ésta, en cierta manera, una forma de genocidio?

En cambio, las afecciones que en los países desarrollados cobran el mayor número de vidas, como las cardiovasculares e isquémicas, en el

Ecuador, son responsables sólo de un 7.4% de la mortalidad y el cáncer de 4.8%.

Tabla II

MORTALIDAD INFANTIL: 10 PRINCIPALES CAUSAS (1970)

Orden	Causa	N° defunciones en menores de 1 año	Tasas por 10.000 nacidos vivos	% del total de muertos en men. 1 año
1	Enfermedades infecciosas	5253	228.20	29.79
2	Perinatales +	2753	11.59	15.61
3	Infecciones intestinales	2382	103.48	13.50
4	Síntomas y estados morbosos mal definidos	2775	98.83	12.90
5	Gastrorintestinales (no infecciosas)	1447	88.10	6.50
6	Tétanos ++	967	42.00	5.48
7	Tosferina	793	34.45	4.49
8	Sarampión	454	19.72	2.57
9	Otras infecciones	357	15.50	2.02
10	Bocio, endócrinas y otras carenciales	333	14.46	1.88

Cierto que en el trágico círculo vicioso, la ignorancia es un factor decisivo. Pero muchas madres ya no ignoran que su hijo, con buena alimentación no moriría. Mas de qué les sirve ese conocimiento o el de que con una atención médica apropiada, el niño salvaría su vida, cuando no tiene ni para la relativamente barata atención hospitalaria, menos la atención privada? Qué puede hacer un trabajador, con un sueldo básico de S/. 4.000,00 — y eso cuando siquiera tiene este sueldo— frente a una só-

la receta de antibióticos, cuyo costo es de S/. 200,00 o más por día?

El médico es un importante agente de salud. En principio, un mayor número de médicos en un país, debería dar por resultado una atención médica más amplia y más eficiente. Bajo esta premisa la Organización Mundial de la Salud fijó, hace algunos años, una meta para los países subdesarrollados, el de alcanzar la proporción de un médico por cada mil habitantes.

- + Entre un total de 5906 muertos en menores de un mes, 2703 fueron producidos por causas perinatales, o sea al 45.76%.
- ++ El tétano neomatorum produjo 976 muertes en menores de un mes, o sea el 14.68%.

Tabla III

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD
SEGUN EGRESOS HOSPITALARIOS (1975)**

ENFERMEDADES	Nº	%
Parto sin mención de complicaciones	76092	25,24
Otras complicaciones del embarazo, del parto y de puerperio	17126	4,68
Otros abortos y los no especificados	15138	5,02
Enteritis y otras enfermedades diarréticas	14168	4,70
Otras enfermedades del aparato genitourinario	9228	3,06
Colelitiasis y colecistitis	7095	2,35
Apendicitis	6598	2,19
Obstrucción intestinal y hernia	6164	2,04
Obstrucción intestinal y hernia	6164	2,04
Bronquitis, enfisema y asma	5037	1,67
Otras enfermedades de sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	4591	1,52
Otras enfermedades del aparato digestivo	4511	1,50
Otras neumonías	4030	1,34
Síntomas y estados morbosos mal definidos	6217	2,06
Resto de egresos	125503	41,63
TOTAL EGRESOS	301500	100,00

La proporción de médicos

Hasta hace pocos años en el Ecuador había un médico por cada 2.500 habitantes pero muy desigualmente distribuidos. Mientras en las ciudades universitarias de Quito, Guayaquil y Cuenca, había ya una proporción de

un médico por cada 1.000 habitantes o menos, en las zonas rurales no había sino un médico por cada 5.000, 10.000 o 20.000 ciudadanos, según las regiones del país. La cruda realidad de las cifras que he presentado, de los diferentes indicadores de salud demuestran que la hipótesis de que mayor

número de médicos, en una población dada, signifique necesariamente, mayor cobertura de dicha población, pueda resultar una falsía. Entre nosotros un médico por cada 1.000 habitantes representa, en la realidad, un médico para pocos cientos de habitantes de clases económicamente privilegiadas.

En los últimos seis años la población médica se ha incrementado en más de 6.000 nuevos profesionales, con lo cual alcanzamos ya la cifra de 10.000 médicos, es decir que para todo el país habríamos rebasado la meta de un médico por cada mil habitantes. En los seis últimos años casi se ha triplicado el número de médicos, sin embargo los índices de morbilidad y mortalidad se han modificado poco en este mismo lapso y de ningún modo ese cambio guarda relación con el rápido incremento en el número de facultativos.

El principal problema biológico en el Ecuador, es evitar que los niños mueran de desnutrición o de sus secuelas y esto no se resuelve con aumento de médicos. El segundo, es proteger a toda la población con los llamados cuidados primarios de salud y en este nivel de servicio, aunque la presencia del médico es muy útil, hay mayor necesidad de otros recursos humanos. El médico representa la cúspide de una pirámide de recursos humanos para la salud (Fig. 1). Es el elemento más caro por su larga carrera universitaria, por la remuneración que necesita y por lo tanto la mayor parte de sus funciones deben estar re-

servadas a los más altos niveles de atención, es decir a aquellos que requieren mayores conocimientos o ele-

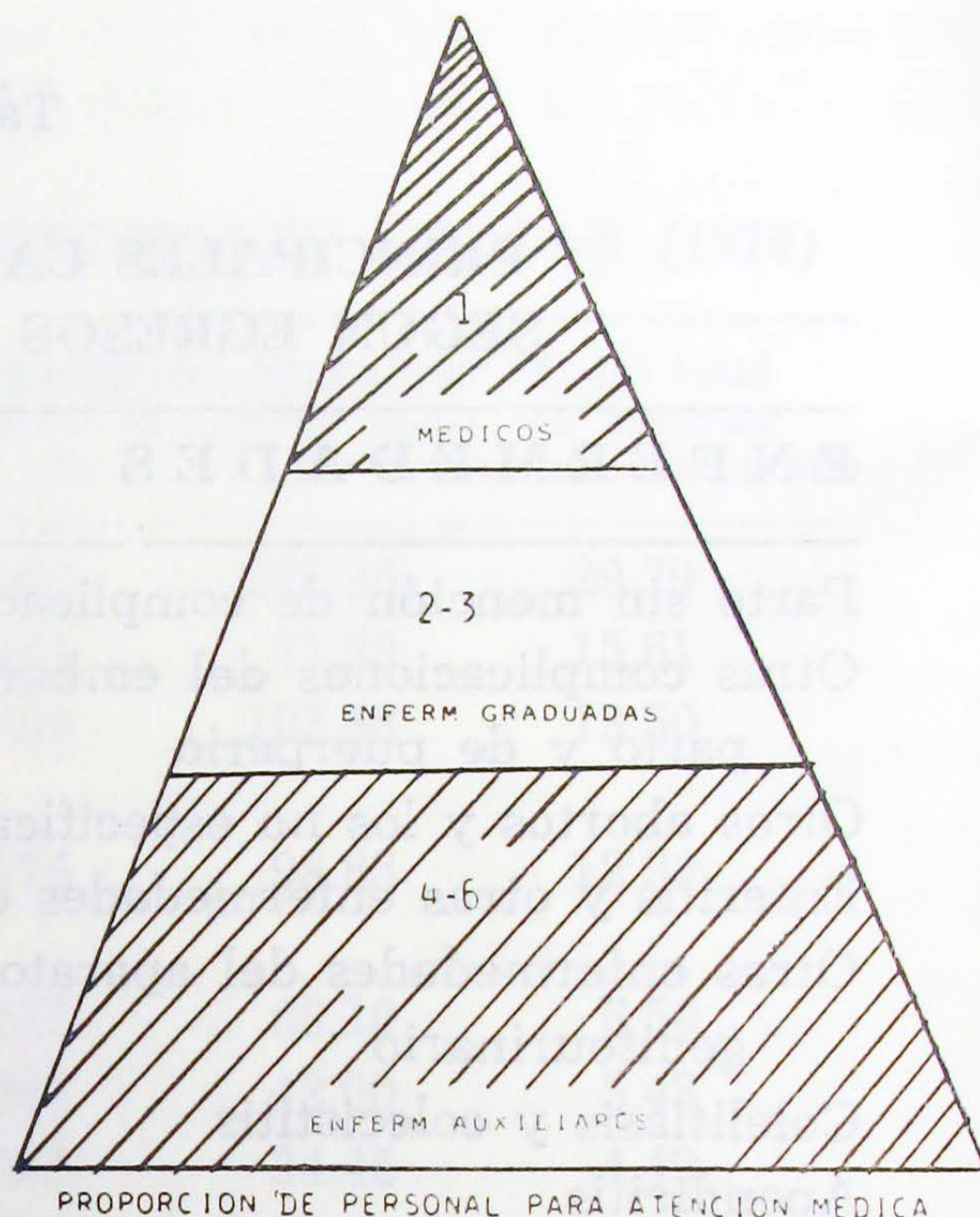


Fig. 1.— Una racional distribución de los recursos humanos para la salud implica una amplia base de personal auxiliar, por lo menos en doble proporción al de enfermeras graduadas (3 o más años de universidad) y éstas a su vez deben corresponder por lo menos al doble del número de médicos.

vada tecnología. Querer resolver los problemas primarios de salud en base a médicos es escoger el camino más oneroso, más derrochador de recursos y energías, precisamente en un país que debe buscar los caminos más fáciles y económicos. Donde prevalece la lógica o por lo menos el simple sentido común, es bien sabido que por cada médico debe haber dos o más enfermeras y por cada enfermera varias auxiliares (Fig. 1, 2 y 3). Entre nosotros, que se procede por impulsos espasmódicos, con improvisaciones y

quem importismo, las cosas están al revés; hay 6 o más médicos por una sola enfermera.

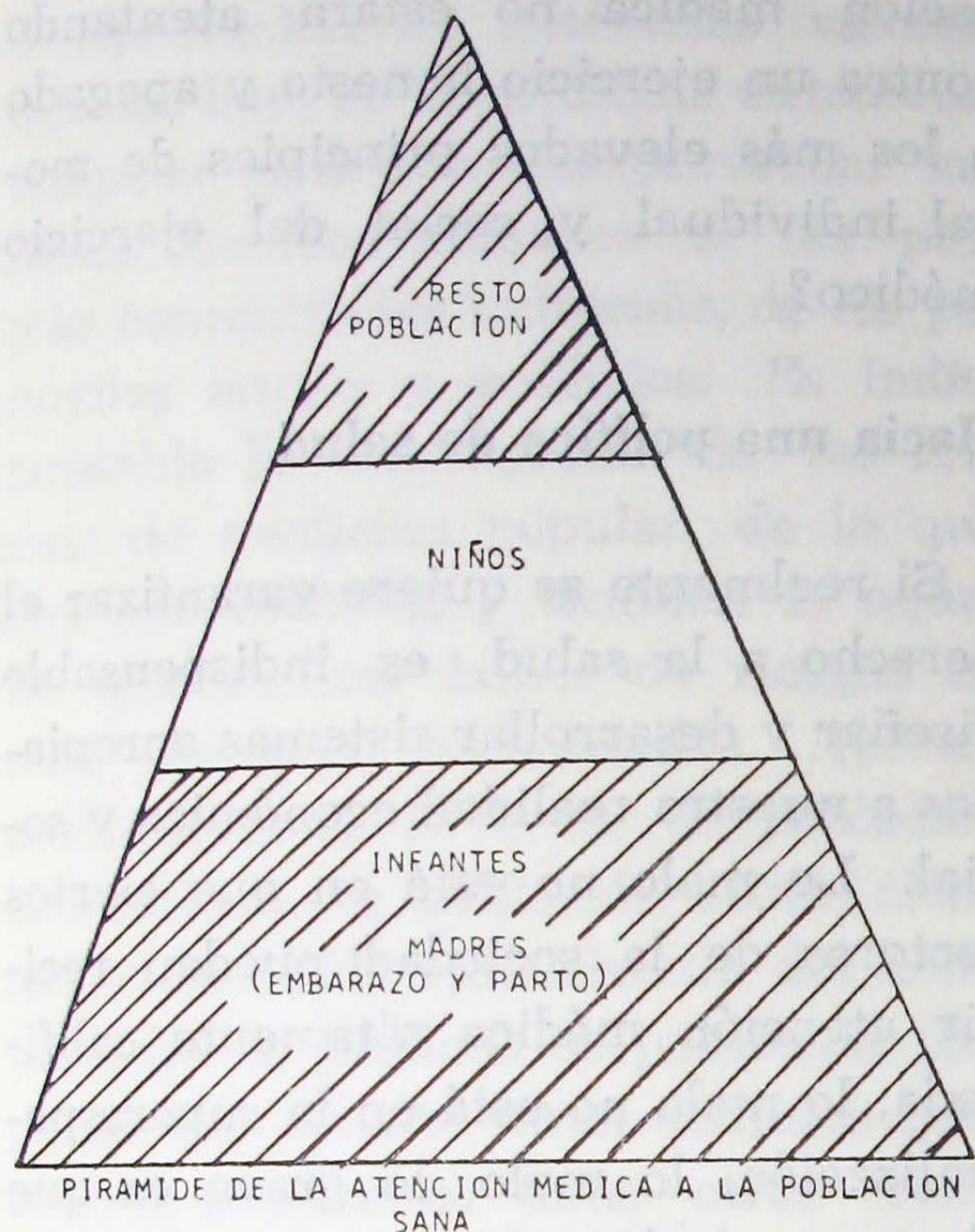


Fig. 2.— La atención médica, cada vez, debe enfocarse más hacia la población sana, cuando los problemas básicos de saneamiento ambiental y otros han sido resueltos. En todo caso la madre, particularmente durante el embarazo, en el parto y los meses siguientes a éste, requiere de atención médica al igual que el recién nacido y el infante. El requerimiento de atención médica por el resto de la población infantil es menor y mucho menor el de la población adulta

Dentro de una racional política de salud, era evidente la necesidad de aumentar el número de médicos, pero este aumento tenía que operarse dentro de un plan bien coordinado en el cual debían aumentar, proporcionalmente los demás recursos humanos y sobre todo debía atenderse no a las últimas consecuencias de un sistema viciado, sino a las causas primarias de enfermedad y de muerte. Qué sucede, en-

tonces, en la realidad? Que los escasos recursos económicos que el Estado dedica a proteger la salud, menguadamente alcanzan para pagar sueldos y atender las más apremiantes necesidades de la medicina curativa que cubre una pequeña proporción de enfermos del país, en especial, del sector que algunos sociólogos llaman el subproletariado urbano. Los médicos por

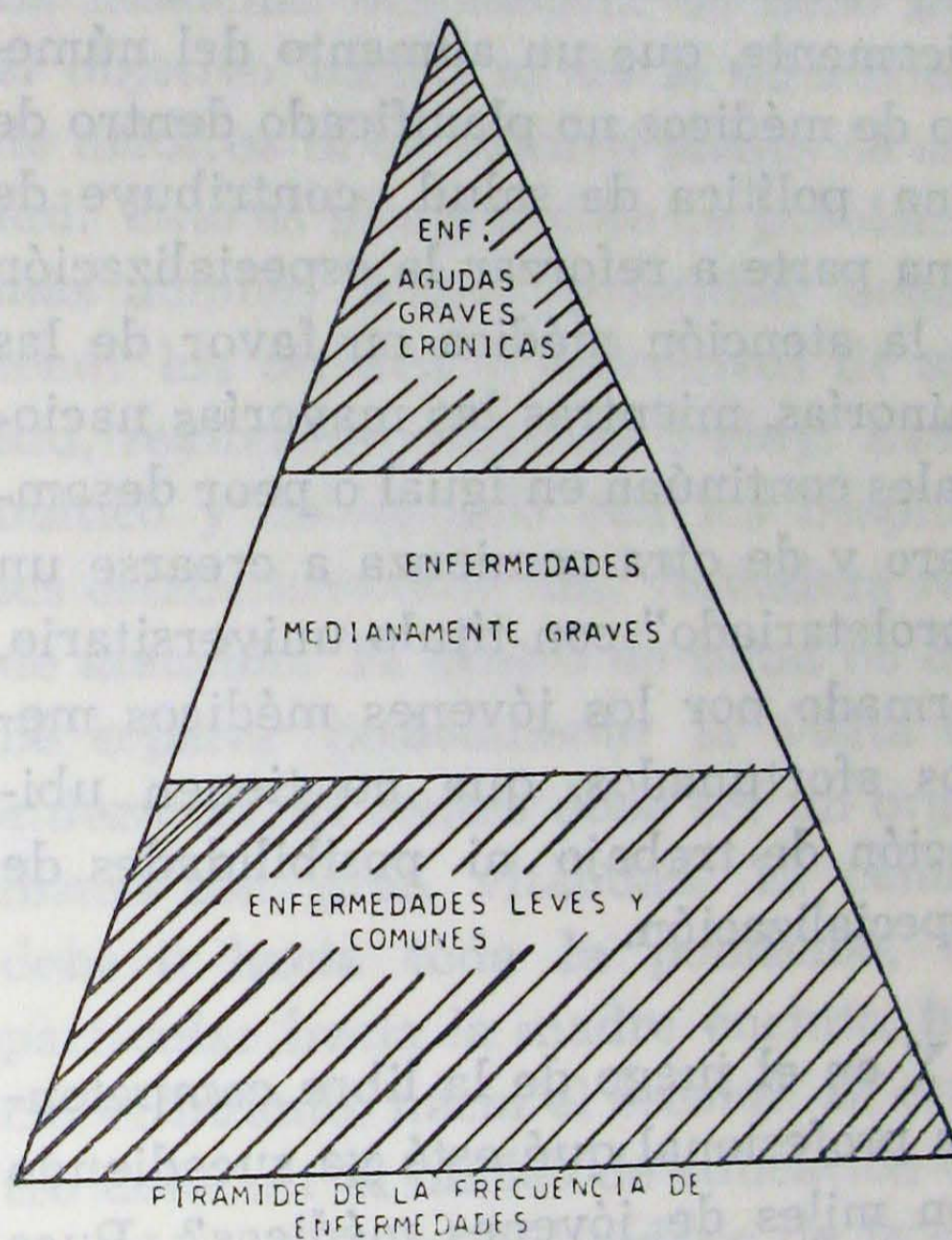


Fig. 3.— Los requerimientos de atención médica de la población enferma son, en mayor volumen o número de pacientes, el de las enfermedades leves o más comunes, como resfrío común, gripe, otras infecciones y parasitosis. Las enfermedades medianamente graves siguen en orden de volumen de la atención médica y las agudas, las graves o las crónicas, que afectan al menor porcentaje de pacientes, aunque necesitan de servicios y profesionales más altamente capacitados, corresponden al menor volumen de atención médica

su parte, abocados de hecho, a una doble situación: primero, que el Estado ecuatoriano no ha previsto utilizar sus

servicios y segundo que las necesidades de salud de la minoritaria fracción de población ecuatoriana que puede cubrir, privadamente, los costos de dicha atención, ya estaba bastante bien atendida; para tener éxito profesional o por lo menos sobrevivir, se ven impelidos, los que pueden o los más capaces, a tomar el camino de la especialización y mejor si de la más alta especialización. Esto significa, paradójicamente, que un aumento del número de médicos no planificado dentro de una política de salud, contribuye de una parte a reforzar la especialización y la atención médica en favor de las minorías, mientras las mayorías nacionales continúan en igual o peor desamparo y de otra comienza a crearse un "proletariado" con título universitario, formado por los jóvenes médicos menos afortunados, que no tienen ubicación de trabajo ni posibilidades de especialización.

Y en el juego de la libre competencia profesional qué está ya sucediendo con miles de jóvenes médicos? Pues que para sobrevivir, algunos han tenido que cambiar de actividad lo que representa un derroche de esfuerzo humano de años dedicados a una formación profesional que, a la postre, le resulta inservible. Y qué decir del costo social que representa este derroche económico del Estado, es decir de la colectividad, al formar profesionales universitarios que luego no pueden cumplir con su función social. El cuidar la salud y la vida ajena, requiere de una muy sólida formación ética del

médico. Pero el hambre y la desocupación pueden romper cualquier código moral. Esta improvisada proliferación médica no estará atentando contra un ejercicio honesto y apegado a los más elevados principios de moral individual y social del ejercicio médico?

Hacia una política de salud

Si realmente se quiere garantizar el derecho a la salud, es indispensable diseñar y desarrollar sistemas apropiados a nuestra realidad económica y social. Lo malo no está en que ciertos sectores de la sociedad puedan recibir atención médica altamente calificada, lo malo no está en la superespecialización, lo malo, lo grave es que el grueso de la población no tenga acceso ni a cuidados primarios, menos a los servicios especializados. Hemos llegado a una situación *sui generis*, propia del Ecuador y los patrones o modelos desarrollados en otros países, inclusive subdesarrollados, aún los más cercanos y parecidos al Ecuador, no nos van a servir de pauta. Tenemos que afrontar, como ecuatorianos los problemas ecuatorianos. Estamos ante una realidad de una alta proporción de médicos frente a la escasez o ausencia de otros recursos humanos para la salud y por lo mismo el país no puede darse el lujo de desperdiciar aquello que ya tiene. Por todo esto es indispensable que, a tono con la nueva constitución política, diseñemos sistemas idóneos para hacer realidad ese precepto constitucional de proteger la

salud de todos los ecuatorianos. Tampoco podemos "darnos el lujo" de desecharlo, **apriorísticamente**, todo sistema tradicional de curación. No podemos desaprovechar los auténticos valores, que los hay, en la medicina autóctona, tampoco podemos desaprovechar valiosos recursos humanos de las propias comunidades indígenas, de los pequeños anejos y poblados. Es indispensable la investigación de las formas de medicina popular, de lo que hay aprovechable y también de aquello que pudiese haber de riesgos en tales prácticas tradicionales. Aproximadamente el 50% de la población ecuatoriana, es población rural; tiene modalidades de vida distinta del habitante de la ciudad, es población dispersa que afronta otros distintos problemas cotidianos; tiene otras tradiciones, otra mentalidad y por lo mismo los sistemas de protección de su salud deben estar adaptados a esas realidades sociales y culturales. Pero no debemos olvidar que del trabajo de esa población campesina depende la alimentación de todo el país e inclusive constituye una de las principales fuentes de exportación y de riqueza en general. El Estado financia su presupuesto, en buena parte, con el fruto del trabajo de los campesinos, sin embargo la atención médica apenas si comienza a hacerse presente en las zonas agrícolas, pero aún en este caso, bajo un modelo de atención importado desde la ciudad universitaria, sin mayor discrimen, sin mayor conocimiento del medio ambiente y en muchos

casos con poco espíritu de servicio social.

Proteger la salud de los ecuatorianos, como ya mencionamos, implica un radical cambio de la mentalidad médica y en general de la mentalidad ecuatoriana. No deben seguirse dedicando la mayor parte de los recursos estatales para la salud a tratar enfermos, a construir enormes y costosos hospitales y con frecuencia mal planificados. La medicina hospitalaria no debe ser el objetivo básico ni de la educación de médicos ni de futuros planes de salud. Esto es sólo parte de un problema más amplio. Mayor prioridad deben tener los centros y subcentros de salud, realizando éstos un trabajo sistemático y coordinado con los hospitales estructurándose una verdadera red de atención. El centro de salud no debe esperar pasivamente la visita de enfermos. El centro debe ser un organismo con gran vitalidad. El centro debe ir hacia toda la población, en particular hacia la madre encinta, hacia el infante, hacia el escolar. El centro debe ser el núcleo de educación de la población para el cuidado de la salud. El así llamado "control" prenatal, sobre todo de primerizas, debe constituir la mejor oportunidad para instruir a la madre en los cuidados del niño, tanto en los de carácter higiénico, como dietético y de otros órdenes.

Proteger la salud de los ecuatorianos significa también orientar la educación médica hacia esos objetivos. La educación médica no puede ser ajena a la realidad nacional. Está bien que se

enseñen las más elevadas técnicas de cirugía pero que no se ignore de qué mueren los niños de Angaguana o cuál es el índice de crecimiento de los niños de Mulañó y sobre todo que se rediseñe toda la educación médica a fin de que ésta no sólo de atención a las minorías pudientes sino también a toda la población ecuatoriana.

El mandato constitucional significa así mismo —y no por último pues apenas he mencionado algunos hitos— en lo que respecta a los médicos, el crear una nueva conciencia profesional y social. El pensar ya no sólo en términos de “mis pacientes”, “mi ejercicio profesional”, sino en términos de una medicina y un médico que se integran armónicamente dentro de un complejo social que garantiza la subsistencia de una madre saludable, un niño bien nutrido, que favorece el crecimiento y desarrollo normales, la educación al alcance de todos, inclusive de educación para la salud y como, a pesar de esto, subsistirán enfermedades y enfermos sólo entonces dedicar esfuerzos a seguir luchando contra el cáncer la enfermedad hipertensiva, el envejecimiento prematuro y todas las demás entidades patológicas.

Mucho hay por hacerse. La comprensión amplia del problema y la decisión consciente de los médicos de contribuir, con su esfuerzo, a la solución del mismo, será un gesto que el país entero sabrá reconocer.

RESUMEN

La nueva Constitución Política del Estado Ecuatoriano establece, para todos los ciudadanos, el “derecho a la salud”, precepto legal que contrasta marcadamente con la realidad, pues la medicina “oficial” o científica, ya sea a través de instituciones gubernamentales o a través de servicios privados no da una cobertura mayor al 30 a 40% de la población, es decir atiende a una minoría que, en cierta forma, resulta privilegiada.

El progreso de los conocimientos científicos y el desarrollo tecnológico permiten mejores y más precisos diagnósticos, mejores y más eficientes tratamientos pero al mismo tiempo encarecen gravemente el costo médico y esa medicina sirve a un más reducido grupo de personas con alta capacidad económica. Se mencionan como ejemplos algunas cifras correspondientes a los EE. UU.

El Ecuador afronta una situación **sui-géneris**. En los últimos años se ha triplicado el número de médicos. Actualmente para una población de 8 millones de habitantes hay aproximadamente 10.000 médicos proporción que, en teoría, debería considerarse como favorable y hasta como un signo de mejoramiento de la cobertura médica; mas como este aumento no fue planificado ni se han incrementado en forma correlativa las estructuras de servicio y tampoco ha aumentado en proporción conveniente el número de enfermeras y otros recursos humanos se

ha llegado a la situación absurda de que en vez de que haya varias enfermeras por un médico hay un médico por cada 5 o 6 enfermeras. Por consiguiente, pese al aumento de la población médica los indicadores de salud, no han mejorado mayormente y la mayoría de la población, en especial la campesina sigue atendiendo sus problemas de salud mediante sistemas tradicionales. Por otra parte se ha creado el angustioso problema de la desocupación de los médicos recién graduados.

Por estas y muchas razones se impone la urgente necesidad de delinear una política de salud acorde con estas realidades y que tienda a hacer efectivo el precepto constitucional.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1 HOLDEN, C.: Doctors must put patients first. *Science*, **210**: 612, 1980
- 2 KOLATE, G. B.: NMC thrives selling dialysis. *Science*, **208**: 379, 1980
- 3 MINISTERIO DE SALUD PUBLICA (Ecuador): Indicadores de Salud. 64 pp. Mimeografiado. Dep. Nal. de Estadísticas, Quito, 1975
- 4 MORLEY, D.: Paediatric Priorities in the Developing World. 470 pp. Butterworths, Londres, 1977
- 5 ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: Promoción y Desarrollo de la Medicina Tradicional. 44 pp. O.M.S., Ginebra, 1978
- 6 RELMAN, A. S.: Editorial. *New Engl. J. Med.* Oct. 23, 1980
- 7 WOLSTENHOLME G. y O'CONNOR, M. (Editores): HEALTH OF MANKIND. 297 pp. Churchill Ltd., Londres, 1968