

LA SITUACION DE SALUD DEL PAIS: ELEMENTOS PARA EL ANALISIS

Dr. Ramiro Estrella Cahueñas*
Dr. Jorge Oviedo Carrillo **

El proceso salud-enfermedad y consecuentemente la atención médica son elementos que responden las características de ésta (1). Así, en una sociedad que no esté dividida en clases; es decir, en la comunidad primitiva y en las sociedades que han superado ya las formas de producción anteriores al socialismo el riesgo de enfermar y morir es relativamente igual para toda la población, aunque con diferencias dadas por las características físicas, biológicas, etc, del individuo. Así mismo la salud, la enfermedad y la práctica médica tienen una connotación semejante para todos los miembros de la sociedad. La atención médica no tiene distinciones para el enfermo, y su calidad, así como la posibilidad de acceso a ella son iguales para quienes la demandan.

No ocurre igual cuando la sociedad se escinde en clases (esclavismo, feudalismo, capitalismo): las instancias médicas también se fragmentan;

el espectro mórbido y la atención médica se reparten de manera desigual para las distintas clases sociales, la salud y la enfermedad adquieren distintas concepciones que varían según el sector social al que se aplican, la calidad de atención médica varía también de acuerdo al estrato social al que va dirigida.

Evidencia de ello en nuestro país, es el funcionamiento de clínicas privadas, de hospitales para ciertos sectores (IESS - FF.AA.) y de otros centros que atienden a la inmensa mayoría poblacional que no tiene acceso al Seguro Social, ni posibilidades de obtener atención privada, siendo coincidentemente éstos los centros más pobres y desatendidos.

Estas y otras apreciaciones nos permiten concluir que es el sector salud donde impacta quizá con mayor claridad la desigualdad social.

Sobre las clases sociales ya más empobrecidas y explotadas recae el mayor índice de morbi-mortalidad, y la atención médica que la sociedad les brinda es la de más baja calidad, la más pobre y la más desatendida, y aún con estas condiciones debe cubrir la mayoría de la población, dándose en cambio el proceso contrario con los sectores económicamente más poderosos, en todos los niveles mencionados.

Esta íntima vinculación existente entre sociedad y salud, hizo que se vertieran muchos conceptos sobre el proceso salud-enfermedad, resultando insuficientes e incompletos incluso los de la O.M.S. porque no tomaban en cuenta variables fundamentales. Debido a ello corrientes nuevas en el pensamiento que hace relación al área de salud, han tratado de ubicar integralmente el problema. Así Granda dice que:

"La estructura económica y las relaciones sociales de producción y de cambio en una sociedad y no los fenómenos biológicos, por sí mismos, determinan el carácter de la relación del hombre con la naturaleza y esencialmente el tipo de patología que padece" (2), llamándonos la atención así sobre el enfoque estrictamente biológico que anteriormente se daba al proceso mórbido-patológico.

Por otra parte, salud no puede ser únicamente ausencia de enfermedad (un presidiario, un mendigo, aparentemente pueden carecer de enfermedad, pero esto no indica ni remotamente que posea salud); el normal funcionamiento de órganos y sistemas (un demente puede tener normalidad en sus funciones biológicas) o tampoco el simple "bienestar", (que es un concepto absolutamente relativo y subjetivo, no mensurable) sino más bien la capacidad de auto-desarrollo integral, de integración y crítica constructiva a la sociedad, para transformarla, en base al trabajo. Bien lo dice Hermida al afirmar, que:

"La salud debe ser entonces un saberse y sentirse por sí mismo en condiciones de perfeccionar lo motriz y lo mental para el beneficio social propio. El trabajo que le permite al hombre

dominar la naturaleza y descubrir la verdad científica, debería ser sinónimo de salud" (3).

Si bien tradicionalmente se reconoce que el espectro de enfermedad tiene un comportamiento diferente de acuerdo a sus distintos índices biológicos; edad (enfermedades infecciosas y parasitarias en menores de 24 años, enfermedades degenerativas en la senectud, etc), sexo (diabetes, úlcera gastroduenal, cirrosis hepática más frecuentes en sexo masculino) o raza (así según López Piñero: "en sudáfrica la tasa de mortalidad por mil nacidos vivos durante 1.967 fue de 24.1 para la población blanca, de 54.7 para la población asiática y de 136.9 para la de color"), (4) estas diferencias, claras por sí mismas, sin embargo no son suficientes para explicar el desigual comportamiento en cuanto a repartición de ciertos tipos de enfermedades y las últimas causas para ello. Así, en el último ejemplo, el elevadísimo índice de mortalidad infantil entre aquella población negra, no se debe a características genético- raciales, sino más bien a la tremenda explotación, miseria y condiciones sanitarias deficientes a que es sometido el sector social negro en Sudáfrica, tal como luego lo afirma López Piñero . . . "Estas diferencias no se deben a hipotéticos factores biológicos sino simplemente a la discriminación socio-económica por motivos raciales. Por ello, hay que considerarlos como una manifestación de la distribución de la enfermedad por clases sociales" (5), coincidiendo así nuestros criterios.

• Cuando son las diferencias sociales la base para el análisis la explicación resulta coherente y completa. Así, en última instancia, la diferencia en el enfermar, aún bajo una misma patología, es la ubicación en una u otra clase social (no es lo mismo adquirir sarampión cuando se es bien nutrido, se dispone de medios adecuados para el tratamiento médico de eventuales complicaciones, etc, que cuando se es mal nutrido, se carece de elementales condiciones higiénicas, económicas, asistenciales, etc). Además el adquirir determinado tipo de afecciones está directamente relacionado con el sector socioeconómico al que pertenece el individuo; enfermedades infecto-contagiosas, diarreicas, respiratorias,

parasitarias, etc., afectan básicamente a las clases sociales más pobres, mientras enfermedades ya "inevitables": ciertas cardio-vasculares, metabólicas, oncológicas, etc., afectan a sectores privilegiados, que no tuvieron que soportar las deficientes condiciones higiénicas, alimentarias, educacionales, etc., que recaen sobre los sectores populares.

Mencionaremos un concepto, a nuestro entender globalizador, de lo que debe entenderse por salud, analizado por Breilh: "La salud es un fenómeno que se mide por la capacidad del hombre como fuerza de trabajo, de desarrollarse, transformarse a sí mismo, a la sociedad, y por ende a la realidad circundante" (6).

En general, estas nuevas concepciones revelan una tendencia a desmitificar la aparente independencia y neutralidad de la medicina (salud, enfermedad, práctica médica) y a ubicarla como un elemento más de la estructura social; así, Estrella da cuenta de esta relación cuando dice: "La medicina, en tanto producto de la actividad humana, emerge y se desarrolla en la sociedad, es decir, dentro de una estructura que posee características propias, derivadas del ordenamiento del proceso productivo, las relaciones sociales y la historia", insistiendo en que "la articulación entre la medicina y sociedad se manifiesta, claramente, desde los albores de la humanidad; sin embargo... se ha tratado permanentemente de aislarla del contexto social y considerarla como una actividad independiente con cualidades y fina-

lidades específicas y eternas" (7).

Lógicamente al hacer aparecer la medicina como un elemento ahistórico (eterno) y que se sustrae a la problemática social, las clases dominantes, han podido utilizarla como un elemento más, y muy efectivo, de dominación y represión social. Por ello la necesidad de desmitificar la práctica médica y ubicarla en su verdadero contexto:

De acuerdo a este criterio, y tratando de no dislocar la relación existente entre salud-enfermedad-práctica médica y estructura social y económica, y en el interés de contribuir a ubicar la realidad actual que en materia de salud vive nuestra población, hemos realizado un estudio que, sin ser acabado pretende resumir lo sobresaliente de lo que constituye uno de los temas más debatidos, por todas las implicaciones sociales que conlleva; como es la problemática de salud del país.

Presentaremos una serie de datos estadísticos que ayudan a delimitar el perfil sanitario del Ecuador, datos que sin embargo, no representan la real magnitud de los problemas de este sector.

Insistimos: definitivamente la problemática de salud tiene que ser analizada dentro de un contexto social; esto es, referida y en íntima relación con la situación socio-económica; por ello estudiaremos primero algunos datos económico-poblacionales:

1.- POBLACION DEL PAIS (8)

AÑO	TOTAL	URBANA	RURAL	
1.974	6'500.845	41.2 o/o	58.8 o/o	(censo)
1.978	7'814.000	42.8 o/o	57.2 o/o	(proyección)
1.980	8'354.000	43.6 o/o	56.4 o/o	(proyección)

De esta población (1.978) el 22 o/o corresponde a mujeres en edad fértil y el 45.6 o/o representan los menores de 15 años, lo que nos da una

idea de la importancia del sector materno-infantil.

2.- POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA

Según el censo de población de 1.962, en el mes de Junio la población económicamente activa del país llegaba a un total de 1'763.452 habitantes; para 1.974 este total ascendía a 2'278.346, el mismo que se subdividía así:

P.E.A. total: 2'278.346
 Urbana: 835.511
 Rural: 1'442.835

De acuerdo a la distribución por ramas de actividad, ocupa el primer lugar la agricultura, silvicultura, caza y pesca con un total de 1.204.788, que se distribuye así: 63.514 en la zona urbana y 1'141.274 en el sector rural, ocupando a un 52.9 o/o del total de la población

económicamente activa; de este porcentaje, un 7.6 o/o se ubica en la zona urbana y un 79.1 o/o en la rural (9).

Estas cifras nos dan una clara idea de la importancia del sector rural, tanto por la gran concentración poblacional, como por la riqueza que genera, ya que en una sola rama de actividad económica congrega al 53 o/o de la población activa. Sin embargo como se verá adelante, es el sector rural precisamente el menos atendido en relación a salud.

3.- Datos muy importantes, que evidencian el nivel sanitario y las condiciones infraestructurales de salud de un país son las referidas a agua potable y disposición de excretas; las exponemos a continuación.

SERVICIOS DE AGUA POTABLE. POBLACION

Urbana 3'484.595
 Rural 4'593.405
 Total Nacional 8'078.000

1.979 (10)

POBLAC. SERVIDA
Sist. Agua Potab.

2'786.738
 470.411

3'257.149

o/o

80 o/o

10.2 o/o

40.3 o/o

DISPOSICION DE EXCRETAS 1.979 (11)

	Población	poblac. servida por alcantarilla- do.	o/o	poblac. servida vida por letri- nas	o/o
URBANA	3'484.595	2'386.641	68.5	7.078	0.2 o/o
RURAL	4'593.405	61.334	1.3	147.426	3.2 o/o
TOTAL NAC.:	8'078.000	2'442.975	30.3	154.504	1.9 o/o

Estas dramáticas cifras revelan el absoluto abandono en que se halla sumido el sector rural, déficit de servicios elementales en más del 90 o/o de la población, y explican en alto grado los grandes problemas de salud que asientan especialmente en este sector. Esto nos da asidero para poder decir que la gran totalidad de los factores que exponemos a continuación derivan

de las pésimas condiciones de infraestructura sanitaria, así como de la propia estructura social y económica del país.

4.- NATALIDAD (12)

De todos los nacimientos que ocurren en el país, un alto porcentaje no son atendidos por personal adecuadamente capacitado:

	1.962	1.971	1.978
TOTAL NACIMIENTOS	215.980	243.506	230.259
o/o con atención profesional	17.5 o/o	29.9 o/o	36. o/o
o/o sin atención profesional	82.5 o/o	70.1 o/o	64. o/o
Nacimientos por 1000 habitantes	48.3 o/o	38.7 o/o	29.5 o/o

5.— MORTALIDAD (13)

Nuestro país se caracteriza por presentar

altas tasas de mortalidad general, infantil y materna, reflejo fiel de las condiciones de salud del país.

	1969	1971	1973	1975	1977
Tasa de mortalidad general (1)	11.9 o/o	10.1 o/o	9.8 o/o	7.8 o/o	7.8 o/o
Tasa de mortalidad de -28 días (2)	29.4	25.8	22.6	31.3	29.6
Tasa de mortalidad de -1 año (2)	91.0	78.5	75.8	65.8	70.9
Tasa de mortalidad Materna (2)	2.3	2.0	1.9	2.3	2.0

(1) Mortalidad por 1000 habitantes

(2) Mortalidad por 1000 habitantes

Según datos del propio Ministerio de Salud:

"Debemos reconocer que existen áreas en el país que fácilmente sobrepasan las 100 defunciones de menores de 1 año por cada 1000 nacidos vivos".

"Una alta proporción de muertes infantiles no tienen certificado médico".

"Las defunciones de menores de 5 años constituyen aproximadamente el 50 o/o de muertes en el país" (14).

Por otra parte, las causas de mortalidad durante este período se repiten casi con similares características a través de los distintos años. Así:

CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL:

	1.973	o/o	1.977	o/o
1. Enteritis y otras enfermedades diarreicas	13.4		13.6	
2. Bronquitis, enfisema y asma	7.38		6.6	
3. Otras Neumonías	6.51		6.3	
4. Senilidad sin mención de Psicosis	5.56		5.2	

5. Otras formas de enfermedad del corazón	4.09	Otras enfermedades del corazón	4.9
6. Sarampión	3.65	Sarampión	3.3
7. Influenza	3.51	Enfermedades cerebrovasculares	3.0
8. Otras causas de morbilidad y mortalidad perinatales	2.53	Accidentes vehículos de motor	2.8
9. Tosferina	2.30	Otras causas de mortalidad perinatales	2.2
10. Anemias	2.29	Enfermedades isquémicas del corazón	2.2(15)

Llama la atención que como causas importantes de mortalidad se ubiquen enfermedades que por sí solas no deberían producir muerte,

como el sarampión, por ejemplo e incluso las mismas enteritis y otras enfermedades diarreicas.

CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL:

	1.973	o/o		1.977	o/o
1. Enteritis y otras enfermedades diarreicas		23.2	Enteritis y otras enfermedades diarreicas		27.1
2. Bronquitis, enfisema y asma		14.0	Bronquitis, enfisema y asma		13.1
3. Otras causas de mortalidad perinatales		9.2	Otras causas de mortalidad perinatales		8.4
4. Otras neumonías		7.5	Otras neumonías		8.0
5. Influenza		5.0	Infec. respiratorias agudas		4.0
6. Tétanos		4.8	Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales		3.8
7. Infecciones respiratorias		3.6	Tétanos		3.8
8. Tosferina		3.5	Afecciones anóxicas e hipóxicas no clasificadas		3.2
9. Afecciones anóxicas e hipóxicas no clasificadas		2.7	Influenza		2.8

10. Sarampión

2.6

Sarampión

2.7(16)

Estas cifras nos demuestran que las enfermedades más frecuentes en nuestro país, se ubican en tres campos perfectamente definidos:

1. Infecto-contagiosas
 2. Parasitarias
 3. Desnutrición
- (17)

Este es un tipo de patología que corresponde a un país con malas condiciones de saneamiento ambiental: déficit de agua potable, alcantarillado, etc., y con un sector poblacional muy amplio desamparado de la obligatoria atención médica que debe brindar el Estado.

Los datos relativos a mortalidad infantil, morbilidad y mortalidad general; por grupos y por años reafirman definitivamente una infraestructura sanitaria deficiente y no aporta para el desarrollo adecuado de la población.

Así, en los años 1.972 y 1.978, comparativamente, se produjeron las siguientes tasas de morbilidad (por cada 10.000 habitantes)

	1972	1978
tifoidea	41.8	39.7
tosferina	27.7	25.1
tuberculosis	25.0	33.5
malaria	101.6	125.11

que nos demuestran una alta incidencia de enfermedades infecto-contagiosas resultantes de las malas condiciones higiénicas y/o falta de mecanismos de prevención (inmunizaciones)

Las cifras antes anotadas, sin embargo de ser demostrativas para un sector poblacional, no re presentan fielmente la realidad de salud del país por varias razones entre las que mencionaremos

- 1.— Existe un gran sub-registro, especialmente en lo referente a mortalidad infantil, morbili-

dad general, etc., debido a su vez a varios condicionantes:

- 1.1 Ausencia de atención profesional
- 1.2 Ausencia de Estadísticas Adecuadas
- 1.3 Desconocimiento de la patología prevalente en especial en zonas alejadas.
- 1.4 Práctica de métodos de salud no vinculados con las instituciones formales.

2.— Los datos obtenidos hacen relación básicamente al área atendida por instituciones de salud.

3.— Existe un comportamiento diferente de los parámetros que permiten definir la situación de salud del país, de acuerdo al sector social afectado, e incluso en nuestro país, de acuerdo a las diferentes provincias merced a su distinto desarrollo económico.

4.— Existencia de pésimas condiciones higiénicas a lo largo y ancho del país, lo que incide en la elevación de las tasas de morbilidad, que no llegan a las "estadísticas" por constituir ya una forma permanente de "supervivencia", a las que además hay que añadir la incapacidad de grandes sectores de la población para satisfacer sus necesidades en alimentación, vestido, vivienda, etc., lo que constituye también un estado morbiliforme.

Para "enfrentar" esta problemática de salud, la atención médica en nuestro país se halla dividida en estratos diferenciados por su calidad, recursos y costo, los que a su vez se hallan concentrados en sectores urbanos prioritariamente. Así, una mejor atención tendrá quien presente la posibilidad de "comprar salud", y las poblaciones rurales quedarán prácticamente libradas a sus propios mecanismos de defensa.

Así, esquemáticamente, podemos representar a la atención médica del país dividida de la siguiente manera:

I.— MEDICINA FORMAL

1. Privada (clínica/consultorios)
2. Institucional
 - 2.1 Instituciones M.S.P. (en servicios Seguridad Social instalados: otros FF.AA., hospitales, policía Nacional, SCS, etc.)
 - 2.2 Acciones de Salud Pública: (Higiene municipal, control de enfermedades infecto-contagiosas, etc)
 - 2.3 Salud Rural: (Medicatura Rural, seguro social campesino, etc);

II. MEDICINA INFORMAL INSTITUCIONALIZADA.

1. Atención Primaria de Salud
1. Adiestramiento C.V.R.

III. MEDICINA INFORMAL (EMPIRICA)

1. Medicina Popular
2. Medicina Aborigen

Esta división de la atención médica va unida o mejor es consecuencia de la división de la sociedad en clases sociales, como lo demuestra el siguiente análisis:

Medicina Formal.

1. Privada: Dirigida a los sectores económicamente fuertes que pueden pagarla.
1. Institucional: I.E.S.S., FF.AA., Policía: Dirigidos a los sectores que al Estado y la empresa privada les interesa garantizar una atención adecuada para que la maquinaria estatal, la burocracia y el sector privado funcionen sin contratiempos por un lado; y por otro para obtener mayores beneficios y ganancias (empresa privada) manteniendo un nivel adecuado (para los intereses de los sectores explotadores) de salud en el sector obrero.

Ministerio de Salud, acciones de Salud Pública y Salud Rural:

Tipo de atenciones médicas dirigidas a la mayoría de la población urbana y rural. Debido a que es un sector compuesto por varios estratos sociales pobres: campesinos, sub-proletariado, (aquellos que tienen ocupación ocasional, vendedores ambulantes, vivanderas, etc.), la atención que se le brinda es también la más pobre, con menores recursos, la menos costosa y la de más baja calidad. Incluso llega a considerarse como una dádiva del Estado.

Medicina Informal institucionalizada:

Atención Primaria, adiestramiento de C.V.R. (colaboradores voluntarios rurales), etc. destinadas aparentemente, a los lugares más apartados del país, y por tanto a los estratos sociales más pobres. Tipo de medicina simplificada y barata que, de acuerdo a la concepción del Estado, busca básicamente descender las tensiones sociales existentes en el campo y eliminar "potenciales conflictos".

Medicina Informal

Medicina popular, medicina aborigen. Conjunto de saberes médicos acumulados a lo largo de siglos, que son el resultado de la necesidad de los sectores populares de desarrollar sus propios conocimientos médicos y terapéuticos ante su abandono por parte del Estado.

Los datos y el análisis aquí consignados no son sino elementos que pueden ayudar a un más profundo conocimiento y comprensión de la realidad de salud de nuestro país, ante lo cual necesariamente, quienes trabajamos en este sector debemos adoptar una posición crítica y de compromiso.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— ESTRELLA, R.: Salud, enfermedad y práctica Médica en la evolución de la sociedad. ININMS, Quito, 1980 (mimeo)
- 2.— GRANDA, E.: La investigación epidemiológica. Investigación Científica. Metodolo-

- gía, memorias de un cursillo. AEM, Quito, 1.977.
- 3.— HERMIDA, C.: Salud y fuerza de trabajo. Salud y sociedad; informe del área de medicina popular. Fac. de Medicina, Quito/76.
 - 4.— LOPEZ PIÑERO, J.M.: Introducción a la Medicina. Editorial Ariel, Barcelona, 1.974.
 - 5.— BREILH, J.: Notas acerca de Salud y Sociedad. Salud y Sociedad: Informe del área de medicina popular. Facultad de Ciencias Médicas, Quito, 1.976
 - 6.— ESTRELLA, E.: Medicina y Estructura Socio-Económica. Editorial Belem, Quito, 1.980
 - 7.— Banco Central del Ecuador: Boletín Anuario 1.980
 - 8.— Censo de Población 1.974. Correcciones de la Comisión Interinstitucional: INEC, Banco Central del Ecuador, JUNAPLA
 - 9.— Situación de los servicios de Agua Potable y disposición de Excretas. Total Nacional y por provincia. Fuente: IEOS. Elaboración: ININMS
 - 10.— Situación de los servicios de Agua Potable y disposición de Excretas. Total Nacional y por provincias. Fuente: IEOS. Elaboración: ININMS.
 - 11.— Cifras en salud, Instituto Nacional de Investigaciones Nutricionales y Médico Sociales, Quito, 1.980
 - 12.— BERMEO G.: Informe del Ministerio de Salud Pública. 1972-1979. Quito, 1.979
 - 13.— BERMEO G.: Informe del Ministerio de Salud Pública. 1972-1979. Quito, 1979
 - 14.— Encuesta anual de estadísticas vitales. INEC, Quito, 1.973-1977
 - 15.— Encuesta anual de estadísticas vitales. INEC, Quito, 1973-1977
 - 16.— Ministerio de Salud Pública.: Nivel de Salud, factores condicionantes por provincias., Quito, 1.978.
-
- * Profesor Titular de Bioquímica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central. Quito.
Secretario Asociado de AFEME.
- ** Médico del Dispensario de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador. Quito.