

CUADERNOS DE POLITICAS SOCIALES

6

POLITICAS DE SALUD

**COMPILADOR:
SANTIAGO ESCOBAR**

**EDUARDO ESTRELLA
LUIS ENRIQUE PLAZA
FERNANDO SEMPETEGUI
NINFA LEON
FERNANDO CARPIO
JOSE SUAREZ
ALBERTO QUEZADA
FAUSTO ANDRADE**



Las opiniones vertidas por los autores en el presente texto son de su exclusiva responsabilidad y no comprometen el criterio institucional de ILPES o ILDIS.

© ILPES - ILDIS

Es una publicación del Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social ILPES y del Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales ILDIS.

ISBN-9978-94-001-4 Cuadernos de Políticas Sociales

ISBN-9978-94-007-3 Políticas de Salud

Edición

Renato Arcos

Diseño gráfico

Isabel Pérez - Telf. 546.740

Portada

Edwin Navarrete

**Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social, ILPES-CEPAL.
Edif. Naciones Unidas. Avda. Dag Hammarskjöld, Vitacura, Santiago de Chile.
Telfs. 485.051 - 485.061.**

**Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales, ILDIS
Avda. Colón, 1346, Apartado 367-A. Teléfono 562.103. Quito-Ecuador**

Contenido

Presentación	7
Políticas sociales de salud. Eduardo Estrella	9
Política de salud. Luis Enrique Plaza. Fernando Sempértegui	45
Breves notas sobre la salud ambiental en el Ecuador	
Ninfa León	77
La salud ocupacional en el Ecuador. Fernando Carpio	109
La problemática de salud de las áreas urbano marginales	
José Suárez	131
Medicina tradicional y política estatal. Alberto Quezada	147
Hacia un sistema nacional de salud. Fausto Andrade Larrea	165

Presentación

El tema de las Políticas Sociales reviste una importancia fundamental para la gobernabilidad del continente latinoamericano en los años 90.

Los indicadores de pobreza en la región no se compadecen con los recursos y potencialidades con que cuenta América Latina, ni con el curso de los procesos económicos y científicos en el ámbito internacional.

Tampoco se compadece con las altas tasas de crecimiento económico que la región en su conjunto experimentó entre 1950 y 1980.

En términos económicos el continente ha crecido. En los aspectos sociales en cambio, el mismo período se ha convertido en una época de acumulación de tensiones y problemas en cuanto a vivienda, salud, educación y empleo, y presenta una masa de pobres críticos que cuestionan el funcionamiento y la legitimidad del sistema político.

En este contexto, el desarrollo de políticas sociales, enfocadas no como una gestión asistencialista sino destinadas a la rehabilitación ética, política y económica del Estado, y al desarrollo de una política redistributiva global, es de vital trascendencia.

Ello no es sólo una tarea de gobernantes u organismos internacionales, públicos o privados, preocupados por el tema. Es, fundamentalmente, una tarea de toda la sociedad, cuyo resultado central debe ser reactivar una relación positiva entre el Estado y las organizaciones de base de la sociedad civil.

Durante 1988 y parte de 1989, el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social, ILPES, del sistema CEPAL, y el Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales, ILDIS, del Ecuador, desarrollaron un amplio programa de POLÍTICAS SOCIALES bajo la perspectiva de un diálogo nacional para el consenso. Se trataron aquellos aspectos que parecían relevantes a la luz de las condiciones nacionales. La metodología de trabajo incluyó más de cien talleres de discusión sobre diferentes temas, que fueron dando forma a documentos que recogían las experiencias acumuladas en el trabajo de investigadores individuales, reparticiones estatales, centros privados de investigación y organismos internacionales.

El resultado final fue una experiencia amplia y motivadora, y numerosas monografías y propuestas sobre empleo, salud, educación y otras que hoy presentamos agrupadas en la Serie CUADERNOS DE POLITICAS SOCIALES.

Las publicaciones no contienen propuestas acabadas y, en muchos casos, apenas si constituyen una mínima expresión de la experiencia acumulada. Con todo, creemos que ellas aportan una sólida base de información y orientación sobre las políticas sociales, que permite ver su intersectorialidad, la necesidad de su coordinación y la amplitud de las tareas que, en este sentido, se debe desarrollar en los próximos años. Constituye, además, un buen ejemplo de un trabajo participativo y concertado, tanto entre técnicos como entre instituciones.

Dr. Reinhart Wettmann
Director del ILDIS

POLITICAS SOCIALES DE SALUD

Eduardo Estrella

El problema de la salud en un país en crisis

Una economía en deterioro

La salud y la enfermedad son categorías históricas concretas, que se han manifestado desde los orígenes de la humanidad y que representan en cada período del desarrollo social, una síntesis de distintas influencias y determinaciones y una unidad de lo diverso. Esto significa que las definiciones de salud y enfermedad han variado y que igualmente la práctica médica se ha expresado de diferente manera, en cada época y en cada forma de organización social.¹

La formación social del Ecuador contemporáneo puede ser definida como una sociedad históricamente determinada, cuyo modelo productivo predominante es capitalista, caracterizado por su dependencia del sistema hegemónico global, modelo que vive en los tiempos actuales un período de crisis y contradicciones. Evidentemente el desarrollo del capitalismo nacional no es armónico, existiendo un sector plenamente incorporado a su evolución y otro cuya articulación es más débil, como consecuencia de su atraso o marginación. En algunos sectores rurales es posible identificar remanentes de relaciones precapitalistas, especialmente en las formas de conciencia social, que confluyen en una imagen del mundo que impregna las relaciones del hombre con la naturaleza y la sociedad y que da un color especial a lo que se concibe como salud o enfermedad. Sobre este modelo productivo se diferencian las clases sociales, algunas claramente establecidas y otras no bien estructuradas ni definidas. El Estado, a nivel superestructural, asume un rol contradictorio; por una parte aparece como el lugar de acción de las clases que detentan el poder económico, cuyo interés es la reproducción del modelo productivo, su consolidación y legitimación entre todos los sectores; y por otra, permite la confrontación al dejar espacio para el ascenso de otros actores sociales, cuyos resultados pueden dar lugar a mejores explicaciones de la realidad e incluso al planteamiento de transformaciones.

A partir de la década de los sesenta, la sociedad ecuatoriana inició un proceso de modernización caracterizado por estos elementos:

a) Reorientación de la política económica mediante el estímulo de la industria sustitutiva; b) Incremento de la diferenciación social del campesinado y ampliación de la frontera agrícola y el mercado interno, a través de la Reforma Agraria y los créditos

1 Conti, Laura: Estructura Social y Medicina. en: MEDICINA Y SOCIEDAD. Barcelona: Fontanella, 1972.p.290

del Estado; c) Vigorización de la afluencia de capital extranjero e incremento del gasto público; d) Mayor participación de las clases medias tanto en la distribución del ingreso, como en la estructura del poder político; e) Incremento del proletariado industrial y de su significación en la vida nacional; f) Aceleración del proceso de urbanización; g) Consolidación de un patrón altamente concentrado de distribución del ingreso; h) Tendencia al fortalecimiento de la autonomía relativa del Estado; e, i) Cierta detrimento del poder político de los grupos agroexportadores.²

El proceso de producción y exportación de petróleo que se inició en 1972, y que aportó enormes ingresos al país, no modificó sustancialmente la naturaleza de los rasgos descritos y, antes bien, provocó una tendencia a su mantenimiento y reproducción. Consecuentemente, se produjo una progresiva acumulación de riqueza por parte de los pequeños sectores beneficiarios de la economía del petróleo, y a nivel general, se hicieron más claros los fenómenos de marginación, desarrollo regional disarmónico, abandono de las tradicionales actividades agrícolas y profundización de las desigualdades de clase. Sobre estas bases se produce la crisis de la década de los ochenta, que dependiendo sustancialmente de la crisis económica internacional, ha provocado a nivel interno un grave deterioro de la economía, caracterizado por el endeudamiento externo y su consecuente pago, la adopción de medidas estabilizadoras, como devaluación monetaria, control de las importaciones, disminución real del gasto público, congelamiento de los salarios, etc.³ A nivel poblacional, especialmente entre las clases y sectores pobres, esto ha significado una profundización de su miseria, ya que los fenómenos inflacionarios han atacado con mayor violencia a estos grupos. Esto ha actuado directamente sobre la situación de salud de la población y sobre el funcionamiento de los sistemas de atención médica.

La semántica de la salud y la enfermedad

En una estructura social en la cual el elemento determinante es el proceso de reproducción económica, la salud adquiere el significado de condición óptima de la fuerza de trabajo y la práctica médica debe protegerla, conservarla y adaptarla. De esta manera—como señala Polack—, el acto terapéutico dirigido a los trabajadores, y más concretamente a su fuerza de trabajo, eleva su nivel económico o contribuye a su mantenimiento en el marco de una reproducción. Asumiendo responsabilidades en la elevación de la productividad, el cuidado de la salud es “indirectamente productivo”.⁴ En este sentido, la enfermedad es déficit o incapacidad temporal o permanente de la fuerza de trabajo.

A lo anterior hay que añadir que la salud se convierte en un objeto de consumo, que puede crear riqueza, a través de la oferta de atención médica, la venta de medicamentos y tecnología. Como estima Foucault, la medicina en la actualidad, se vincula con la

2 Verduga, César: “El desarrollo económico ecuatoriano, análisis del período 1972–1975”. *REVISTA DE CIENCIAS SOCIALES* (Quito) 1(3-4): 1977, pp. 93–114.

3 Báez René: *ECUADOR CRISIS Y VIABILIDAD*. Quito: Ed. Crespo, 1984. II Ed. p. 41)

4 Plack, Jean Claude: *LA MEDICINA DEL CAPITAL*. Madrid: Fundamentos, 1974. pp. 17–19.

economía no solo porque tiene posibilidad de reproducir la fuerza de trabajo, “sino porque puede producir directamente riqueza en la medida en que la salud constituye un deseo para unos y un lucro para otros. La salud, en cuanto se convirtió en objeto de consumo, que puede ser producido por unos –laboratorios farmacéuticos, médicos, etc.-, y consumido por otros –los enfermos posibles y reales- adquirió importancia y se introdujo en el mercado.”⁵

Estos conceptos de salud y esta función de la atención médica, son aplicables en nuestro medio, a los sectores de trabajadores vinculados a procesos productivos, a los empleados públicos y privados y a los grupos económicamente poderosos que pueden consumir salud. Pero dentro de una sociedad como la nuestra, caracterizada por su desarrollo desigual, no todos los individuos constituyen una fuerza laboral directamente articulada a la producción, ni todos tienen posibilidades de acceder al mercado de la salud cuando están enfermos. Para campesinos, subempleados, marginados, la salud es una transacción con la sobrevivencia, y la enfermedad es una acentuación de su miseria biológica y social. El Estado, considerando que estos individuos tienen también un rol en el sostenimiento de la organización, proporciona atención médica a estos sectores populares y marginados de los campos y ciudades, legitimando así el orden social y haciendo evidente la existencia de una instancia que se preocupa por la salud “de todos”. La enfermedad y la atención médica, posibilitan en estos casos el control social, ya que el servicio dirigido a los sectores considerados como potenciales núcleos de oposición y agitación, tiende a apaciguar y mediatizar los conflictos, permitiendo el trabajo seguro y ordenado de la sociedad.

Por algunas de estas razones, la medicina científico-técnica desarrollada en este tipo de estructura social ha sido incapaz, hasta el momento, de resolver los graves problemas de salud de la población. Bernal explica claramente esta contradicción, expresando: “en sus primeros estadios se demostró que el mismo hombre, mediante el empleo de la ciencia, podía superar lo que siempre había parecido ser la ciega malquerencia del destino o una providencia inexcusable que estaba fuera de su control. Pero las ventajas reales de la nueva ciencia médica consistieron en poner en relieve las condiciones de la pobreza industrial o colonial que subyacía y al propio tiempo sostenía una civilización que al mismo tiempo parecía tan rica y poderosa. Las causas radicales de la enfermedad no eran los gérmenes, sino las condiciones que les obligan a subsistir y a difundirse, sin que vacuna o suero alguno pudiera combatir este mal, tan endémico como el sistema económico mismo”.⁷

5 Foucault, Michel: “La crisis de la Medicina y la crisis de la antimedicina”. EDUCACION MEDICA Y SALUD (Washington) 10(2): 1976, pp. 152-170.

6 Estrella, Eduardo: MEDICINA Y ESTRUCTURA SOCIOECONOMICA. Quito: Ed. Belén, 1982. pp. 43-45.

7 Bernal, John D.: HISTORIA SOCIAL DE LA CIENCIA. Barcelona: Península, 1968. I. p. 434

Las señales de la violencia

La población ecuatoriana es eminentemente joven, con una tasa de crecimiento relativamente alta y con una distribución ligeramente superior en el área urbana. A pesar de sus limitaciones, las tasas de mortalidad siguen siendo los indicadores directos de una condición de salud dada; en este sentido, los índices de mortalidad general, infantil y materna se mantienen elevados, y las causas de muerte corresponden, en su mayoría, a patologías prevenibles o reducibles. Hay escasa información sobre mortalidad nacional por clases sociales, pero de la que existe se puede deducir que los valores son más altos en los sectores pobres y en las zonas rurales deprimidas. Esto significa que hay un claro condicionamiento social en la mortalidad y que existe una distribución articulada con el grado de desarrollo disarmónico de la economía.

La morbilidad hospitalaria demuestra la presencia de patologías prevenibles con atención médica oportuna, uso apropiado de tecnología y medicamentos, inmunizaciones y mejoramiento del medio. El paludismo tiene un carácter grave y hay una tendencia a su incremento; la fiebre tifoidea y la tuberculosis se mantienen todavía en índices preocupantes. Otro tipo de enfermedades que se incrementan son el cáncer, los trastornos cardiovasculares, las enfermedades mentales y los suicidios; todo esto dibuja un nuevo perfil patológico, que mimetiza lo que sucede en las sociedades desarrolladas.⁸

La desnutrición es también un grave problema de salud pública. Se trata de una verdadera enfermedad social cuyo origen histórico hay que buscarlo en el carácter de una estructura económica que permite la existencia de grandes masas poblacionales viviendo en situación de miseria, hambre y marginación. Varios estudios epidemiológicos han demostrado elevados porcentajes de desnutrición, bocio endémico y anemias nutricionales. Una buena parte de la población, especialmente la perteneciente a los sectores pobres y explotados, tiene limitado acceso a una dieta adecuada e integral; esto es concordante con la polarización de la riqueza. Según una estimación realizada en 1980, el 18% de los habitantes del país, vivía en un nivel de pobreza absoluta.⁹ Varias encuestas sobre consumo realizadas en grupos de limitados ingresos y en sectores rurales, han demostrado que la dieta es cuantitativamente insuficiente y cualitativamente desequilibrada; esta dieta es hipocalórica e hipoprotéica, en la que predominan los hidratos de carbono y en la que, además, la poca proteína encontrada posee un insuficiente valor biológico.

Por otra parte, la producción nacional de alimentos afronta una grave crisis, ya que la oferta real en relación a los requerimientos mínimos es limitada. La demanda está determinada por el incremento de la población y el aumento del nivel de ingresos. La tasa anual de crecimiento poblacional es alta, 3.4% en 1980, existiendo además importantes movimientos migratorios del campo a la ciudad, lo que ha modificado la distribución de los habitantes en favor del sector urbano, hasta alcanzar un 54%. Esta situación demográfica impacta sobre la producción y distribución de los alimentos.

8 Suárez, José y otros: LA SITUACION DE SALUD EN EL ECUADOR 1962-1985. Quito: Ministerio de Salud, 1987. pp. 141-144.

9 Naranjo, Plutarco: DESNUTRICION PROBLEMAS Y SOLUCIONES. Quito: IESS, 1985. p. 37.

En relación con el aumento del nivel de ingresos, si bien desde la iniciación de la explotación de petróleo-1972- han crecido progresivamente el Producto Interno Bruto y el ingreso per cápita, esto no ha significado una modificación real de la distribución de la riqueza ya que la inflación, la baja del poder adquisitivo de la moneda y la constante alza de los precios, ha repercutido gravemente en los sectores de bajos recursos. De hecho, hay una mayor demanda de alimentos por la presión demográfica, las exigencias de algunos sectores sociales y los cambios en los patrones culturales de consumo pero el sector agropecuario no puede satisfacer estos requerimientos, tanto por el deterioro físico de la tierra como por otros factores sociales adversos. El Estado y los empresarios tienen mayor interés en los productos agroindustriales y exportables que en el cultivo de alimentos destinados al consumo popular.

En esta rápida visión del perfil patológico, hay que señalar además que la agresividad, los trastornos del comportamiento, las reacciones situacionales, se están convirtiendo en problemas cada vez más graves, por el crecimiento diarmónico de la economía y las consiguientes transformaciones socio-culturales. Los movimientos migratorios están generando una verdadera psicopatología de la marginación: falta de protección al desarrollo infantil, desorganización de la familia, violencia, delincuencia, prostitución. Los medios de comunicación masiva, especialmente el cine y la televisión, están en gran medida alienando a niños y adultos. Finalmente, como consecuencia de la falta de horizontes, la ausencia de recreación, la moda, la oposición de los jóvenes a ciertas normas y valores sociales, ha comenzado a extenderse en el país el uso indebido de drogas. Todo esto, junto con el alcoholismo, conlleva graves riesgos para la salud mental de la población ecuatoriana.

Otros problemas que afectan los perfiles de morbilidad en el país han recibido escasa atención en cuanto a su valoración diagnóstica y al planteamiento de soluciones; tal es el caso de las enfermedades laborales, de los trastornos provocados por la alteración social del ambiente y de los accidentes de tránsito. Sobre los dos primeros discutiremos más adelante y haremos ciertas proposiciones.

En resumen, la calidad de vida del ecuatoriano está sujeta a graves contingencias, que no serán resueltas únicamente con acciones de salud.

Los compromisos de la atención médica

Hemos analizado brevemente las formas de articulación de la salud y enfermedad a la estructura de la sociedad, nos toca revisar ahora el rol de la medicina —mejor de la atención médica— en la solución de los problemas de salud. La intervención de la medicina en el proceso de reproducción económica parece no dejar muchas dudas; la protección de la salud de los obreros, trabajadores, empleados públicos, etc., tiene como fin último, explícito o implícito, la conservación y reproducción de la fuerza de trabajo. Históricamente, la sociedad ha creado las estructuras de salud indispensables para este efecto, mediante inversión de un capital, finalmente recuperable en buena proporción. Es así como nacen en nuestro país las instancias de Salud de la Seguridad Social.

Por otra parte, con el fin de resolver las contradicciones de su propia existencia, el Estado se ve en la necesidad de crear una serie de mecanismos político-ideológicos

que promuevan sus valores, le hagan aceptable a los ojos de todos los individuos, legitimen su presencia. En este proceso de adoctrinamiento masivo o de socialización política, participan preponderantemente los partidos políticos tradicionales, la Iglesia, las instituciones privadas, los medios de comunicación, la educación y las instancias de asistencia social, entre las cuales se encuentra la atención médica.¹¹⁻¹² ¿Cómo participa la medicina en este proceso de legitimación? Las siguientes reflexiones pueden ser útiles en este punto:

a) La medicina reproduce la ideología liberal, individualista, competitiva de la sociedad. La práctica médica liberal participa activamente de las leyes de la oferta y la demanda. La salud se vuelve objeto de consumo que puede ser adquirida de acuerdo a la capacidad económica del cliente. La enfermedad es concebida como una alteración o desbalance de alguna parte de la maquinaria corporal; su funcionamiento retornará a la normalidad cuando la medicina trate esa parte y el balance o equilibrio orgánico será conseguido. En este esquema, la enfermedad es primariamente individual y la respuesta terapéutica debe ser orientada individualmente.¹³

b) La organización de los servicios de salud reproduce la estructura de clases de la sociedad. Esto se manifiesta tanto hacia afuera, hacia los enfermos, promoviendo una atención clasista, como hacia adentro, en la propia institución, estableciendo diferencias entre los miembros del equipo de salud: el médico, la enfermera y el personal de servicios pertenecen a distintos estratos sociales. Esta situación se hace más ostensible en la distribución de funciones, responsabilidades y en el manejo de los instrumentos técnicos (poder técnico).

c) En el plano del saber se establece un solo tipo de conocimiento válido, el científico, que se considera acumulativo, de validez universal. No hay una crítica objetiva de la ciencia y la técnica; los paradigmas se reproducen sin mayor reflexión, lo que incrementa notablemente la dependencia y la alienación.¹⁴ El saber popular o tradicional de la población es considerado irracional, anticientífico, producto de la ignorancia.

d) Con el fin de hacer ostensible la preocupación del Estado por la salud de toda la población, especialmente de aquellos sectores urbanos y rurales pobres, marginados y explotados, se crean servicios de salud gratuitos o semigratuitos. Por último, con la

10 Estrella, Eduardo: EL PAN DE AMERICA. Madrid: CSIC, 1986. pp. 3-6.

11 Miliband, Ralph: EL ESTADO Y LA SOCIEDAD CAPITALISTA México: Siglo XXI, 1973. p. 10.

12 Poulantzas, Nicos: HEGEMONIA Y DOMINACION EN EL ESTADO MODERNO. México: Cuadernos del Pasado y del Presente, 1977. (IVEd.) p. 51.

13 Navarro, Vicente: LA MEDICINA BAJO EL CAPITALISMO. Barcelona: Grijalbo, 1978. pp. 253-258.

14 Kuhn, Thomas: LA ESTRUCTURA DE LAS REVOLUCIONES CIENTIFICAS. México: FCE, 1984 pp. 33-50.

finalidad de transformar las necesidades estructurales de la sociedad en “servicios” y utilizando ideológicamente los términos amparo, ayuda, solidaridad, una serie de instituciones públicas, semipúblicas o privadas organizan sus propios servicios médicos, donde se promueve una medicina paternalista, pacificadora, que llega al pobre, al necesitado. De este modo se cierra el círculo de los mecanismos creados para la legitimación del orden social existente.¹⁵

En síntesis, la práctica médica así establecida se considera como un subsistema de la sociedad capitalista moderna, que se constituye en un mecanismo del sistema social para enfrentar las enfermedades de sus miembros. Este proceso, de acuerdo con Parsons, implica una serie de roles institucionales y se organiza en torno a la aplicación del conocimiento científico, siendo su objetivo final controlar la enfermedad y restaurar a los individuos para que cumplan sus roles respectivos.¹⁶

Según este concepto, la práctica médica es una parte, un subsistema, funcionalmente relacionado con la totalidad social. La enfermedad, es una disfunción que debe ser controlada para restituir a los individuos a la normalidad y al cumplimiento de sus roles, devolviendo así el equilibrio a la sociedad.

Medicina para pobres, medicina para ricos

La práctica médica no es única ni universal. En nuestro país se diferencia en varias categorías, que poseen sus propios conceptos de salud y enfermedad, tienen funciones particulares dentro de la medicina y la sociedad, manejan una estructura de servicios y una organización del personal diferente, y se dirigen a un sector poblacional específico, caracterizado por un determinado nivel socio-económico y cultural. La práctica médica nacional puede ser clasificada en la siguiente forma:

1. OFICIAL U OCCIDENTAL	INSTITUCIONAL	Ministerio de Salud Seguridad Social Sanidad Militar
	SALUD PUBLICA LIBERAL O PRIVADA	
2. TRADICIONAL	ABORIGEN (Comunitaria) POPULAR (Urbano -Marginal)	
3. PRACTICAS MARGINALES	CHARLATANISMO OTRAS	

15 Estrella, Eduardo: Op. Cit. (6) pp. 50-51.

16 Parsons, Talcot: “Estructura Social y proceso dinámico: el caso de la práctica médica”. En: EL SISTEMA SOCIAL. Madrid: Revista de Occidente, 1966. pp. 432-436.

1. **Práctica médica oficial.** Esta medicina se define como formal porque obedece a ciertas normas para cumplir su ejercicio, existiendo un proceso formativo legalizado. Es oficial porque es la medicina aceptada por el Estado, el cual vela por su mantenimiento, aplicando una legislación especial, apoyando la formación de recursos humanos y generando un mercado de trabajo. Esta medicina, finalmente, es clasificada como occidental, porque sus contenidos científicos y su organización se basan en los conocimientos y experiencias generados en el mundo occidental. Esta denominación tiene también relación con el carácter positivista de su conformación ideológica y con la connotación liberal de su ejercicio. Dentro de la Medicina Oficial, distinguimos tres categorías: Institucional, Salud Pública y Liberal o Privada.

1.1 Medicina Institucional.

1.1.1 **Ministerio de Salud.** El Ministerio de Salud Pública fue creado en 1967, pero tiene su origen en los esfuerzos realizados por el Estado desde la época colonial, para proteger la salud de los sectores pobres del país. Es decir, ideológicamente tiene la herencia de la medicina-caridad de la Colonia y de la medicina beneficencia o asistencial de la época republicana. Las concepciones de salud y enfermedad entonces, se sustentan en esta base: caridad, ayuda, responsabilidad para con los necesitados. La salud para el individuo es posibilidad de sobrevivencia, esperanza para seguir luchando y enfrentando los obstáculos de su existencia; la enfermedad es desintegración, insolvencia para la lucha por el sustento diario, castigo, maldición, mala suerte, consecuencia de los rigores de la vida.

A través de un sistema regionalizado de servicios, la acción del Ministerio se dirige a la población pobre, a los sectores que no tienen seguridad social ni capacidad económica para pagar atención privada. La mano de obra marginada, el subproletariado urbano, una parte del campesinado, son los potenciales receptores de esta atención; es decir una gran masa poblacional. ¿Más de un 50% de la población?

Esta atención médica cumple varias funciones:

a) **Legitimación del orden social:** ya hemos analizado las características de esta función de la medicina, quedando por añadir que el resultado que obtiene el Estado al utilizar la oferta de atención médica como mecanismo político-ideológico es doble: por una parte, el enfermo cree que realmente se preocupan de él y agradece lo poco o mucho que le puedan dar, y por otra, se siembra el mensaje paternalista de una sociedad organizada que se preocupa por todos, que a todos llega en la medida de sus posibilidades, exigiendo de los individuos comprensión, solidaridad y confianza en el sistema.

b) **Papel secundario en la acumulación económica:** aunque la fuerza laboral de la mayoría de las personas que utilizan los servicios de salud del Ministerio no es directamente productiva, potencialmente sí lo es y en cualquier momento se la puede necesitar.

c) **Mediatización de los conflictos sociales:** al transformar las necesidades apremiantes de la sociedad en "servicios", el Estado apacigua los conflictos sociales. La pobla-

ción se deja llevar por el fetichismo del servicio; se une, se moviliza hasta conseguirlo, y cuando lo tiene, aun cuando sea en el plano del ofrecimiento político, se detiene y tranquiliza.

El Plan Nacional de Medicina Rural emprendido por el Ministerio en 1970, si bien tiene una declaración de principios socialmente positiva, ya que pretende “valorizar al ciudadano rural, facilitar su desempeño en el medio en que vive, dotarle de recursos que le permitan avizorar una expectativa de vida saludable, hacerle que sienta confianza en su país y en la sociedad en que se desenvuelve, para que pueda mejorar su nivel de vida”, posee otras funciones implícitas: mediatizar los conflictos sociales del agro, detener la migración campesina, aumentar la productividad e iniciar la apertura de un mercado interno para la industria de medicamentos. Cuando la Medicina Rural “ocupa” un pueblo, se inicia al mismo tiempo un mercado para la medicina liberal y la industria farmacéutica.

Las políticas de salud del Ministerio, desde su creación, han propendido básicamente a la atención médica directa de la enfermedad, dando limitada atención al fomento y prevención. Se ha llevado adelante un programa de edificación y multiplicación de servicios, aun cuando la atención en sí, como acto final del servicio, tenga serias deficiencias. Las finalidades político-ideológicas de los distintos gobiernos y de las diferentes administraciones del Ministerio han impregnado los planes y programas de salud. La contradicción entre la obligación del Estado de atender a la población pobre de los campos y ciudades para legitimar su presencia, y el hecho de que estos sectores vayan creciendo sin que supuestamente aporten elementos sustanciales a la economía del país, volviéndose indeseables en general pero rentables en los momentos de decisión política, ha condicionado un deterioro progresivo de los servicios instalados, claramente perceptible en esta época de crisis. La reformulación de las políticas y planes y el incremento del presupuesto para la salud, aparecen en este contexto, como tareas imposterables.

1.1.2 Seguridad Social. La prestación de servicios médicos a los trabajadores afiliados al Seguro Social: obreros, empleados públicos y/o privados (aproximadamente un 14% de la población actual), se inició en la década de los treinta, tanto por exigencia de los organismos laborales, como por las necesidades del propio Estado y de las empresas privadas. La función de esta medicina es proteger y recuperar la fuerza de trabajo, es decir tiene un rol en el proceso de reproducción económica. Esta es una medicina resolutiva y reparadora, con acciones mínimas de prevención y rehabilitación. Para la ejecución de sus actividades, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social cuenta con una estructura de servicios localizada en los principales centros productivos y administrativos del país.

1.1.3 Sanidad Militar. La acción de salud se dirige a un grupo determinado de la población: el militar y su familia. Al igual que el obrero industrial que produce riqueza y por ese motivo tiene atención médica, el militar y el policía, que son el sostén del poder, que salvaguardan los conflictos sociales y preservan el trabajo de los ciudadanos, necesitan también una prestación médica especial. Con esta finalidad se organizan puestos de salud, dispensarios y hospitales allí donde existe población militar. Es una práctica esencialmente reparadora. Se calcula que un 2 a 3% de la población nacional tiene acceso a estos servicios.

1.2 Práctica de Salud pública. La Salud Pública, conceptualmente, hace referencia a la prevención, mantenimiento y promoción de la salud. El Ministerio de Salud, los Municipios y otras entidades autónomas, están encargadas de estas funciones. Lamentablemente los objetivos de esta práctica no se cumplen adecuadamente y en los actuales momentos los problemas se han ahondado, así por ejemplo, el paludismo sigue siendo un grave problema de salud pública; la disposición de basuras en las grandes ciudades presenta un panorama desolador. Los términos vigilancia, control o erradicación que maneja esta práctica, se han quedado solo en conceptos vagos. La Salud Ambiental es un imperativo del país; por esta razón es urgente la adopción de políticas y planes que permitan conocer la situación y propendan al desarrollo de programas de acción integrados.

1.3 Medicina liberal o privada. Los principios básicos del ejercicio de la medicina liberal son: secreto profesional, libertad de elección, libertad de prescripción y pago directo al contado¹⁷. El elemento clave de la existencia y reproducción de la medicina liberal es el pago directo al contado por el acto médico realizado. Las leyes de la oferta y la demanda impregnan un libre juego que permite el acceso del enfermo a una variedad de opciones. La medicina liberal cumple una función económica directa, ya que puede producir réditos desde el momento en que la atención se vuelve una mercancía que puede ser adquirida por el enfermo según su disponibilidad económica. La salud se transforma en un objeto de consumo. Esta medicina se ejerce en forma individual o colectiva (Clínicas, Centros Médicos) y es generalmente resolutive. Se dirige a la población que puede pagar la prestación médica, comprar medicamentos y tecnología. Los estratos medios de la población y habitualmente las clases pudientes, recurren a esta medicina. ¿Atiende esta práctica a un 10% de la población?

2. Medicina tradicional.

Es la práctica médica mantenida a través del tiempo por la tradición y el aprendizaje práctico. En nuestro país se pueden diferenciar dos modelos: aborigen (comunitario) y popular (urbano-marginal).

2.1 Medicina aborigen. (Comunitaria). Nace y se desarrolla a lo largo de milenios de prehistoria, recibe la influencia de la medicina incaica y, más tarde, reorganiza parcialmente su saber con los aportes de la medicina popular española y algunos rezagos de la medicina científica. Las ideas y prácticas de esta medicina han sobrevivido por siglos a un duro proceso de aculturación y violencia y son utilizados en la actualidad por una gran parte de la población campesina, guardando características propias, especialmente en las comunidades indígenas de varias regiones del país. La medicina aborigen representa una respuesta ideológica y práctica de la población a sus propias necesidades de lo que concibe como salud y enfermedad. Las ideas y prácticas que utiliza son congruentes con las definiciones de la naturaleza, el hombre y la sociedad que posee esta agrupación humana.

17 Caro, Guy: LA MEDICINA IMPUGNADA. Barcelona: LAIA, 1977. p. 13.

Esta medicina se conforma como un “saber”, en el cual se identifican elementos empíricos, mágicos, religiosos y racionales; este saber tiene una noción de causalidad de los trastornos, una nosografía o clasificación, unas técnicas de curación y unos agentes de salud específicos. La imagen del mundo, la cultura en general que practica el campesino, impregnan el saber médico aborigen. La identificación de cualidades terapéuticas en las plantas es uno de los mayores logros de esta medicina, que en los propios conocimientos de la población, en la acción del curandero, la partera, el soador, está viva y vigente en nuestros campos¹⁸.

2.2 Medicina popular. (Urbano–marginal). Es producto de la confluencia de determinados conceptos y prácticas de la medicina aborigen, la medicina popular española y algunos elementos vulgarizados de la medicina científica. Se desarrolla generalmente en el medio urbano, donde los elementos provenientes de la práctica aborigen han ido perdiendo el carácter comunitario. Es un tipo de atención que es utilizada por la población urbano–marginal, que de este modo conserva los recuerdos de su antigua integración comunitaria campesina.

3. Prácticas marginales.

El charlatanismo médico es una mezcla de conocimientos populares, con palabrería pseudocientífica y pseudoreligiosa, que trata de explotar a los clientes y vivir de ellos¹⁹. El charlatanismo es practicado por una serie de magos, astrólogos, mentalistas, eximetas, parapsicólogos, etc., que dominan todas las ciencias ocultas y son capaces de devolver la suerte, la felicidad y la salud perdidas. Con estos fines ofrecen entrevistas decisivas, oraciones, talismanes, amuletos, plantas, etc.

En nuestro medio, y como un fenómeno de los últimos tiempos, se están promoviendo otras prácticas médicas, unas con contenido científico como la acupuntura y la homeopatía y otras que combinan aspectos científicos, con ideologías y filosofías orientales, naturismo, medicina popular, etc. Todas consideran que la ciencia y la técnica médicas han fracasado y ofrecen otras soluciones y esperanzas a los usuarios, que generalmente provienen de las clases medias y altas de la sociedad.

En síntesis, hay una gama de ofertas de atención médica, cuya utilización va a depender sustancialmente de la ubicación del usuario en los estratos económico–sociales y culturales de la sociedad. Nos interesa en este análisis, la práctica institucional de la medicina y especialmente la que está bajo responsabilidad del Ministerio de Salud, por lo que de aquí en adelante haremos algunas anotaciones sobre posibilidades y sugerencias de cambios, que en términos de políticas, planes y programas se pueden hacer en un momento coyuntural.

18 Estrella, Eduardo: MEDICINA ABORIGEN. Quito: Epoca, 1977. pp. 65-80.

19 Según, Carlos Alberto: “Introducción a la Psiquiatría Folklórica”. ACTA PSIQUIATRICA Y PSICOLOGICA DE AMERICA LATINA (Buenos Aires) 20 (5): 1974, pp. 301–339.

Las alternativas de la salud en una sociedad en crisis

¿Ofrece el Estado una mínima posibilidad de cambio?

Si bien el Estado puede tener un funcionamiento de conjunto homogéneo, con el objetivo de buscar la continuidad y reproducción del sistema, es necesario señalar que en las formaciones sociales latinoamericanas el Estado es también un lugar de articulación de las clases sociales, un espacio donde se expresen los conflictos interclase²⁰. A las funciones de reproducción económica y legitimación social, hay que añadir que el Estado puede asumir una función de transformación, producto de esa conflictividad social interna y también de las dificultades y fracasos en el cumplimiento de las dos primeras funciones.

La utilización de un código de referencia común, podría modificar algunas políticas sociales y asegurar la ejecución de planes con la participación de la población. La formulación de políticas en este caso, al tener asegurada una estrategia, una viabilidad, debería esforzarse en que el objetivo la situación futura esperada alcance una concordancia entre el pensamiento de los que formulan y los ideales de la población que apoyaría la ejecución de esa política. En el campo de la salud, la promoción de estos cambios, es un reto en una etapa coyuntural como la actual.

La enfermedad ¿Única propiedad del hombre?

En el contexto del pensamiento médico que hemos analizado hay una diversidad de valores que integran la concepción de enfermedad: alteración de la fuerza de trabajo, desbalance del funcionamiento orgánico, desviación de la norma, castigo, culpa, transgresión, maldición. La imposibilidad de seguir integrado al proceso productivo, el enfrentamiento con la norma social o cultural, señalan al sujeto enfermo. Su única propiedad, que en este caso es su enfermedad, es interpretada de diferente manera y de distinta forma también es tratada, sofocada, detenida, domada u olvidada. La expresión de la enfermedad es lo único que importa eliminar, los signos y los síntomas que llaman la atención, que interfieren, que amenazan, que obstaculizan. Dar algo —una receta por ejemplo— para que se aplaque esa entidad extraña al individuo es el objetivo del acto médico, y si el enfermo es pobre, hay que darle menos, o hacerle sentir que se le da, que aquel parásito, que aquella señal de la malquerencia del destino, sepa que hay alguien —el servicio, el médico— controlando su presencia.

Devolver la conciencia de enfermedad al hombre, enseñarle su origen y causalidad, es el reto para los nuevos actores sociales solidarios con el hombre. Así podrá identificar la tremenda desigualdad en la distribución de la enfermedad entre los pueblos y las clases. El saber por qué uno está enfermo puede ser ya un gran paso para la búsqueda de la salud.

Por esto es importante analizar la enfermedad con creatividad, y un buen ejemplo nos

20 Testa, Mario: TENDENCIAS EN PLANIFICACION. CUENCA: Mimeo, 1984.

trae Berlinger²¹ cuando expresa que la enfermedad puede tener distintos significados: sufrimiento, diversidad, peligro, señal o estímulo. Si la enfermedad es sufrimiento, quien la padece es alguien que vive en una colectividad y esa colectividad debe sentir también ese dolor, ya que la salud colectiva es la suma de la salud individual. La enfermedad no tiene que ser culpa. ¿Y qué hacer si la enfermedad es sufrimiento? Aliviar, curar con métodos apropiados, sin distinción de clases ni de pueblos.

Según el propio Berlinger, la enfermedad puede también adquirir el significado de diversidad, de desviación de la normalidad biológica, en la que se mezclan factores sociales e incluso juicios morales. Si operativamente la enfermedad es diversidad, no se puede negar su presencia objetiva, siendo necesario integrar la diversidad, en el pensamiento y en la acción médicas.

La enfermedad puede ser peligro y de hecho una enfermedad infecto-contagiosa es un peligro. En este caso la acción médico-sanitaria debe estar consciente que el peligro es la enfermedad y no el enfermo.

La enfermedad puede ser concebida como una señal, como expresión de algo grave, de algo que hay que comprender. La enfermedad es un fenómeno individual, pero raras veces se presenta como un fenómeno aislado. Hay procesos que recrudecen y son la expresión de factores o fuerzas destructivas para el hombre, tal el caso de las epidemias. La enfermedad que funciona como una señal ayuda a comprender las características de una sociedad. Señales de cómo está nuestra sociedad en el momento actual son las altas tasas de mortalidad infantil por infecciones, la desnutrición, el bocio, el paludismo.

Finalmente, en el curso del desarrollo económico y social, la enfermedad ha sido a veces –y debe ser– un estímulo, un factor de unificación, un elemento que impulsa a luchar contra las malas condiciones de vida. En este caso, a través de la lucha y la solidaridad, es posible desarrollar una inmunidad colectiva contra las enfermedades, superior a la propia inmunidad biológica.

En esta unidad de pensamiento y acción, la salud no sería parte de una dicotomía ni lo contrario a enfermedad, aquí la salud adquiere el significado de capacidad de lucha por la transformación del hombre y la realidad. No es ausencia de enfermedad, ni normalidad, ni bienestar físico y psíquico solamente, es la utilización del potencial humano con una finalidad que tiende a modificar el medio y al transformar la existencia en una categoría útil a uno mismo y a los demás. Se percibe así que la lucha por la salud forma parte del proceso reivindicatorio de la sociedad.

Las alternativas de la acción médica

Está claro que la medicina nacional no ha logrado solucionar los graves problemas de salud de la población, pero también es evidente que la acción médica por sí sola no está

21 Berlinger, Geovani: "Historia de la Medicina del Trabajo". I Seminario Internacional "Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores" Quito, Julio 1988. Conferencia.

en capacidad de resolverlos. La medicina, consciente o no de esta situación y representando muy bien su papel de mediadora de los conflictos sociales, sigue empeñada en responder a los problemas mediante actos médicos, consiguiendo barnizar las realidades, taponar los cauces rotos de la injusticia humana, esconder las inmundicias. Hay quienes piensan que eliminado este papel de la medicina, ésta perdería prestigio y sobre todo campo de trabajo. ¿Cómo resolver la malnutrición, el bocio, el paludismo, solo con acciones médicas? Aquí se requiere una dosis de humildad y autoconsciencia, porque mejor haría la medicina denunciando los elementos causales de la malnutrición, que malgastando tiempo, dinero y esfuerzo en programas paliativos. La denuncia tendría en este caso mayor acción terapéutica.

Todo esto quiere decir, que la medicina tiene también un espacio de transformación, que posee una cierta autonomía que le permite moverse en otros sentidos, que no solo debe servir en el proceso de reproducción y en la legitimación de los valores de la sociedad así constituida. La medicina, porque se refiere a los hombres, porque se ocupa de seres humanos, puede adquirir elementos positivos que ayuden a la transformación. La medicina debe ponerse del lado de la vida y no del lado de la enfermedad. Esta sola reflexión, sería un avance positivo.

La alternativa sería reconocer que la práctica médica es una práctica social, redefiniendo los conceptos de salud y enfermedad, reformulando los objetivos de la atención médica, democratizando los servicios y consiguiendo una auténtica participación de la población. Una práctica así concebida, impulsaría la transformación de las condiciones internas y externas, que interfieren, alteran o modifican, temporal o permanentemente, la capacidad del hombre para luchar por el cambio de la realidad y de sí mismo, en condiciones favorables, mediante la utilización de medios psicológicos, farmacológicos, quirúrgicos, educacionales y la denuncia de situaciones sociales y económicas adversas.

Esta práctica debería ser emergente, positiva e integral. Emergente, en el sentido de nueva, de una forma distinta de hacer medicina que parta de la crítica de las prácticas cotidianas; emergente por desarrollar una dimensión social de esta actividad humana, por estar inserta en la realidad, en el medio físico, social y cultural donde se originan los conflictos. Positiva por orientarse más a la salud que a la enfermedad, por tener un carácter histórico, por preocuparse de los individuos tanto en el presente como en el futuro, por ver en la enfermedad una señal de una sociedad enferma, por concebir la enfermedad como un estímulo para la lucha por mejores condiciones de vida. Integral por tomar en cuenta al hombre como un ser social, por devolverle su conciencia de enfermedad, por referirse tanto a los aspectos preventivos como curativos, por utilizar el concepto de equipo de salud, por integrarse a la población buscando su participación.

Insumos para una política de salud emergente

El Ministerio de Salud Pública, en su actual administración, se ha preocupado por establecer un "Plan Nacional de Salud". Los funcionarios de esta institución, utilizando la experiencia estatal en la materia y mediante reuniones de discusión de documentos de avance, han diseñado los "Lineamientos Básicos del Plan Nacional de

Salud 1988–1992”²². Tomando como punto de partida la política social del gobierno, la política de salud mantenida por el Ministerio a través de sus distintas administraciones, y los aportes de distintos sectores, se ha formulado este Plan, presentado para la aprobación ministerial en enero de 1989.

Después de analizar la situación de salud de la población y las condiciones de los servicios, se formulan las Políticas Generales, que introducen dos elementos básicos: la consideración de que la “salud es un componente fundamental de la calidad de vida de la población, y el derecho de toda la población a disfrutar de niveles adecuados de salud y bienestar”. Se determina la priorización “de los esfuerzos y recursos del sistema a los grupos poblacionales de mayor riesgo por su marginalidad social y económica y por su vulnerabilidad biológica”. La “coordinación y complementación con todas las instituciones del sector salud y la búsqueda de la participación popular”, son elementos claramente explicitados.

En sus aspectos específicos, la política impulsará el fomento y prevención, la corrección de la estrategia de atención primaria, la redefinición de las funciones de los hospitales, la búsqueda de soluciones integrales para el problema nutricional, el incremento de la infraestructura sanitaria, el control de las enfermedades tropicales, la coordinación y complementación institucional, la organización y participación de la comunidad, la investigación, la incorporación de algunos elementos del sistema no formal de salud, la educación para la salud, la responsabilidad en la producción y la comercialización de medicamentos, el mejor control del equipamiento y mantenimiento de los equipos de salud y la adecuada canalización de la cooperación internacional.

El Plan contempla tres áreas básicas de acción: a) Alimentación y Nutrición, b) Saneamiento Básico, y c) Servicios de Salud. En cada caso se fijan los objetivos. Finalmente se detallan los “Programas en el Área de Operación de los Servicios”, contemplando la Salud Materno–Infantil, la Atención de Salud Familiar Integral, el Control y Vigilancia de Enfermedades, el Programa Nacional de Medicamentos, el Desarrollo de la Investigación en Salud, el Programa de Salud Bucal y el Programa de Mejoramiento de la Atención Hospitalaria.

Se reconoce que este Plan, en “tanto instrumento de guía y agilización operativa”, es flexible para posibilitar la introducción de cambios “en función del aumento o disminución de los recursos y del reconocimiento de nuevas prioridades”.

Aprovechando la apertura del Ministerio a la recepción de diversos aportes conceptuales y metodológicos, que se han expresado también en el Plan, al posibilitar cambios y sugerencias, exponemos a continuación una experiencia teórica y metodológica, que pretende llamar la atención del Ministerio y su Plan sobre algunos elementos.

Tomamos como punto de sustentación los aspectos teóricos expuestos en las páginas anteriores. En el momento actual, el Ministerio de Salud tiene una responsabilidad ge-

22 Ministerio de Salud Pública: “Lineamientos Básicos del Plan Nacional de Salud 1988-1992” Quito: MSP, 1988. Mimeo.

neral y otra particular: debe fijar la política de salud del gobierno para todo el país y preocuparse más específicamente de la atención de un sector poblacional caracterizado por su pobreza y marginalidad. La política de salud debe estar integrada y ser coherente con la política social del Gobierno. Igualmente, debe estar consciente de que la formulación de sus proposiciones va a chocar con dificultades estratégicas provenientes de la diversidad de instituciones públicas, semipúblicas y privadas que hacen salud. Si bien en el Plan se contempla "la coordinación y complementación" y se propone la progresiva adquisición de un liderazgo, la realidad siempre dará respuestas negativas. Ya hemos visto como las distintas prácticas médicas responden a diferentes formas de concebir la salud y la enfermedad y a la existencia de organizaciones médicas que cumplen funciones diferentes y que se dirigen a sectores poblacionales de distinta condición económica social y cultural. Si volvemos sobre las posibilidades de transformación que existirían en algunos espacios del Estado, el desarrollo y profundización de las contradicciones de la práctica médica dentro del planteamiento del Sistema Nacional de Salud y el Consejo Nacional de Salud daría mayores posibilidades para la búsqueda de cambios y la iniciación de procesos de rectificación. En este sentido, uno de los aspectos que plantearemos en estas proposiciones será precisamente el relacionado con el Sistema Nacional de Salud.

Como hemos anotado, el Ministerio tiene además un ámbito particular de acción, ya que bajo su responsabilidad se encuentra la atención de los sectores pobres. Ya hemos analizado las posibilidades conceptuales del cambio de esta práctica médica. En el Plan, desde luego se da prioridad a la atención de estos grupos y se especifican las acciones. En esta población se han identificado varios problemas, priorizando los que se han considerado más importantes. Además de los puntos de referencia utilizados, consideramos que un criterio de prioridad debe ser el crecimiento del problema; así por ejemplo, hace unas décadas, no era prioritario pensar en la salud de la población urbano-marginal, ni en las enfermedades ocupacionales de los trabajadores no afiliados a la Seguridad Social, ni en los riesgos de las modificaciones sociales del ambiente. Sobre estos temas ha incidido nuestra preocupación, por lo que expondremos algunos planteamientos al respecto.

Finalmente, es conocido que un aspecto político de la acción ministerial, ha sido, desde hace un buen tiempo, el incremento de la cobertura de los servicios especialmente a nivel rural. Desde un comienzo, la llegada de la medicina científica a estos lugares chocó con la presencia de un saber tradicional de la población, centenariamente mantenido a través de una práctica social, de unos conceptos de causalidad, de una clasificación de las enfermedades y de unas técnicas de tratamiento. La Medicina Tradicional (Aborígen o Comunitaria) se hizo evidente, causando graves conflictos culturales con los agentes de salud del Ministerio. Al no estar claro todavía el panorama de la Medicina Tradicional, era necesario plantear sus relaciones con el Estado. Por esta razón, igualmente expondremos algunos aspectos de esta problemática.

El proceso de formalización de unas políticas

A partir del 1º de Julio de 1988, el Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (ILDIS) y la Fundación Friedrich Ebert, iniciaron un Programa de Políticas Sociales, concentrado en las siguientes áreas: Salud, Vivienda, Educación, Seguridad

Social, Desarrollo Social, Comunicación y Políticas Sociales. El Programa se planteó como objetivo la elaboración de breves diagnósticos sobre cada uno de los temas, con esquemas finales de propuestas para la adopción de políticas. El Programa, en su etapa final, debía proporcionar insumos técnicos para los decisores de políticas en las áreas respectivas. Para cada área se escogió un coordinador responsable.

En el área de Salud la metodología utilizada fue la siguiente: el coordinador, en base a su experiencia, a un análisis de la situación actual del problema salud-enfermedad, a un conocimiento de la estructura institucional de la salud y a la percepción del conjunto de valores tanto de la nueva política gubernamental, como de otros actores sociales del Estado, escogió una serie de temas, priorizados de acuerdo a los lineamientos descritos. Los temas escogidos fueron los siguientes:

1. El Sistema Nacional de Salud
2. Medicina Tradicional y Política Estatal
3. La Salud Ambiental
4. La Salud en las Areas Urbano-marginales
5. La Salud Ocupacional

Se encargó a un experto la elaboración de un documento sobre el tema, pidiéndole señalar algunos de los siguientes aspectos: definición teórica del problema; importancia en el ámbito de la salud-enfermedad, la práctica médica o las relaciones institucionales; diagnóstico de la situación actual; actividad institucional; actividad del Ministerio de Salud; proposición de políticas y programas; bibliografía básica. Una vez elaborado el documento, se remitió para su estudio a un grupo de aproximadamente 15 especialistas o personas interesadas en el tema, buscando representar diferentes instituciones de salud o instituciones sociales, tanto estatales, como semipúblicas y privadas; se buscó también, según los temas, la participación de representantes de organizaciones populares.

Estos representantes fueron convocados a un Taller, que tuvo como promedio unas cinco horas de duración. El Taller funcionó de la siguiente forma: el autor del documento presentó un resumen de su trabajo; después cada representante tuvo la oportunidad de hacer planteamientos sobre el tema o preguntas al autor. Posteriormente los asistentes se dividieron en dos grupos, cada uno de los cuales debía contestar a dos preguntas elaboradas por el coordinador general, previa consulta al autor del documento. Los grupos nombraron un coordinador y un relator y pasaron a la discusión del tema y a contestar las preguntas. Una vez concluido el trabajo grupal, se reunió nuevamente la Asamblea para escuchar a los relatores, después de lo cual se abrió la discusión. No se pretendió obtener conclusiones, ni resoluciones generales. Los aspectos principales de la discusión fueron anotados por el coordinador y una secretaria; los relatores entregaron por escrito los elementos relevantes de la discusión grupal. Todos estos informes fueron recogidos por el coordinador, quien ha elaborado un resumen de cada tema y su discusión, consultando en algunos casos, estos aspectos con los autores del documento.

La metodología utilizada permitió la actualización del tema en base a la revisión realizada por el experto, que en unos casos trabajaba en el Ministerio de Salud, pero que presentaba su documento a título personal, y que en otros, pertenecía a la Univer-

sidad o trabajaba independientemente. Todos los expertos tenían formación en Salud Pública. La lectura por un grupo de especialistas y su posterior trabajo en un Taller permitió la utilización de una amplia experiencia en el tratamiento del tema, experiencia teórica o práctica en diferentes instituciones del Estado o de la sociedad civil organizada. Los representantes institucionales o los invitados a título personal tenían una formación ideológica disímil, pero todos evidenciaron un buen nivel de conocimientos de la situación de salud del país y demostraron ser expertos en sus respectivos temas. Médicos, ingenieros, sociólogos, antropólogos, trabajadores sociales, enfermeras, psicólogos, historiadores, dirigentes sindicales y de organizaciones campesinas, curanderos, participaron en los diferentes talleres.

El procedimiento aseguró, al menos, una alta confiabilidad en la formulación de proposiciones y en el diseño de estrategias, en cada uno de los problemas. A continuación presentamos un resumen del abordaje teórico-metodológico de cada tema, tomando como base el documento correspondiente y los resultados del Taller ²³⁻²⁷.

1. Sistema nacional de salud

Antecedentes

Los servicios de salud en el país presentan características especiales, resultantes de la interacción de factores económicos, sociales, culturales y políticos; esto significa que la situación actual es consecuencia de un proceso histórico, cuyos elementos estructurales no son fáciles de ser movilizados para un cambio. Cada institución, partiendo de enfoques distintos frente al cuidado de la salud y la atención de la enfermedad, ha definido sus objetivos y programas, su organización administrativa, y los mecanismos de financiamiento y gestión de recursos; asimismo, cada institución tiene un destinatario del servicio, es decir ha construido un universo poblacional propio. Esta situación ha dado como resultado una desigual distribución de los servicios, una oferta cualitativa y cuantitativa diferente de acciones de salud, y la consecuente dispersión, atomización y duplicación de los esfuerzos. Por otra parte, las funciones explícitas o implícitas que frente al binomio salud-enfermedad y el desarrollo social cumplen las distintas formas de atención médica, han obstaculizado su eficacia y desviado la preocupación de lo esencial por lo accesorio. Esta afirmación está corroborada por la existencia actual de una serie de indicadores negativos del nivel de salud del hombre ecuatoriano.

23 Andrade, Fausto: HACIA UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD. Documento de trabajo, ILDIS, 1988.

24 Quezada, Alberto: MEDICINA TRADICIONAL Y POLITICA ESTATAL. Documento de trabajo, ILDIS, 1988.

25 Carpio Fernando: SALUD OCUPACIONAL EN EL ECUADOR. Documento de trabajo, ILDIS, 1988.

26 Suárez Torres, José: LA PROBLEMÁTICA DE SALUD EN LAS ÁREAS URBANO MARGINALES. Documento de trabajo, ILDIS, 1988.

27 León, Ninfa: SALUD AMBIENTAL EN EL ECUADOR. Documento de trabajo, ILDIS, 1988.

Frente a este panorama, sobre todo en los últimos años, ha surgido una preocupación en el Estado, el gremio médico y las instancias formativas, por imaginar para el futuro un Sistema Nacional de Salud. Algunos pasos se han dado en este sentido. La creación y fortalecimiento del Ministerio de Salud (1967) tuvo como base la concentración de varias instituciones estatales que en forma independiente realizaban acciones de salud; posteriormente, la creación del Consejo Nacional de Salud (1980), implicó la adopción de un compromiso de seriedad creciente en la consecución del objetivo. El Consejo ha desarrollado varias actividades en el logro y mantenimiento de una comunicación interinstitucional, en la elaboración de programas conjuntos, entre los que destacan el Cuadro de Medicamentos Básicos y la reformulación del Código de la Salud. Esta institución debe constituirse en el elemento catalizador de los cambios que se promuevan a mediano y largo plazo.

Proposiciones

Las alternativas de transformación deben tener un respaldo político importante y propender a la coordinación e integración de las instituciones de salud, con el objetivo de llegar a un Sistema Nacional. Debe contemplar la adopción de un modelo que asegure una atención sin distingos en cuanto a cobertura, integralidad, calidad e impacto; que sea permeable a la crítica interna y externa; que tenga capacidad de adecuación en la entrega de servicios de acuerdo a los planteamientos de la comunidad; que apoye eficazmente las iniciativas organizadas de mejoramiento económico y social; y, que propicie la participación de la comunidad en la cogestión de los servicios y el cuidado de la salud.

Objetivo

Desarrollar un proceso que con un suficiente respaldo político, promueva el establecimiento de una serie de condiciones favorables para la discusión, conformación y funcionamiento de un Sistema Nacional de Salud.

Actividades

El proceso debe plantear la ejecución de las siguientes actividades:

- Revisión de roles, objetivos y funciones de las instituciones oficiales encargadas de la salud, con el fin de buscar su armonización y complementación, en el marco de la más amplia participación de las propias instituciones de salud, de desarrollo social y económico, y de la opinión pública en general.
- Continuación de los procesos de coordinación interinstitucional a nivel local. Se considera que esta coordinación es factible y que la experiencia que se vaya logrando, permitirá la adopción de nuevos esquemas y sus adecuaciones.
- Impulso al desarrollo y estandarización de algunas áreas técnicas y administrativas básicas, para conseguir el mejoramiento de la capacidad gerencial y de operación. Por ejemplo: subsistemas de información, equipamiento y mantenimiento; manejo de medicamentos básicos; programación de las inversiones; instrumentos técnico-normativos para la administración de los servicios y la ejecución de pro-

gramas en los niveles intermedios; planificación de la utilización de los recursos humanos.

- Establecimiento de un marco legal y reglamentario que posibilite la extensión de los regímenes de la Seguridad Social, la unificación de los programas de salud básicos, la coparticipación en el financiamiento y ejecución de proyectos a nivel local.
- Fortalecimiento del Consejo Nacional de Salud. Esto se considera de la mayor prioridad. El Consejo debe establecer una base institucional sólida en términos de sus recursos materiales y humanos. Todas las instancias de salud deben contribuir al sostenimiento del Consejo; los representantes deben ser permanentes, de modo que se constituyan en auténticos agentes de la coordinación e integración. Se debe buscar una fórmula para el ingreso del sector privado. El Consejo, en tanto organismo asesor y coordinador de alta jerarquía, podrá desempeñar un rol conductor y adquirir una progresiva capacidad de convocatoria, si todas las instituciones respaldan su gestión y brindan su apoyo económico.

2. La medicina tradicional y el Estado

Antecedentes

Una buena parte de la población ecuatoriana, especialmente la que habita en las zonas rurales y en los barrios marginales de las ciudades, utiliza los recursos de la medicina tradicional en el diagnóstico y tratamiento de sus enfermedades. De esta manera, es objetiva la existencia de un modelo médico en el ámbito general de la medicina ecuatoriana. Este modelo representa la aplicación de un conjunto de reglas, rituales, expresiones y acciones, que surgen históricamente de la vida práctica y de la ideología de un grupo social. Se trata de un saber en el que se pueden identificar prácticas, enunciaciones y conceptos, que si bien no se expresan como conocimientos científicos, con una estructura de idealidad bien definida, no son tampoco saberes amontonados los unos junto a los otros, procedentes de tradiciones, experiencias o descubrimientos y unificados solo en la mentalidad de la persona que los lleva a la práctica. A partir de ello se pueden construir proposiciones coherentes, realizar descripciones más o menos exactas, desplegar teorías. Los enunciados de este saber se conforman sobre elementos mágicos, míticos, empíricos, religiosos y racionales, siendo especial la influencia ideológica ejercida por la religión católica. Estos enunciados, conceptos y prácticas están en oposición con la ideología prevaleciente en la formación social actual.

El hombre que acepta y practica la medicina tradicional, especialmente el que vive en el campo, en su comunidad, ha construido una imagen del mundo que se especifica en sus pensamientos y prácticas sobre la naturaleza, el propio hombre y las organizaciones sociales. Esta imagen del mundo es parte de una cultura que mantiene valores distintos a la cultura oficial.

En base a los elementos conceptuales anotados y reivindicando culturalmente esa imagen del mundo, surgen las definiciones de salud y enfermedad. La salud es capacidad de trabajo, alegría, satisfacción; la enfermedad es castigo, ruptura de una norma social,

expiación. Las creencias en lo sobrenatural, la culpabilidad por el quebrantamiento de las normas, o varios elementos naturales, son los agentes causales de las enfermedades

En el saber aborigen se reconocen dos categorías nosográficas: a) Enfermedades del campo y b) Enfermedades de Dios. Las enfermedades del campo son aquellos trastornos que tienen su origen en creencias comunitarias mantenidas a través del tiempo por la tradición. El animismo, la magia, el mito, la religión, son elementos que con su carácter sobrenatural o desconocido conforman el núcleo específico de estos trastornos. Igualmente, los efectos de la ruptura de los valores establecidos por el grupo social en sus relaciones con la naturaleza y la sociedad se integran a esta categoría de enfermedades, que salen de lo primariamente individual, y que atacando a lo que se considera esencial en el hombre, su espíritu, tienen que ver con algo que corresponde a la colectividad y a la cultura, razón por la cual se pueden catalogar como “enfermedades culturales”. Estos trastornos solo pueden ser diagnosticados y tratados por el curandero, siendo los principales, el espanto o susto, el mal viento o mal aire, el mal ojo, el mal blanco o brujería, el mal de arcoiris o mal de cuichig.

Las enfermedades de Dios, son aquellos trastornos cuya etiología es más o menos identificable. Son enfermedades que se describen también en la nosografía médica científica, que en el saber aborigen tienen distintas denominaciones y variados tratamientos. Estas enfermedades pueden ser tratadas por el curandero, pero también son campo de acción de la medicina científica y sus instancias.

El saber médico tradicional tiene una serie de agentes de salud, cada uno de los cuales cumple un rol específico; así, hay Curanderos, Parteras, Sobadores o Fregadores, Curanderos del Mal Ojo o el Espanto, Hierbateros, etc. La terapéutica se fundamenta en acciones mágico-religiosas, terapias empíricas basadas en el conocimiento de las plantas, operaciones racionales y sobre todo acciones psicoterapéuticas.

¿Qué actitud han tomado el Estado y la medicina científica frente a la medicina tradicional?

En primer lugar ha existido persecución y rechazo. Se ha considerado una práctica nociva, producto de la ignorancia, superchería barata. La medicina científica, a través de todas sus instancias formativas y gremiales, ha considerado a esta práctica como un puro empirismo que debía ser rechazado y perseguido. Oficialmente, la medicina tradicional quedó fuera del contexto de la formación de los médicos y fue legalmente perseguida y reprimida.

En las últimas décadas, sobre todo por la acción de grupos de investigadores inicialmente, y por la labor de las organizaciones campesinas, después, se ha promovido un mejor conocimiento de las ideas y prácticas de la medicina tradicional, conformándose un cuerpo de conocimientos válidos que han permitido un acercamiento más objetivo a la realidad del problema. El Estado y la medicina científica han tomado en cuenta, a su pesar, esta situación y, del rechazo y la hostilidad —que no han terminado— han dado pasos hacia un cierto paternalismo, que tampoco construye ni explica nada.

Finalmente, bajo la influencia de la Organización Mundial de la Salud, que desde la década de los setenta se percató de la importancia de la medicina tradicional, y sobre

todo, desde la declaración de Alma Ata (1980), que prometió "Salud para Todos en el Año 2.000", la medicina tradicional ha sido instrumentalizada, es decir que a través de varios programas se ha tratado de incorporarla a los planes y programas oficiales como parte de las estrategias de atención primaria de salud. Varios aspectos del saber aborigen, sobre todo aquellos que se han considerado prácticos, como la atención tradicional del parto o el uso de plantas medicinales, han merecido la atención de las instancias oficiales; sin embargo, la relación con el saber médico tradicional en su totalidad no se ha producido. Hay que anotar la existencia de una necesidad sentida por alcanzar la incorporación de la medicina tradicional a la legalidad, es decir al ámbito abierto de la exposición de problemas y resultados; además, la medicina científica no ha sido capaz de resolver los problemas de salud de la comunidad y ha encontrado una barrera en su relación con la población campesina; los usuarios siguen asistiendo a sus curanderos, a pesar de que también vayan ocasionalmente a los servicios de salud oficiales. En todos se plantea un interrogante: ¿qué hacer?

Proposición

Mantener en las instancias culturales y científicas de la sociedad civil preocupadas por el tema y en todos los ámbitos de la medicina oficial, un proceso de discusión permanente sobre la medicina tradicional, considerándola no solo como un modelo de hacer medicina, sino como una de las expresiones de una cultura que tiene sus propios valores y metas. Este diálogo debe sustentarse en un mejor conocimiento de la realidad, para lo que es necesario profundizar en la investigación. La participación de los agentes de salud de la medicina tradicional y de la comunidad en general, debe ser activa en esta discusión y en este diálogo. Se debe conocer más, para proteger y promover.

Objetivos

- Reconocer la existencia de una práctica médica sustentada en valores culturales propios.
- Promover en todas las instancias de la medicina oficial el respeto a esta práctica, eliminando progresivamente el rechazo y peor la persecución.
- Difundir en todos los niveles los valores reconocidos hasta hoy en esta medicina y profundizar la investigación en áreas específicas, respetando a la población poseedora de esos conocimientos y prácticas y solidarizándose con su situación y su lucha por conseguir la satisfacción de sus más urgentes necesidades.
- Crear las condiciones, a través de un proceso de reivindicación constante, para que en el marco legal del Código de la Salud queden expresadas las normas relacionadas con el respeto y protección de esta práctica.
- Iniciar procesos de coordinación e integración, reconociendo que por principio, no se dará una integración total, ya que especialmente las manifestaciones de la conciencia social que impregnan las dos medicinas no son similares.

Sugerencias y actividades

Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud Pública, dentro de su actual "Plan Nacional de Salud", ha establecido por primera vez una política sobre el problema, señalando lo siguiente: "La existencia del llamado sistema no formal de salud—con múltiples y variadas prácticas de atención médica—, al cual recurre una gran parte de la población, fundamenta una política de impulso y apoyo a los estudios que profundicen el conocimiento de sus características, valoricen sus prácticas y permitan la incorporación en el sistema formal de los elementos que resultaren eficaces, incentivando de esta forma la interacción entre los dos sistemas de atención, en beneficio de la población usuaria".

Esta política no tiene un correlato programático ni una dependencia responsable. Se sugiere la incorporación en esta política, de los elementos previamente señalados y la creación de una Unidad de Medicina Tradicional en la estructura ministerial. Se deben planificar los recursos materiales y humanos de esta Unidad, así como los objetivos, planes y programas de acción. Las siguientes serán algunas de las actividades de esta nueva Unidad.

Recolectar y procesar la información producida en los entes estatales y sobre todo en las instituciones privadas e investigadores particulares. Con esta información se debería hacer un diagnóstico global de la situación, que permitiría una planificación más adecuada de las acciones e igualmente ayudaría a la identificación de temas puntuales de investigación.

Evaluar los programas ministeriales que han llevado adelante acciones de coordinación o "integración" con la medicina tradicional.

Promover la discusión permanente sobre el tema, a través de reuniones científicas, culturales, de información, etc. Se hará una difusión de los resultados, en los más amplios niveles. En estas reuniones deben participar curanderos y representantes de la comunidad.

Promover la participación de los Médicos Rurales en la programación, ya que solo a nivel local y mediante el trabajo solidario y responsable de este sector profesional se logrará la iniciación de actividades de coordinación.

Facultades de Medicina

Se debe incorporar en los programas docentes y de investigación el tema de la medicina tradicional, que forma parte sustancial de la historia de la medicina ecuatoriana. La Asociación Ecuatoriana de Facultades de Medicina (AFEME) debe promover esta incorporación.

Federación Médica Ecuatoriana

A nivel gremial es importante señalar el desconocimiento del problema, ya que habitualmente se ha partido de supuestos en su análisis y se ha confundido la medicina

tradicional con el "charlatanismo", que es una forma de embaucamiento que debe ser reprimida. Una mejor conciencia de la situación permitirá la progresiva eliminación de preconcepciones existentes en la legislación corporativa y en los códigos de ética médica. A nivel gremial igualmente se debe promover la discusión del tema y el diálogo con los curanderos. Esto exigirá una dosis de humildad y solidaridad.

3. Salud ambiental

Antecedentes

Un rasgo sustancial de la economía ecuatoriana es su desarrollo desigual, con distintas concentraciones de la inversión, los beneficios sociales y el poder político. Los principales polos de crecimiento se han asentado en las zonas urbanas, donde se han ubicado las industrias, los servicios, los sistemas administrativos regionales y seccionales, los organismos financieros, etc. La ciudad es un lugar de atracción por la posibilidad de empleo y trabajo, lo que ha motivado el incremento de su población, especialmente por procesos migratorios, todo lo cual ha confluído en una mayor presión sobre el espacio urbano, el desordenamiento de la vida ciudadana, el deterioro e insuficiencia de los servicios. Otras zonas de desarrollo intermedio tanto a nivel urbano como rural y regiones atrasadas y abandonadas, conforman el espectro de este heterogéneo modelo socio-económico.

Correspondiendo con su posición dentro de la estructura de la sociedad, los grupos humanos hacen un distinto uso del espacio; en esta relación se pueden generar riesgos para la salud y la presentación de patologías específicas. Por esta razón, la salud ambiental se expresa como un problema complejo.

En las zonas desarrolladas los problemas van desde el insuficiente saneamiento básico hasta la contaminación por ruido, plomo, hidrocarburos, pasando por la contaminación del agua, la falta de disposición de las basuras, etc. Las grandes urbes como Guayaquil, Quito y Cuenca, ofrecen ejemplos de esta situación que necesita urgentes medidas de control.

Las zonas de desarrollo intermedio, donde también se localizan algunas ramas importantes de la economía del país presentan, además de los riesgos propios de su desordenada urbanización, trastornos específicos provocados por la actividad económica predominante. Problemas como el de la contaminación por plaguicidas, los riesgos de la inadecuada explotación aurífera, el impacto de las actividades de la refinería de petróleo en la provincia de Esmeraldas, entre otros graves asuntos, requieren una evaluación y atención inmediatas.

Las regiones atrasadas del país enfrentan, además de la ausencia o insuficiencia de los servicios básicos, especialmente agua potable, múltiples problemas derivados del mal uso de la tierra, el cultivo de productos agroexportables, la explotación petrolera, la instalación de camaroneras, etc., que conllevan la deforestación, erosión, desertización, contaminación de los ríos, tala del manglar. Los riesgos para la salud humana se han incrementado en estas zonas, que por su atraso y abandono poco importan al esquema social del sistema. Únicamente la defensa organizada, la solidaridad ciudadana

y el interés de instituciones privadas, han logrado llamar la atención sobre estos problemas; tal el caso de lo ocurrido con las poblaciones indígenas de la Amazonía.

Frente a esta realidad, algunas instituciones del Estado y en mayor grado las organizaciones de la sociedad civil creadas en torno al tema, han realizado varias acciones de denuncia, investigación, defensa del medio etc. Estas actividades se han ejecutado en forma desorganizada y descoordinada, por la falta de una política estatal y la ausencia de planificación conjunta de las tareas. Esto es más evidente en el caso de la Salud Ambiental, que tiene como responsabilidad el estudio y solución de los problemas medioambientales que inciden en la vida del hombre y, por lo tanto, en su perfil de salud y enfermedad.

El Ministerio de Salud, en su actual "Plan Nacional de Salud", dentro del capítulo Saneamiento Básico, ha formulado algunos objetivos tendientes al establecimiento de un "Programa Nacional de Saneamiento Ambiental". Aquí aparece implícito el tema de la Salud Ambiental, pero consideramos que la situación debe ser mejor objetivada por la importancia que tiene en los actuales momentos y por el crecimiento del problema. Con este antecedente, se propone la creación en la estructura ministerial, de una instancia que se dedique a este tipo de actividades.

Proposición

Organización de una Unidad de Salud Ambiental en el Ministerio de Salud Pública.

Objetivos generales

- Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida del hombre ecuatoriano, a través del control de los riesgos del mal uso social del ambiente.
- Coordinar los esfuerzos estatales en la prevención y tratamiento de los problemas de salud ambiental de la población en riesgo, especialmente de los sectores que no poseen Seguridad Social.

Objetivos específicos

- Efectuar un diagnóstico de la situación de Salud Ambiental en el Ecuador, cuya finalidad sería abrir un debate para definir prioridades y estrategias.
- Impulsar la coordinación institucional, a fin de canalizar los esfuerzos de los sectores públicos y privados que tienen que ver con el medio ambiente, en torno a prioridades definidas.
- Impulsar el tratamiento de la Ley del Medio Ambiente, actualmente en trámite en el Congreso Nacional.
- Evaluar los servicios de salud del Ministerio que tienen programas aislados de prevención y tratamiento, para reformular sus acciones.

Actividades

- La Unidad de Salud Ambiental debe impulsar su desarrollo institucional a través de la organización de sus recursos materiales y humanos. Se debe buscar la decisión política del más alto nivel, para institucionalizar la Unidad.
- En un primer momento esta Unidad debe iniciar el diagnóstico de la Salud Ambiental en el Ecuador, en el que participen todas las instituciones relacionadas con el tema. La finalidad de este diagnóstico sería abrir un debate interinstitucional, al que serían convocadas también las organizaciones populares. Con los resultados del diagnóstico y la discusión, se propendría al establecimiento de prioridades y estrategias de acción.
- Para impulsar la Coordinación, la Unidad debe tomar el liderazgo y reactivar ciertos espacios como el "Comité Interinstitucional de Control del Medio Ambiente". También debe coordinar la búsqueda y canalización de los recursos destinados a Salud Ambiental. Un paso importante en este proceso sería la elaboración de una "Guía Nacional de Organismos que se dedican al Medio Ambiente".
- La Unidad debe recabar información sobre los servicios del Ministerio que están en capacidad de atender los problemas preventivos y curativos relacionados con las enfermedades provocadas por los riesgos medioambientales. En base a esta información se deben plantear programas específicos, dirigidos especialmente a la población que no está afiliada al Seguro Social.
- La instancia administrativa propuesta debe contar con la suficiente independencia y poder que le permitan desempeñar eficazmente la coordinación institucional, por tanto debería constituirse en una Dirección de Salud Ambiental, dentro de la cual haya una División de Salud Ambiental y otra de Salud Laboral.

4. La salud en las áreas urbano-marginales

Antecedentes

Es indiscutible la existencia de una grave problemática de salud, en las denominadas áreas marginales de las grandes ciudades del país. La población de estos lugares tiene mayores riesgos de enfermar por su trabajo precario, alimentación inadecuada, vivienda miserable, insuficiente recreación, violencia, alienación cultural, etc. Si a esto unimos el difícil acceso a los servicios básicos como agua potable, alcantarillado, disposición de basuras, y la incapacidad de los servicios sociales para prestar atención a las crecientes necesidades de estas comunidades, ya podemos tener el dibujo de un panorama crítico.

El crecimiento de nuestras ciudades se ha producido principalmente por una importante migración rural, provocada por la descomposición de la sociedad campesina. Estos movimientos implican cambios importantes en la reproducción social de los individuos, familias y grupos de migrantes. No solo tienen que enfrentar un nuevo ambiente ecológico, sino que deben insertarse dentro del aparato productivo, sin lo-

gar generalmente una ocupación permanente, pasando en consecuencia a formar parte de los grupos de desempleados y subempleados y deben adaptarse igualmente a nuevas formas de consumo y sobrevivencia. En síntesis, la problemática de estos asentamientos poblacionales, está articulada a los procesos migratorios y al desarrollo desigual de la economía; tiene por tanto una especificidad genética y de acuerdo con esta particularidad se producen también los problemas de salud y enfermedad.

Durante el período 1974–1988 se hace evidente el proceso de urbanización de la sociedad ecuatoriana, que se expresa en la reversión del predominio de la población rural hacia la urbana: del 42% en 1974, al 49% en 1982 y al 54% en 1988. Esta población se ha concentrado en dos grandes ciudades, Guayaquil y Quito, donde vive en la actualidad el 25.3% de los ecuatorianos. La población urbano–marginal de Guayaquil creció de 215.000 en 1974 a 932.000 en 1988, es decir que pasó del 26% al 56.9% del total de la ciudad, que se ha calculado en 1'635.000 para ese último año. En Quito, se ha calculado que en 1988, de 1'186.000 habitantes, 191.000 viven en condiciones de marginalidad, es decir el 16.1%.

¿Cómo se distribuye la población marginal?

De acuerdo con la definición del Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE), población marginal es aquella que se encuentra en un nivel de pobreza, que vive en condiciones de hacinamiento y que tiene un limitado acceso a los servicios, como agua potable, alcantarillado, etc. Espacialmente, este grupo humano se asienta en la periferia urbana, en el llamado suburbio. Esta definición y esta distribución espacial, con nuevos aportes empíricos, están siendo revisadas últimamente. Así, se considera que si bien algunos grupos poblacionales, los de los barrios periféricos, pueden ser identificados como marginales, sin embargo, numerosos conglomerados humanos ubicados en los “tugurios” centrales de las ciudades son excluidos de aquella definición. El hecho de tener acceso a agua potable y alcantarillado, y acaso a algunos servicios de salud, determina su exclusión del grupo “marginado”, aun cuando las condiciones generales de vida sean aún más críticas. En Quito y en Guayaquil se ha observado que las familias de la periferia conforman dos grupos diferenciados: aquellas que han alcanzado el uso de una parcela de terreno en base a una gestión cooperativa, mediante compra, y aquellas que han invadido el espacio por la fuerza; en Quito predominan las cooperativas, y en Guayaquil las invasiones. En cada uno de estos grupos hay marcadas diferencias en sus condiciones de reproducción social. En las mismas ciudades se han identificado otros grupos ubicados en los tugurios centrales, cuya situación es peor que la de muchas familias periféricas, especialmente de las cooperativas. El panorama se complica cuando tomamos en cuenta también a la población migrante temporal, que viene a las ciudades a realizar labores temporales o diarias y después retorna a su lugar de origen.

Esta revisión de lo urbano–marginal, es muy importante en la planificación de los servicios y especialmente en lo que tiene que ver con la salud.

¿Cómo se han atendido tradicionalmente los problemas de salud de la población urbano-marginal?

La insuficiente cantidad y la precaria calidad de los servicios ha sido la nota dominante de la situación. La explosión urbana ha desbordado la capacidad de atención de las

instituciones estatales, y si algo ha llegado, ha sido por la vía de la legitimación de un compromiso político electoral antes que partidario. Las acciones espontáneas o emergentes han eliminado cualquier idea de planificación. Las organizaciones barriales comprometidas en mayor grado con una oferta electoral, tampoco han sabido conducir adecuadamente sus procesos reivindicatorios. En consecuencia, los problemas de saneamiento básico se han resuelto limitadamente y la situación de salud en general está cada día más comprometida con la enfermedad física y psíquica y con la muerte. Frente a una enfermedad, estos grupos asisten a los servicios de salud del Estado, se automedican, hacen medicina imitativa cuando repiten una receta o hacen caso a las propagandas radiales o televisivas; practican la medicina tradicional, visitan a los curanderos, a los charlatanes, a sus santos predilectos. La enfermedad y su resolución, no son parte de la responsabilidad social, sino hechos que quedan condicionados a la acción individual o familiar.

En estas condiciones, es necesario replantear los objetivos y los programas de acción social en salud.

Proposiciones

- Es necesaria una revisión conceptual de lo “urbano-marginal”, ya que de acuerdo a la definición del CONADE, se dejan fuera a importantes grupos sociales pauperizados. Es necesario buscar una definición alternativa, no solo operativa, sino explicativa de esta condición.
- El problema de lo urbano-marginal, no debe considerarse como un compartimiento estancado, independiente de la situación general de la ciudad. Esta mentalidad ha llevado a la realización de programas “para pobres”, que siempre han sido insuficientes, temporales, de baja calidad, o que en poco tiempo han desaparecido. Considerar lo marginal como parte de un proceso reivindicatorio total es una tarea de todas las instancias sociales preocupadas por el tema.
- Los problemas de salud de estas poblaciones no pueden considerarse en forma aislada; más bien en la salud se deben concentrar las otras aspiraciones sociales de estos grupos.
- El problema higiénico es fundamental y es responsabilidad del Estado su resolución, por lo que la lucha por conseguir agua potable, alcantarillado, mejor tratamiento de las basuras, es una tarea conjunta.
- Las acciones emprendidas desde el Estado deben ser integrales, lo que significa proponer un nuevo enfoque de administración de los servicios. En este caso, el Frente Social debe actuar en comunidad de ideas y fines. Las políticas y estrategias deben preocuparse del modo de vida general de estos grupos; esto llevaría a la identificación de “prioridades dentro de la prioridad”, señalando lo que se ha denominado “pobreza crítica” u “hogares de alto riesgo”.
- El tema de la participación comunitaria no ha pasado de ser una declaración más o una aspiración muy lejana de los servicios sociales. Su enunciación ha servido únicamente para hacer visible la supuesta democratización de la gestión o el grado

de “progresismo” de los proponentes. Es necesario dar un paso más seguro, confiando en la responsabilidad y creatividad de la población, en su capacidad para plantear soluciones. Para conseguir esta finalidad es necesario salir a los lugares donde se producen los conflictos, recoger los planteamientos de los grupos populares, aprender. No siempre será positiva la repetición del éxito de una gestión en un grupo y en un momento dado, en otro grupo, en un tiempo diferente; esto significa que la acción debe ser dinámica, flexible. No pensar en fórmulas generales, ni dejarse imponer experiencias de otros países sin un previo estudio de las fuentes. Esta experiencia puede ser valiosa, siempre y cuando se la maneje con cuidado y no se llegue a su aplicación mecánica. No dejarse imponer paquetes tecnológicos y metodológicos a cambio de una pequeña o gran ayuda internacional, debe ser la regla de los responsables de la gestión estatal.

- El proceso de discusión de la problemática de la salud urbano–marginal, debe ser permanente y en el mismo deben participar las organizaciones populares. El Ministerio de Salud debe ser el protagonista de este proceso.

5. Salud ocupacional

Antecedentes

A partir de la década de los sesenta se ha producido una serie de cambios en la economía nacional, provocados por una mayor dinamización de los sectores industrial y agroindustrial, que incorporan nuevas tecnologías y procesos de trabajo, aspectos que modificaron las condiciones de trabajo, dando lugar a la aparición de nuevas enfermedades profesionales, al incremento de las ya existentes, y provocando mayores riesgos de accidentabilidad. Frente a esta realidad, las respuestas del Estado y del sector empleador en el campo de la salud han sido insuficientes, y en lo que se ha realizado, se ha dado mayor énfasis a la recuperación y reparación, dejando de lado la prevención y rehabilitación.

¿Cuál es la situación de salud de los trabajadores en el Ecuador?

Por la escasa información existente, no ha sido posible establecer un diagnóstico global de la situación; sin embargo, hay algunos datos que permiten una aproximación al problema: la tasa de accidentabilidad de los trabajadores afiliados al Seguro Social se incrementó en los últimos años, siendo las actividades de mayor riesgo, la construcción, la industria manufacturera, la agricultura, minas y canteras, y el transporte. Respecto a la mortalidad por accidentes de trabajo, las actividades de mayor riesgo son el transporte, la construcción, agricultura, minas y canteras, industria manufacturera. La accidentabilidad en la industria, tiene sus mayores tasas de riesgo en la metalmecánica, textiles, alimentos, madera y químicos. La acción insegura del trabajador, en primer término, y las condiciones inseguras del trabajo, después, aparecen como los elementos causales de los accidentes.

En lo que se refiere a las enfermedades ocupacionales, tampoco existen estadísticas oficiales globales y en los estudios realizados hay que tomar en cuenta el alto índice de subregistro. Hay información sobre trastornos auditivos, especialmente hipoacusia y sordera, siendo las ramas ocupacionales más riesgosas: las de madera, tabaco, textil,

telecomunicaciones y construcción. Hay pocas investigaciones sobre otras enfermedades profesionales. Tampoco existen en el país estudios con carácter nacional y por rama de trabajo, que asocien las variables condiciones de trabajo y salud; de todas maneras, de la escasa información disponible, se conoce que los trabajadores tienen riesgos higiénicos frente al plomo, el ruido, los solventes, los humos, los vapores.

A nivel rural, se han realizado algunos trabajos sobre plaguicidas, encontrando que su uso indiscriminado ha provocado graves problemas sanitarios en la población campesina afectada. En 1987 se reportaron 351 casos de intoxicación aguda. Se sabe que los plaguicidas pueden provocar efectos embriotóxicos, teratogénicos y cancerígenos, pero en nuestro medio no se han realizado trabajos sobre estos temas.

En relación con la prevención, tratamiento y rehabilitación, únicamente la Seguridad Social tiene programas específicos destinados a la población afiliada. El Ministerio de Trabajo realiza algunas acciones. El Ministerio de Salud Pública contó con una Oficina de Salud Ocupacional en 1982, pero fue eliminada por carecer de propuestas de trabajo y apoyo institucional. Otras instituciones privadas tienen programas restringidos.

En resumen se puede afirmar que:

- El país carece de una política de protección del trabajo, que implique el abordaje de la prevención.
- No hay un sistema de información adecuado.
- La cobertura de actividades de prevención son insuficientes.
- La infraestructura y los programas de que disponen actualmente las instituciones son insuficientes para la calificación efectiva de los riesgos del trabajo.
- La formación de recursos humanos es prácticamente inexistente.
- La investigación es limitada.

Proposiciones

Frente a este preocupante panorama de la Salud Ocupacional en el país, el taller, previo análisis del Documento base, resolvió presentar algunas sugerencias que podrían encaminar en mejor forma el abordaje del tema, tanto en la elaboración de políticas, como en la planificación:

- Conformar un Grupo de Estudio Institucional, que programe la elaboración de un diagnóstico global de la situación en base a la información producida hasta el momento.
- Este Grupo de Estudio, con dicho diagnóstico, podrá señalar prioridades de acción e investigación.
- Se deben desarrollar programas de Salud Ocupacional en sectores económicos sin cobertura entre los que destacan fundamentalmente los sectores agrícola y artesanal.
- Incrementar la normatización y legislación laboral en el país, a través de la formu-

lación de normas sobre protección del trabajo, procedimientos diagnósticos, unificación de los criterios de calificación, incorporación de nuevas tecnologías, zonificación industrial, etc. La actual legislación sobre riesgos del trabajo es todavía insuficiente, porque no aborda varios aspectos que la realidad demanda y no proporciona el sustrato legal que posibilite una mayor presión sobre el sector empleador en el cumplimiento de las normas de seguridad e higiene en el trabajo.

- Desarrollar actividades para mejorar el saneamiento básico en la industria, que se presenta notoriamente deficiente y es uno de los problemas más generalizados.
- Crear a nivel del Ministerio de Salud una Unidad de Salud Ocupacional. Esta instancia debe tener el mayor apoyo político para que se convierta en el eje vertebrador de la coordinación interinstitucional. En el capítulo de Salud Ambiental, sugerimos la posibilidad de crear una Dirección de Salud Ambiental, con dos Divisiones: Salud Ambiental y Salud Ocupacional. Este sería un primer gran paso en el proceso de desarrollo de las acciones de Salud Ocupacional en el Ecuador.

Bibliografía

Conti, Laura: *Estructura Social y Medicina. en: Medicina y Sociedad*. Barcelona: Fontanela, 1972.p.290.

Verduga, César: "El desarrollo económico ecuatoriano, análisis del período 1972-1975". *Revista de Ciencias Sociales* (Quito) 1(3-4): 1977, pp. 93-114.

Báez René: *Ecuador: crisis y viabilidad*. Quito: Ed. Crespo, 1984. II Ed. p. 41.

Plack, Jean Claude: *La medicina del capital*. Madrid: Fundamentos, 1974. pp. 17-19.

Foucault, Michel: "La crisis de la Medicina y la crisis de la antimedicina". *Educación Médica y Salud*. (Washington) 10(2): 1976, pp. 152-170.

Estrella, Eduardo: *Medicina y estructura socioeconómica*. Quito: Ed. Belén, 1982. pp. 43-45.

Bernal, John D.: *Historia social de la ciencia*. Barcelona: Península, 1968. I. p. 434.

Suárez, José y otros: *La situación de salud en el Ecuador 1962-1985*. Quito: Ministerio de Salud, 1987. pp. 141-144.

Naranjo, Plutarco: *Desnutrición, problemas y soluciones*. Quito: IESS, 1985. p. 37.

Estrella, Eduardo: *El pan de América*. Madrid: CSIC, 1986. pp. 3-6.

Miliband, Ralph: *El Estado y la sociedad capitalista*. México: Siglo XXI, 1973. p. 10.

Poulantzas, Nicos: *Hegemonía y dominación en el Estado moderno*. México: Cuadernos del Pasado y del Presente, 1977. (IVEd.) p. 51.

Navarro, Vicente: *La medicina bajo el capitalismo*. Barcelona: Grijalbo, 1978. pp. 253-258.

Kuhn, Thomas: *La estructura de las revoluciones científicas*. México: FCE, 1984 pp. 33-50.

Estrella, Eduardo: Op. Cit. (6) pp. 50-51.

Parsons, Talcot: "Estructura Social y proceso dinámico: el caso de la práctica médica". En: *EL SISTEMA SOCIAL*. Madrid: Revista de Occidente, 1966. pp. 432-436.

Caro, Guy: *La medicina impugnada*. Barcelona: LAIA, 1977. p. 13.

Estrella, Eduardo: *Medicina aborígen*. Quito: Epoca, 1977. pp. 65-80.

Seguín, Carlos Alberto: "Introducción a la Psiquiatría Folklórica". *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*. (Buenos Aires) 20 (5): 1974, pp. 301-339.

Testa, Mario: *Tendencias en planificación*. Cuenca: Mimeo, 1984.

Berlinger, Geovani: "*Historia de la Medicina del Trabajo*". *I Seminario Internacional "Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores"* Quito, Julio 1988. Conferencia.

Ministerio de Salud Pública: *Lineamientos básicos del plan nacional de salud 1988-1992*" Quito: MSP, 1988. Mimeo.

Andrade, Fausto: *Hacia un sistema nacional de salud*. Documento de trabajo, ILDIS, 1988.

Quezada, Alberto: *Medicina tradicional y política estatal*. Documento de trabajo, ILDIS, 1988.

Carpio Fernando: *Salud ocupacional en el Ecuador*. Documento de trabajo, ILDIS, 1988.

Suárez Torres, José: *La problemática de salud en las áreas urbano marginales*. Documento de trabajo, ILDIS, 1988.

León, Ninfa: *Salud ambiental en el Ecuador*. Documento de trabajo, ILDIS, 1988.

POLITICA DE SALUD

Luis Enrique Plaza
Fernando Sempértegui

Este documento ha sido elaborado con el aporte de los integrantes
del taller *Políticas de Salud*, de ILDIS, señores: Wilson Céleri,
Fernando Correa, Alfredo Manceno.

Bases y elementos de una Política Nacional de Salud

La definición de una Política Nacional de Salud debe basarse en un examen apropiado de la realidad, que permita identificar los problemas relevantes, a fin de establecer medidas generales y específicas que podrían modificarla. Un examen exhaustivo rebasa los propósitos de este documento, sin embargo, exponemos someramente algunos aspectos de la situación de salud que permiten configurar las bases adecuadas para sustentar proposiciones válidas.

I. Aproximación a la situación de salud actual

Existen indicadores estadísticos aceptados internacionalmente que permiten establecer la situación de salud en un país y que proveen información para estudiar los factores determinantes de dicha situación.

La tasa de mortalidad general es una expresión global de la frecuencia de muertes en una población. Es útil examinar su tendencia. En el Ecuador, si se hace un corte retrospectivo desde 1961, se observa un progresivo descenso que es más notable desde 1972. En efecto, en el período 1972–1986 la tasa cayó en un 50% aproximadamente (ver cuadro No. 1).

La caída de la mortalidad general podría explicarse por el correlativo descenso de la *mortalidad infantil* en el mismo período, que es, aproximadamente, del 45%. Debe destacarse, sin embargo, que el descenso más significativo ocurrió entre 1972 y 1978, después es casi irrelevante. Como se sabe, la mortalidad infantil incluye la muerte de niños menores de un año. Pero la tasa debe ser desagregada a fin de examinar dos momentos: el neonatal, que corresponde a los primeros 28 días de vida, y el postneonatal que corresponde a los once meses subsiguientes. Conforme a diversos estudios, las muertes que ocurren durante las primeras semanas son expresión, principalmente, de problemas originados en el embarazo, mientras aquellas que ocurren después del primer mes obedecen a factores nutricionales y de prevención postneonatales.

En el Ecuador, la tasa de mortalidad neonatal se ha mantenido estable desde 1980, pero, sorprendentemente, las muertes durante los primeros siete días de vida están en aumento desde 1985 (ver cuadro No. 2). La tasa de mortalidad postneonatal tuvo un descenso importante a partir de 1984. Esta información, cotejada con el descenso de la mortalidad general, permite suponer que los grupos poblacionales más sensibles a las condiciones de vida han sufrido un impacto especial y de repercusiones diferentes

a partir de 1985. Dichos grupos son: las madres embarazadas, los recién nacidos, cuyas condiciones son una prolongación de su vida intrauterina, y los niños menores de un año.

La validez de esta apreciación, en cuanto se refiere a los niños recién nacidos y a las madres, puede ser subrayada por otros hechos. Así, la tasa de mortalidad materna se ha mantenido sin variaciones desde 1980. Además, en 1986, las muertes tempranas (en los primeros siete días de vida) asociadas a crecimiento fetal lento, desnutrición intraútero e inmadurez fetal, ocupan el quinto lugar en el cuadro de la mortalidad infantil. En efecto, 12.4 niños de cada mil que nacen mueren antes de cumplir la primera semana. Estos datos traducen la incidencia de embarazos sin apropiada alimentación y sin adecuada protección médica, que pueda corregir oportunamente problemas que afectan al desarrollo fetal y que, frecuentemente, significan también riesgo para la madre.

El descenso de la mortalidad después del primer mes de vida (postneonatal) no podría ser atribuible a mejor nutrición, porque varios estudios revelan que la desnutrición se ha incrementado en la última década (1); pero sí podría explicarse por el impacto de algunas medidas que corrigen la patología asociada a mayor riesgo de muerte, como la hidratación oral y el uso de medicamentos antiinfecciosos. Sin embargo, el mencionado descenso podría ocultar una situación gravísima en términos de desarrollo individual y social. Se trata de la calidad de vida de los sobrevivientes: niños desnutridos, con infección intestinal repetida, salvados de la muerte, prosiguen un curso de vida severamente limitado ya no solo por falta de nutrición, sino por falta de estímulos adecuados para su desarrollo psicomotor, de modo que pronto se retrasan en el crecimiento, su rendimiento escolar es deficiente y, en definitiva, se desenvuelven con gran menoscabo de sus potencialidades en el convivir social.

Para proponer una visión integral de la situación conviene describir y examinar la tendencia de ciertas "enfermedades tipo". Se trata de seleccionar enfermedades de gran impacto social que responden a causalidad general más o menos bien establecida, que permite sopesar la influencia de factores ecológicos en relación a los factores socio-económicos.

Una enfermedad útil a este propósito es *la tuberculosis*. La tuberculosis está íntimamente relacionada con deficiente nutrición, inapropiadas condiciones de trabajo y diversas situaciones ambientales de riesgo, supuesta la presencia del bacilo. En el país la tuberculosis está en franco ascenso desde 1980. En ese año la tasa de incidencia fue, aproximadamente, de cuarenta y siete por cien mil habitantes y en 1987 alcanzó la cifra, también aproximada, de sesenta por cien mil habitantes. Lo llamativo es la distribución de la enfermedad en el país (Gráf. No. 1 y No. 2), puesto que las provincias orientales tienen las tasas más altas, particularmente la del Napo. También son altas las tasas de las provincias con menor desarrollo relativo (Loja, Bolívar, Chimborazo). Cabe suponer que las poblaciones migratorias asentadas en la región oriental, están expuestas a mayor riesgo, al igual que las poblaciones de las provincias con menor desarrollo. No deja de ser inquietante la frecuencia que corresponde a las provincias de la costa, especialmente Guayas, muy por debajo de la tasa nacional. Por la población migratoria que esta provincia absorbe, por los problemas sociales de diverso orden que enfrenta, por las mejores condiciones ecológicas para el desarrollo del bacilo, solo se puede presumir que el subregistro es importante.

Evidentemente el “perfil” epidemiológico de la tuberculosis expresa un deterioro extenso de las condiciones de vida en el cual el hecho ecológico tiene un peso poco relevante.

El *paludismo* es otra “enfermedad tipo” que puede ser examinada como un problema geográficamente determinado, aunque esta determinación no es absoluta, porque la trama de causalidad incorpora otros factores; estancamiento de aguas, falta de medidas preventivas domiciliarias e, incluso, el carácter específico de la respuesta inmune individual.

Tal como se aprecia en el Gráf. No. 3, el repunte del paludismo es espectacular a partir de 1982, puesto que de ciento cincuenta y seis por cien mil habitantes, la tasa pasó a seiscientos ochenta y cinco por cien mil habitantes en 1987. La tasa más baja en los últimos dieciséis años fue la de 1974: ochenta y uno por cien mil habitantes. Son las provincias del litoral y las del oriente las más afectadas, lo que corrobora el hecho geográfico de la distribución; pero el repunte no es solo consecuencia de factores ecológicos. Si bien es verdad que el mosquito se ha tornado resistente, así como el parásito (especialmente *plasmodium falciparum*), no es menos cierto que hubo un deterioro de las actividades de prevención, particularmente del drenaje de reservorios, del rociamiento de viviendas con insecticidas y de la vigilancia epidemiológica. (2)

En suma, el paludismo muestra cuánto gravitan en la tendencia de una enfermedad ecológicamente limitada las medidas de salud pública. Dicho de otra manera, la determinación ecológica puede ser más o menos relevante según se modifiquen los factores que interactúan con el ambiente. Es difícil establecer cuánto influyeron las medidas preventivas anteriores a 1980 en el desarrollo de la resistencia anotada, pero hay una correlación indudable entre el abandono de las medidas preventivas y el repunte de la enfermedad. Por supuesto, ha de considerarse que los insecticidas pueden corregir la tendencia epidemiológica pero con repercusiones ecológicas peligrosas. En efecto, se trata de sustancias no bio-degradables que se acumulan en los organismos con efectos impredecibles a mediano y largo plazo. En consecuencia, mientras no se disponga de una medida más eficaz (vacuna, por ejemplo), debería examinarse si es más apropiado y factible un trabajo sistemático para drenar los reservorios.

La tifoidea es otra “enfermedad tipo” cuya frecuencia refleja apropiadamente el estado de la salud pública en un país. Conforme se observa en el Gráf. No. 4, la tasa de incidencia se elevó abrupta y sostenidamente a partir de 1984. En ese año la tasa fue de cincuenta y ocho por cien mil habitantes y en 1987 de ciento cuarenta por cien mil habitantes. En estudios anteriores (1) hemos referido que las infecciones gastroentéricas infantiles son más frecuentes en los polos urbanos que concentran poblaciones marginales que carecen de servicios básicos (agua potable y eliminación de excretas) por lo que, probablemente, la tifoidea tiene similar distribución. La tendencia es alarmante y pone en evidencia un agravamiento de las condiciones de salud en las mencionadas poblaciones. Son grupos cada vez más densos debido a la migración sostenida, que sobreviven en una trama de diversos riesgos entre los cuales sobresalen el hacinamiento, la inadecuada nutrición, la falta de servicios y la ignorancia acerca de estos mismos riesgos.

En esta línea de análisis conviene destacar que en los últimos 30 años la mortalidad

muestra una paulatina evolución de causas. Si bien todavía las enfermedades infecciosas conservan los primeros lugares, se aprecia un ascenso de otras causas como enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, accidentes y, de manera más llamativa los tumores malignos que, en conjunto, ocupan el segundo lugar entre las causas de muerte.

Ahora bien, resulta importante destacar que los tumores malignos más frecuentes en nuestro país, son el cáncer de cérvix y el cáncer de estómago, reconocidos generalmente como "cánceres de la pobreza". (3). El cáncer de estómago tiene relación con las condiciones de atraso y el cáncer de cérvix también responde a los procesos de empobrecimiento y a la promiscuidad sexual.

En resumen, si bien las causas de muerte en nuestro país muestran un mosaico en el que se entremezclan antiguas enfermedades infecciosas y patologías "modernas", las condiciones de vida de la población (que en los últimos años han sufrido deterioro) parecen explicar la presencia de unas y otras.

Esta aproximación a la situación de salud actual delimita problemas, aspectos de contexto e interrelaciones que deben examinarse.

Es obvio que en cuanto concierne a las madres embarazadas y a los niños recién nacidos hay déficit de atención institucional. Se conoce que hasta en los grandes centros urbanos el control adecuado del embarazo se extiende solamente al 40% de las mujeres gestantes, conforme lo hemos comunicado en otro estudio (4). La situación debe ser más grave en provincias y, especialmente, en las áreas rurales dispersas. La atención profesional del parto, aunque se ha incrementado en la última época, es todavía parcial y, por ello, el riesgo para los recién nacidos es importante, como lo revelan las tasas expuestas. Por cierto, al riesgo de muerte debe añadirse el riesgo que suponen para la calidad de vida a largo plazo los acontecimientos vinculados al nacimiento, si éste no tiene atención adecuada. Tales son: la asfixia al nacer, el trauma al nacer, el enfriamiento, la contaminación y, en estrecha interdependencia, la hipoglicemia, la ictericia y la infección. Estos acontecimientos pueden afectar las estructuras nerviosas con daños irreparables.

La falta de atención a esos grupos es solo un aspecto de un problema mayor: existe inadecuada atención institucional para los diferentes grupos poblacionales. Aquí circunscribimos este problema a las instituciones de atención médica y al rol que deben cumplir como tales. Informaciones recientes acerca de las "campañas de vacunación" muestran que, pese a la promoción, solo alcanzan al 60% de los niños susceptibles (5). Ello revela también una inextricable relación entre la capacidad de oferta institucional y los elementos culturales que, entre otros factores, configuran la "demanda" de las comunidades. Factores que deben considerarse para redefinir estas acciones.

Otro problema delimitado por este examen es el nutricional. Como se aprecia, la mala nutrición está asociada al mal crecimiento fetal, malas condiciones al nacer, riesgo durante la infancia y, en definitiva, durante el curso de toda la vida. Así lo evidencian las tasas de mortalidad expuestas y la incidencia de la tuberculosis. Sin embargo, es preciso distinguir aquellos aspectos que deben ser asumidos por las instituciones de salud, de aquellos que demandan una estrategia global y sostenida. En efecto, la aten-

ción de un niño con desnutrición grave y diversas complicaciones es un problema médico que debe ser resuelto en una institución de atención médica. La desnutrición de la población, en cambio, no es en estricto sentido un problema médico, pues su solución concierne a la sociedad en su conjunto.

El tercer gran problema que está en la base del panorama epidemiológico descrito es la falta de servicios básicos: agua potable y eliminación de excretas. La tasa creciente de tifoidea, especialmente en las ciudades, y las parasitosis intestinales, subrayan la gravedad de este problema. Evidentemente, la solución desborda los límites del quehacer médico y toca de lleno a la gestión estatal.

Acerca de estos tres grandes problemas haremos más adelante consideraciones detalladas para sustentar un conjunto de proposiciones que, a manera de Política de Salud, podría servir a las discusiones institucionales.

II Elementos estructurales de la gestión salud

El quehacer estatal relacionado con el cuidado de la salud ha sido confiado al Ministerio correspondiente, pero se despliega también a través de otras instituciones de carácter autónomo, aunque nominalmente enlazadas a través de organismos como el Consejo Nacional de Salud.

Proponemos una discusión acerca de los componentes de los sistemas institucionales que operan en el país, a fin de extraer grandes problemas que deberían ser abordados en el marco de una política general.

Unidades de Servicio

Son de distinta complejidad y están ubicadas en diferentes ámbitos geopolíticos (parroquia, cantón, cabecera provincial). Está implícita una concepción piramidal cuya base la conforman las unidades más simples y cuyo vértice está rematado por un gran hospital de especialidades. Así están instaladas las unidades del Ministerio de Salud Pública y del I.E.S.S., aunque no haya racionalización del sistema en las acciones mismas. Alrededor y entre estos dos sistemas se multiplican unidades de diversa complejidad, levantadas por otras instituciones públicas y privadas, casi siempre según decisiones intuitivas o de circunstancias. En el año 1983 el número de establecimientos de atención del Ministerio de Salud Pública y el I.E.S.S. era de 1669 y el de las demás instituciones públicas y privadas de 477, conforme datos del INEC (Cuadro No. 3). Se constituye así un mosaico de servicios inconexos que cumplen acciones de consultorio, frecuentemente rutinarias, sin referencia a plan o proyecto alguno. Aunque formalmente se proyectan a una comunidad, casi siempre forman un conglomerado impreciso, indeterminado y desconocido desde la perspectiva de las unidades e instituciones que operan en un espacio dado. Así, el seguimiento epidemiológico de la población no existe.

Los usuarios de los servicios acuden espontáneamente a uno u otro "dispensario", donde reciben atención puntual y cada acción es terminal, no se enlaza institucionalmente con otra anterior ni se proyecta prospectivamente. Los ejemplos son innumerables: así, madres embarazadas que han tenido controles prenatales en un establecimiento y

en otro dan a luz en un tercero, donde nada se conoce acerca de los controles previos, excepto lo que ha quedado en la memoria de la madre, memoria que frecuentemente confunde los hechos y, obviamente, no aporta información apropiada.

Además, la actividad dispensarial rompe la continuidad que existe entre lo comunitario y lo individual. Centrada en el "caso", pasa por alto las conocidas tramas de causalidad de las enfermedades, en las cuales el caso aislado suele ser solo una de las manifestaciones visibles e inmediatas de una cadena de transmisión. Esto ocurre con las enfermedades infectocontagiosas como la tuberculosis: el enfermo tiene un diagnóstico y es sometido a un plan de tratamiento; pero allí se agota la atención dispensarial, pues no estudia el círculo epidemiológico que rodea al caso, en el cual posiblemente estén otras personas afectadas con la misma enfermedad.

Estructura Física

En los últimos años se han instalado numerosas unidades de atención bajo diseños arquitectónicos modernos; hospitales especializados y generales que cuentan con instrumental avanzado. Esto supone una importante inversión y por lo mismo deben operar en condiciones idóneas de eficiencia. Mas son patentes algunos problemas. En primer lugar, la operación de equipos modernos requiere personal entrenado el cual no es suficiente en la actualidad. En segundo lugar, son necesarios programas de mantenimiento que garanticen la conservación y el funcionamiento de los equipos. Estos programas, aunque existen, adolecen de una falta crónica de recursos financieros para adquirir repuestos e insumos.

A dichos problemas se añade otro de mayor magnitud: la obsolescencia de los equipos, determinada por las fábricas que suspenden la producción de ciertos modelos para presionar el mercado. En tal situación, nuestros establecimientos quedan, a corto plazo, sin equipamiento apropiado y sin posibilidades de renovarlo.

La relación camas hospitalarias por habitantes se incrementó durante los últimos 15 años, especialmente en el período 1974-1980. En el año 1986 la relación fue de 1,78 camas/1000 habitantes. Correlativamente, los recursos financieros dedicados a la atención hospitalaria se incrementaron en términos absolutos, aunque la participación en el presupuesto estatal se ha mantenido más o menos constante. En el período 1982-1986, la participación del presupuesto destinado a salud varió de 7.6 a 6.8% con relación al Presupuesto General del Estado. (6) Ello sugiere que el aumento de camas no ha implicado una mejor calidad de atención, porque ésta se desenvuelve entre grandes limitaciones materiales.

A lo expuesto se añade que, frecuentemente, los pacientes internados tienen enfermedades crónicas y terminales que requieren estadías prolongadas, con lo cual la relación costo/beneficio es sumamente alta. Ha de señalarse también que son numerosos los pacientes con dolencias prevenibles que saturan los hospitales, especialmente pediátricos. Niños severamente desnutridos, con diversas complicaciones, deben permanecer largos períodos en los hospitales hasta superar la situación aguda y alcanzar una aceptable recuperación nutricional. La información disponible, según la cual en 1986 el promedio de estadía fue de 7.4 días (7), aceptable con relación a estándares internacionales, puede llevar a equívocos, puesto que el promedio oculta las estadías pro-

longadas así como las estadías brevísimas, que son frecuentes en los hospitales de maternidad, especialmente de Quito y Guayaquil, donde las madres permanecen 24 horas en condiciones de verdadera aglomeración que desborda la capacidad de internación.

Un examen de la utilización de la capacidad instalada ofrece un dato muy llamativo: en 1986 se había utilizado solo el 58.9% de dicha capacidad (7). Ello sugiere que hay una sobredemanda concentrada en ciertas unidades, generalmente las de mayor complejidad, y, correlativamente, una subutilización significativa de las demás unidades. Esta situación puede tener varias explicaciones: en primer lugar, como se ha señalado anteriormente, la dispersión de servicios al margen de un proyecto común y coherente impide aplicar normas de derivación de pacientes, de modo tal que los hospitales de alta complejidad atiendan las patologías que requieren cuidados especializados sin sobrecargarse de patologías que pueden y deben ser resueltas en las unidades más simples. En segundo lugar, es probable que las unidades de menor complejidad no dispongan de la capacidad operativa esperada, lo que obliga a la población a recurrir a las unidades más complejas que se suponen mejor dotadas. Además, es posible que operen factores de otro orden, como la ubicación inapropiada de los establecimientos, de modo que unidades de distinta complejidad comparten en estrecha vecindad una misma área de influencia, situación no infrecuente derivada de la multiplicación de unidades fuera de todo sistema.

Personal de Salud

En el año 1972 los Ministros de Salud de las Américas, suscribieron el Plan Decenal de Salud que, entre las varias metas expresadas, proponía lograr un índice de un médico por cada /1000 habitantes. Probablemente el índice se ha logrado en el Ecuador. El hecho de que un porcentaje importante de estos médicos esté concentrado en los polos urbanos de desarrollo y que otros no hayan sido absorbidos por las instituciones, permite suponer que ciertos planes se conciben sin un análisis adecuado de las características específicas de cada realidad y de sus proyecciones.

En contraste, la formación de otros recursos, como odontólogos, enfermeras, obstetrices, técnicos de operación y mantenimiento, ha proporcionado un número muy inferior a las expectativas del mismo Plan Decenal. De esta manera se establece una distorsión en el llamado "equipo de salud", puesto que éste no puede estructurarse y ha obligado a buscar soluciones con personal auxiliar y de las comunidades. Esto no ha restaurado la imagen del equipo ni ha permitido expandir la cobertura de atención con la eficacia deseada.

Los planes de atención primaria iniciados por diferentes instituciones en el país, han intentado corregir el déficit de cobertura, especialmente en relación a las actividades profilácticas y a la solución de patologías de simple manejo. Para ello han impulsado la capacitación intensiva de líderes comunitarios y han utilizado personal auxiliar. Pero, la patología prevalente y las causas de muerte que dominan el escenario no pueden ser corregidas satisfactoriamente por ese medio. Las variables sociales y biológicas que operan sobre nuestra población urbana y rural configuran situaciones de riesgo que son ampliamente extendidas y que hacen de cada situación individual un caso especial que amerita un manejo calificado. Así, por ejemplo, en países desarro-

llados una mujer embarazada de talla corta, peso bajo, escaso nivel educativo, baja situación socio-económica y con trabajo excesivo, es un caso de alto riesgo que debe ser controlado en un centro especializado. En nuestro país esas son las características que identifican a la gran mayoría de madres. El cuidado que cada una de ellas requiere, no puede ser asumido eficientemente por un recurso auxiliar. El ahorro que éste supone, según las consideraciones financieras, se pierde por los egresos que reclama la atención de conglomerados crecientes de mujeres y niños que muestran los efectos negativos de un cuidado inexperto y no calificado. Las tasas de mortalidad materna y de muerte precoz testimonian esta incongruencia.

Estas consideraciones hacen notoria la urgencia de estructurar equipos mínimos de salud, apropiadamente calificados, que operen bajo normas coherentes en áreas preestablecidas y que atiendan a los conglomerados de riesgo. Desde luego, ha de admitirse que tampoco los profesionales están adecuadamente preparados para actuar a través de criterios epidemiológicos de riesgo a nivel individual, familiar y comunitario.

Fármacos

La importancia del fármaco en el quehacer estatal de salud es indiscutible. Como se ha señalado el fármaco simboliza el modelo predominante de atención médica. Las diversas empresas internacionales radicadas en el país no han permitido visualizar la importancia de desarrollar una capacidad productiva autónoma en ciertas líneas críticas. El cuadro básico de medicamentos incluye aquellos de amplio consumo y que sirven para atender problemas prevalentes. Los programas de medicamentos baratos que se ejecutan en el país intentan ofrecer un servicio accesible a poblaciones de bajos ingresos, pero son programas recientes que aún no han alcanzado la regularidad necesaria ni la plenitud deseable. Persisten problemas relacionados con la adquisición, bodegaje y distribución. Una evaluación objetiva del impacto de estos programas requiere tiempo y parámetros de referencia bien elaborados. Sin embargo, vale la pena destacar que desde el inicio de estos programas en 1985, hasta el 31 de diciembre de 1987, el Ministerio de Salud Pública, mediante la Unidad Ejecutora de Medicamentos Genéricos, realizó adquisiciones por un valor aproximado de 1045 millones de sucres y planeaba realizar nuevas adquisiciones hasta julio del presente año por una cantidad similar. (8)

Sería conveniente examinar si la inversión para el desarrollo de nuestra capacidad endógena de producción compensaría el egreso que exige la importación de fármacos. En 1987 el subsidio del Estado a las empresas internacionales radicadas en el país, para importación de materia prima, ascendió a 5.146 millones de sucres, según carta enviada por el Ministerio de Industrias al Congreso Nacional en marzo del presente año. La cifra es muy importante, sobre todo si se considera que existe una diferencia muy llamativa entre los precios vigentes en el mercado internacional para algunas materias primas y el precio declarado por las firmas importadoras radicadas en el país que son beneficiarias del subsidio (cuadro No. 4). Los importadores han justificado esa diferencia al sostener que las casas matrices invierten grandes sumas para investigación, inversión que debe ser compensada en el precio de las materias primas. Así pues, el país, a través del subsidio y de las compras de medicamentos por el público —compras que ascendieron en el año 1987 a la interesante suma de 15.000 millones de sucres—

(9) contribuye al florecimiento de las empresas internacionales, sin que, en contrapartida, obtenga ningún beneficio en términos de transferencia tecnológica.

Biológicos y reactivos

El avance de la biomedicina implica un gran progreso tecnológico. El país, debería asegurar autonomía de producción creciente y diversificada para atender programas prioritarios de prevención y de diagnóstico.

Actualmente, el único laboratorio en el país que produce biológicos es el Instituto Nacional de Higiene Leopoldo Izquieta Pérez, radicado en la ciudad de Guayaquil. Las líneas industriales son:

- a. Vacunas contra difteria, tosferina y tétanos (DPT)
- b. Vacuna BCG líquida
- c. Vacuna antirábica
- d. Suero Antiofídico
- e. Vacuna antitífica

Solo la producción de vacunas DPT y antitífica es suficiente, las demás se producen en cantidades limitadas, lo que exige importaciones complementarias. El rango de producción es restringido pues no incluye otras vacunas que deben ser aplicadas mandatoriamente a poblaciones de riesgo, especialmente niños en el primer año de vida, tales como la vacuna antipoliomelítica y la vacuna antisarampionosa, para no citar otras que se administran regularmente en diferentes países, como la vacuna antirubeola y la vacuna contra la parotiditis. Esta realidad conspira contra los planes de inmunización, trunca su aplicación, desorienta a las comunidades y perturba la evaluación.

Basta señalar para ejemplo, que la última campaña masiva de vacunación canina antirábica se efectuó en el año 1985, lo que supone la posibilidad de un repunte epidémico con todos los riesgos que implica para la población humana.

Otra línea de alto interés es la que tiene que ver con la producción de reactivos para diagnóstico. El gasto estatal que demanda la adquisición de antisueros, enzimas, sustratos, anticuerpos monoclonales, medios de cultivo, colorantes y diversos químicos, es impresionante. Solo la importación de antisueros significó para América Latina un egreso aproximado de 600 millones de dólares en 1985 (10). No se dispone de información acerca del gasto realizado por nuestro país en este rubro, pero sí se puede afirmar que la dificultad para ofrecer servicios regulares de diagnóstico en los laboratorios hospitalarios es evidente y se relaciona con problemas financieros para adquirir los insumos mencionados.

No existe en el país ningún programa que apunte al desarrollo de estas líneas industriales biotecnológicas.

Participación comunitaria

Algunas iniciativas institucionales se han aplicado en el país con la intención de procurar una participación de la comunidad en el control de la situación de salud. Han

sido experiencias dispersas, no sostenidas y financiadas notablemente por organizaciones internacionales, públicas y privadas. Entre esas experiencias cabe destacar el programa de promotores de salud para zonas rurales marginales ejecutadas por el Ministerio de Salud con financiamiento del Banco Central del Ecuador a través de FODERUMA y de UNICEF. En lo esencial, se intentaba organizar a la comunidad rural para que asumiera una preocupación por los problemas de salud y desarrollar en ella una capacidad de autocontrol que le permitiera identificar situaciones críticas susceptibles de solución con sus propios recursos. Se esperaba, además, que la comunidad organizada pudiera demandar con mayor persistencia la atención de los servicios formales de salud, que de acuerdo con cifras de entonces, tenían bajo rendimiento.

Otro esfuerzo de organización fue realizado por el mismo Ministerio de Salud con las parteras empíricas rurales a quienes se entrenó de manera intensiva y se les proporcionó implementos para que pudieran realizar la atención del parto y del recién nacido.

En los últimos años se han realizado programas para introducir promotores de salud en las áreas urbano-marginales, especialmente de la ciudad de Guayaquil, quienes deberían ser elementos suscitadores de nuevas actitudes hacia prácticas de salud pública básicas (manejo de basuras, eliminación de excretas, tratamiento de agua y vacunaciones).

En la práctica, el objetivo de que la comunidad organizada participara activamente en las soluciones de sus problemas de salud se circunscribió paulatinamente al estrecho campo de las tareas que algunos individuos de la comunidad cumplían, por expresa y unilateral decisión del sistema formal de salud. En algunas ocasiones el peso de las tareas asignadas al líder, convertido en promotor de salud, era tal que el sistema formal se veía obligado a reconocer un salario, muchas veces disimulado bajo denominaciones como "aporte a la comunidad". Finalmente, algunos de estos líderes pasaron a pertenecer abiertamente a los servicios de atención estatal.

Es probable que las nacientes organizaciones comunitarias se extinguieran tempranamente porque se pretendió que asumieran actividades que desbordaban su capacidad efectiva de acción y de compromiso. Ha de considerarse que son conglomerados agobiados por la urgencia de subsistir, lo que les exige multiplicarse en diversos oficios y tareas y supone una sobrecarga de esfuerzos y tensiones cotidianas. Todo ello estrecha severamente la posibilidad de que puedan disponer de pausas para reflexiones y orientaciones acerca de bienes no tangibles como la salud. La situación se vuelve insostenible si además se pretende que las comunidades aporten trabajo, materiales y otros elementos para levantar centros de salud, áreas recreacionales, etc.

Desde luego, ha de reconocerse que la demanda de servicios se ha incrementado en el país; pero no podría presumirse que es resultado de la actividad de tales promotores, más bien podría ser la consecuencia del progreso de las comunicaciones y de la movilización social acentuada en los últimos años a través de corrientes migratorias y de la expansión del comercio, todo lo cual configura una trama de mensajes que cambian de manera paulatina el modo de vida de las comunidades.

La expansión de la demanda es correlativa al estrechamiento de los espacios donde perviven formas de práctica tradicional. Los propósitos de incorporar aspectos válidos

de dicha práctica al ejercicio de la medicina estatal no han pasado de meras declaraciones o, a lo más, de estudios que no han sido recuperados para definir un verdadero proyecto de interacción

III. Una política nacional de salud definida en función de grandes problemas nacionales

Del examen anterior surge una política implícita que apunta a lograr la *sobrevivencia de los individuos*, especialmente de aquellos que pertenecen a grupos de riesgo. Los programas más representativos de esta política son la rehidratación oral para niños con enfermedad diarreica aguda, las inmunizaciones y el acceso amplio a medicamentos, especialmente aquellos útiles para combatir las enfermedades respiratorias infecciosas.

Evidencian el mencionado impacto algunos hechos ya comentados, particularmente la disminución de la mortalidad postneonatal (niños desde un mes hasta un año de edad). Pero el objetivo de esta estrategia parece haber alcanzado su límite, según puede colegirse del estancamiento de la tasa en los dos últimos años. En contraste, la mortalidad precoz (durante la primera semana de vida) ha repuntado en los mismos últimos años, lo cual demuestra que la estrategia de sobrevivencia no logra resultados cuando las causas de muerte están íntimamente entrelazadas con las condiciones de vida.

Además, cabe subrayar que el logro de la sobrevivencia puede ser nada más que un éxito estadístico puntual porque nada dice acerca de la proyección de los sobrevivientes. Por lo tanto, la primera definición que cabe al establecer una Política Nacional de Salud es precisar si ésta busca exclusivamente mejorar la sobrevivencia o si se propone también incidir en algunas situaciones críticas de las condiciones de vida.

A la luz de la exposición y de la discusión precedentes hay tres grandes situaciones críticas: la desnutrición, la falta de saneamiento ambiental y la insuficiente cobertura de servicios de salud. Enfrentar estas situaciones a través de planes coherentes y unificadores es establecer una política de salud en función de grandes problemas nacionales.

El cuadro siguiente intenta visualizar cómo influye la corrección de los problemas críticos en la morbilidad y en la mortalidad. Puede notarse que las acciones de los servicios de salud no tienen verdadero impacto en las condiciones de vida; por lo mismo influyen poco en la disminución de la morbilidad y pueden lograr, si son eficientes, una corrección significativa, pero de saturación previsible, de la mortalidad. Por el contrario, la nutrición adecuada y el saneamiento ambiental mejoran sensiblemente las condiciones de vida y, por ello, disminuyen notablemente la morbilidad y la mortalidad.

Nutrición

En cuanto a la nutrición, una opción que ya ha sido ensayada sería la de entregar una cuota complementaria a grupos de riesgo.

Si se pretendiera vigorizarla, caben algunas preguntas:

- ¿Con qué fondos se financiarían los programas?
- ¿De dónde se obtendrán los alimentos?
- ¿Cuáles son los grupos de riesgo?
- ¿Cómo se organizará la distribución?
- ¿Cómo se asegurará que los alimentos sean efectivamente consumidos por las personas en riesgo?
- ¿Cómo se realizará el seguimiento de los beneficiarios para evaluar el impacto de las acciones?

Ambito de alcance de las acciones para enfrentar problemas críticos			
Condiciones de vida		Sobrevivencia	
Nutrición adecuada.	Impacto muy importante en la calidad de vida.	Disminución de la morbilidad.	Corrige la mortalidad.
Sanearamiento suficiente.	Impacto importante en la calidad de vida.	Disminución de la morbilidad.	Corrige la mortalidad.
Servicios de salud eficientes	Impacto mínimo en la calidad de vida.	Disminución poco significativa de la morbilidad.	Corrige la mortalidad. (Saturación previsible).

Las dos primeras preguntas tocan de lleno las decisiones estatales acerca del gasto social. La historia de América Latina demuestra que en períodos de crisis las restricciones más severas se dan en el ámbito del gasto social.

En cuanto a establecer los grupos de riesgo, parecería lógico decir que son las madres embarazadas y los niños menores de 4 años, porque hasta esa edad avanzan procesos cruciales de crecimiento y maduración cerebrales, aunque no concluyen.

Si se superan todos los problemas administrativos, logísticos y financieros para lograr una aceptable distribución, queda por resolver el componente más decisivo de estos programas, esto es, que los alimentos ofrecidos sean efectivamente consumidos por las personas en riesgo. Puesto que la alimentación es una práctica social de consumo, son algunos los factores que se combinan para determinar sus características. Entre ellos, la prioridad que se asigna a los individuos en las relaciones familiares o de grupo. En hogares pobres la cuota de "privilegio" suele ir hacia el padre de familia. Esta aparente incoherencia, en la cual la ignorancia probablemente juegue un papel, podría expresar una lógica de supervivencia común en la preferente atención que recibe quien sostiene a la familia.

Estas consideraciones ponen en duda la validez de esta opción, la cual por lo demás ha tenido ya pruebas en los ensayos mencionados. Uno de ellos es el Programa de Asistencia Alimentaria Materno-Infantil del Ministerio de Salud Pública.

La desnutrición en el Ecuador reconoce dos situaciones estructurales: la restringida disponibilidad de alimentos, como consecuencia de una reducción de las áreas dedi-

cadras al cultivo de productos de consumo masivo, y la limitada capacidad adquisitiva de la población. Si se postula que un incremento global de la producción podría corregir el problema, no pueden pasarse por alto las distorsiones que hoy prevalecen: los productos agroindustriales (lácteos, cárnicos y aceites, principalmente) y para la exportación han expandido sus fronteras en detrimento de las áreas donde se producen alimentos básicos (arroz, maíz suave, fréjol, papa, cebada, chochos, hortalizas). Sin embargo, un porcentaje significativo de los alimentos básicos es aportado por unidades agrícolas pequeñas. Así, las unidades menores de 5 hectáreas han producido en los últimos años el 52% del maíz suave, el 34% del arroz y el 47% de la cebada. En unidades agrícolas menores de 10 hectáreas se ha producido el 50% del trigo y el 52% del fréjol (11).

Si se pretende corregir esa distorsión debería apoyarse vigorosamente el desarrollo de la productividad en las áreas pequeñas, lo cual supone la apertura de créditos y adecuada asesoría. Entre 1970 y 1980 el crédito bancario nacional para el sector agropecuario fue de 56 mil millones de sucres; pero de este total casi el 70% correspondió a créditos superiores a 100.000 sucres. En buenas cuentas, las unidades agrarias menores estuvieron prácticamente excluidas del crédito bancario (11). Allí donde sea posible debe promoverse la organización de cooperativas que permitan mayor rendimiento.

Proponemos constituir la Reserva Alimentaria Nacional, para lo cual la producción de alimentos básicos debería ser adquirida por los organismos estatales de comercialización (ENAC, ENPROVIT) directamente, a precios apropiados, para que el pequeño agricultor tenga incentivos, pueda atender las obligaciones derivadas de los créditos y para evitar que la producción sea presa de las cadenas de intermediarios. La defensa de esta Reserva Alimentaria Nacional debería ser la más alta prioridad de la gestión estatal. Esa defensa consistiría en asegurar una adecuada disponibilidad de los alimentos básicos y precios razonablemente estables.

Lograr una adecuada disponibilidad, a más de producción suficiente, reclama una definición política con relación a las exportaciones. Los alimentos básicos solo deberían exportarse cuando haya excedentes reales. Si no hay excedentes, la estructura de precios debería salvaguardarse aun cuando eso suponga la erogación de subsidios estatales.

Estos subsidios se justifican porque estarían destinados a enfrentar la situación social que afecta más gravemente el desarrollo nacional.

No cabe extenderse respecto a las ventajas nutricionales de los alimentos básicos. Hay suficientes y calificadas publicaciones que enfatizan el gran beneficio que tiene un consumo equilibrado de cereales como el arroz, el maíz y la cebada, con leguminosas como el fréjol y el chocho.

En torno a esta reserva alimentaria nacional, eje de un plan de nutrición, deben desarrollarse otras acciones de apoyo, que podrían ser desplegadas por el Frente Social y la empresa privada.

En el cuadro siguiente se sugieren diversas acciones que pueden tener impacto en las esferas del consumo y de la producción. Asimismo, se esbozan las modalidades de in-

Actividades interinstitucionales de apoyo a la constitución y aprovechamiento de la reserva alimentaria nacional

ACTIVIDADES EDUCATIVAS	CONSUMO	Mantenimiento de la lactancia materna. _____	Ministerio de Salud.
		Consumo de nutrientes básicos. _____	Ministerio de Educación. Empresa privada (radio, TV, prensa).
	PRODUCCION	Mejoramiento de técnicas para cultivo. _____	Ministerio de Agricultura. Ministerio de Educación. Empresa privada (radio, TV, prensa).
ASESORIA TECNICA DIRECTA	PRODUCCION	Incremento de la productividad. _____	Ministerio de Agricultura, INERHI.
RACIONALIZACION DE LA ACTIVIDAD AGRICOLA ESTATAL	PRODUCCION	Incorporar tierras estatales a la producción básica para acrecentar la Reserva Alimentaria Nacional. _____	Ministerios e Instituciones Públicas que poseen tierras.
INVESTIGACION	CONSUMO	Estudio de patrones culturales y hábitos de alimentación. _____	Ministerio de Educación, Universidades.
		Evaluación periódica de la situación nutricional general y regional. _____	Ministerio de Salud.
	PRODUCCION	Incorporación de nuevas variedades. _____ Mejoramiento de cepas (biotecnología).	Facultades de Agronomía, INIAP, CONADE, CONACYT.
OFERTA COMPLEMENTARIA	CONSUMO	Distribución de las donaciones. _____ Apertura de líneas específicas para atender problemas carenciales (hierro, yodo, calcio, etc.).	Ministerio de Salud.

teracción institucional para llevarlas a cabo. Debe subrayarse que todas son acciones de apoyo a la principal que se ha propuesto. Como se aprecia, el programa tradicional de oferta complementaria no es desechado pero se lo incorpora en su justa trascendencia. Es más, se considera importante abrir o consolidar líneas de oferta complementaria para atender problemas carenciales específicos relacionados con oligoelementos, tales como la entrega de hierro a madres embarazadas, de yodo a grupos de zonas endémicas, de calcio también a madres embarazadas, etc.

Saneamiento ambiental

Las obras de saneamiento ambiental básicas que deben realizarse se relacionan con la provisión de agua potable y la eliminación de desechos (excretas y basuras). Debe admitirse que algún progreso se ha logrado en estos aspectos en los últimos 10 años. A este propósito ha servido la creación del Fondo Nacional de Saneamiento Ambiental administrado por el Ministerio de Salud Pública, a pesar que ha sido relativamente pequeño.

Obras de salubridad han sido y son ejecutadas por diferentes instituciones y organismos, principalmente los Municipios, los Consejos Provinciales, el I.E.O.S., el Ministerio de Obras Públicas y las Unidades Ejecutoras.

Numerosos conglomerados urbanos y un alto porcentaje de la población dispersa carecen todavía de estos servicios. Una Política Nacional de Salud debería atender este problema mediante una estrategia que comprenda dos aspectos fundamentales.

- a. Integración de los esfuerzos y recursos de todas las instituciones que ejecutan obras de salubridad en el país. Para ello deberían definir conjuntamente un PLAN NACIONAL DE SANEAMIENTO AMBIENTAL del cual emanen las acciones específicas que a cada institución le corresponde realizar en su ámbito de influencia.
- b. La definición de dicho plan debería establecer prioridades. El criterio primordial sería el de atender a las poblaciones más concentradas. La atención a la población dispersa debería consistir, principalmente, en orientaciones educativas para el tratamiento de agua, eliminación de excretas y modificación de prácticas inconvenientes (manejo de basuras, higiene personal, etc.)

Política de servicios de salud

Reconocido el hecho de que el principal impacto de los servicios de salud reside en la protección frente a determinadas enfermedades y en la reducción de la mortalidad mediante acciones curativas, una Política Nacional de Salud que busque la mayor efectividad de los servicios deberá tomar en cuenta los siguientes elementos fundamentales:

1. Establecimiento muy claro de prioridades: los datos estadísticos demuestran que las enfermedades infecciosas de la infancia, las afecciones perinatales, la tuberculosis, los tumores malignos y algunos problemas relacionados con el sistema circulatorio

están causando la mayor proporción de muertes en nuestro país. Estas entidades patológicas deben ser objeto de la mayor preocupación por parte de un sistema organizado de servicios.

2. Redefinición de la atención de acuerdo con los dos siguientes elementos:

2.1 Eficacia de la atención frente a las enfermedades: la terapia de rehidratación oral frente a los problemas diarreicos, las vacunaciones frente a las enfermedades inmuno-prevenibles, el suministro de antibióticos frente a las infecciones infantiles y la detección oportuna del cáncer cérvico-uterino, son medidas eficaces para evitar la enfermedad o la muerte en ciertos grupos. Pero en lo que se refiere a otros problemas, las acciones que están en marcha o se han ensayado tienen una eficacia muy discutible, lo que exige una redefinición de las mismas. Así, la prevención de la mortalidad en los primeros 7 días de vida, el control del embarazo y la atención del parto en el marco de la atención primaria de salud no tienen la calidad adecuada para corregir las situaciones de riesgo que operan sobre la unidad madre-feto.

2.2 Acción sobre los grupos de riesgo: los servicios de salud no deben brindarse como conjunto de acciones que operan sobre conglomerados humanos supuestamente homogéneos en cuanto a su patología. Existen dentro de la sociedad grupos más vulnerables que otros frente a las enfermedades y una política de salud debe establecer claramente las formas para identificarlos y proveerlos de servicios adecuados. Hay suficiente documentación que demuestra que los grupos de población más vulnerable se ubican en las zonas marginales de las grandes ciudades y en las zonas rurales.

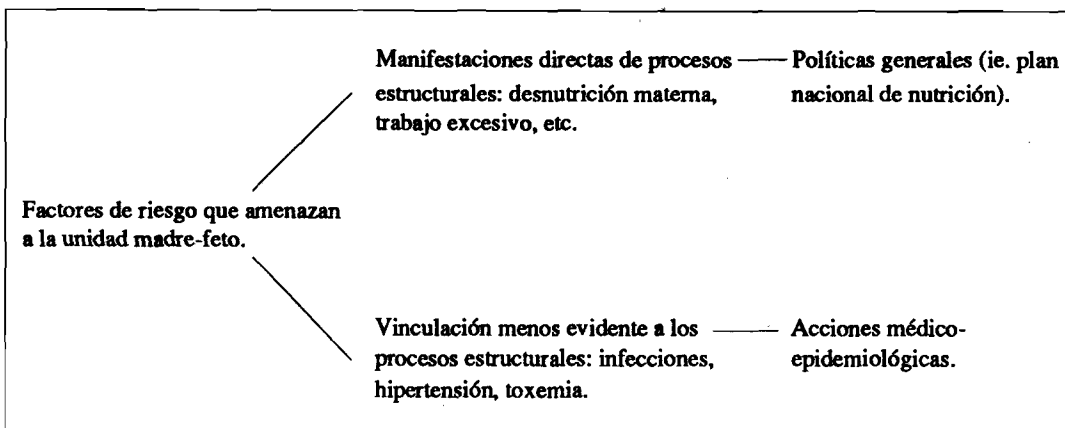
Para el desarrollo de actividades *preventivas* dirigidas a los grupos de riesgo, proponemos la constitución del Sistema Único de Salud para la Prevención. Dicho sistema debe orientar sus acciones a los grupos que, a la luz de la información examinada, son los de mayor relevancia:

a. Madres embarazadas:

Se trata de una población sometida a diversos riesgos. Algunos emergen de los procesos estructurales de la sociedad y su corrección rebasa el ámbito de los servicios de salud. Por ejemplo, la desnutrición (madres de talla corta y peso bajo), el exceso de trabajo, la desorganización del hogar. Otros, aunque ligados a los procesos estructurales, pueden modificarse a través de servicios médico-epidemiológicos, como las infecciones, la toxemia y ciertos problemas carenciales específicos.

En términos generales, en este espectro de factores, podría decirse que grupos importantes de madres ecuatorianas tienen embarazos de alto riesgo, esto es, comportan peligro para la sobrevivencia y el bienestar de la madre y del niño. El repunte de la mortalidad perinatal en los dos últimos años así lo sugiere. Parece evidente, además, que la deficiente cobertura de atención a este grupo contribuye a explicar dicho repunte.

Para atender a este grupo, las unidades de servicio más simples deberían disponer de una dotación mínima de instrumental, reactivos e insumos que les permita detectar la hipertensión, la toxemia, el retraso del crecimiento fetal y las infecciones más comunes (sífilis, infección urinaria).



Como parte de un proyecto coherente de desarrollo que permita hacer cada vez más óptima la cobertura para este grupo tan vulnerable, debería investigarse en áreas seleccionadas la frecuencia de toxoplasmosis, infección por citomegalovirus y herpes virus, a fin de establecer cuán necesaria sería la incorporación de técnicas para detectar estas infecciones en los programas de seguimiento epidemiológico. Puesto que son infecciones relativamente benignas, y a veces hasta silenciosas para la madre, pero de severo impacto sobre el feto, la detección oportuna sería muy valiosa para atenuar dicho impacto y tomar las previsiones necesarias a fin de reducir las repercusiones a largo plazo.

Obviamente, la atención institucional del parto debería también estar respaldada por una dotación mínima de instrumental, a fin de prevenir y/o atender los problemas perinatales más comunes y de más grave repercusión (asfixia al nacer, trauma al nacer, enfriamiento, hipoglicemia).

b. Población menor de 4 años:

En este grupo la mala alimentación es la principal amenaza a su calidad de vida y sobrevivencia. Es un riesgo que surge de los procesos estructurales básicos. Modificarlo es un desafío imperativo si se aspira a un desarrollo nacional bien sustentado. Mejorar la nutrición de este grupo es una meta que depende de cuánto se pueda hacer para mejorar la alimentación de toda la población. Para ello se sugiere constituir la Reserva Alimentaria Nacional.

Otros riesgos que deterioran la calidad de vida y amenazan la sobrevivencia son las infecciones inmunoprevenibles, la enfermedad diarreica y las infecciones respiratorias. Los programas en marcha para enfrentarlos deben ser reforzados. Es imprescindible que en cada área de influencia las unidades básicas de servicio realicen las siguientes actividades:

- Seguimiento continuo de las inmunizaciones.
- Control del crecimiento y desarrollo.
- Detección y manejo oportuno de las infecciones.
- Defensa de la lactancia materna.
- Oferta complementaria (especialmente para carenciales) en casos críticos.

c. Otros grupos:

Las mujeres en edad fértil requieren seguimiento regular y sistemático para la detección oportuna del cáncer cérvico-uterino, asociado a importante mortalidad. Para ello es preciso diseñar un programa de alcance comunitario que opere a través de las unidades básicas de salud.

Programas de detección precoz del cáncer de estómago pueden implantarse de manera progresiva a medida que el país disponga de mejor información acerca de zonas de riesgo. Para conseguir esta información se precisa colaboración y coordinación apropiadas entre SOLCA y otras instituciones que actualmente investigan este problema, entre ellas el I.E.S.S.

El Sistema Unico de Salud para la Prevención que se propone como marco para las acciones de salud dirigidas a los grupos de riesgo, sería una modalidad de integración institucional para enfrentar los retos que suponen dichas acciones. Dicha integración debe concretarse en los planos operativo y formal.

En el *plano operativo*, las unidades básicas de servicio deberían establecer en su área de influencia el *perfil de población en riesgo*, esto es, en una adecuada delimitación geográfica debe realizarse el catastro de la población, para identificar a las madres embarazadas, a los niños menores de 4 años y a las mujeres en edad fértil.

El cuidado de esta población, dentro de los lineamientos sugeridos, reclama una interacción permanente entre las unidades de servicio y las comunidades. Para lograr esta interacción debe diseñarse un plan de seguimiento a través de la consulta y de visitas domiciliarias a fin de valorar el riesgo de manera regular y sistemática, y tomar las medidas pertinentes.

El establecimiento del perfil y el seguimiento propuesto son operaciones de campo y de consultorio que deben ser asumidas por un grupo de profesionales y de personal auxiliar en trabajo conjunto. En las áreas donde existen unidades de servicio de dos o más instituciones, este trabajo deberá ser asumido mediante acciones integradas y coordinadas. Donde exista una sola unidad básica ésta asumirá las actividades preventivo-epidemiológicas para proteger a los grupos en riesgo, independientemente de cual sea la institución a la que dicha unidad pertenece.

En el *plano formal* esta integración se concretará a través de acuerdos o convenios de carácter amplio entre las instituciones. Actualmente un convenio entre el Ministerio de Salud Pública y el IESS regula la prestación de servicios para los derecho-habientes de ambas instituciones, cuando los pacientes de una requieren ser atendidos por la otra. Convenios como éste deberían ser perfeccionados para auspiciar la integración operativa de las unidades básicas a fin de concretar la vigencia del Sistema Unico de Salud para la Prevención que hemos planteado. Estos acuerdos formales requerirán procedimientos de compensación financiera que en algunos casos, resultarían más convenientes que establecer y mantener un servicio para una reducida población derecho-habiente, cuando se puede utilizar la capacidad ya instalada por otra institución.

Los acuerdos formales para implementar el Sistema Unico de Atención para la Prevención deberán incorporar otros aspectos, a más del financiero, que definan las características de la acción conjunta. Ellos podrían ser la normatización de procesos administrativos y técnicos, métodos de diagnóstico, formas de tratamiento, procedimientos de control de enfermedades y sistemas de información.

En resumen, este Sistema se constituye para atender las siguientes prioridades:

- a. El control de campo y de consultorio para la madre embarazada.
- b. El control de campo y de consultorio del niño menor de 4 años.
- c. La detección oportuna del cáncer cérvico-uterino.
- d. La detección precoz del cáncer gástrico en zonas de riesgo.
- e. La prevención de enfermedades geográficamente limitadas (malaria, oncocercosis, chagas, leishmaniasis, cisticercosis).

Los problemas individuales que rebasen la capacidad de acción del Sistema Unico de Salud para la Prevención, serán derivados a los centros y hospitales especializados según la pertenencia institucional del paciente.

Puesto que no parece factible a corto plazo la organización de un Sistema Unico de Salud que incluya a las unidades intermedias y especializadas, deberán, sin embargo, establecerse líneas de cooperación entre las instituciones. Estas líneas podrían servir para:

- a. Racionalizar la expansión de la capacidad instalada conforme a criterios de prioridad que consideren el óptimo aprovechamiento de las unidades que ya están en operación.
- b. Realizar la prospección de los recursos profesionales necesarios conforme a los planes de expansión institucional, para establecer una adecuada coordinación con las universidades.
- c. Atender casos individuales que requieren de atención especializada.
- d. Conformar centros tecnológicos de diagnóstico y/o tratamiento, de alcance multi-institucional (TAC, trasplantes, pruebas inmunológicas especiales, diagnóstico y consejos genéticos, etc.)
- e. Sumar recursos para constituir centros de entrenamiento, producción e innovación tecnológica, especialmente en lo que tiene que ver con mantenimiento y renovación de equipos.
- f. Sumar recursos para constituir y desarrollar centros de investigación y producción biotecnológica.
- g. Sumar recursos para organizar y llevar adelante la producción nacional de fármacos.

Investigación y producción tecnológica en áreas estratégicas

Una Política Nacional de Salud definida en función de los grandes problemas nacionales debe promover vigorosa y sostenidamente el desarrollo de la capacidad endógena para generar e innovar bienes y procedimientos tecnológicos que aseguren la expansión y el perfeccionamiento de los servicios. Las áreas estratégicas, según se ha delineado en este mismo documento, son la producción de fármacos, la producción de biológicos y reactivos y el mantenimiento de equipos.

Para atender los retos científico-técnicos en esas áreas es preciso definir un conjunto de objetivos que podrían ser los siguientes:

- a. Organizar y poner en marcha la industria nacional de fármacos.
- b. Lograr autosuficiencia nacional en la producción de biológicos y reactivos para, en una primera etapa, atender los requerimientos del Sistema Único de Salud para la Prevención.
- c. Organizar y poner en marcha el Centro Nacional de Mantenimiento e Innovación Técnica, orientado a capacitar recursos y a desarrollar una industria nacional de componentes renovables para equipos.

Estos son objetivos a largo plazo que demandan una gran movilización nacional, en la que deben participar tanto las instituciones estatales como las universidades y la empresa privada. En un primer momento es preciso estudiar en profundidad la factibilidad y proyecciones financieras, a fin de trazar líneas de crecimiento gradual.

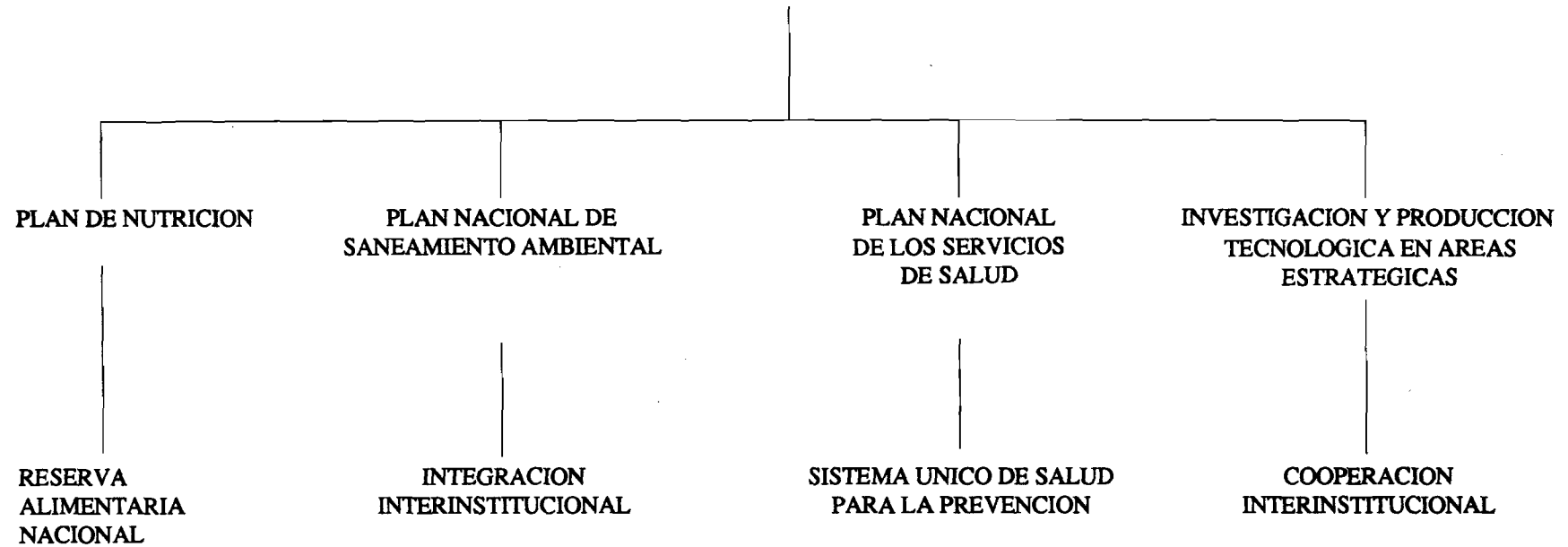
AGRADECIMIENTO

Los autores expresan su reconocimiento al Economista Alfredo Mancero Samán por su actividad suscitadora y a los doctores Hugo Noboa, Francisco Correa, Wilson Célleri y José Guevara A., por la información y comentarios valiosos aportados. Asimismo, a la señorita Adriana Carvajal Armas, Estadística de la División de Enfermedades Transmisibles del Ministerio de Salud Pública, por proporcionar los gráficos de enfermedades que aparecen en este documento.

Bibliografía

1. Sempértegui, F., et. al.: *El Crecimiento de los Niños en la Provincia de Pichincha*, Universidad Central, Facultad de Ciencias Médicas, Quito, 1985.
2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador: *Boletín Epidemiológico* (Narváez, A. y Sempértegui, R., eds.), N° 13, 1986.
3. Noboa, H., et al.: *Enfermedades Crónicas en el Ecuador*. En: *Boletín Epidemiológico*, Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Ed. Esp. N° 2, 1986.
4. Espin, V.H., et. al.: *Control Prenatal y Peso del Recién Nacido*. En: *Crecimiento Intrauterino en Quito*, CONACYT-Facultad de Ciencias Médicas, 1984.
5. Ministerio de Salud Pública, Dirección de Fomento y Protección, *Evaluaciones Internas*.
6. Suárez, J., et. al.: *La situación de la Salud en el Ecuador 1962-1985*, Ministerio de Salud Pública, Quito, 1987.
7. I.N.E.C.: *Encuesta Anual de Recursos y Actividades de Salud*, Quito, 1986.
8. Ministerio de Salud Pública del Ecuador: *Informe de Labores del Ministerio de Salud Pública*, período 1984-1988, Quito, 1988.
9. *Análisis Semanal*, No. 9, Marzo 4, 1988.
10. Instituto de Cooperación Iberoamericana. *Programa de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo*. V Centenario (CYTED-D). Madrid (España).
11. Jara, C.: *El Modelo de Modernización y la Crisis del Agro*. En: Ecuador Agrario. Ensayos de Interpretación. Editorial El conejo, Quito, 1984, pp. 68.
12. Naranjo, P.: *Desnutrición: Problemas y Soluciones*. Unidad Editorial del IESS, Quito, 1985.

POLITICA NACIONAL DE SALUD



Cuadro No. 1
Mortalidad general, mortalidad infantil y mortalidad materna
Ecuador 1961-1986

Años	Mortalidad general		Mortalidad infantil		Mortalidad materna	
	Número	Tasa x 1.000 hab.	Número	Tasa x 1.000 N.V.	Número	Tasa x 1.000 N.V.
1961	58.166	12.8	20.058	96.2	574	2.8
1962	60.082	12.8	20.710	95.9	522	2.4
1963	61.129	12.6	21.298	94.6	587	2.6
1964	58.989	11.8	20.610	94.1	519	2.4
1965	60.202	11.7	21.056	93.0	583	2.6
1966	59.618	11.2	19.977	90.4	546	2.5
1967	58.317	10.6	19.425	87.3	576	2.6
1968	61.697	10.9	19.440	86.1	540	2.4
1969	64.472	11.0	20.076	91.0	513	2.3
1970	60.495	10.0	17.633	76.6	529	2.3
1971	63.906	10.2	19.119	78.5	495	2.0
1972	67.837	10.5	19.899	81.9	486	2.0
1973	65.867	9.9	18.527	75.8	471	1.9
1974	64.278	9.4	17.161	70.2	498	2.0
1975	55.053	7.8	14.559	60.0	513	2.1
1976	60.669	8.4	16.389	64.9	475	1.9
1977	59.160	7.9	15.849	63.0	444	1.8
1978	56.601	7.4	14.832	56.6	498	1.9
1979	59.951	7.6	15.845	59.3	424	1.6
1980	57.020	7.0	14.261	54.3	426	1.6
1981	54.910	6.6	13.402	50.6	443	1.7
1982	53.009	6.2	13.101	50.0	394	1.5
1983	52.202	6.2	12.694	50.0	413	1.6
1984	53.118	5.8	11.161	43.4	384	1.5
1985	51.134	5.5	10.615	40.5	397 (b)	1.5
1986	50.057	5.3	10.372	50.4	330	1.6

Fuente: Estadísticas vitales.

(b) con los datos de 1987 se ajustará la tasa de 1986.

Elaboración: Curso Internacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.

Cuadro No. 2
Mortalidad: neonatal precoz, neonatal, postneonatal e infantil
Ecuador, 1980 - 1986

Años	Neonatal precoz (-7 días)	Neonatal	Postneonatal 1-11 meses	Total infantil
	Tasa	Tasa	Tasa	Tasa
1980	9.3	18.0	36.3	54.3
1981	9.6	17.2	33.4	50.6
1982	9.2	16.6	33.4	50.0
1983	9.8	17.4	32.6	50.0
1984	9.4	16.0	27.5	43.4
1985	10.2	16.1	24.3	40.5
1986	12.4	19.6	30.7	50.4

Tasa x 1.000 nacidos vivos.

Fuente: Estadísticas Vitales (INEC).

Elaboración: División Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles.

Cuadro No. 3
Número de establecimientos de salud por institución
1970-1983

Años	SECTOR PUBLICO						SECTOR PRIVADO			
	M.S.P.	I.E.S.S.	Ministerio de Defensa	Policía y Municip.	Otras instituciones	Total sector público	Con fines de lucro	Sin fines de lucro	Total sector privado	Total establecimientos
1970	160	95	10	53	188	506	93	26	119	625
1971	192	44	10	56	247	549	84	12	96	645
1972	352	108	11	38	105	614	99	19	118	732
1973	397	145	11	37	112	702	102	19	121	823
1974	464	187	24	41	87	803	105	20	125	928
1975	556	184	44	54	115	953	103	61	164	1.117
1976	545	204	71	72	155	1.047	102	107	203	1.250
1977	634	201	70	64	104	1.073	102	102	204	1.277
1978	784	205	71	53	165	1.278	413	96	209	1.487
1979	883	260	82	60	171	1.456	116	89	205	1.661
1980	961	359	86	58	86	1.550	122	94	216	1.766
1981	1.014	391	77	60	87	1.629	134	94	228	1.857
1982	1.121	412	81	61	95	1.770	146	94	240	2.010
1983	1.151	518	85	53	85	1.892	158	96	254	2.146

Fuente: INEC. Encuesta Anual de Recursos y Atenciones de Salud (1970-1971).

INEC. Encuesta Anual de Recursos y Actividades de Salud (1972-1982).

Elaboración: Equipo de Investigación.

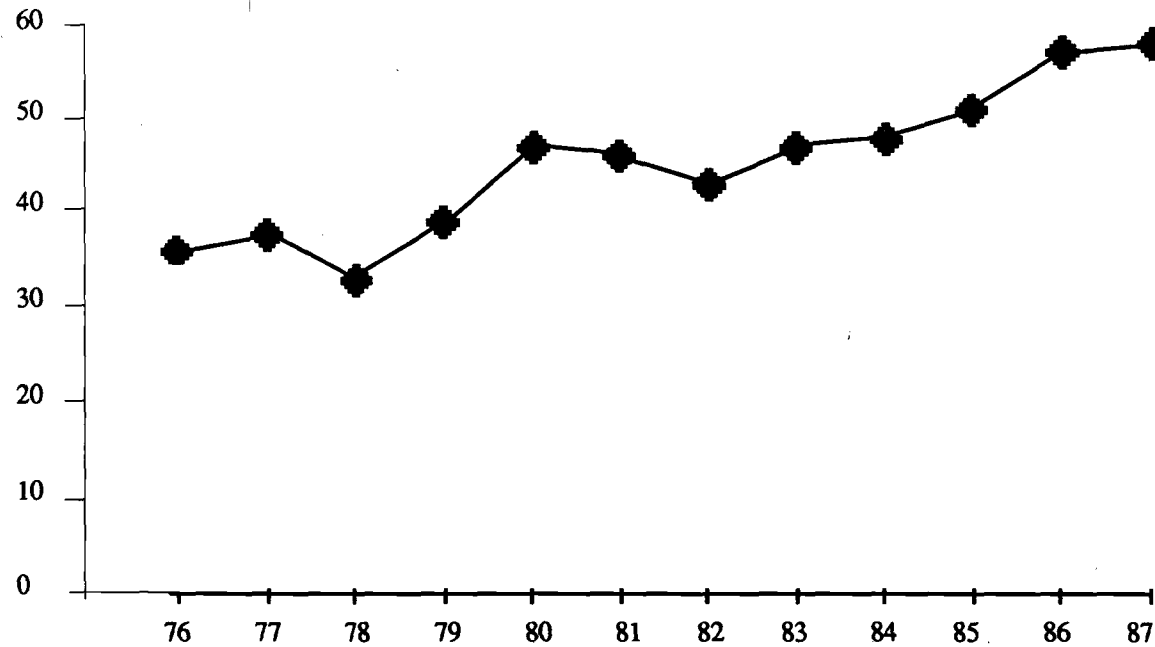
Reproducido con autorización de los autores, de: Suárez, J. et al.: La situación de la Salud en el Ecuador 1962-1985, Ministerio de Salud Pública, Quito, 1987.

Cuadro No. 4
Cuadro comparativo de precios FOB máximos aprobados por el Comité Interinstitucional
con relación a los precios FOB más elevados declarados por los laboratorios

Denominación	Precios FOB			Laboratorio
	Máximo	Elevado		
	US \$	DM.	US \$	
Acido cítrico	3	29	17.14	Abbott
Amoxicilina estéril	300		462	Roussell
Amoxicilina trihidrato micronizada	130		720	Bristol
Amoxicilina trihidrato compacta	130		640	Bristol
Ampicilina sódica cristalizada estéril	150	437	258.23	Infarma
Ampicilina trihidrato compactada	105		450	Bristol
Ampicilina trihidrato micronizada	120		400	Bristol
Bromhexina clorhidrato	125	5950	2592.6	Boehringer Ingelheim
S-Carboximetilcisteína	40	205	81.03	Nattermann
Cefalexina monohidrato compactada	220		640	Bristol
Cefalexina monohidrato micropulverizada	220		690	Bristol
Cinarizina	220		369.55	Johnson & Johnson
Cloranfenicol levogiro	53	178.80	89.09	Infarma
Diazepán	80		2350	Ecuaroche
Dicloxacilina micro	130		290	Bristol
Dicloxacilina sódica compactada no estéril	130		230	Bristol
Dicloxacilina sódica micronizada estéril	275		445	Bristol
Dipiradamol	250	4410	2475.52	Boehringer Ingelheim
Dipirona	15	40	23.64	Boehringer
Gentamicina sulfato	330		3500	Profesa
Hetacilina potásica estéril	300		782	Mead-Johnson
Hiosina butil bromuro	1500	4950	2800	Boehringer Ingelheim
Loperamida clorhidrato	1000		15316.3	Johnson y Johnson
Kanamicina sulfato	150		270	Bristol

Fuente: Anexo 0. 394. Ministerio de Industria y Comercio, Int. y Pesc. Marzo 1988.

Gráfico No. 1
Incidencia de tuberculosis, todas las formas.
Ecuador 1976-1987



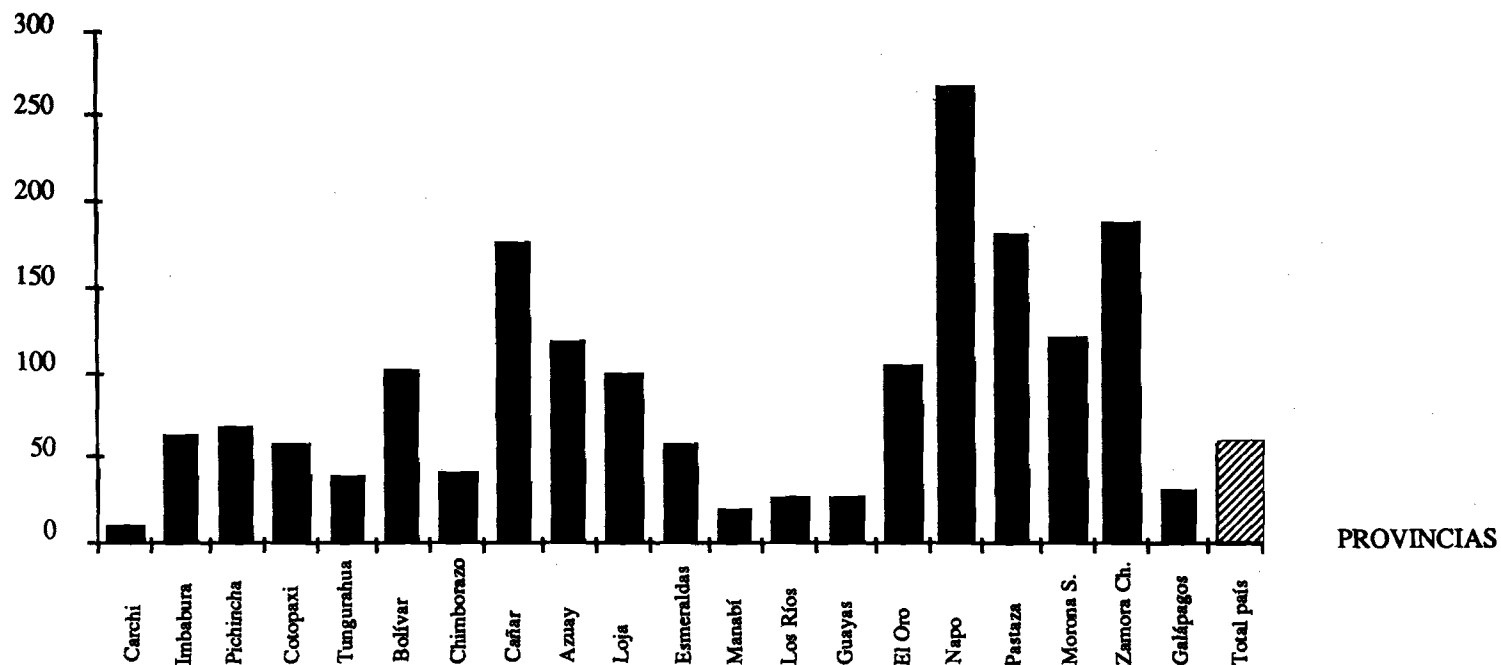
CASOS	2.647	2.858	2.617	3.149	3.950	3.966	3.880	3.985	4.301	4.798	5.489	5.867
TASAS	36.23	37.82	33.49	38.98	47.28	45.88	43.38	46.65	48.50	51.17	56.88	59.13

Fuente: Dirección Nacional de Control y Vigilancia Epidemiológica.

Elaboración: División de Control de Enfermedades Transmisibles.

Gráfico No. 2
Incidencia de tuberculosis, todas las formas por provincias
Ecuador, 1987

TASA X 100.000 HABITANTES

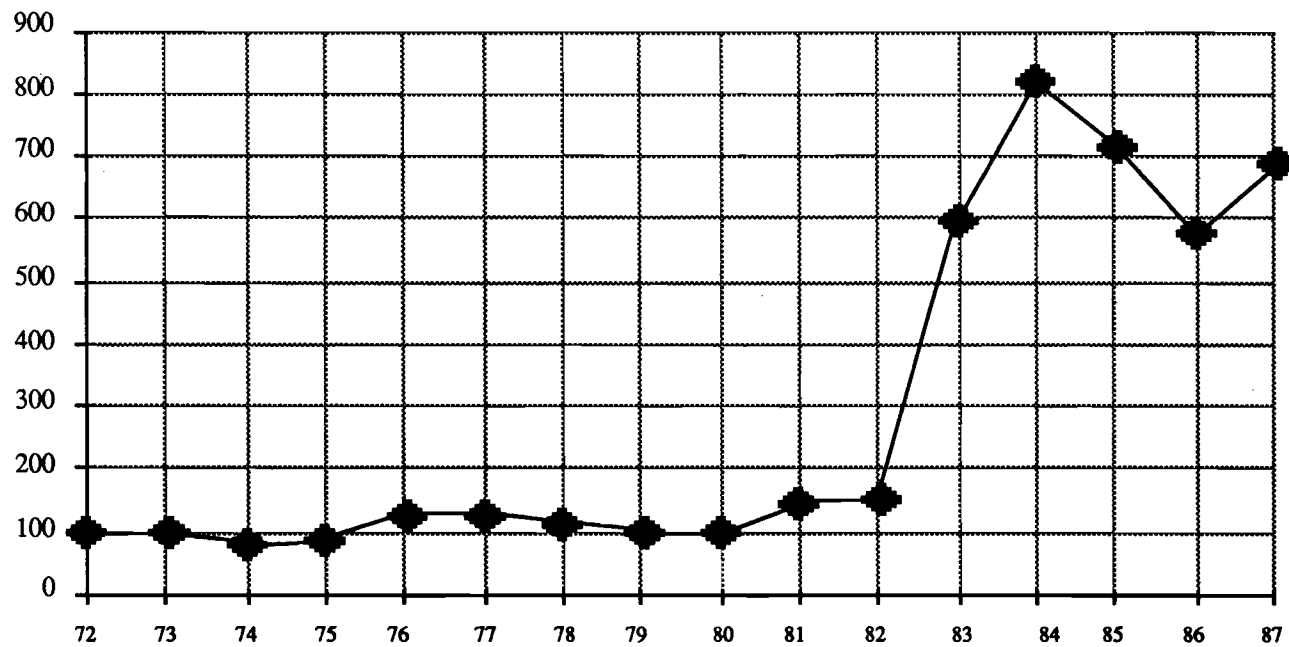


Casos	12	189	1192	182	123	175	162	356	640	405	176	211	148	702	457	433	74	107	120	3	3867
Tasa	8.3	65.1	67.3	57.5	32.1	105.7	43.5	176.3	121.8	98.9	57.4	19.9	27.0	27.3	108.5	268.9	185.3	120.4	193.5	35.8	59.1

Fuente y elaboración: División Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles.

Gráfico No. 3
Incidencia de paludismo
Ecuador 1972-1987

TASA X 100.000 HABITANTES

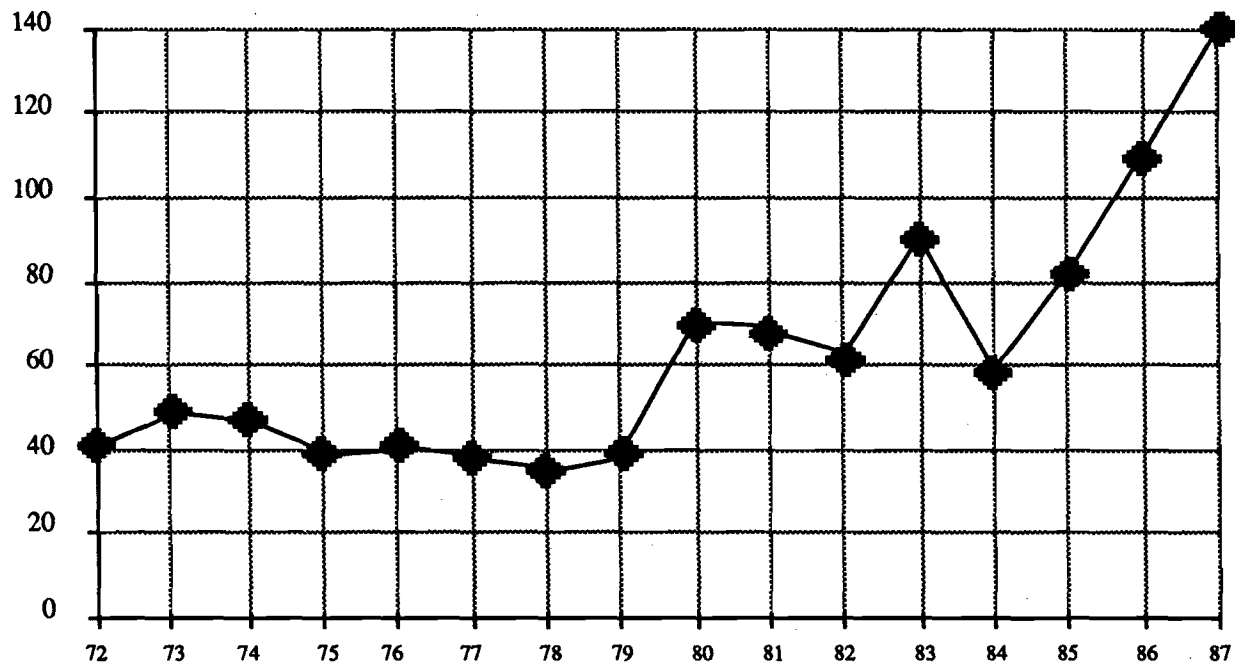


Casos	6.705	6.786	5.538	6.554	10.915	11.384	9.928	8.285	8.706	12.739	14.017	51.794	76.668	63.050	54.734	68.044
Tasas	103.03	400.9	81.1	92.8	149.4	150.7	127.4	402.6	104.2	147.4	156.7	606.4	840.9	736.3	567.4	685.8

Fuente: Dirección Nacional de Control y Vigilancia Epidemiológica.

Gráfico No. 4
Incidencia de fiebre tifoidea y otras salmonelosis
Ecuador 1972-1987

TASA X 100.000 HABITANTES



Casos	2.722	3.340	3.214	2.750	3.075	2.776	2.710	3.177	5.950	5.807	5.749	7.677	5.352	7.682	9.873	13.900
Tasas	41.83	49.66	47.06	38.94	42.05	36.75	34.68	39.33	70.22	67.18	64.27	89.88	58.72	81.92	102.34	140.08

Fuente: Dirección Nacional de control y Vigilancia Epidemiológica.
 Elaboración: División Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles.

BREVES NOTAS SOBRE LA SALUD AMBIENTAL EN EL ECUADOR

Ninfa León

El presente documento es una aproximación preliminar a los principales problemas de la salud ambiental en el Ecuador. Su objetivo es abrir un debate, a partir del cual se puedan sistematizar sugerencias e inquietudes sobre el quehacer estatal en torno a esta problemática.

Introducción

El desarrollo del capitalismo en el Ecuador, basado en la exportación de productos "tropicales" como el cacao, café, banano, caucho, estuvo acompañado de un incipiente crecimiento industrial, que giraba en torno de la producción azucarera, de cemento, de aceites, grasas, textiles, madera, pieles y cueros. A partir de 1960, bajo la política desarrollista impulsada por la Alianza para el Progreso en respuesta a la insurgencia social, se efectúa una serie de reformas y se abren las puertas a la inversión extranjera, destinada a la industrialización, que entra en una fase de crecimiento que se intensificará en la década del setenta, con el boom petrolero.

Estas transformaciones generaron una nueva imagen del país: el proceso de urbanización se intensificó, el sector terciario de la economía creció, se dio un importante impulso al transporte y a las comunicaciones. La composición social se readecuó, expandiéndose el proletariado, el subproletariado, los sectores medios y la población estudiantil.

Estas innovaciones se dieron en el marco de la dependencia y no fueron el resultado de un armónico desarrollo interno, por lo que han ido perfilando una heterogénea matriz social, caracterizada por polos de desarrollo que concentran la inversión económica, los beneficios sociales y el poder político, frente a un abandono parcial del resto del país en todos los sentidos.

Esta disarmónica estructura económico-social del Ecuador se expresa también en una forma de utilización del espacio particular de cada situación, en la que los distintos sujetos sociales se insertan de un modo específico, del cual dependen las características de sus reproducciones sociales y, consecuentemente, los riesgos o potencialidades que delinearán sus perfiles de salud-enfermedad.

En el Ecuador podemos distinguir polos de desarrollo, zonas intermedias y zonas francamente atrasadas. En cada caso las formas productivas y las condiciones sociales que generan hacen un uso particular de la naturaleza como un todo y por tanto "crean" un medio ambiente específico en el que se desenvuelve la vida de los hombres.

1. El medio ambiente en las zonas desarrolladas

El crecimiento industrial que ocurre a partir de los años sesenta se concentró en dos polos fundamentales del país: Quito y Guayaquil y en menor grado en Cuenca. Con la instalación de nuevas industrias, así como con la implantación de una serie de reformas en el campo, la migración de mano de obra hacia estas ciudades se intensificó. Paralelamente, se desarrollaron otros sectores de la economía, como el financiero, el comercial y el de servicios.

De este modo, el desarrollo industrial promovió un marcado crecimiento urbano, siendo las características de este espacio las que debemos analizar, en un intento por comprender el medio ambiente que corresponde a esta forma de desarrollo.

1.1 El saneamiento básico

La población de Quito, Guayaquil y Cuenca (Cuadro N° 1) muestra un importante incremento, que si asumimos una tasa natural de crecimiento de 2.6% no puede aplicarse exclusivamente por el crecimiento vegetativo, sino por la inmigración¹

Esta gran afluencia humana no se ha acompañado de un correlativo desarrollo de los servicios, por lo que aquellos grupos relegados de los beneficios sociales engrosan los cinturones de miseria, donde la carencia de servicios básicos, sumados a sus exiguos ingresos económicos, deterioran su calidad de vida y los hacen fáciles presas de las enfermedades carenciales, infecto-contagiosas, accidentes, stress y muerte

Cuadro No. 1
Crecimiento poblacional de Quito, Guayaquil y Cuenca

Ciudad	1974*	1982*	%**
QUITO			
urbana	625.721	918674	46
rural	196443	261725	33
GUAYAQUIL			
urbana	853.060	1'272.014	49
rural	89.597	134.626	50
CUENCA			
urbana	109.680	161.516	47
rural	114301	129.276	13

Fuente: Landázuri H., Jijón C., *El Medio Ambiente en el Ecuador*. ILDIS. 1988, p. 42.

Nota: * Datos censales

** % crecimiento intercensal

1 Landázuri H., Jijón C., *El Medio Ambiente en el Ecuador*. ILDIS, Quito 1988 p. 43.

En el cuadro N° 2 vemos el porcentaje de la población ecuatoriana que cuenta con agua potable y alcantarillado en el período 1974-1986. En ningún año se supera ni siquiera el 60%, en el caso del agua potable o el 40% en el del alcantarillado, lo que nos demuestra que la cobertura de estos servicios es insuficiente.

Si dividimos a las provincias en base al grado de su desarrollo empresarial,² encontramos que los servicios, promedialmente, se concentran en las zonas de alto desarrollo, seguidas de las de mediano y por último de bajo desarrollo (Cuadro N° 3). Sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas, lo que quiere decir que la situación sanitaria de los polos desarrollados no es muy diferente, en promedio, de la de las zonas más atrasadas.

Cuadro No. 2
Porcentaje de la población cubierta con servicio
de agua potable y alcantarillado en el Ecuador. 1974-1986.

Año	Población con agua potable	Población con alcantarillado
1974	42,2	27,5
1975	43,0	27,9
1976	43,8	28,4
1977	44,7	29,0
1978	45,7	29,5
1979	46,7	30,0
1980	47,9	30,6
1981	49,1	31,1
1982	50,4	31,7
1983	52,4	33,4
1984	54,6	35,3
1985	57,0	37,4
1986	59,7	39,8

Fuente: Suárez J. Y. Col. La Situación de la Salud en el Ecuador. (1962 - 1985). MSP/ININMS/OPS. Quito, 1987.

Analizando la cobertura de servicios por provincias y por área urbano-rural (Cuadro N° 4) vemos que las áreas urbanas concentran los servicios, mostrando coberturas un tanto altas en cuanto al agua potable y más bajas en lo referido a disposición de excretas. Llama la atención que las provincias de Pichincha y Guayas no presentan los porcentajes más altos en este área, lo que expresa la existencia de grandes grupos urbanos excluidos de estos beneficios.

2 Clasificación de las provincias en cuanto a su desarrollo empresarial; Alto = Guayas y Pichincha; Medio - Tungurahua, Azuay, Esmeraldas, Manabí, Los Ríos y El Oro; Bajo = Loja, Carchi, Imbabura, Cotopaxi, Chimborazo, Cañar y Bolívar. (Oriente no es tomado en cuenta).

Cuadro No. 3
Promedio de cobertura de agua potable y alcantarillado
por grado de desarrollo empresarial

Desarrollo empresarial	Alcantarillado (%)	Agua potable (%)
Alto	55,80	66,60
Medio	37,54	56,62
Bajo	31,62	54,33

Fuente: Landázuri H., Jijón C., El Medio Ambiente en el Ecuador.
 Elaboración: N.L.J.

El área rural de la provincia de Pichincha tiene una mayor cobertura que la mayoría en agua potable y alcantarillado, a diferencia de la provincia de Guayas que muestra valores más bien bajos. Esto nos sugiere que el nivel de análisis provincial es aún muy general por la heterogénea composición social que nos caracteriza. Este hecho y la existencia de grandes grupos humanos que no acceden a los servicios en las zonas desarrolladas, pueden explicar las diferencias no significativas entre los promedios de las zonas de diverso desarrollo.

1.2 La contaminación del suelo y del agua

Un aspecto importante a analizar en lo que a contaminación se refiere es la producción de basura y su manejo.

Para 1986 se consideraba que en el Ecuador se producía alrededor de 5.000 toneladas diarias de basura: el 33% de este volumen correspondería a Quito y Guayaquil, con una producción de 700 toneladas y 900 toneladas respectivamente. En el cuadro No. 5 se muestra la producción de basura en algunas capitales de provincias de alto, mediano y bajo desarrollo.

De este total de basura producida, menos del 70% es recogida, y a excepción de Cuenca, en ninguna otra ciudad es reutilizada o tratada. Los sistemas de disposición de basura incluyen la entrega directa a los ríos, depósito a cielo abierto, rellenos sanitarios donde los "minadores" efectúan el reciclaje en condiciones sumamente riesgosas.

Aquel porcentaje de basura que no es recolectado, la basura que se deposita antitécnicamente en áreas alejadas de las ciudades, así como la ausencia de tratamiento final, hacen que la contaminación del suelo y del agua por estos desechos sea alarmante.

El mal manejo de los desechos domésticos, líquidos y sólidos, contamina el suelo y el agua, ya sea por los defectuosos mecanismos de eliminación de basura, cuanto por la inadecuada disposición de aguas servidas. A esto se suma, y como aspecto fundamental, la contaminación que proviene de los desechos industriales, que son eliminados en los cauces de los ríos sin ningún tratamiento previo.

Cuadro No. 4
Coberturas de saneamiento ambiental en el Ecuador hasta 1986 (habitantes en miles)

Provincias	Agua potable						Alcantarillado					
	Total		Urbano		Rural		Total		Urbano		Rural	
	Hab.	%	Hab.	%	Hab.	%	Hab.	%	Hab.	%	Hab.	%
Carchi	80.9	56.5	53.6	93.2	27.3	31.8	63.9	44.6	52.6	91.5	11.3	13.2
Imbabura	212.0	75.4	112.0	98.2	100.0	59.9	130.5	64.4	101.2	88.8	29.3	17.5
Pichincha	1333.4	78.0	1089.0	88.1	244.4	51.6	1253.8	73.3	1075.0	86.9	178.8	37.8
Cotopaxi	127.7	40.8	50.1	97.1	77.6	29.7	61.9	19.8	42.1	81.6	19.8	7.6
Tungurahua	238.6	63.7	144.5	98.6	94.1	41.3	144.9	38.7	132.0	90.0	12.9	5.7
Bolívar	77.1	46.8	29.4	99.3	47.7	35.3	57.5	34.9	26.8	90.5	30.7	22.7
Chimborazo	219.2	59.4	110.5	98.0	108.7	42.4	138.0	37.4	105.3	93.4	32.7	12.7
Cañar	99.7	50.3	43.1	87.1	56.6	38.0	61.8	31.2	36.0	72.7	25.8	17.3
Azuay	346.9	67.6	208.2	97.6	138.7	46.2	207.3	40.4	178.0	83.4	29.3	9.8
Loja	206.5	51.1	146.0	96.9	60.5	29.9	123.3	30.5	119.0	79.0	4.3	1.7
Esmeraldas	127.8	43.0	118.2	77.7	9.6	6.6	65.6	22.1	64.6	42.3	1.0	0.7
Manabí	499.8	48.1	355.5	83.2	144.3	23.6	203.8	19.6	181.0	42.4	22.8	3.7
Los Ríos	239.6	44.9	173.4	88.5	66.2	19.6	98.4	18.4	83.8	42.8	14.6	4.3
Guayas	1371.9	55.2	1233.9	68.7	138.0	20.0	952.2	38.3	873.9	48.7	78.3	11.3
El Oro	294.5	72.4	209.5	76.3	85.0	64.3	205.3	50.5	160.7	58.5	44.6	33.7
Napo	27.1	17.9	12.6	31.3	14.5	12.0	13.0	8.6	7.7	25.2	5.3	4.4
Pastaza	20.0	51.9	12.4	89.9	7.6	30.8	16.0	41.6	10.7	77.5	5.3	21.5
M. Santiago	36.7	42.9	20.0	91.3	16.7	26.2	14.4	16.8	13.0	59.4	1.4	2.2
Zamora Ch.	35.1	59.4	13.7	96.5	21.4	47.7	13.8	23.4	10.4	73.2	3.4	7.6
Galápagos	6.1	76.3	5.4	85.7	0.7	41.2	1.2	15.0	1.2	19.0	-	-
Zona discusión	18.4	26.4	-	-	18.4	26.4	3.4	4.9	-	-	3.4	4.9
TOTALES	5619	58.3	4141	81.3	1478	32.5	3830	39.7	3275	64.3	555	12.2

Fuente: Landázuri H., Jijón C., *El Medio Ambiente en el Ecuador*. ILDIS. 1988, p. 49.

Cuadro No. 5
Producción de desechos sólidos en algunas ciudades del Ecuador. 1986
(Ton/día)

Ciudad	Producción de basuras (Ton/día)
Quito	700
Guayaquil	900
Cuenca	120
Machala	118.2
Portoviejo	105.5
Esmeraldas	81.05
Ambato	78.07
Riobamba	63.73
Loja	57.58
Ibarra	39.82
Latacunga	20.04
Tulcán	20.03

Fuente: IEOS.

Se calcula que cada año se incorporan aproximadamente 10.000 nuevos productos químicos a la industria a nivel mundial, sobre cuyos efectos en la salud de los trabajadores y de la población en general poco o nada se conoce. En nuestro país la situación se dramatiza si tomamos en cuenta la falta de control y de información que padecemos, así como la carencia de normatización del desarrollo industrial, todo lo que refleja nuestra situación de dependencia y nuestra estrecha conciencia sanitaria.

Este problema es más agudo en Quito y Guayaquil, puesto que concentran aproximadamente el 80% de la industria nacional.

En el cuadro No. 6 vemos la demanda de agua para la gran industria en el área metropolitana de Quito (1981).

Es importante resaltar el incremento del consumo de agua en el período contemplado, que nos sugiere la magnitud que podrá tener actualmente si consideramos que los datos son de 1978.

En un estudio realizado sobre una muestra de los diferentes grupos industriales, se analizaron las características del agua que se descarga en los ríos. El cuadro N° 7 da los datos de algunas de ellas. Se ve la gran contaminación que producen las industrias alimentarias, que descargan aguas sin oxígeno disuelto, con una demanda bioquímica de oxígeno (DBO) muy alta, indicadora de la carga orgánica, con sedimentación alta, y una muy alta concentración de gérmenes y bacterias coliformes. La industria textil descarga agua a altas temperaturas, sin oxígeno y con una alta D.B.O. En el primer caso, la contaminación es eminentemente orgánica, plausible de tratamiento, mientras

en el segundo, hay sustancias químicas, ácidos, alcalos, residuos, metales pesados, etc., de difícil degradación. Cabe mencionarse que, además, existen casos especiales de contaminación del agua. Por ejemplo, el cadmio, utilizado en la industria que procesa metales y plásticos; el mercurio, utilizado en ciertas industrias químicas, especialmente en la que produce cloroácido, y en la industria de papel; los ésteres de ácido oftálico utilizados en la producción de plásticos; hidróxido de sodio y ácido hidrocloreico, eliminado por los ingenios azucareros; hidrocarburos, en la industria petrolera; etc.

Cuadro No. 6
Demanda de agua para la gran industria
en el área metropolitana de Quito

CIU	Actividad	Demanda estimada (m ³ /mes)		%*
		1975	1978	
31	Productos alimenticios, bebidas y tabaco.	63.450	110.170	74
32	Textiles, prendas de vestir e ind. del cuero.	149.070	406610	173
33	Industria de la madera y productos de madera	450	2880	540
34	Fabricación de papel, productos de papel, imprentas, editoriales.	19.780	49.670	151
35	Fabricación de sust. químicas y derivados del petróleo, carbón, caucho y plástico.	31.700	80.550	154
36	Fabricación de productos minerales no metálicos.	20	4.630	23.050
37	Industrias metálicas básicas.	4.560	26.440	480
38	Fabricación de productos metálicos, maquinaria y equipo.	10.120	23.880	136
39	Otras industrias manufactureras.	1.230	12.640	928
TOTALES		280.380	714.470	

Fuente: F. Natura/Diagnóstico de la Situación del Medio Ambiente en el Ecuador. 1981./ p. XI-45

* Porcentaje de incremento.

Todas estas descargas van a los ríos alterando sus características, con lo que provocan daños en la salud animal, vegetal y humana, directamente a su paso o a través de los valles que irrigan.

Es alarmante la contaminación de los ríos San Pedro, Monjas, Machángara, Daule, Babahoyo, Guayas, Ambato, Mira, Esmeraldas, el Estero Salado, entre otros.

1.3 La contaminación del aire

Las principales fuentes de contaminación del aire son la quema de combustibles, las sustancias emitidas por los procesos industriales, y el ruido.

La contaminación producida por el tránsito de automotores es una de las principales

Cuadro No. 7
Resumen del muestreo industrial de la sierra (características del agua)

Parámetro	INDUSTRIA					
	Rastro Municipal	Pasteurizadora Quito	Cervecería Andina	La Inter- nacional	Incasa	Life
Temperatura	18	18	23	46	21	22
O ₂ disuelto (mg/l)	0	0	0	0	5.3	0
pH	7.3	6.2	6.9	7.8	7.3	7.5
DBO (mg/l)	1000	207	1848	485	90	155
Sólidos suspensión (mg/l)	717	493	521	174	514	80
Sólidos disueltos (mg/l)	2996	600	785	1448	1350	356
Amoníaco (NH ₄) mg/l	11.8	2.8	2.5	2.5	1.2	3.4
Nitritos (NO ₂) mg/l	0.77	0.20	0.90	0.04	0.04	0.07
Nitratos (NO ₃) mg/l	2.3	8.5	1.5	3.7	0.8	3.5
Fosfatos (PO ₄) mg/l	3.0	8.4	15.2	1	3	6.8
Sulfatos (SO ₄) mg/l	97.5	20	69.8	99.7	250	5
Cloruros (Cl) mg/l	33	20.5	95.4	41.9	12.4	18.4
Gérmenes 10 ⁶ por lt.	82200	130240	98740	306	4480	55
Bac. Coliformes 10 ⁶ por lt.	2632	3528	2833	11	97	1680
CIU	31	31	31	32	34	35

Tomado de F. Natura: Diagnóstico de la situación del Medio Ambiente en el Ecuador. 1981, p. XI-46.

causas de deterioro del aire en las zonas desarrolladas. La concentración vehicular ha aumentado mucho. En 1984 se matricularon en Quito 104340 vehículos de los cuales el 97% utilizaban gasolina y el 3% diesel.

La contaminación producida por los automóviles es originada por el plomo y por los subproductos derivados de la combustión.

El tetraetilo de plomo, que se le agrega a la gasolina para mejorar su rendimiento, es expulsado después de la combustión en forma de polvo de óxido de plomo, que flota en el aire y puede ser aspirado por el cuerpo humano. El contenido de TEL en la gasolina ecuatoriana supera en 22 a 28 veces los valores permitidos por la Environmental Protection Agency de los Estados Unidos.

En el cuadro No. 8 se aprecian las concentraciones de plomo obtenidas en ciertos lugares de la ciudad de Quito.

Cuadro No. 8
Concentración promedio de plomo.
Varios lugares de Quito XII/1986 - I/1987

Lugar	Concentración Pb. mg/m ³
* Benalcázar y Mejía	0.04
* Cuenca y Rubén Darío	0.012
* García Moreno y Mejía	0.015
* Montúfar entre Oriente y Esmeraldas	0.38
** A 25 mts. del túnel norte-sur	3.74
** A 3 mts. del túnel norte-sur	2.95
** A 25 mts. del túnel sur-norte	0.92
** A 3 mts. del túnel sur-norte	0.47
*** Parqueadero El Tejar	
Planta B	3.8
Planta C	3.8
Planta D	2.4

Fuente: Espin Eduardo, la Contaminación atmosférica en la ciudad de Quito.

* Promedio de 10 mediciones en 24 horas.

** Promedio de mediciones efectuadas en los túneles de San Juan entre 10:00 h y 14:00 h.

*** Promedio de mediciones efectuadas entre las 9:00 h y 15:00 h.

Como vemos, los sitios cerrados presentan las más altas concentraciones. El plomo atmosférico tiene efectos directos para la salud pues puede aportar de 1 a 2 mg/100 ml

de sangre por cada mg/m^3 de aire; con valores mayores a 10 $\text{mg}/100$ ml sangre, los problemas de salud son perceptibles.

Los subproductos de la combustión de la gasolina que contaminan la atmósfera son: monóxido de carbono; óxido de nitrógeno, que produce bajo la acción del sol el "smog"; los hidrocarburos parcial o totalmente incombustos.

La combustión de diesel parece que elimina sustancias que estabilizan a ciertos hidrocarburos cancerígenos.

Un monitoreo del material particulado sedimentable demostró que en Guayaquil el 75% de las muestras excedían el nivel de referencia adoptado de polvo sedimentable, así como el 35% de muestras de polvo en suspensión, de lo que se concluye que: "existe contaminación de material particulado cuyas causas deben ser investigadas..."³.

En la ciudad de Quito, las muestras obtenidas en dos de las estaciones (centro y sur) superaron desde un inicio, en 1976, los niveles de referencia, tanto en polvo sedimentable como en polvo en suspensión. Después de 1983, la estación norte, en Coto-collao, supera también el nivel de referencia, lo que demuestra el deterioro del aire en esa zona de la ciudad.⁴

Estos datos de alguna manera nos sugieren que la contaminación del aire de la ciudad por material particulado va en aumento, lo que también tiene relación con el incremento del tránsito vehicular.

El uso de combustibles con fines domésticos aporta cada vez menos a la contaminación atmosférica, desde que los combustibles tradicionales, como leña y kerosene, han sido sustituidos por el gas licuado.

La contaminación del aire producida por la industria se debe a la emisión de diversas sustancias, que resultan de los procesos productivos en condiciones normales y en casos de accidentes.

Tanto la zona industrial del sur de Quito, como la del norte, en El Inca, presentan un deterioro en la calidad del aire. Situación similar tiene Guayaquil. Hay industrias sumamente contaminantes, como las de cemento, canteras, la industria de la construcción, de asbesto, de la madera, entre otras.

La aglomeración, las industrias, las obras en construcción, el tráfico vehicular, provocan un ruido tan importante, que se ha constituido en uno de los principales contaminantes de la vida urbana. "Parece que la sordera debe ser otro de los tributos que deben pagarse por el progreso".⁵

3 Espín Eduardo. *Evaluación de la Contaminación del aire en la ciudad de Guayaquil*. s/d. IEOS. p. 5.

4 Ibid.

5 Fundación Natura. *Diagnóstico de la Situación del Medio Ambiente en el Ecuador*. Quito 1981 p. XI-75.

Según un estudio efectuado por el Departamento de Riesgos del Trabajo del IESS, la intensidad del ruido en las principales ciudades del país sobrepasa los límites recomendados por la OMS, que son para el área urbana en el día: 55 d b (A) y en la noche: 45 d b (A). El Cuadro No. 9 resume estos resultados.

Un estudio detallado de la situación en la ciudad de Quito, arroja los resultados expresados en el cuadro No. 10.

Cuadro No. 9
Resumen de la intensidad del ruido en ciudades del Ecuador

Parámetro	Quito	Guayaquil	Cuenca
No. mediciones	30	49	22
X mínimo	85.1	86.4 DB	80.8 DB
X máximo	91.0 DB	91.4 DB	86.9 DB
Arribo Aviones			
TAME	110 DB	102 DB	-
SAETA	110 DB	112 DB	-
FAE	-	104 DB	

Fuente: F. Natura. Diagnóstico de la Situación del Medio Ambiente del Ecuador.

Cuadro No. 10
Promedio de los niveles acústicos por distritos y generales de la ciudad de Quito

Distrito	n	Nivel acústico RMS d B(A)+ S	Promedio de los máximos + S d B (A)	Promedio de los mínimos + S d B(A)
Sur	26	69.13 + 5.95	81.02 + 7.01	59.47 + 5.61
Centro	11	69.85 + 4.63	81.02 + 4.18	60.74 + 5.09
Norte	25	67.62 + 3.52	77.80 + 3.03	58.07 + 4.19
Quito	62	68.65 + 4.87	79.72 + 5.40	59.13 + 5.00

Fuente: IEOS/ Pilomunga Ing. Contaminación Audial de Quito. Tesis.

Estos datos nos demuestran que el ruido en las ciudades más desarrolladas del país constituye uno de los principales problemas de salud pública, puesto que no solo conduce a hipoacusia y sordera, sino que provoca alteraciones neurovegetativas, de comportamiento y genera stress y fatiga.

1.4 La salud en las zonas desarrolladas

Después de esta breve tipificación del espacio que existe en las zonas desarrolladas trataremos de aproximarnos, de una manera muy general, a los perfiles epidemiológicos que las caracterizan.

La modificación del aire, del suelo, del agua, así como la introducción de una serie de productos que han creado un mundo "artificial", repercuten diferencialmente en distintos grupos sociales que se desenvuelven en estos espacios.

Frente a las fuerzas destructoras o protectoras del medio ambiente, será la reproducción social, esto es, las formas de trabajo y consumo de los sujetos sociales y el control social de la salud que estos grupos ejerzan, los que definirán sus características epidemiológicas.

Por la carencia de estudios epidemiológicos que contemplen este nivel de análisis y que giren en torno de las modificaciones del medio ambiente, haremos una aproximación teórica general.

La falta de infraestructura sanitaria, el manejo inadecuado de desechos sólidos y la falta de tratamiento de las aguas servidas, contaminan el suelo y las aguas, haciendo posible el apareamiento de enfermedades infecto-contagiosas y parasitarias. Los grupos mayormente impactados por estos aspectos son los que se encuentran excluidos de los beneficios sociales, esto es, aquellos que habitan en los barrios marginales, donde carecen totalmente de servicios, la vivienda es precaria y su alimentación y vestido son insuficientes, así como su control sobre la salud es casi nulo. Esto se refleja en la magnitud y el tipo de servicios a los que acceden, así como en su capacidad de incidir en las decisiones relacionadas con la preservación del medio ambiente.

Sin embargo, otros grupos sociales también están en riesgo, a través del consumo de productos irrigados con aguas contaminadas y que se expenden en los mercados de las ciudades. Las altas tasas de cisticercosis son un testimonio de ello.

Paralelamente, el desarrollo ha significado una gran contaminación con productos químicos de origen industrial, cuyos efectos en muchos casos desconocemos. La elevación de las tasas de algunos tipos de cáncer pueden estar relacionados con estos aspectos, igual que las intoxicaciones agudas o crónicas por ciertas sustancias como el cadmio y mercurio.

El aumento del tráfico vehicular contamina el aire con sustancias tóxicas que tienen efectos, a largo plazo, en la salud, siendo también en este caso los grupos más depauperados los más susceptibles, como lo dice un comité de expertos de la OMS "la prevalencia de carencias alimentarias entre los habitantes de los países en desarrollo, puede hacerles más susceptibles a los efectos del óxido nítrico, del dióxido de nitrógeno y de los hidrocarburos".⁶

6 OMS. *Vigilancia de la Contaminación del Medio en relación al desarrollo*. Informes Técnicos 718. Ginebra. 1985. p. 35.

El ruido, contaminante muy importante del medio ambiente, que puede conducir a la hipoacusia o sordera, contribuye a la aparición del stress y con ello al desarrollo de ciertas enfermedades crónico-degenerativas, como la hipertensión, la arteroesclerosis, el infarto agudo de miocardio, entre otros. Los efectos del ruido dependerán también del tiempo de exposición de los individuos, pues si a más del ruido ambiental, el sujeto está expuesto a ruido en su centro de trabajo, las consecuencias serán mucho peores.

La presencia de polvos factibilizan el apareamiento de afecciones de las vías respiratorias y pulmonares. Las alergias, el asma, las bronquitis, entre otras, están vinculadas a la contaminación ambiental.

A esto se suma la falta de conservación de los parques nacionales y las áreas verdes que rodean a las grandes ciudades, privándolas de una fuente de oxígeno.

Como hemos visto, las zonas desarrolladas de nuestro país concentran problemas del atraso y del progreso, lo que se refleja en los patrones de morbi-mortalidad.

Según Noboa H. y Narváez A. en su trabajo sobre las enfermedades crónico-degenerativas en el Ecuador, nuestro país vive una transición epidemiológica rápida que conducirá a que estas enfermedades ocupen los primeros puestos en la mortalidad general. Pero esta transición epidemiológica no significa que las enfermedades infecciosas no inmunoprevenibles y carenciales desaparezcan de los primeros puestos, sino que conjuntamente con las crónico-degenerativas conforman una matriz de mortalidad mixta. Esto se debe a que la reproducción social de las mayorías no ha mejorado, sino mucho peor, se ha deteriorado por la crisis económica que nos aqueja y por las medidas con que se la enfrenta.

Esto se lo demuestra analizando las primeras causas de muerte reportadas por el INEC para 1982, donde los tumores malignos aparecen en segundo lugar, la enfermedad cerebro-vascular en sexto, los accidentes de tránsito en séptimo y la enfermedad isquémica del corazón en noveno (Gráfico No. 1). Cosa similar vemos en las diez primeras causas de muerte de 1987. (Cuadro No. 11).

Así pues, estas nuevas enfermedades están intercalando a las tradicionales.

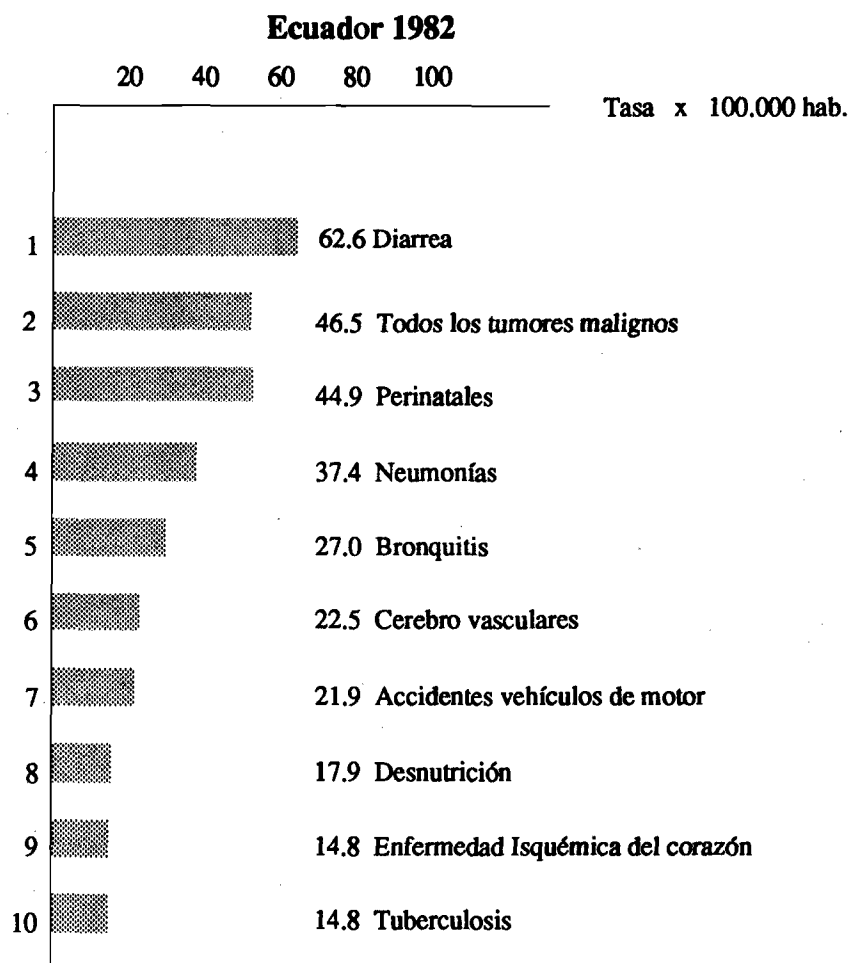
Así pues, nuestras grandes ciudades están dejando de ser "ciudades para vivir" y están pasando a dibujar la otra cara del progreso.

2. El medio ambiente en las zonas de desarrollo intermedio

Consideramos zonas de desarrollo intermedio a aquellas cuyo crecimiento ha estado vinculado a ciertas ramas productivas importantes para la economía nacional, en calidad de centros de abastecimiento o de comercio. Así tenemos las áreas dedicadas a la producción de productos tropicales como banano, café, cacao, palma africana; las áreas de extracción de madera; las de extracción de minerales, (oro, plata, petróleo); las de cría de camarones y de pesca.

Analizaremos la situación particular de algunas de ellas en cuanto a su impacto

Gráfico No. 1 **Primeras causas de mortalidad general**



Fuente: INEC.

ambiental y en la salud humana, pero antes haremos una breve mención de las características de las ciudades intermedias.

2.1 El medio ambiente en las ciudades intermedias

Si bien Quito y Guayaquil tradicionalmente han concentrado el mayor porcentaje de la población en las últimas décadas, las tasas de crecimiento de las ciudades intermedias han sido mayores que las de los principales polos de desarrollo, como lo vemos en el Cuadro No. 12.

Cuadro No. 11
Diez principales causas de muerte
(Lista abreviada de 50 grupos) (1)
1987

Causas	Número	Tasa (2)
1. Enfermedades infecciosas intestinales.	3.812	38.4
2. Neumonía	2.687	27.1
3. Enfermedad Cerebrovascular.	2.414	24.3
4. Bronquitis, enfisema y asma.	1.901	19.2
5. Accidentes de tráfico de vehículos de motor.	1.729	17.4
6. Enfermedad isquémica del corazón.	1.655	16.7
7. Tuberculosis	1.278	12.9
8. Tumor maligno del estómago	1.160	11.7
9. Homicidio.	1.002	10.1
10. Otra desnutrición proteinocalórica.	953	9.6

(1) Basada en la novena revisión de la clasificación estadística internacional de enfermedades OPS/OMS.

(2) Por cada 100.000 habitantes.

Cuadro No. 12
Tasas anuales acumulativas de crecimiento de los centros
metropolitanos, intermedios y pequeños. Total país.

Estratos	Tasa 50-62	Tasa 62-74	Tasa 74-82	Tasa 50-82
Metropolitanas	5.24	4.23	4.77	4.74
Ciudades intermedias	5.51	5.07	5.21	5.27
Ciudades pequeñas	3.53	3.44	5.02	3.87

Fuente: Larrea Carlos "Crecimiento Urbano y dinámica de las ciudades intermedias en Ecuador (1950-1982)". En *El proceso de urbanización del Ecuador*. (Siglo XVIII al siglo XX). El Conejo. Quito, 1986, p.113.

En el período 1950-1962 la exportación de banano promovió el desarrollo de centros urbanos intermedios, especialmente porque hubo un predominio de la mediana propiedad; un nivel de salarios más elevado que el promedio general del país, que elevó la capacidad adquisitiva de la mano de obra, estimulando el mercado interno. La producción bananera, abrió una buena y bastante estable oferta de empleo y además se dio una mayor tecnificación de la agricultura.

Por estas razones, estos centros crecieron no solo como ciudades-dormitorio y centros de abastecimiento de bienes de consumo para trabajadores y medianos propietarios, sino que se insertaron en la red de comercialización de la fruta y de los insumos requeridos para su cultivo, desarrollándose una serie de actividades que fomentaron el crecimiento urbano.

En el período 62-74, por la crisis de exportación de banano hubo una reorganización de la estructura productiva de esta fruta, centrándose en la provincia de El Oro, beneficiándose especialmente Machala y Puerto Bolívar. El crecimiento urbano de la Costa en general declinó, mientras el de la Sierra se estimuló por los cambios en la estructura agraria, la modernización en las técnicas de producción y el inicio del proceso de sustitución de importaciones. Sin embargo, por las mismas innovaciones señaladas, a la que se sumó una crisis de la actividad artesanal, la oferta de empleo se redujo, lo que provocó un crecimiento urbano a través del aumento de "población marginal", esto es, grupos humanos excluidos de los servicios básicos fundamentales.

En el período 74-82, el crecimiento urbano general aumenta en todo el país, mientras el crecimiento rural cae fuertemente (0.89%)⁷, excepto en las áreas de colonización de la Costa -Santo Domingo de los Colorados- y el Oriente.

El rubro fundamental para la economía ecuatoriana de estos años es el petróleo, cuya extracción requiere poca mano de obra, localizada exclusivamente en las zonas de explotación o refinamiento y cuya producción es monopolizada por el Estado. Es por esto que la reinversión del excedente en otras ramas económicas dependió de la política impulsada, que benefició a la industria y al sector financiero, vinculados especialmente al capital transnacional, e impulsó el cultivo de productos para la agro-industria, como la palma africana. Esto repercutió en la modernización de Quito y Guayaquil, frente a lo cual ciertos centros intermedios especializaron su actividad favoreciendo su crecimiento, como Esmeraldas con el desarrollo portuario y turístico; Santo Domingo con su actividad comercial; y otras ciudades vinculadas con ciertas ramas de punta que por su naturaleza se ubican fuera de las grandes urbes, como la pesca industrial de Manta, el cultivo de oleaginosas en Santo Domingo y Quevedo, la crianza artificial del camarón en Machala, Puerto Bolívar, Esmeraldas, etc., entre otras.

De esta manera, el crecimiento de las ciudades intermedias depende de la modernización del aparato productivo y refleja las distorsiones del modelo de nuestro desarrollo, caracterizado por el uso de tecnologías intensivas que generan muy pocos puestos de trabajo y por alimentarse de las crisis ocupacionales del agro. Por lo tanto "el crecimiento urbano es acompañado de la expansión de sectores marginales, la proliferación de actividades de comercio y servicios de baja productividad, la profundidad del déficit de vivienda e infraestructura..."⁸.

En estas condiciones, y por su evolución histórica, las ciudades intermedias presentan

7 Larrea Carlos. *Crecimiento urbano y dinámica de las ciudades intermedias en Ecuador*. (1950-1982). En el Proceso de Urbanización en el Ecuador. Ciudad - El Conejo. Quito. p. 126.

8 Ibid. p. 129.

profundos déficits de servicios básicos, tales como agua potable, alcantarillado, recolección de basuras, en relación con las demandas de su crecimiento. Esto provoca un alto nivel de contaminación del suelo y las aguas, por desechos domésticos, lo que determina altas tasas de incidencia de enfermedades infecto-contagiosas, parasitarias y carenciales.

Por otro lado, puesto que su crecimiento no ha estado vinculado a un desarrollo industrial general, sino a ciertas ramas específicas o más bien al comercio, los riesgos de contaminación por desechos industriales son menores que en los polos desarrollados, aunque en algunos casos pueden ser específicos y alarmantes, como por ejemplo en Manta con la industrialización del pescado; en Riobamba con la industria del asbesto y del cemento; en Esmeraldas con la refinería del petróleo; en Azogues con la industria del cemento y en Milagro y Babahoyo con los ingenios azucareros; entre otros.

La contaminación por ruido y por tráfico vehicular es también menor que en los polos desarrollados, aunque por el desordenado crecimiento que caracteriza a estas urbes, pueden incrementarse en un futuro no lejano.

Así pues, actualmente, en estas ciudades predominan las enfermedades del atraso y los trastornos vinculados con riesgos específicos, como las afecciones pulmonares en las ciudades contaminadas con cemento y asbesto. Las enfermedades crónico-degenerativas vinculadas con la modernización se presentan en menor grado, a excepción de los casos en que existan contaminantes específicos, como en el caso del petróleo.

2.2 La agricultura y el uso de los plaguicidas

La modernización de la agricultura ha incluido la utilización de los plaguicidas como un elemento fundamental para elevar la productividad. En el Ecuador su importación se inició en la década de los cincuenta, con el auge de la exportación bananera, siendo utilizados también en otros productos que dentro de la modalidad del monocultivo eran fáciles presas de las plagas.

El uso de plaguicidas en nuestro país ha sido cada vez mayor. "En el período 1981-1984, se importaron 550 plaguicidas entre sinónimos y mezclas. Del volumen total de importación, el 41% corresponde a herbicidas, el 24% a fungicidas, el 17% a nematocidas, el 16% a insecticidas y el 2% a productos afines"⁹.

Se considera que existen por lo menos 23 plaguicidas de uso extensivo en el Ecuador que han sido prohibidos en otros países¹⁰.

Los efectos negativos que los plaguicidas ocasionan en la salud y el medio ambiente se pueden sintetizar en los siguientes¹¹.

9 Carpio S. Fernando. *"El uso de Plaguicidas en el Ecuador"* (Inédito) p.1.

10 Sevilla L. R. Pérez Pilar. *Los Plaguicidas en el Ecuador*. F. Natura. Quito. 1985.

11 OMS/*Vigilancia de la Contaminación del Medio en relación con el Desarrollo*. Serie de Informes Técnicos 718. (Ginebra - 1985. p. 22).

1. Introducción y persistencia de los plaguicidas en distintos compartimentos del medio ambiente, incluida la cadena alimentaria.
2. Riesgos profesionales asociados a productos químicos de gran actividad biológica.
3. Exposición involuntaria de la población a raíz de rociamientos realizados sin las debidas precauciones.
4. Transporte, almacenamiento y destrucción, sin las debidas precauciones, de plaguicidas y recipientes o envases de plaguicidas.
5. Manipulación incorrecta de los residuos peligrosos en las instalaciones de producción y exposición de los trabajadores en las plantas de formulación y envase.
6. Efectos ecológicos, incluida la aparición de resistencias en los vectores de enfermedades.

En el Ecuador se han efectuado varios estudios de caso, sobre la contaminación de alimentos con pesticidas, entre los que mencionaremos los siguientes:

- En 1986, Fernández y López, realizaron un estudio en 20 sectores de Quito, en 14 grupos de alimentos. Se encontró que todos ellos estaban contaminados con insecticidas clorados y fosforados.

Fueron detectados residuos de Heptacloro en cebolla y lechuga, clordano en limón, Heptacloro y Aldrín en agua potable y Diazinón en cebada, en niveles que sobrepasan los límites máximos de residuos para dichos pesticidas del Codex Alimentarius de 1978.

En el mencionado estudio se advirtió que la dieta media de la población de Quito presenta niveles superiores a la ingesta diaria admisible de residuos de los siguientes plaguicidas: DDT, Heptacloro, Aldrín, Di-syston.

- En 1979-80, se encontraron residuos de tamarón en el tomate riñón, en niveles equivalentes a ocho veces el valor del límite admisible.

Son múltiples los trabajos y estudios que se han realizado en el Ecuador y que refieren la presencia de residuos de plaguicidas en alimentos. Los dos estudios señalados anteriormente son solamente un ejemplo de la magnitud e importancia de este problema a nivel de la higiene de los alimentos.

Ahora bien, la presencia de residuos de plaguicidas no se reduce únicamente a los alimentos. Así, Bolaños¹² refiere que se encontraron niveles importantes y alarmantes de residuos de Heptacloro, Aldrín, Dieldrin, Gamma BHG, Alfa BHG y p-p'DDE

12 Bolaños, M. *Determinación de Residuos de Pesticidas en Alimentos*.

en las aguas de riego y drenaje del Proyecto Babahoyo. Resultados similares se obtuvieron al efectuar estudios en las aguas del Río Esmeraldas y algunos ríos de la provincia de Pichincha.

Es más, se ha detectado la presencia de residuos de plaguicidas a nivel del organismo humano. Así, Bolaños y Santacruz,¹³ en 160 muestras de leche de seno materno recolectadas en las ciudades de Quito, Guayaquil y Esmeraldas encontraron la presencia de residuos de plaguicidas, entre ellos: DDT, BHC, Aldrín, Heptacloro, Línano, Clordano. Los límites máximos de residuos que se tomaron como referencia o punto de comparación en este estudio fueron los de leche de vaca, dado que a nivel mundial no se han establecido L.M.R. a nivel de leche de seno materno. Los resultados indicaban la presencia de niveles de residuos muy superiores a los L.M.R. de leche de vaca.

En cuanto a los riesgos profesionales derivados de la exposición a plaguicidas, no se conoce la magnitud de la población expuesta a los mismos. Si bien en el país no se efectúan procesos de síntesis del ingrediente activo, sino más bien son importados, no obstante existen riesgos del trabajo durante las fases de formulación y envase en las 18 empresas que pertenecen a la AIFA, así como en el personal que labora en los 48 almacenes y 150 locales de la red distribuidora en el país. Súmese a ello, el personal vinculado al transporte de plaguicidas y, más aun, los trabajadores agrícolas y campesinos que utilizan o manipulan en diferente grado plaguicidas y por lo tanto están expuestos a los riesgos del trabajo que emergen de dicha exposición.

A nivel paraocupacional, la familia en el agro está expuesta a la contaminación por las condiciones antihigiénicas de rociamiento de plaguicidas, sobre todo cuando se realiza por medio de avionetas; por la inadecuada localización de bodegas; o por el almacenamiento casero de plaguicidas, residuos o envases que han producido y producen innumerables casos de intoxicaciones agudas o crónicas, incluyendo accidentes domésticos.

Carpio¹⁴, al revisar los casos notificados de intoxicación por plaguicidas en el Ecuador por el M.S.P., en el período 1978-1987, refiere que la tendencia, en el período analizado, ha sufrido un incremento estadísticamente significativo, como se observa en el cuadro No. 13.

Aparte de los cuadros de intoxicación aguda y crónica, se conocen efectos cancerígenos, embriotóxicos y teratógenos de los plaguicidas, particularmente del grupo que pertenece a la denominada "Docena Sucia", algunos de los cuales han sido nombrados en los estudios anotados antes.

Por otro lado, la utilización de los plaguicidas en el país ha sido, en el campo de la lucha anti-vectorial y sobre todo en la lucha contra la malaria, actividad que se inicia en el país en el año de 1958. A pesar, del permanente rociamiento de plaguicidas a través del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (S.N.E.M.), los resultados no son

13 Bolaños M. Santacruz, X. *Determinación de Residuos de Pesticidas Clorados en Leche materna.*

14 Carpio, F. (CEST). *Plaguicidas y Salud: Notas de la Realidad Ecuatoriana*, Inédito. 1988.

nada halagadores, como se observa en el cuadro No. 14, donde es manifiesto que los casos de malaria en el país han aumentado de una manera alarmante, fenómeno que obedece, a nuestro entender, a la presencia de resistencia del insecto a los plaguicidas que se vienen utilizando.

Cuadro No. 13
Casos notificados de intoxicación por plaguicidas en el Ecuador

Año	Población (miles)	Número de casos	Tasa por 100.000 habitantes
1978	7.814	6	0.077
1979	8.078	15	0.186
1980	8.354	48	0.575
1981	8.644	13	0.150
1982	8.945	12	0.134
1983	9.251	23	0.249
1984	9.559	75	0.785
1985	9.879	220	2.227
1986	10.219	275	2.691
1987	10.573	351	3.320

Fuente: Dirección Nacional de Control y Vigilancia Epidemiológica
M.S.P./ ENEC.

Elaboración: Fernando Carpio

2.3 El petróleo y su contaminación

La extracción del petróleo es una de las actividades fundamentales de la economía nacional. Se lo efectúa fundamentalmente en el Oriente y en menor grado en la península de Santa Elena. La exploración y explotación del petróleo ha tenido un fuerte impacto en la vida de los pueblos indígenas de la Amazonía Ecuatoriana.

Con la detección de los primeros pozos vinieron las obras de infraestructura vial y con ello grandes afluentes de colonizadores. El impacto que estas transformaciones han tenido y siguen teniendo en la vida de los pueblos del Oriente es el problema más importante a ser analizado. Sus efectos, que ahora se ven magnificados con el agresivo cultivo de la palma africana serán analizados más adelante.

En esta sección abordaremos fundamentalmente las alteraciones del medio ambiente que provoca la refinación del petróleo, es decir los peligros que conlleva la presencia de las refinerías en Esmeraldas y Santa Elena.

Las emisiones más importantes producidas por el petróleo son: dióxido de azufre, los hidrocarburos, monóxido de carbono y dióxido de nitrógeno.

El mal olor que circunda a las refinerías se debe a la presencia de dióxido de azufre, cuyo porcentaje de emisión depende del tipo de crudo.

Cuadro No. 14
Incidencia de malaria 1966 - 1984

Año	Casos malaria	IPA	% Inf. Falciparum
1966	4.736	1.8	8.1
1967	10.765	3.8	8.9
1968	37.046	12.6	11.2
1969	50.938	16.8	8.3
1970	28.373	13.7	10.0
1971	9.233	4.2	9.8
1972	6.709	1.8	10.6
1973	6.810	1.8	14.6
1974	5.841	1.4	18.1
1975	6.555	2.1	18.6
1976	10.974	2.6	17.3
1977	11.275	2.8	23.1
1978	9.815	2.4	22.5
1979	8.207	1.7	32.3
1980	8.748	1.8	31.5
1981	12.745	2.6	26.9
1982	14.633	2.7	21.4
1983	51.606	10.1	32.0
1984	79.194	14.6	21.6

Fuentes: SNEM.

La emisión más relevante, en cuanto a contaminación del aire, es la de hidrocarburos, que puede ocurrir durante el almacenamiento, por alteraciones en la presión del vapor, cambios en la temperatura y presión de los tanques, etc. También se eliminan hidrocarburos durante el llenado de los barcos y como residuos de la combustión del gas que se desecha.

El monóxido de carbono y el dióxido de nitrógeno son liberados por las fuentes de combustión.

Las refinerías utilizan grandes cantidades de agua, que se mezclan con petróleo y aceite. Su eliminación hacia el mar es altamente contaminante, por lo que ameritan un tratamiento previo.

El transporte del petróleo por vía marítima es uno de los mayores riesgos para el medio ambiente. Se calcula que aproximadamente el 60% de este mineral es transportado por esta vía y que el 0.1% de ese total es derramado en el mar. Este es un riesgo permanente también en el caso del Ecuador.

El petróleo derramado en el mar forma una fina película que impide el paso de luz en

un 95% aproximadamente, bloqueando los procesos de fotosíntesis en el fitoplacton. Luego puede evaporarse, contaminando el aire con hidrocarburos, emulsionarse, disolverse o sedimentarse. Altera los ecosistemas acuáticos, retardando la división celular, matando los huevos de los peces y el fitoplacton e incluso a los peces adultos, al depositarse en sus bronquios.

Estos efectos pueden ser muy perjudiciales para la pesca, que es una actividad fundamental para la reproducción de muchos pobladores.

Las emisiones de hidrocarburos pueden provocar efectos tóxicos sobre la población o cancerígenos. Esto es muy grave si consideramos que tanto la refinería de Santa Elena como la de Esmeraldas se encuentran dentro de las respectivas ciudades.

2.4 La explotación del oro y sus consecuencias

Los principales lugares de extracción de oro en la actualidad son Zaruma, Portovelo, Nambija, Ponce Enríquez, Tunanza, Guaysiní, Palanda, Bayron, Valle Hermoso. Esta actividad ha experimentado un reavivamiento desde hace unos seis años aproximadamente, que se ha reflejado en un incremento de lo producido, que según la Dirección General de Geología y Minas (INEMIN) para 1986 fue de por lo menos cuatro toneladas.

El oro es un recurso mineral cuya extracción es finita, por lo tanto el suelo de la región deberá ser utilizado en otras actividades en mediano plazo, por ello debe evitarse el deterioro de otros recursos contenidos en él.

La red de oro ha provocado una intensa migración a los yacimientos, donde se han asentado en forma muy precaria. Los métodos de extracción del mineral son en su mayoría artesanales y por lo mismo implica altos riesgos para la salud, por el polvo, los humos y los esfuerzos físicos, y hasta para la vida, por la perforación antitécnica que ya ha provocado varios accidentes fatales.

A más de estos riesgos para la población trabajadora, el proceso de extracción de oro requiere del uso de mercurio, que constituye el elemento de mayor contaminación del medio en esta actividad. El mercurio es utilizado en la última fase de extracción, para separar el oro de otras sustancias y luego extraerlo puro. La cantidad requerida de mercurio es proporcional a la cantidad de oro obtenida, lo que nos puede dar una idea de la magnitud de su uso.

Hay dos momentos fundamentales de contaminación con mercurio: en el proceso de amalgamación y cuando se "quema" la amalgama para extraer el oro puro. En el primer caso, el aire se contamina y los trabajadores absorben el material a través de su piel en grandes cantidades. Después de 6 a 8 horas de trabajo en este proceso, los trabajadores "se sientan alrededor del fuego y extienden sus manos, al poco tiempo pequeñas gotas de mercurio comienzan a aparecer entre los poros de su piel, luego proceden al "ordeño" de cada uno de los dedos recobrando algunas gotas de mercurio"¹⁵.

15 Schrenckinger Ignacio. *"Oro: sangre y esplendor"*. Colibrí. Fundación Natural. Año INº 2- Junio, 1987, p. 61.

Durante la “quema” de la amalgama se eliminan a la atmósfera grandes cantidades de mercurio, que por su alta tensión tiende a evaporarse desde cualquier medio en el que se encuentre. Esto es más grave aún en la extracción artesanal, que por no contar con apoyo técnico se lo realiza en cualquier lugar y con una gran concurrencia, pues es casi un acto ceremonial de culminación de toda la labor.

El mercurio es un metal cuya toxicidad puede persistir por cientos de años. En el cuerpo vivo se oxida y se dificulta su eliminación, acumulándose y causando trastornos neurológicos y metabólicos. En el agua es oxidado por las bacterias e ingresa a la cadena alimenticia acuática, ampliando su espectro de acción.

La extracción del oro atrae a las poblaciones pobres, desocupadas, que en esta actividad buscan una alternativa de vida. Por ello los asentamientos humanos que se conforman en torno a las minas carecen totalmente de servicios básicos, de viviendas adecuadas, de servicios médicos, de centros de recreación, etc. Esto hace que las enfermedades infecto-contagiosas, carenciales, venéreas, la violencia, etc., sean parte de la vida cotidiana.

A esto se suma la intoxicación crónica y aguda con mercurio, que afecta a los trabajadores directos y a la comunidad a través del consumo de alimentos, del aire y del agua contaminados, con consecuencias poco predecibles, especialmente si consideramos que el mercurio puede provocar alteraciones genéticas.

2.5 Otras actividades humanas y los problemas ambientales que generan

Existe una serie de actividades humanas que producen por un lado, beneficios económicos, y por otro, generan graves problemas ambientales que van a incidir en la reproducción de la sociedad como un todo. Así tenemos por ejemplo, que la industria camaronera, convertida en uno de los sectores más dinámicos de la economía, está provocando la pérdida de los manglares. Con ello atenta no solo contra su misma actividad, sino también contra la pesca en general y contra otras actividades potenciales que el hombre puede desarrollar a partir del mar, que es considerado una de las reservas más importantes de la humanidad.

La industria maderera promueve la tala de bosques naturales a una gran velocidad, lo que no se compadece en absoluto con la reforestación que se hace.

“Se piensa que en bosques de una densidad de 70 a 80 m³ por hectárea se deforestan unas 25.000 Has. por año. Esa cifra sube a 50.000 Has. anuales en bosques de densidad de 30 a 40 m³ por hectárea”.¹⁶ El total de hectáreas reforestadas para el período 1982-1986 fue de 45.867 Has., lo que refleja la alarmante situación que vivimos. Hay que tomar en cuenta además que la reforestación se efectúa con especies exóticas, eucaliptos y pino, que producen sequedad y baja de la fertilidad de los suelos.

Los bosques influyen en el clima, contribuyen al flujo permanente de agua dulce, protegen las cubiertas vegetales de los suelos, ayudan a prevenir las inundaciones y

¹⁶ Ibidem 1 p. 139.

reducen la sedimentación de los ríos. En estas condiciones, el impacto de su destrucción en la vida humana puede ser desastroso.

Estos problemas, para citar unos pocos, si bien no producen daños específicos e inmediatos sobre la salud humana, son verdaderas bombas de tiempo que pueden privar al hombre de los recursos fundamentales para la sobrevivencia.

3. El medio ambiente en las zonas atrasadas

Fuera de los polos de desarrollo y de las zonas intermedias queda una amplia matriz eminentemente rural, que se caracteriza por su exclusión de los beneficios. En ocasiones son asentamiento de ciertas actividades importantes, pero que por la estructura de nuestra sociedad no implican un desarrollo social de la región, sino que drenan el excedente obtenido hacia los polos concentradores y hacia los países inversionistas que sustentan dichas actividades.

La región que mejor expresa esta situación es el Oriente Ecuatoriano. De ella analizaremos una de las situaciones más emergentes, sobre la cual todos los sectores deben pronunciarse: el cultivo de la palma africana.

3.1 La palma africana y sus repercusiones en el Ecuador

Los cultivos de palma africana se inician con una pequeña plantación en 1953. A partir de 1960 el Estado fomenta su cultivo en la zona de Santo Domingo y Quinindé, dando facilidades de crédito.

En 1981 la superficie total de palma africana era de 33.205 Has., distribuidas de la siguiente manera:

Cuadro No. 15
Tenencia de la tierra dedicada a palma africana. Ecuador 1981

Tamaño propiedad	No. de palmicultores	Superficie cultivada
De 1 a 200 has.	216 (87.4%)	14.384 has. (43.4%)
De 200 a 500 has.	18 (7.2%)	4.150 has. (12.3%)
De 500 a más has.	13 (5.4%)	14.671 has. (44.3%)
TOTAL	247 (100%)	33.205 has. (100%)

Fuente: CEDIS/CONFENIAE. Palma Africana y Etnocidio.
Serie Folletos Coyunturales N° 4. Quito. 1985. p. 40.

Como vemos, existe una fuerte concentración de la producción, lo que excluye de sus beneficios a colonos y pequeños finqueros, que son solamente fuerza de trabajo barata.

En 1983 se produjeron 67.000 TM de aceite crudo de 23.043 has. cultivadas, lo que

da un rendimiento bajo por hectárea, 2,4 TM/ha., a pesar de lo cual, por la fuerte demanda del mercado interno, eran rentables.

Este bajo rendimiento, sumado a la necesidad de nuevas áreas de cultivo, al alto costo de la tierra en la zona, a ciertas características climáticas y a alguna plaga que temporalmente azotó a las plantaciones, hicieron que las fuertes empresas busquen nuevas zonas de cultivo, que fueron encontradas en el Oriente, específicamente en la provincia del Napo, donde recibieron una concesión de 20.000 has. (1978-79).

Para 1982 la empresa Palmeras del Ecuador tenía cultivadas 4.000 Has., con un ritmo de incorporar al cultivo 1000 has. por año. La empresa Palmoriente para 1985 tenía 5.400 has. sembradas. La producción de aceite pronto saturó el mercado y se perfiló como uno de los productos de exportación. Con ello, se hicieron estudios técnicos que encontraron 250.000 Has. aptas para el cultivo de palma africana en la Amazonía, con un rendimiento de 6.3 toneladas de aceite crudo por hectárea y por año, debido a las favorables condiciones que el Oriente ecuatoriano ofrece.

La introducción de esta gran industria en el Oriente no ha promovido el desarrollo social esperado por sus promulgadores. La mayoría de la mano de obra utilizada es contratada, por lo que sus condiciones de reproducción social son muy deficientes. Su presencia en la Amazonía, por el contrario, a más del impacto ecológico que provoca, significa un gran costo social para sus habitantes.

Se ha visto que la palma africana provoca las siguientes alteraciones ecológicas:

1. Modifica el clima por variaciones en el régimen de lluvias.
2. Disminuye la materia orgánica y la fertilidad. En este caso, hasta 1984 existían descensos de entre 17% y 34% de la tasa de materia orgánica y la fertilidad había descendido en un 10%.
3. Por ser un monocultivo que cubre grandes extensiones, altera las proporciones y la variedad habitual de la flora y la fauna, rompiendo el equilibrio ecológico y fomentando la difusión de especies indeseadas. En el caso de la palma africana, de roedores.
4. Por los problemas mencionados en los puntos precedentes, el uso de fertilizantes y pesticidas se hace necesario, con sus consecuencias para la salud de los trabajadores y la comunidad en general.
5. Las extractoras de aceite, que hasta 1984 eran 27 (2 en el Oriente y 25 en la Costa) emiten desechos que contaminan los ríos por su alto contenido orgánico, de sólidos disueltos y sus altas temperaturas (80°C - 100°C).

Estas consecuencias no son las más graves del cultivo de la palma africana. El impacto sobre las poblaciones indígenas del Oriente, al despojarlas de su tierra, que es el eje de su reproducción social y de su cultura como un todo, es el efecto más grave y alarmante.

Las tierras concedidas a las grandes empresas, consideradas como "baldías", han sido territorio de los pueblos indígenas de la Amazonía desde hace varios siglos. En ellas se refugiaron de la persecución española, les dio su abrigo y les permitió vivir y desarrollarse en libertad, dentro de su cosmovisión, en la que la tierra es la madre de todos los seres. Para ellos, la tierra sin selva es algo inimaginable, porque "se acabaría el mundo: ya no habría animales, ni árboles, ni agua. El suelo ya no sería fértil, sería arenal. (En ellos) no se da la separación entre selva, vida y tierra."¹⁷ El trabajo y el consumo de estos pueblos se da en una estrecha relación con la selva. Ese es el espacio en el que rotan, en un intercambio armónico que respeta el equilibrio ecológico. Por ello, su presencia es una garantía para la conservación de este territorio.

La destrucción de la selva no solo disminuye las áreas destinadas al autoconsumo, sino que disminuiría la cacería, la pesca y la recolección de frutos naturales, obligándolos a adquirir los alimentos en el mercado.

Esto significaría insertarlos forzosamente en el modo productivo dominante, como fuerza de trabajo explotada, es decir, sería avasallar sus formas tradicionales de satisfacción de necesidades y con ello su cultura, todo lo que conduciría a un franco deterioro de su reproducción social, que se expresaría inmediatamente en patrones de morbi-mortalidad caracterizados por aumento de la mortalidad infantil, disminución de la esperanza de vida, aumento de las enfermedades carenciales e infecto-contagiosas y, quizás, alteraciones psiquiátricas.

Estos patrones de salud-enfermedad no expresarían solo el deterioro de la calidad de vida de estos pueblos, sino que constituirían el testimonio de un genocidio.

4. Las instituciones públicas que tienen que ver con el medio ambiente y la salud humana

Legalmente, el instituto rector de una política ambiental es el Consejo Nacional de Desarrollo. Después de éste tenemos varias instituciones encargadas de actividades relacionadas con distintos elementos del medio ambiente. Mencionaremos las más importantes:

- El Ministerio de Agricultura y Ganadería, que tiene la función de fomentar la producción agrícola, pecuaria y forestal; efectuar investigaciones en su rama; controlar el movimiento de los plaguicidas; controlar la sanidad vegetal; planificar el manejo de recursos hidráulicos; cuidar los parques nacionales y las áreas de reserva y recreación; y controlar la formación de recursos humanos en su área.
- El Instituto Ecuatoriano de Recursos Hidráulicos (INERHI) y el Instituto Nacional de Pesca están relacionados con la administración del agua.
- El IERAC, INIAP, INCRAE, CRM, entre otras, regulan el manejo de la tierra.

17 CEDIS/CONFENIAE. *Palma Africana y Etnocidio*. Series Folletos Coyunturales Nº 4. Quito, 1985, p. 22.

- El Ministerio de Energía y Minas, con CEPE, INECCEL, INAMHI, INE, INEMIN, se encargan del manejo de los recursos energéticos. La Dirección Nacional del Medio Ambiente de este Ministerio tiene como objetivo vigilar y controlar la contaminación generada dentro de las áreas de su jurisdicción.
- El Ministerio de Industrias, Comercio, Integración y Pesca tiene bajo su control el desarrollo industrial y del comercio.

Específicamente en el campo de la salud humana y el medio ambiente tenemos:

- El Ministerio de Salud Pública tiene la obligación de implantar las políticas básicas a todo el sector salud, siendo éstas normativas para el subsector público y semipúblico e indicativas para el subsector privado. El Ministerio de Salud conforma el Comité Institucional de Control del Medio Ambiente.
- El IEOS es una entidad planificadora, directora, asesora y evaluadora de lo que tiene que ver con dotación de agua potable, alcantarillado, control de la contaminación, saneamiento básico rural y control de desechos sólidos y construcción de hospitales.
- Los Municipios, a través de sus Direcciones de Higiene, se encargan de la recolección de desechos sólidos; control e higiene de alimentos a nivel de expendio; control de viviendas y locales comerciales. Las empresas municipales de servicios públicos, agua potable y alcantarillado, son fundamentales para el medio ambiente urbano.
- La Comisión de Energía Atómica (CEEA), en cuanto a salud ambiental, viene desplegando actividades referidas a la protección radiológica, desde 1979, año en que se dicta el Reglamento de Seguridad Radiológica.

Las líneas de acción en esta materia han sido: a) control de calidad y calibración de los equipos que emiten radiaciones ionizantes; b) formación y capacitación del personal expuesto a las mismas.

La CEEA es una instancia que depende de la Presidencia de la República y desempeña funciones de carácter normativo y de control y vigilancia en cuanto a protección radiológica. Su ámbito de acción ha estado centrado en las unidades del MSP, IEES, instancias del ejercicio privado de la medicina y la industria.

- El Comité Interinstitucional de Control del Medio Ambiente fue creado como una organización que respalda la aplicación de la "Ley de Prevención y Control de la Contaminación ambiental". Está constituida por los Ministros de Salud, Energía y Minas, Agricultura y Ganadería, Defensa Nacional, Industrias y el Presidente de la entonces JUNAPLA (Junta Nacional de Planificación y Coordinación Económica). Este organismo nunca ha funcionado.

Si bien el objetivo del documento es analizar muy esquemáticamente el quehacer de las instituciones públicas, no puede dejarse de mencionar a organismos no gubernamentales, como Fundación Natura, que en diez años de labores ha contribuido a la de-

fensa del medio ambiente a través de la investigación, estudio y denuncia de los problemas ambientales.

5. Recomendaciones

La salud ambiental de un pueblo expresa las relaciones que los hombres establecen con la naturaleza, a través de su trabajo, y el desarrollo que han alcanzado sus relaciones sociales.

Las características del espacio que han creado y en el que se desenvuelven, la forma particular en que cada grupo se inserta en este espacio y el control social que detenta, es lo que determina su estado de salud.

Por esta razón, los problemas de salud ambiental son tan diversos y complejos. Están imbricados en todas las facetas del desarrollo material de una sociedad y competen profundamente a la comunidad, como sujeto y objeto de la salud ambiental.

Después de estas breves reflexiones y partiendo de la realidad particular de nuestro país, puntualizamos algunas sugerencias sobre el quehacer del Ministerio de Salud Pública en este campo.

1. Ante la diversidad y desconocimiento que existe respecto a la situación de salud ambiental del país, el Ministerio de Salud Pública debería impulsar un diagnóstico de salud ambiental en el que confluyan todos los sectores comprometidos. La finalidad de este diagnóstico sería abrir el debate interinstitucional, tal vez a través del Comité Interinstitucional, de Control del Medio Ambiente, sobre la definición de prioridades y de estrategias a seguir.

2. Puesto que la salud ambiental es un problema que atañe a la sociedad civil, el Estado, a través del Ministerio de Salud Pública como organismo rector en esta materia, no puede desarrollar ningún programa o proyecto sin la participación real y efectiva de la comunidad organizada. Por tanto, la estrategia base para cualquier actividad, desde el diagnóstico hasta la evaluación, debe contemplar dicha participación.

3. Por la diversidad de sectores que confluyen en la salud ambiental, la coordinación institucional debe ser la vía de acción del Estado, a fin de concentrar esfuerzos y con ello lograr mejores resultados. En esta perspectiva es indispensable activar el Comité Interinstitucional de Control del Medio Ambiente, lo que puede hacerse a partir de la discusión del diagnóstico inicial.

4. Para que las resoluciones tomadas por este Comité Interinstitucional de Control del Medio Ambiente, o análogo, no queden en el vacío, es menester que en el Ministerio de Salud Pública se cree una instancia destinada a higiene ambiental y ocupacional. Este espacio garantizaría la coordinación institucional, así como la participación de la comunidad organizada a través del impulso de proyectos y programas con este carácter.

5. Hay ciertos aspectos sobre los cuales, el Ministerio de Salud Pública tiene que pronunciarse inaplazablemente:

- a) El problema de las nacionalidades indígenas del Oriente.
- b) El desarrollo industrial.
- c) Los plaguicidas.
- d) Los centros de explotación aurífera.
- e) La ampliación de servicios básicos, incluyendo el tratamiento de la basura en las zonas urbano-marginales.
- f) Normatización del ruido ambiental.

Bibliografía

1. ALBERT. A., Liliana. *Toxicología Ambiental*. Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud. -O.P.S.- INIREB. México, 1985.
2. Bolaños, Mercedes. "Determinación de Residuos de Pesticidas en Alimentos". *Memorias del Seminario sobre nuevas regulaciones para el uso y manejo de plaguicidas*. Quito, 1985.
3. Bolaños, Mercedes et al. "Determinación de Residuos de Pesticidas Clorados en leche materna". M.A.G.- CONACYT. Quito, 1986.
4. Carpio, Fernando. "Plaguicidas en el Ecuador". 1987. (inédito)
5. Carpio, Fernando. "Plaguicidas y Salud: Notas de la Realidad Ecuatoriana". 1988. (inédito).
6. Carrión, Diego. "Reflexiones sobre el habitat urbano". En Documentos No. 16. Ciudad. 1985.
7. CEDIS-CONFENIAE. *Palma Africana y Etnocidio*. Serie Folletos coyunturales No. 4. Quito. 1985.
8. Durango, Corina, Serrano, Vladimir. *Estudio Preliminar de los problemas ambientales del Ecuador*. I.E.O.S. Quito, 1976.
9. Espín, Eduardo. "La contaminación atmosférica en la ciudad de Quito". S/D.
10. Espín, Eduardo. "Evaluación de la contaminación del aire en la ciudad de Guayaquil". S/E.
11. Fundación Natura. *Evidencias del deterioro ambiental en el Ecuador*. Editorial Belén. Quito.
12. Fundación Natura. "Diagnóstico de la situación del medio ambiente en el Ecuador". Quito, 1981.
13. Jijón Carolina. "Palma Africana: ¿Deterioro ecológico o social?" Colibrí. Año 1, número 1, Sep-Dic. 1986. Quito.

14. Landázuri, Helena, Jijón, Carolina. *El medio ambiente en el Ecuador* ILDIS. Quito, 1988.
15. Larrea, Carlos. "Crecimiento urbano y dinámica de las ciudades intermedias en el Ecuador (1.950-1982). En *El Proceso de urbanización en el Ecuador*. Ciudad - El Conejo. Quito. 1986.
16. Narváez, A., Noboa, H. *Las enfermedades Crónico-Degeneradoras en el Ecuador*. Tesis. CEIAS. Quito. 1986.
17. O.M.S. "Vigilancia de la contaminación del medio en relación con el desarrollo". Serie informes técnicos No. 718. Ginebra. 1985.
18. Parker, Albert. *Contaminación del aire por la industria*. Editorial Reverté. España. 1983.
19. Pilamunga. I. *Contaminación audial de Quito*. I.E.OS.
20. Salazar, Edgar et al. "Nambija: Imagen del caos y el desorden". Colibrí. Año I, número 3, Dic. 1987. Quito.
21. Schreckinger, Ignacio. "Sangre y Esplendor". Colibrí. Año 1 número 2. Jun. 1987. Quito.
22. Serrano, Vladimir. "La institucionalización de las actividades de conservación y la legislación en el Ecuador". Primer Congreso Ecuatoriano del Medio Ambiente. Quito. 1987.
23. Sevilla, Roque, Pérez, Pilar. *Los plaguicidas en el Ecuador*. Fundación Natura. Quito. 1985.
24. Suárez José et al. *La situación de la salud en el Ecuador 1962 - 1985*. En M.S.P. - I.N.I.N.M.S. - O.P.S. - O.M.S. Quito 1.987.
25. Suquilanda Nelson. "Hidrocarburos y medio ambiente". Colibrí. Año 1, número 1, Sep.-Dic. 1986. Quito.

LA SALUD OCUPACIONAL EN EL ECUADOR

Fernando Carpio

1. Introducción

A partir de los años 60 importantes cambios se han producido en la economía del país, sobre todo a través de una nueva división internacional del trabajo, que ha significado de alguna manera una re-articulación de la formación económico social, teniendo como referencia la dependencia al capital monopólico.

Los cambios, expresados a través de una dinamización del sector industrial y agro-industrial, por medio de las políticas de Fomento Industrial y Fomento y Desarrollo Agropecuario, implicaron la incorporación de nuevas tecnologías y procesos de trabajo, lo que conllevó cambios en las condiciones de trabajo, y por lo tanto en el perfil de salud-enfermedad de la población trabajadora, dando lugar a la aparición de nuevas enfermedades profesionales y al aumento de las ya existentes, así como de la acciden-tabilidad en el trabajo.

Las respuestas del Estado y del sector empleador no se han compadecido con esta realidad de salud, cayendo en una praxis que hace culto al azar y cuyo contenido fundamental ha sido la recuperación o reparación, dejando de lado otros aspectos como la prevención y la rehabilitación. Es decir, la salud de los trabajadores ha merecido respuestas destinadas fundamentalmente a la reparación, sin tomar en cuenta sus de-terminantes: las condiciones de trabajo.

Sin embargo, han existido esfuerzos importantes que no siempre han contado con el respaldo de sus respectivas instituciones y que han contribuido a desarrollar la conciencia sanitaria sobre la problemática de la salud en el trabajo.

El objetivo central de este pequeño documento es hacer un recuento sucinto de la problemática actual de la salud de los trabajadores, revisar las actividades que están desarrollando las diferentes instituciones y proponer algunos lineamientos que podrían ser desarrollados por el Ministerio de Salud Pública, en la perspectiva de asumir un rol en la praxis de Salud Ocupacional, y finalmente, plantear algunos mecanismos para su implementación.

2.1. La situación de salud de los trabajadores: Algunos elementos

Lastimosamente en nuestro país no existen estadísticas específicas del sector laboral que permitan hacer un diagnóstico de su situación de salud. No obstante, podríamos tomar algunos datos parciales que con un carácter orientativo refieren el comportamiento de la morbilidad y mortalidad de los trabajadores ecuatorianos.

Así, podríamos señalar que las 10 principales causas de muerte, reportadas por el

INEC, se refieren a la población general, sin existir ningún tratamiento particular del sector laboral.

Es el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, I.E.S.S., a través de su División de Riesgos del Trabajo, el único organismo que ha reportado estadísticas de morbilidad y mortalidad de índole ocupacional, así vemos que en el período 1983-87 se reportaron los siguientes tipos de incapacidad laboral, a nivel de la población afiliada al IESS en todo el país:

Cuadro No. 1
Incapacidades producidas por accidentes de trabajo en la población afiliada al IESS durante el período 1983-1986. Tasa por 1.000 afiliados

Año	Afi- liados*	Muertes		Incapacidad permanente		Incapacidad temporal		Total	
		Nro.	Tasa x mil	No.	Tasa x mil	Nro.	Tasa x mil	Nro.	Tasa x mil
1983	648.446	254	0.39	340	0.52	1.307	2.01	1.901	2.93
1984	681.434	246	0.36	302	0.44	1.291	1.89	1.839	2.69
1985	715.396	287	0.40	516	0.72	1.561	2.18	2.364	3.30
1986	750.334	302	0.40	560	0.74	1.601	2.13	2.463	3.28

Fuente: IESS, Memoria Institucional 1.986.

Estadísticas de accidentabilidad correspondientes a la División Nacional de Riesgos del Trabajo del IESS.

Elaboración: Fernando Carpio.

(*) No constan los derecho-habientes del S. Social Campesino.

Si bien algunos datos respecto a la población afiliada son estimados y el período que se analiza es relativamente pequeño, debido a la insuficiencia de estadísticas publicadas y oficiales, no obstante, se puede advertir que en el período se incrementó ligeramente la tasa de accidentes de la población asegurada, así como la tasa de accidentes que produjeron muerte, por señalar las más importantes. Además, obsérvese que se incrementaron todas las tasas según los diversos tipos de incapacidad.

Ahora bien, ¿cómo es el comportamiento de la accidentabilidad de acuerdo a la actividad económica?, ¿cuáles son las actividades que implican la exposición a un mayor riesgo de accidentabilidad? En el cuadro número 2, se asocian los accidentes presentados durante 1984 de acuerdo al tipo de incapacidad y a la actividad económica, con la población afiliada ese año (que es el último dato oficial).

La tasa de accidentabilidad es de un 2.83 por mil a nivel del país. Las actividades económicas que presentan mayor riesgo de accidentes son, de acuerdo a su tasa por mil afiliados: 1) Construcción (10.25); 2) Industria manufacturera y Seguro Especial Artesanal (7.27); 3) Agricultura, caza, silvicultura y pesca (6.67); 4) Minas y canteras (4.53); 5) Transporte, almacenamiento y comunicaciones (4.32).

Con respecto a la tasa de mortalidad por accidentes del trabajo, las 5 actividades que

mayor riesgo presentan son, en orden de importancia: 1) Transporte, almacenamiento y comunicaciones (1.73 por mil); 2) Construcción (1.66); 3) Agricultura, caza, silvicultura y pesca (1.33); 4) Minas y canteras (0,9); 5) Industria manufacturera y seguro especial artesanal (0.59).

Cuadro No. 2
Distribución de los tipos de Incapacidad
producidas por accidentes de trabajo de acuerdo a la rama
de actividad económica en la población afiliada al IESS 1984

Rama de actividad	Afi- liados	Muerte		Incapacidad permanente		Incapacidad temporal		Total	
		Nro.	Tasa x mil	Nro.	Tasa x mil	Nro.	Tasa x mil	Nro.	Tasa x mil
Agricultura, caza, silvicultura y pesca.	8.236	11	1.33	26	3.15	18	2.18	55	6.67
Explotación minas y canteras (petróleo).	5.511	5	0.9	6	1.0	14	2.54	25	4.53
Industrias manufac. y seguro especial artesanal.	124.762	74	0.59	102	0.81	732	5.86	908	7.27
Electricidad, gas, agua.	46.769	13	0.27	32	0.68	24	0.51	69	1.47
Construcción y Seguro especial de la construcción.	54.505	91	1.66	64	1.17	404	7.41	559	10.25
Comercio por mayor y por menor, establecimientos financieros, bancos y seguros.	77.981	23	0.29	54	0.69	51	0.65	128	1.63
Transportes, alma- cenamiento y comunicaciones. Seguro especial chofer.	10.365	18	1.73	6	0.57	21	2.02	45	4.32
Servicios sociales comunales y personales, profesionales, hoteles y restaurantes, seguros especiales profesionales y domésticos; administración pública Sección "B".	293.073	8	0.02	6	0.02	13	0.04	27	0.09
Actividades no especificadas. Otros	27.022	3	0.11	6	0.22	14	0.51	23	0.85
TOTAL	648.224	246	0.37	302	0.46	1.291	1.99	1839	2.83

Fuente: Boletín Estadístico No. 4 I.E.S.S. Estadísticas de accidentabilidad. División Nacional de Riesgos del Trabajo I.E.S.S.
Elaboración: Fernando Carpio.

Estudios sobre cada rama de actividades económica, han sido efectuados por el personal de Riesgos del Trabajo del IESS, sobre todo en la industria manufacturera. Así, en el mismo año se reportaron los siguientes índices de frecuencias, en un estudio efectuado en 45 empresas, particularmente en la provincia del Pichincha:

Rama	Indice Frecuencia
- Metalmecánica	10.7
- Textiles	6.1
- Alimentos	4.3
- Madera	3.2
- Químicos	3.2
- Papel Imprenta	0.9
- Otras actividades:	
- Hoteles, restaurantes	14.0
- Energía eléctrica	5.12
- Teléfonos	0.9

En el cuadro número 3, constan los accidentes del trabajo reportados al IESS durante 1987 según la causalidad. Se reportaron 2.800 casos, que correspondieron a 320 muertes, 533 casos de incapacidad permanente y 1.947 casos de incapacidad temporal.

Cuadro No. 3
Distribución de los accidentes
por causa y tipo de incapacidad que producen.
Ecuador 1987

Causa	Muerte		Incapacidad permanente		Incapacidad temporal		Total	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
Condición insegura	24	7.5	83	15.57	323	16.36	430	15.36
Acción insegura	63	19.68	377	70.73	1497	75.83	1937	69.18
Accidente de tránsito	225	56.25	55	10.31	120	6.07	400	14.29
Acción terceros	5	1.56	8	1.5	7	0.35	20	0.71
Condición y acción insegura	3	0.93	10	1.87	0	0	13	0.46
TOTAL	320	100.0	533	100.0	1947	100.0	2800	100.0

FUENTE: División Nacional de Riesgos del Trabajo IESS. Ecuador 1983-1987.

ELABORACION: F. Carpio.

De estos 2.800 casos reportados, 1937 (69.18%) se calificaron como acción insegura del trabajador accidentado; constituyendo la causa más importante; en segundo lugar, las condiciones inseguras del trabajo fueron la causa del accidente, con 430 casos (15.36%); el tercer lugar ocuparon los accidentes de tránsito con 400 casos (14.29%); luego con un número pequeño de casos encontramos a la acción de terceros y por último la condición y acción insegura al mismo tiempo. Resalta el hecho de que casi

un 70% de los accidentes del trabajo obedecieron a la acción del trabajador. Claro está que existe una polémica, ya vieja entre las escuelas de Medicina del Trabajo, en torno a la determinación de los accidentes de trabajo. Una corriente señala que una acción insegura produce un accidente de trabajo, mientras la segunda corriente sostiene que detrás de una acción insegura, existe siempre una condición insegura, como base material que posibilita la presencia de la primera.

En nuestros países la primera tendencia es la hegemónica, lo que se refleja en los datos analizados, mientras que la segunda corresponde a una versión cada vez más difundida en los países industrializados.

Por otro lado, en el mismo cuadro, al analizar las causas de los accidentes que han producido muerte en el trabajador encontramos que los accidentes de tránsito son la causa más importante con 235 casos (70.31); en segundo lugar están las acciones inseguras con 63 casos (19.68%), y las condiciones inseguras se calificaron como la tercera causa de los accidentes con 24 casos (7.5%). Resalta el hecho que los accidentes de tránsito constituyeron más del 70% de los fallecimientos por accidentes del trabajo.

Este 70.31% de accidentes de tránsito o causas ligadas al tránsito se desglosan de la siguiente manera:

- Tránsito al trabajo: 185 casos que constituyen el 57.81% de los fallecimientos.
- Tránsito en el trabajo: 35 casos (10.93%)
- Comisión de servicios: 5 casos (1.56%)

Un estudio efectuado durante el período 1973–1977 (Cedeño, 1980), sobre los fallecimientos por accidentes del trabajo calificados en la Matriz del I.E.S.S., refiere 569 casos reportados en dicho período, de los cuales 239 obedecieron a causas de tránsito, esto es el 42%. Los mismos que estuvieron distribuidos de la siguiente manera:

Cuadro No. 4
Fallecimientos por accidente de trabajo debidos a causas de tránsito y
calificados en la matriz del IESS. 1973-1977

Lugar del accidente	Número	Porcentaje %
- En el lugar de trabajo (fábricas, choferes, obras públicas).	99	41.42
- En el trayecto del domicilio al lugar de trabajo y viceversa.	75	31.38
- Fallecidos en comisión de servicio.	44	18.41
- Casos negados (embriaguez, no estuvo en funciones de trabajo, etc.)	21	8.79
TOTAL	239	100.00

FUENTE: Cedeño, G., Rev. Seguridad, Higiene y Medicina del Trabajo, # 2 I.E.S.S., Quito, 1980.

De lo anotado se puede concluir la importancia que juega el tránsito y la movilización de los trabajadores en la causalidad de los fallecimientos por accidentes del trabajo, observándose porcentajes realmente altos.

Cabe señalar que las estadísticas presentadas en cuanto a accidentes del trabajo, refieren únicamente los reportados al I.E.S.S., más no necesariamente todos los accidentes ocurridos en la población afiliada y muchos menos en la población general.

Las enfermedades ocupacionales

Respecto a las enfermedades ocupacionales (llamadas también profesionales), hasta el momento no existen estadísticas oficiales en nuestro país. Se conoce de fuentes fidedignas que el I.E.S.S. calificó 31 enfermedades ocupacionales durante el período 1974-1985 a nivel nacional. Claro que igual como ocurre en otros países latinoamericanos, existe un subregistro muy importante con respecto a las enfermedades profesionales. Esto se debe a múltiples factores, entre ellos a la inconveniencia tanto para el trabajador como para la empresa de su notificación, pues los trabajadores habitualmente priorizan la estabilidad laboral, la misma que se ve cuestionada cuando está de por medio la calificación de una enfermedad profesional.

Ahora bien, a pesar de que no existen más datos a nivel nacional, estudios parciales y por riesgos permiten inferir la magnitud de la problemática de las enfermedades ocupacionales en el país. Así, el Departamento de Medicina del Trabajo del IESS examinó la función auditiva de 7.086 trabajadores de 69 empresas, entre julio de 1976 y junio de 1982. En este período se detectó que 1.161 trabajadores, el 16.38% de los examinados, presentaba Hipoacusia Inducida por Ruido Laboral. A continuación, en el cuadro No. 5, se indica el detalle de los estudios auditivos efectuados en ese período.

Cuadro No. 5
Hipoacusias encontradas en trabajadores de 69 empresas de Quito
y otros lugares, julio 1976 a junio 1982.

Orden	Rama de actividad económica	Número empres.	H.N. profesional #	%	Total trabajadores examinados
1	Textil	19	391	19.3	2.026
2	Metalmecánica	9	132	15.7	843
3	Servicios públicos	3	45	6.5	691
4	Madera	9	195	28.2	690
5	Cemento	6	82	13.1	625
6	Construcción / Proyecto hidroeléctrico	4	83	17.8	466
7	Bebidas y gaseosas	2	24	6.9	344
8	Petrolera	3	41	13.2	311
9	Tabacalera	1	48	21.5	230
10	Eléctrica e Inecel	4	21	10	210
11	Fosforera	1	20	11.7	171

Cuadro No. 5 (continuación)
Hipoacusias encontradas en trabajadores de 69 empresas de Quito
y otros lugares, julio 1976 a junio 1982.

Orden	Rama de actividad económica	Número empres.	H.N. profesional		Total trabajadores examinados
			#	%	
12	Alimenticia	3	25	15.5	161
13	Salud	1	21	17.0	123
14	Telecomunicaciones (NASA)	2	20	18.0	111
15	Productos farmacéuticos	2	13	14.2	91
TOTALES		69	1.161	16.83	7.086

FUENTE: Secaira, A. Hipoacusia Profesional. Rev. Seguridad, Higiene y Medicina del Trabajo. División de Riesgos del Trabajo del I.E.S.S., Quito, Nº 4, Vol 4- 1983.

Las cinco ramas de la producción que presentaron mayores porcentajes de hipoacusia, llamada también sordera ocupacional, fueron en orden de importancia: 1) Madera: 28% de los trabajadores examinados; 2) Tabacalera: 21.5%; 3) Textil; 19.3%; 4) Telecomunicaciones: 18.0%; 5) Construcción. Proyecto hidroeléctrico: 17.8% de los trabajadores examinados.

Adviértase que todas las ramas presentan porcentajes importantes de trastorno progresivo e irreversible, que es causa de incapacidad permanente.

El subregistro de las enfermedades ocupacionales es un fenómeno permanente en los servicios de salud del Estado, que brindan casi exclusivamente atención médica, así como en los Servicios Médicos de Empresa o llamados también Servicios Médicos de Personal. En estas condiciones es imposible conocer la real magnitud de las enfermedades profesionales en nuestro país, sin embargo el estudio de hipoacusias mencionado nos permite medir la importancia que tienen estas entidades en la salud de los trabajadores.

Condiciones de trabajo y salud

No existen estudios con carácter nacional y por rama de trabajo que relacione las variables condiciones de trabajo y salud. Existen estudios parciales, entre los cuales merece destacarse uno sobre la exposición potencial a plomo en una muestra de trabajadores (Ortega, J., 1982). De 833 empresas encuestadas en las cuales se utiliza potencialmente plomo, se observó que el 60% ocupa menos de 20 trabajadores y que 545 en total utilizaba efectivamente plomo. En un segundo momento se visitó una muestra de 77 empresas, encontrándose que en 42 existía exposición a plomo, en ellas 337 trabajadores estaban expuestos a la contaminación del ambiente de trabajo por plomo, equivalente al 8.4% de la población laboral examinada.

En el mismo trabajo, Ortega señala "sobre el total de 5.233 trabajadores estudiados, 2.880 están expuestos a algún tipo de riesgo higiénico: plomo, ruido, solventes, hu-

mos, vapores, etc.". Más adelante, acota "... Creemos haber demostrado que las condiciones imperantes en esta muestra de empresas son atentatorias a la salud del trabajador, en consideración del gran número de expuestos y del tipo de contaminante, ya que agentes como plomo, ruido, solventes orgánicos, etc., pueden producir incapacidades muy graves".

Otro estudio (Landívar, M., 1982), realizado en 20 empresas textiles, refiere que todas ellas presentaban niveles de ruido superiores a las normas o valores permitidos.

Estos estudios muy puntuales nos sugieren las deplorables condiciones de trabajo que prevalecen en nuestros centros de trabajo y que provocan los niveles de accidentabilidad señalados, así como la importante presencia de enfermedades ocupacionales.

Frente a esta situación, la respuesta del sector empleador deja mucho que desear en cuanto a una protección real que trascienda la protección personal. En ese sentido, es interesante citar a Landívar, quien dice en su estudio que son pocos los casos en que se aplican medidas de protección colectiva para la población expuesta y señala que "esto indica que ya existe la preocupación por controlar el ruido en la empresa textil por métodos de ingeniería", aspecto que afirma al referirse a la experiencia de una empresa en la cual se está instalando aislamiento acústico en una sección de trabajo. Claro está que, a nuestro entender, casos como éste son todavía aislados.

Los problemas de salud ocupacional en la población rural

No existen estadísticas de los trastornos de salud que la población rural padece en relación con las condiciones de trabajo. La información existente únicamente se refiere a la problemática de la intoxicación por plaguicidas.

Nuestro país es importador de plaguicidas. Las 18 empresas agrupadas en la AIFA, importan el ingrediente activo y realizan la formulación y el envase de los productos comerciales.

A partir de la década del 50, durante el auge de la exportación bananera, se introduce de manera importante su uso, que rige también para otros productos de la modalidad de monocultivo, como el café y el cacao. En concordancia con la tendencia mundial, el uso de los plaguicidas ha sido creciente en el país, asociado a la modernización de la producción en el campo y a los cambios en la tenencia de la tierra: la abolición de las formas precaristas de producción, el impulso a la agroindustria (Ley de Fomento y Desarrollo Agropecuario), los procesos de colonización, etc. (F. Carpio, FUT, 1987).

En el cuadro siguiente se detallan las importaciones de plaguicidas durante el período 1982-1986.

El uso indiscriminado de plaguicidas ha conllevado algunos problemas sanitarios que se podrían resumir en los siguientes:

1) Al no existir un control real sobre la importación, formulación, distribución, comercialización y manejo de los plaguicidas, se están utilizando en nuestro país sus-

tancias químicas que en otros países son prohibidas o de uso restringido (tal es el caso del grupo de plaguicidas de la llamada "Docena Sucia"), exponiendo a la población a sus efectos embritóxicos, teratógenos y cancerígenos.

Cuadro No. 6
Volumen y valor de las importaciones de pesticidas de Ecuador (1982-1986)
(En toneladas y millones de US\$)

	1982		1983		1984		1985		1986	
	Vol. Tons.	Val. US\$ mil	Vol. Tons.	Val. US\$ mil	Vol. Tons.	Val. US\$ mil	Vol. Tons.	Val. US\$ mil	Vol. Tons.	Val. US\$ mil
Insecticidas	1286.5	7.17	995.8	5.68	2030.6	1.11	1047.6	7.96	1824.8	10.47
Fungicidas	111.1	7.08	1699.3	7.17	2523.4	9.74	1541.9	4.82	1438.8	5.00
Herbicidas	5574.1	16.51	1781.6	7.04	7261.5	28.83	2335.6	10.94	2173.8	8.88
Otros	1960.2	10.95	1203.8	9.63	1735.2	10.53	1710.5	14.17	33.8	0.23
TOTALES	8931.9	41.71	5680.5	29.52	13550.7	50.21	6635.6	37.89	5471.2	24.58

FUENTE: Ministerio de Agricultura.

2) Estudios varios en el país refieren la presencia de residuos de plaguicidas en alimentos e incluso en el organismo de personas, con el consiguiente riesgo que implica a la salud de la población.

3) Cada vez es más difícil llevar a cabo la lucha anti-vectorial en el área de la salud pública, dada la creciente resistencia que genera en los vectores. En igual sentido se puede hablar respecto al combate de plagas.

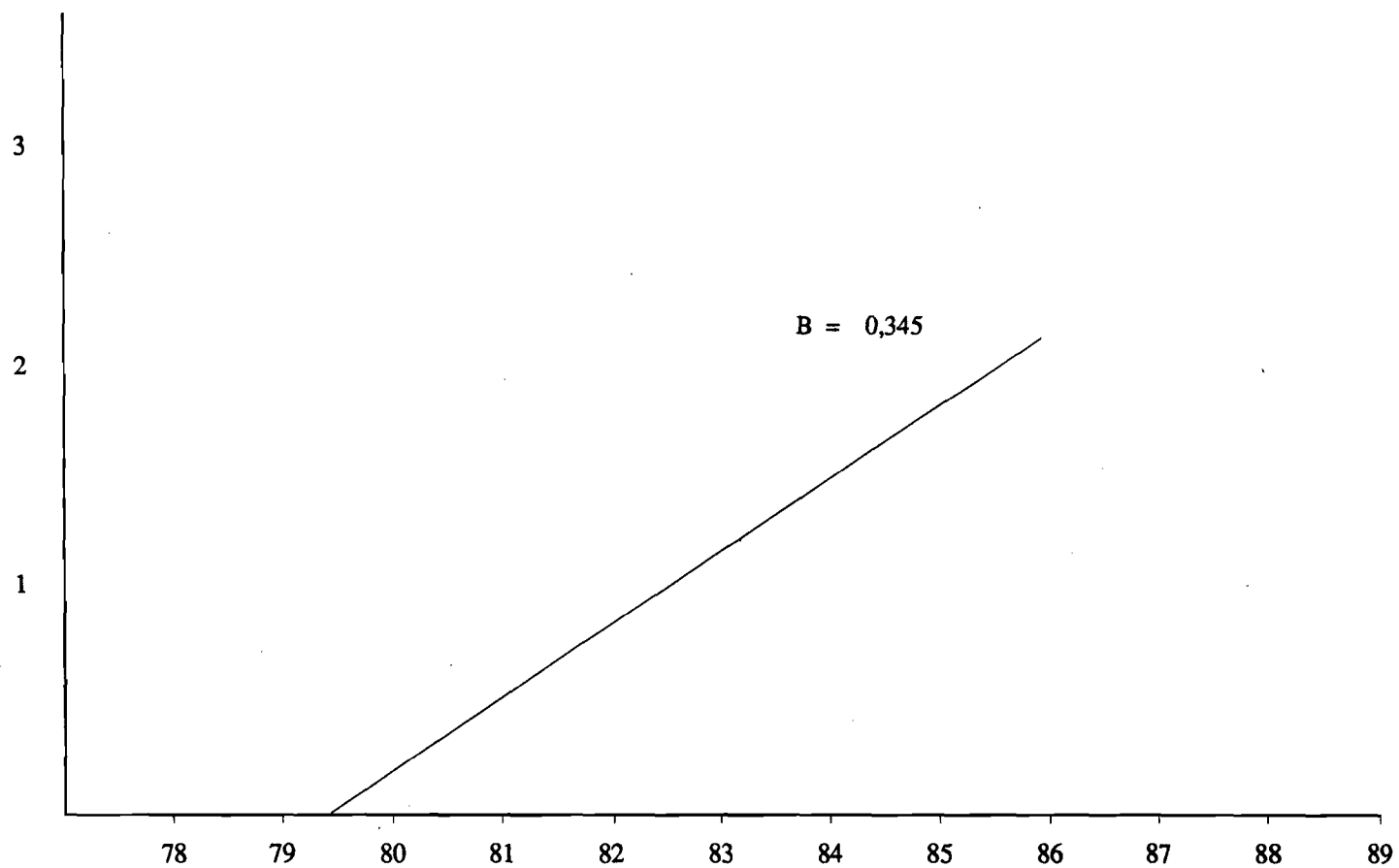
4) Se observa en el cuadro epidemiológico del país que el riesgo de intoxicación por plaguicidas está aumentando de manera importante y significativa desde el punto de vista estadístico (como lo refiere el cuadro 7), que reporta la notificación de intoxicación por plaguicidas desde 1976, que es el año en que se establece la notificación obligatoria de este riesgo.

En el cuadro se advierte un incremento importante y sostenido de los casos registrados. Al examinar a través de pruebas de regresión se encontró que la tendencia en el período ha sufrido un incremento estadísticamente significativo ($RV = 21.5$ $p < 0.05$). Véase gráfico.

Es de señalar que la intoxicación por plaguicidas, además de su tendencia al incremento, se presenta desde 1985 con carácter endémico en la provincia de Carchi, con una tasa de 17 por 100.000 habitantes, y como una entidad que está entre las diez enfermedades más frecuentes de notificación obligatoria.

Cabe señalar que los datos consignados se refieren a los casos de intoxicación aguda. Al no disponer en el país de programas de prevención que impliquen un monitoreo biológico, pensamos que existe un subregistro de los casos de intoxicación crónica. Por otro lado, los datos se refieren a la población en general, no existen estadísticas para este trastorno a nivel de la población laboral específica.

Tasa por 100.000



Fuente: M.SP./Epidemiología. INEC/proyección de población total 1974-2009. Elaboración: F. Carpio.

Cuadro No. 7
Casos notificados de intoxicación por plaguicidas en el Ecuador

Año	Población (miles)	Número de casos	Tasa por 100.000 habitantes
1978	7814	6	0.077
1979	8078	15	0.186
1980	8354	48	0.575
1981	8644	13	0.150
1982	8945	12	0.134
1983	9251	23	0.249
1984	9559	75	0.785
1985	9879	220	2.227
1986	10219	275	2.691
1987	10573	351	3.320

FUENTE: Dirección Nacional de Control y Vigilancia Epidemiológica. M.S.P. y I.N.E.C.
ELABORACION: F. Carpio.

Algunos elementos sobre la legislación actual

Las disposiciones legales dictadas en este último período, como el Acuerdo Ministerial 0242 del MAG y el Decreto Ejecutivo No. 2260, a la postre han debilitado el control propuesto por el "Reglamento para la Fabricación, Formulación, Importación, Comercialización y Empleo de Plaguicidas y Productos afines de uso agrícola, instrumento que significó muchos años de gestión para su puesta en vigencia y que garantiza, de una manera importante, el control sobre el uso de plaguicidas. La regulación 427-87, si bien no registra 4 productos de la Docena Sucia, establece restricciones para algunos otros. Sin embargo, los mecanismos de control están debilitados en el marco legal actual.

3. La práctica de salud ocupacional

Examinaremos rápidamente algunos elementos en torno a la praxis que desarrollan los organismos públicos y privados, con el fin de intentar señalar cuál es la cobertura actual que desarrollan los estamentos dedicados a la Salud Ocupacional.

3.1. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IEES.

Es el primer organismo que abordó la Salud Ocupacional. Para analizar sus actividades debemos distinguir dos instancias con las que cuenta a su interior: la División de Riesgos del Trabajo y el Departamento Nacional de Medicina Preventiva. Insistiremos con mayor detalle en el primero, dado que es la instancia más específica en esta materia y la que mayor desarrollo ha alcanzado.

3.1.1. División de riesgos del trabajo.

A partir de la creación del Seguro de Riesgos, el IESS inicia en 1964 las actividades de Riesgos del Trabajo, pero hasta 1974 atiende básicamente las prestaciones económicas contempladas en dicho seguro. A partir de ese año inicia un desarrollo orgánico, a nivel de infraestructura y de personal específico y especializado, desarrollo que alcanza un grado tal que hace de él el núcleo más importante del país. Un signo de esto es que durante el período 1974-1978 se calificaron y especializaron 25 profesionales y técnicos en el exterior gracias a los convenios mantenidos con organismos internacionales (Cedeño, 1988).

Las actividades desplegadas por esta División han estado orientadas a: 1) La calificación de los riesgos del trabajo; 2) La formación y promoción de la salud ocupacional, dirigida a profesionales, técnicos, empresarios y trabajadores; 3) La asesoría en materia de seguridad e higiene a los centros de trabajo; 4) El estudio de las condiciones de salud de los trabajadores; 5) el estudio higiénico del ambiente de trabajo.

Cedeño (1988), refiere que en el período 1974-1988 más de 50.000 profesionales, técnicos y trabajadores asistieron a las actividades de sensibilización y educación impartidas por esta División.

En cuanto a las actividades de Medicina del Trabajo, en el período enero 1976 - agosto 1985 en el área de influencia de la matriz (16 provincias), se practicaron 50.700 exámenes a los trabajadores (Cárdenas, Q.; Salas, D.; 1987) distribuidos de la siguiente manera:

1. Programa de conservación auditiva:	13.121 exámenes	(58.49%)
2. Programa de conservación visual:	5.685 exámenes	(25.34%)
3. Programa toxicopatías:	440 exámenes	(1.96%)
4. Programa neumopatías:	1.704 exámenes	(7.50%)
5. Programa radiaciones ionizantes:	1.482 exámenes	(6.60%)

No disponemos de datos globales sobre otras actividades realizadas por la División de Riesgos, sino únicamente parciales. En todo caso, los datos señalados permiten entender la importancia de sus actividades. Esta División al momento cuenta con 3 regionales: Quito, Guayaquil y Cuenca y dispone de un centenar de profesionales, técnicos y funcionarios.

Indudablemente el desarrollo de la División de Riesgos del Trabajo ha significado un avance importante para el país. Sin embargo, como manifiesta Cedeño (1988) al referirse a la actividad del IESS en estos 24 años de existencia del Seguro de Riesgos, "se considera positiva en lo relativo a las prestaciones médicas y económicas, aunque existen ciertas deficiencias en especial en lo relacionado a una real y efectiva protección preventiva en base a las medidas de Seguridad, Higiene y Medicina del Trabajo".

El importante avance y desarrollo de esta instancia amerita, por la delicada función que tiene, ampliar su radio de acción para atender al conjunto de la población afiliada al IESS a través de: 1) Ampliar sus programas con respecto a la vigilancia sanitaria de otros riesgos del trabajo; 2) Ampliar sus estudios a otros contaminantes y factores de

riesgos que están presentes en nuestros centros de trabajo; 3) Ampliar la vigilancia sobre el cumplimiento de las recomendaciones que emite en materia de seguridad e higiene en los centros de trabajo; 4) Desarrollar programas específicos con respecto a la accidentabilidad en el trabajo; 5) Desarrollar la legislación en riesgos vigente, partiendo de la actualización de la Lista de Enfermedades Profesionales, del establecimiento de límites permisibles para otros contaminantes, desarrollando reglamentos y normas de seguridad e higiene para las diversas ramas de trabajo, entre otros aspectos; 6) Ampliar la cobertura de sus programas en los sectores que cuentan con el Seguro de Riesgos, así como ampliar este seguro a otros sectores de afiliados; 7) Implementar un sistema de información de los accidentes y enfermedades ocupacionales.

Es evidente que la implementación de las iniciativas que se proponen, sin pretender agotar este aspecto, pasa por un mayor desarrollo que implica, entre otras cosas, ampliar su actual infraestructura y la dotación de más personal, aspecto que está en la mira de la Institución, como lo señala Cedeño (1988), más aún cuando a partir de 1986 se cuenta con el aporte del 0.1% del 1.5% que aportan los afiliados.

En los cuadros 8 y 9, se advierte que no tienen seguro de riesgos los artesanos, domésticos y profesionales, los mismos que en calidad de afiliados suman 48.077. Tampoco consta la población afiliada al Seguro Campesino, que según estadísticas del IESS (Memoria Institucional, 1986) ascendía a 434.034 derecho-habientes; la misma que tampoco está amparada por el seguro de riesgos.

Cuadro No. 8
Población afiliada al IESS por tipo de seguro
Cortada al 30 de junio de 1988

Tipo de seguro	Número de afiliados
Sección A	466.447
Sección B	277.014
Doméstico	24.825
Construcción	31.597
Profesionales	1.825
Artesanal	21.427
TOTAL	823.135

FUENTE: Dpto. de Investigación Global y Estadística.
División Programación Presupuestaria y Tesorería.
ELABORACION: F. Carpio.

La población que no cuenta con seguro de riesgos está exenta de la cobertura de las actividades de salud ocupacional. Sin querer afirmar con ello que la población que sí tiene este Seguro está cubierta en cuanto a las actividades de prevención, puesto que la infraestructura, personal y programas no alcanzan a cubrir las necesidades crecientes en materia de prevención de riesgos de la población afiliada.

Cuadro No. 9
Afiliados al IESS según si cuentan o no con seguro de riesgos
IESS-1986

Afiliados activos	Seguro de riesgos	
	SI	NO
Empleados privados y obreros.	X	
Empleados públicos y bancarios.	X	
Magisterio fiscal.	X	
Entidades autónomas.	X	
Construcción.	X	
Domésticos.		X
Artesanos.		X
Trabajadores agrícolas.	X	
Voluntarios.		X
Profesionales		X
Choferes profesionales.	X	
Afiliados al Seguro Campesino.		X

FUENTE: Memoria Institucional, I.E.S.S. 1986.

ELABORACION: F. Carpio.

3.1.2. Departamento nacional de medicina preventiva.

Inicia sus actividades en 1967, las mismas que son en ese momento (Cedeño, 1973): 1) Elaboración de la encuesta de higiene industrial en todo el país; 2) Inspecciones a las industrias, sobre todo de Pichincha; 3) Registro del ausentismo; 4) Control estadístico de los accidentes del trabajo; 5) Programas educativos.

Con el transcurso del tiempo, esta instancia fue delegando las actividades de salud ocupacional a la naciente área de Riesgos del Trabajo que analizamos anteriormente. Al momento actual, si bien dentro de sus 6 programas se contempla el examen periódico y el pre-ocupacional, no obstante los mismos están destinados a la detección de enfermedades comunes, en los lugares de trabajo. Los otros programas que implementa este Departamento se realizan con el mismo fin: Detección de cáncer de cérvix y mamario; regulación de la fecundidad; detección y control de diabetes; detección y control de cardiopatías (especialmente la reumática).

No ha sido posible contar con estadísticas que refieran la cobertura de Medicina Preventiva y sus actividades. Las actividades se efectúan fundamentalmente en los centros de trabajo que no disponen de servicio médico o dispensario anexo al IESS.

3.2. Ministerio del Trabajo.

Ya en 1938, en el naciente Código del Trabajo, se inscriben importantes aspectos

dictados por este portafolio con respecto a la Seguridad e Higiene en el Trabajo, algunos de ellos hasta el momento vigentes. Sin embargo, el control del cumplimiento de las disposiciones por parte de los centros de trabajo lo venían ejerciendo, supuestamente, los inspectores de trabajo. En 1974 se crea el Departamento de Seguridad e Higiene en el Trabajo adscrito a la Dirección General del Trabajo.

Las funciones desempeñadas por esta instancia son básicamente dos (Cortés, 1988):

1) La inspección de los centros de trabajo para controlar el cumplimiento de las disposiciones vigentes, actividad que es complementada con reinspecciones.

2) El control sobre los centros de trabajo que cuentan con más de 10 trabajadores, en cuanto a la elaboración de Reglamentos Internos de Seguridad e Higiene.

El personal reducido asignado a esta instancia, hace que su influencia o radio de acción sea muy limitado, aspecto que contrasta con las atribuciones que le asigna el Código de Trabajo, más aún si se considera que el Ministerio del Trabajo es la institución que más potestad tiene desde el punto de vista legal para ejercer el control sobre la prevención de riesgos que deben generar los empleadores. Este Departamento cuenta con 2 ingenieros y 1 secretaria como personal asignado al control de todos los centros de trabajo del país.

Las actividades desplegadas por el Ministerio del Trabajo cubren casi exclusivamente la provincia de Pichincha y obedecen a demandas (del sector empleador o de los trabajadores) originadas en su mayor parte por exigencias de los contratos colectivos o por los conflictos obrero-patronales.

Cabe señalar que no existe estadística oficial alguna de las actividades desplegadas.

3.3. Comisión ecuatoriana de energía atómica.

Esta institución no está dedicada específicamente a la salud ocupacional, pero sin embargo entre sus actividades efectúa el control de los centros de trabajo que utilizan radiaciones ionizantes. El control está dedicado fundamentalmente a la prevención técnica; y eventualmente realizan las lecturas de los dosímetros de termoluminiscencia. No se dispone de estadísticas referidas a las actividades realizadas en este sentido.

3.4. Ministerio de Salud Pública.

En materia de salud ocupacional, esta cartera únicamente realiza las lecturas de los dosímetros de película a través del Instituto Izquierda Pérez de Guayaquil.

Durante los años 1982-1983, este Ministerio contó con una Oficina de Salud Ocupacional mas, por carecer de propuestas de trabajo así como de apoyo institucional, fue cerrada.

3.5 La formación de recursos en salud ocupacional.

El desarrollo de instancias dedicadas a la formación de recursos en salud ocupacional es incipiente. Rápidamente menciono las principales instituciones:

3.5.1. Facultad de Medicina, Universidad Central.

En esta Facultad están desplegadas importantes actividades de capacitación de los estudiantes de Enfermería y Tecnología Médica, los mismos que reciben contenidos de salud ocupacional. A nivel de Post-grado, en el Curso de Especialización en Investigación y Administración de Salud, los estudiantes reciben un módulo de Salud Ocupacional. La Facultad cuenta con una Coordinación de Salud y Trabajo, que es la instancia que lleva adelante estas actividades desde 1983.

3.5.2. Facultad de Medicina. Universidad Católica de Cuenca.

Desde hace dos años a nivel de pre-grado y en la Escuela de Medicina se está impartiendo la cátedra de Medicina.

3.5.3. Universidad Tecnológica Equinoccial.

En los últimos dos años ha comenzado la carrera de Ingeniería del Trabajo, que tiene una duración de 4 años.

3.6. Instituciones privadas.

Son centros de estudios relacionados con la salud de los trabajadores que se han conformado en el país estos últimos años. Entre ellos constan: CEST, CEAS, CISO.

El CEST, Centro de Estudios de la Salud de los Trabajadores es una fundación de las Centrales Sindicales que conforman el FUT. Ha desplegado importantes actividades en las áreas de capacitación, asesoría, investigación y comunicación en salud laboral. Con tres años únicamente de existencia, gracias al apoyo de los trabajadores, ha desarrollado acciones tendientes a incrementar la conciencia sanitaria de los trabajadores.

El CEAS y el CISO son centros que han incursionado en la investigación de la Salud del Trabajo.

3.7. Los servicios médicos de empresa.

Están ubicados en los centros de trabajo que cuentan con más de 100 trabajadores, según lo establece el Reglamento respectivo dictado en 1978 como adendum al artículo 425 del Código del Trabajo. A pesar que este instrumento legal, inspirado en la Resolución 112 de la OIT, establece que la orientación fundamental de estos servicios es la prevención de los riesgos del trabajo, hasta el momento los servicios médicos, salvo algunas excepciones, cumplen una actividad exclusivamente de reparación de la salud de los trabajadores y en tal sentido no están efectuando actividades de salud ocupacional.

Conclusiones y recomendaciones

Al pretender haber agotado la temática de la salud ocupacional en el país, la cual es muy amplia, intentaré extraer algunas conclusiones de los aspectos abordados, para posteriormente esbozar algunas líneas puntuales que pueden ser impulsadas.

Conclusiones

1. Es evidente que actualmente se carece de una política de protección al trabajo que implique abordar la prevención de los riesgos del trabajo como una prioridad. Las actividades desarrolladas en salud ocupacional han obedecido básicamente al esfuerzo y entusiasmo del personal involucrado en esta materia, el mismo que enfrenta constantemente las trabas burocráticas institucionales. No es menos cierto que la presión de los trabajadores también ha jugado un papel dinamizador en este trayecto recorrido.
2. La carencia de un sistema de información adecuado, que permita conocer la realidad a fin de orientar las decisiones y políticas y monitorizar y evaluar los programas en salud ocupacional, es un vacío importante que debe ser suplido prioritariamente.
3. La cobertura de las actividades de prevención de los riesgos del trabajo es insuficiente con respecto a los sectores que son atendidos actualmente y, peor aún, en otros en los que no existe, como los sectores campesino y artesanal, aspecto que debe ser abordado urgentemente.
4. La infraestructura y programas de que disponen actualmente las instituciones de salud permite monitorizar a nivel ambiental y a nivel biológico un número pequeño de riesgos del trabajo, dejando al descubierto múltiples riesgos que son calificados, diagnosticados y tratados como enfermedades comunes, soslayando su vinculación con las condiciones de trabajo y obteniendo respuestas que no dan cuenta de su causalidad, con el consiguiente deterioro de la salud de la población trabajadora.
5. La formación de recursos humanos en prevención técnica así como en prevención sanitaria de los riesgos del trabajo es inexistente. Si bien a nivel de pre-grado y post-grado se vierten algunos contenidos, en un número limitado de escuelas de la universidad ecuatoriana, sin embargo se carece de espacios que impliquen la formación de especialistas en las áreas de Seguridad, Higiene y Medicina del Trabajo.
6. La necesidad de incrementar la normatización en el país es imperiosa, a través de la formulación de normas sobre la protección del trabajo, los procedimientos diagnósticos, la unificación de los criterios de calificación, la incorporación de nuevas tecnologías, la zonificación industrial, etc.
7. La actual legislación que rige en nuestro país, en cuanto a riesgos del trabajo, es todavía insuficiente porque no aborda aún tópicos que la realidad demanda y no proporciona el sustrato legal que posibilite una mayor presión sobre el sector empleador en el cumplimiento de las normas de seguridad e higiene en el trabajo.
8. La investigación que se efectúa en el país en cuanto a los riesgos del trabajo merece una atención especial en la medida que es necesario efectuar estudios nacionales de las condiciones de trabajo y salud de las ramas de trabajo por un lado y, por otro lado, estudiar los nuevos riesgos que están presentes con la incorporación de nuevas tecnologías a los procesos de trabajo, por citar dos de las temáticas prioritarias actualmente.
9. Otro aspecto pendiente es el referido a la producción e investigación en torno a las

medidas de protección. Se hace necesario desarrollar una instancia dedicada a la investigación e implementación de medidas de protección colectiva, así como de control de las tecnologías que se están incorporando a los centros de trabajo, en el sentido de que entre sus requisitos sanitarios se contemple la inclusión de estas medidas. Por otro lado, en términos del abaratamiento de los elementos de protección personal, que en su totalidad se importan, es necesario que el Estado desarrolle una industria específica.

10. El saneamiento básico en la industria es notoriamente deficiente y es uno de los problemas más generalizados, que no ha merecido atención alguna, siendo ésta una tarea pendiente.

11. La documentación e información en salud ocupacional es otro aspecto importante que debería ser impulsado en el país. Así por ejemplo, la bibliografía que existe sobre esta temática es extremadamente escasa. La iniciativa de implementar un Centro Nacional de Documentación e Información en Salud Ocupacional, debería ser recogida por alguna de las instituciones públicas vinculadas a la problemática en la medida que vendría a llenar un vacío muy sentido.

Recomendaciones

En las conclusiones que intentan resumir los aspectos más importantes abordados se incluyen ya recomendaciones, algunas de las cuales posiblemente el Ministerio de Salud Pública podría asumir. Se señalarán a continuación otras propuestas de líneas de trabajo.

1. El desarrollo de un programa de salud ocupacional en los sectores económicos sin cobertura en cuanto a la prevención de riesgos del Trabajo (Cuadro No. 9): 1) El sector de la agricultura, caza, silvicultura y pesca; 2) El sector artesanal.

1.1 El sector agricultura, caza, silvicultura y pesca.- Para 1982 representa una población económicamente activa de 724.471 trabajadores (INEC, 1982). La propuesta para este sector es implementar un estudio de las condiciones de trabajo y riesgos y, en segundo lugar, implementar un programa de prevención de la intoxicación por plaguicidas.

1.2 Sector Artesanal.- Se ha estimado en 245.700 el número de personas ocupadas en las diferentes actividades artesanales (Políticas de Fomento Artesanal en el Ecuador; Foro ILDIS, 1985). Es necesario efectuar estudios tendientes a implementar programas de salud ocupacional en este sector.

2. Estudiar las condiciones de saneamiento básico en la industria. No existen datos sobre esta situación; es una conclusión que emerge del recorrido por los centros de trabajo.

3. Desarrollar un estudio tendiente a establecer un sistema de registro y control de las sustancias químicas que se utilizan como materias primas o se desprenden durante el proceso de trabajo, desde el punto de vista toxicológico.

4. Efectuar un estudio de las condiciones de trabajo de los trabajadores de la salud,

con miras a iniciar la implementación de algunos programas de salud ocupacional para los trabajadores del Ministerio de Salud Pública, que contabilizan 14.000.

Bibliografía

Cárdenas, O., Salas, D. 1987. *Alteraciones auditivas que presentan los trabajadores expuestos a ruido en la Fábrica Textil Indulana*. PUCE, Quito.

Carpio, F., 1987. *Impacto sobre el uso de plaguicidas en la población*. (Inédito). FUT. Quito.

Carpio, F., 1988. *Plaguicidas y Salud: Notas de la realidad ecuatoriana*. CEST. Quito.

Cedeño, G., 1973. *Estudio preliminar sobre la seguridad e higiene industrial en el Ecuador*. Escuela Politécnica Nacional. Quito.

Cedeño, G., 1980. *Accidentes del trabajo en tránsito*. Revista Seguridad, Higiene y Medicina del Trabajo, Vol. 2, No. 2, IESS.

Cedeño, G., 1988. *Situación Actual de la Salud en el Trabajo en el Ecuador*. Primer Foro Internacional de Planificación sobre Salud en el Trabajo en América. México.

División de Riesgos del Trabajo, 1986, *Resumen Analítico de las Estadísticas reportadas por las Empresas*. Revista Seguridad, Higiene y Medicina del Trabajo, No. 5 - Vol. 5, IESS, Quito.

Departamento Nacional de Medicina Preventiva, 1985. *Manual de Procedimientos Técnicos*, No. 2, tercera edición. IESS, Quito.

IESS, 1984. *Boletín Estadístico*.

IESS, 1986 *Memoria Institucional*.

Landívar, M., 1982. *Situación actual de la actividad textil en seguridad e higiene industrial*. Revista Seguridad, Higiene y Medicina del Trabajo, IESS, Quito.

Ortega, J. 1982. *Estudio de la exposición potencial a plomo de una muestra de trabajadores*. Revista Seguridad, Higiene y Medicina del Trabajo, No. 3, Vol. 3, IESS, Quito.

Secaira, A., 1984. *Estudio de la Hipoacusia*. Revista Seguridad, Higiene y Medicina del Trabajo, No. 4 Vol. 4, IESS, Quito.

Políticas de Fomento Artesanal en el Ecuador: Foro. ILDIS - Subsecretaría de Artesanías del Ministerio de Industrias, Comercio, Integración y Pesca. Quito. 1985.

José Suárez

LA PROBLEMÁTICA DE SALUD DE LAS ÁREAS URBANO MARGINALES

Los determinantes de la problemática en salud

La problemática de salud de las áreas urbano-marginales ha comenzado a ubicarse en el centro de un debate de gran importancia. Instituciones nacionales e internacionales han identificado dicha problemática como crítica, buscando desarrollar estrategias alternativas que pudieran superarla.

Esta discusión se apoya sobre un concepto de distribución de la problemática de salud en un espacio determinado: aquellas áreas denominadas urbano-marginales. Sin embargo, se requiere una delimitación más profunda del objeto de análisis, tanto a un nivel conceptual, cuanto a un nivel operativo. Es el caso de la definición del denominador epidemiológico: la población urbano-marginal, la cual tiene profundas repercusiones teóricas y prácticas, que es necesario abordar.

De manera semejante, el desarrollo de estrategias alternativas de respuestas a dicha problemática requiere de un conocimiento profundo de la red de causalidad y de los principales factores determinantes de la salud-enfermedad en nuestra sociedad. Por ventaja, en el Ecuador y otros países de Latinoamérica se ha producido un importante desarrollo en la capacidad investigativa en el campo de la salud colectiva, que posibilita un conocimiento más profundo de la problemática de salud en las “áreas urbano-marginales”.

Se debe partir de la consideración básica de la nueva corriente epidemiológica, que considera que un estudio en profundidad de los fenómenos de salud-enfermedad, su magnitud, tendencia, distribución y determinantes, solo puede ser realizado bajo una visión dinámica, histórica y globalizante, ubicándolos dentro del proceso general de desarrollo socio-económico de una sociedad determinada.

En consecuencia, la distribución espacial de la problemática de salud no puede ser comprendida únicamente como resultante de “factores medio ambientales” considerados desde una perspectiva natural, “naturalizando las contradicciones sociales”, sino que resulta fundamental ubicarla en una dimensión teórica mucho mayor.

Debemos partir considerando que la actividad principal del hombre está dada por la búsqueda de los elementos indispensables para satisfacer sus necesidades diarias. El proceso de trabajo, que extrae de la naturaleza esos elementos que necesita para su sobrevivencia, ha ido complejizándose de acuerdo al desarrollo de las fuerzas productivas y a las leyes de reproducción de cada modo de producción determinado. Por lo tanto, la relación hombre-naturaleza se encuentra mediatizada por un proceso de trabajo que ha sido establecido socialmente, que determina las variaciones en los riesgos de enfermar y morir de los individuos y las colectividades, al tiempo que provoca cam-

bios y modificaciones en la naturaleza misma. O sea, que el medio ambiente no solamente es el resultado del desarrollo y evolución de la naturaleza, sino también es un producto del desarrollo histórico-social de la humanidad.

En esta relación con la naturaleza, los seres humanos se exponen a diferentes riesgos. Sin embargo, la exposición a dichos riesgos no es homogénea para todos los individuos, sino que está determinada por el grado de desarrollo y tecnificación de una sociedad y por la posición que los individuos o grupos poblacionales ocupan dentro del proceso de producción.

Es evidente que la diferenciación en clases sociales, derivada de la tenencia o no de los medios de producción, determina una exposición diferente a factores negativos y de mayor riesgo. Por lo tanto, en una sociedad con desigualdades y estratificaciones sociales como la nuestra, tiene lugar un conjunto de contradicciones que generan enfermedad y muerte. Dentro de ellas, posiblemente la más importante es la contradicción entre el bienestar de los trabajadores y la necesidad del sistema capitalista de producir plusvalía y acumulación de capital, la que va a determinar una distribución particular de la problemática salud-enfermedad.

Distribución espacial de la problemática

Es importante señalar que el proceso de desarrollo socio-económico ha determinado también desigualdades regionales, caracterizadas por la presencia de polos de mayor o menor desarrollo relativo. Este desarrollo económico diferenciado entre las regiones requiere de fuerza de trabajo igualmente en forma diferencial, generando desplazamientos poblacionales importantes de las zonas de menor atracción económica hacia las zonas de mayor importancia productiva, estableciendo nuevos y más grandes asentamientos humanos.

En el Ecuador, especialmente a partir de la década de 1950, tiene lugar un proceso acelerado de modernización. Se buscó, al igual que en otros países latinoamericanos, desarrollar nuevas estrategias tendientes a paliar las contradicciones sociales que se agudizaron en la región, mejorando las condiciones de los grupos más atrasados.

Las reformas desarrollistas implementadas bajo la estrategia de la "Alianza para el Progreso" estuvieron orientadas a superar las relaciones precapitalistas existentes, principalmente a nivel del agro, favoreciendo la introducción de relaciones claramente capitalistas, tal es el caso de las reformas agraria, tributaria y administrativa.

A nivel del sector agrícola, se favoreció la modernización productiva, estimulando la abolición del sistema de precarismo, en base a la promulgación de las leyes de Reforma Agraria de 1964 y 1973. Este proceso no modificó la estructura de tenencia de la tierra, sino que eliminó el huasipungo y precarismo e incorporó relaciones claramente de tipo salarial capitalista. El proceso de reforma agraria no afectó el poder económico de los terratenientes y mantuvo el monopolio de la hacienda, asegurándoles el control y uso de las mejores tierras. Las haciendas consolidaron las nuevas formas productivas capitalistas, incorporando salarialmente solo a la fuerza de trabajo que les era indispensable, y expulsando a grandes grupos humanos.

Al mismo tiempo que se aplicaban dichas reformas, se abrieron las puertas al capital y tecnología extranjeros, que fueron canalizados principalmente al desarrollo de una industria de sustitución de importaciones, localizada sobre todo en Guayaquil y Quito.

Con el inicio de la explotación del petróleo, la economía ecuatoriana sufre un aceleramiento capitalista sumamente importante. Se produce un cambio desde una producción nacional predominantemente agrícola hacia una con predominio industrial. La bonanza petrolera fue orientada en mayor proporción al desarrollo industrial y escasamente al desarrollo agrícola.

El proceso de desarrollo determinó la conformación de polos de atracción económica en Quito y Guayaquil y extensas zonas de subdesarrollo que han generado importantes movimientos poblacionales, en diversas épocas de la historia del país.

Hay que reconocer que el proceso migratorio contribuye a mantener e incrementar las desigualdades existentes, a nivel espacial y social. El desplazamiento de fuerza de trabajo significa un debilitamiento económico de las zonas con mayor retraso, en beneficio de aquellas de mayor desarrollo. Las zonas menos productivas o con menor desarrollo relativo estarían "alimentando" con fuerza de trabajo "nueva" a las zonas más desarrolladas.

Espacio y cambios demográficos

Así se han visualizado, sobre todo en las últimas tres décadas, algunos cambios demográficos de gran importancia. En primer lugar, un crecimiento poblacional alto, que de 4'476.007 habitantes registrados en el Censo de Población y Vivienda de 1962, pasó a 8'060.710, en el Censo de 1982, estimándose que supera los 10'203.722 de habitantes en 1988. (Tabla 1)

Durante el período 1962-1988, se ha producido un desarrollo urbano que revirtió el predominio de la población rural hacia un predominio urbano. Sabemos que el incremento de la población urbana pasó del 42% en 1974 al 49% en 1982; se estima que al momento actual alcanza a 54% y al año 1994 alcanzará al 58%.

Estos cambios demográficos también se reflejan en la población económicamente activa, que en el área urbana ha pasado del 30% en 1962 al 45% en 1975, el 49% en 1980, y el 52% en 1985.

El desarrollo urbano ha seguido el patrón de polos de desarrollo industrial. Así, se aprecia un mayor desarrollo urbano en Quito y Guayaquil y algunas capitales provinciales, al igual que son básicamente las mismas zonas las que presentan los mayores crecimientos intercensales.

En 1962, se registraron 510.804 habitantes en Guayaquil urbano y 365.662 habitantes en Quito urbano, que corresponderían al 10.8% y 7.7% del total de la población nacional, respectivamente. En 1988 se estima que 1'635.228 habitantes viven en Guayaquil urbano, y 1'186.416 habitantes en Quito, correspondiendo al 14.6% y 10.6% del total nacional. Sumadas, ambas ciudades albergan a más del 25.3% de los ecuatorianos. (Tabla 2)

El crecimiento de nuestras ciudades se ha debido más a una descomposición de la sociedad rural que a un dinamismo de la sociedad urbana. Esta situación explica, en parte, por qué se da el proceso de migración cuando las oportunidades de empleo urbano son muy inferiores al ritmo migratorio, presentándose el horizonte económico como marcadamente aventurado. Parece, por lo tanto, que la descomposición de la estructura social rural tiene un peso mayor en la determinación del momento migratorio.

Los movimientos migratorios implican cambios profundos en la reproducción social de los individuos, familias y grupos migrantes. Los individuos y sus familias no solamente tienen que enfrentar un nuevo ambiente ecológico, sino principalmente tienen que insertarse dentro del aparato productivo, aunque frecuentemente no logran hacerlo ocupacionalmente, pasando a conformar los grupos marginales de desempleados y subempleados, debiendo adoptar nuevas formas de consumo, vivienda, condiciones sanitarias, alimentación, acceso a servicios, principalmente de salud y educación, etc.

Por lo tanto, la problemática de los nuevos asentamientos poblacionales en las grandes ciudades está íntimamente ligada a los procesos y al desarrollo desigual del país.

En el caso de las ciudades de Quito y Guayaquil, es importante recordar algunas diferencias. Mientras la fundación española de Quito tuvo una implementación de tipo colonial, con una función predominantemente administrativa, vinculada a los terratenientes serranos, la fundación de Guayaquil la establece como un puerto, centro de negocios, directamente ligado a la metrópoli a través del comercio internacional y de los comerciantes agroexportadores. Esta diferenciación se acrecienta durante la segunda mitad del siglo XIX, cuando el Ecuador se vincula más estrechamente a la economía internacional como productor de materias primas. A partir de entonces se inicia un crecimiento económico más rápido de Guayaquil, originando un importante movimiento migratorio de la Sierra a la Costa durante la época del auge cacaotero, a finales del siglo anterior e inicios del presente. Este fenómeno se repetirá durante la reactivación del modelo agroexportador, en la década del 40, derivada de la producción y exportación del banano.

Si el desarrollo socio-económico de una sociedad determina desplazamientos de la población, así como los riesgos de enfermar y morir, entonces la distribución especial de la problemática de salud-enfermedad no es sino una consecuencia de los mismos procesos sociales. Así, por ejemplo, la natalidad y la mortalidad general se asientan preferentemente en aquellas áreas más pobres que muestran procesos de producción agrícola o industrial retrasados. El desarrollo de infraestructura sanitaria y ubicación de recursos médicos había seguido los mismos patrones que el desarrollo económico, enfatizando el hecho de que la práctica médica responde a la misma lógica del proceso social general en favor de Quito y Guayaquil.

Estratificación del espacio urbano

Es importante identificar que el desarrollo urbano, en muchos países latinoamericanos, se ha caracterizado por ser explosivo. La población urbana supera a la que correspondería al nivel productivo alcanzado, principalmente del sector industrial, y la insuficiencia de empleo y servicios para las nuevas masas urbanas acentúa la segregación ecológica por clases sociales y polariza el sistema de estratificación.

El “desorden urbano” que ha tenido lugar en muchas de nuestras ciudades no es tal desorden, sino que refleja la organización especial suscitada por el desarrollo socio-económico, la dependencia y subordinación política de nuestros países, la estructuración interna, el funcionamiento de nuestro sistema productivo y las relaciones existentes entre clases.

La problemática de salud-enfermedad y de la práctica médica no es homogéneamente distribuida, sino que afecta principalmente a aquellos grupos más pauperizados. Sin embargo, es necesario desarrollar estrategias adecuadas que nos permitan definirlos y ubicarlos. Para ello existen limitaciones teóricas y empíricas que deberemos superar. Persisten ambigüedades sobre la delimitación teórica de “lo urbano” y de “lo marginal”.

Se puede asimilar lo urbano, considerando que “...la ciudad es el lugar geográfico donde se instala la superestructura político-administrativa de una sociedad... que ha hecho posible la diferenciación del producto entre reproducción simple y ampliada de la fuerza de trabajo, y por tanto, originado un sistema de repartición que supone la existencia de: 1) un sistema de clases sociales; 2) un sistema político que asegure a la vez el funcionamiento del conjunto social y la dominación de una clase; d) un sistema institucional de inversión, en particular en lo referente a la cultura y la técnica; 4) un sistema de intercambio con el exterior (Castells: 1974, 19). Sin embargo, esta definición teórica tiene serias dificultades en su aplicación y delimitación práctica.

La definición de “lo marginal” es un tema muy controvertido, toda vez que implica la existencia de grupos que se mantienen al margen, pero al margen de qué categorías: de la inserción productiva, del acceso al consumo simple, a bienes y servicios ofrecidos por la sociedad, etc. Desde esa perspectiva es difícil considerar las poblaciones marginales, pues en mayor o menor grado están vinculados al sistema, desarrollando actividades económicas específicas, incluyendo aquellas denominadas “informales”, al tiempo que constituyen un amplio mercado para los artículos producidos por la sociedad.

Aquella “marginalidad” ha sido considerada como un obstáculo para el desarrollo en la medida que inmoviliza recursos orientados a proveer de los servicios necesarios a concentraciones humanas no estructuradas en función de una tarea productiva, como es el caso de esa población flotante, desempleada, “ejército industrial de reserva”, etc. Por lo tanto, no debe verse como un obstáculo, sino como la consecuencia del modelo de desarrollo implementado en el país.

Las áreas urbano-marginales en Quito y Guayaquil

Utilizando la definición producida por el CONADE, que considera como población marginal a aquella que se encuentra en un nivel de pobreza, vive en condiciones de hacinamiento, y tiene limitado acceso a los servicios, como agua potable, alcantarillado, etc., y la información censal, se procedió a estimar y ubicar las poblaciones urbano marginales de Quito y Guayaquil. Así, se estimó que la población urbano-marginal en Guayaquil creció de 215.000 en 1974 a 932.000 en 1988, lo cual significa un crecimiento relativo importante, pasando del 26.1% al 56.9% de la población urbana

urbana total de la ciudad (Tabla 3), proyectándose para 1994 a 1'338.000, que correspondería al 65.1% de la población urbana guayaquileña.

En Quito, la población urbano-marginal ha ido creciendo en términos absolutos de 130.000 en 1974 a 191.000 en 1988. Sin embargo se produjo un descenso en términos relativos, desde el 21.6% al 16% del total de la población urbana en dicho período. Hacia 1994 se proyectan 226.000 habitantes (15%) en las áreas urbano-marginales en Quito. (Tabla 4)

Si bien algunos grupos poblacionales, los de barrios periféricos, pueden ser identificados como marginales, numerosos conglomerados humanos ubicados en los "tugurios" de las ciudades son excluidos por aquella definición. El hecho de tener acceso a agua potable y alcantarillado, y acaso a algunos servicios de salud, determina que ya no sean considerados como "marginales", aun cuando las condiciones generales de reproducción social sean críticas.

Algunas observaciones empíricas realizadas en Quito y Guayaquil, nos han permitido reconocer en las familias de la periferia por lo menos dos grandes grupos diferenciados: aquellos que han alcanzado el uso de una parcela de terreno en base a una gestión cooperativa, mediante compra, y aquellos que han procedido a invadirlas por la fuerza. En Quito predominan las cooperativas, en tanto que en Guayaquil parecen predominar las invasiones. En cada uno de estos dos grandes tipos de población marginal pueden encontrarse marcadas diferencias en sus condiciones de reproducción social, debiendo ser profundizadas en su comprensión.

Se han identificado otros grupos, que pudiendo ser considerados como urbano-marginales no caen en la definición del CONADE. Tal es el caso de la población pauperizada ubicada en los tugurios centrales de las dos ciudades, que viven en condiciones sumamente precarias. Por el hecho de tener "acceso" a agua potable y servicios higiénicos no son incorporados dentro de la definición de urbano-marginal, aun cuando tienen condiciones de vida peores que muchos de los grupos marginales ubicados en la periferia y por ejemplo, deben compartir un servicio higiénico entre 40 y 50 personas. De manera semejante, esta definición tampoco posibilita la inclusión de aquella población migrante temporal, que viene a las ciudades en busca de trabajo para luego volver a sus zonas de origen y sobre las cuales la información es inexistente. Parecería como que aquellas familias que han tenido un "relativo éxito" han logrado adquirir un pequeño lote en una zona periférica, permaneciendo en el tugurio, y en las áreas de invasión, la gente más empobrecida.

Lamentablemente, el conocimiento que tenemos sobre las características particulares de la reproducción social, cultural, cosmovisión, acceso a servicios y problemática de salud-enfermedad de los distintos grupos "urbano-marginales" es bastante limitado. Estamos obligados a profundizar en dicho conocimiento a fin de aportar con elementos que posibiliten una mejor planificación, implantación y desarrollo de programas de atención en el campo de la salud. De allí la importancia de establecer un proceso de discusión que aporte con elementos clarificadores que guíen las acciones futuras orientadas a superar los problemas críticos de estos grupos poblacionales.

Algunos puntos de discusión

- a. Redefinición de lo “urbano marginal”. Desde el punto pragmático, la definición del CONADE deja fuera a importantes grupos poblacionales pauperizados. ¿Cuál podría ser una definición alternativa que identificara a los distintos grupos?
- b. ¿Deberá considerarse aisladamente la problemática de los distintos grupos “urbano-marginales”, de aquella que afecta a las poblaciones de origen de los mismos? ¿Deberán los planes y programas orientarse en forma circunscrita a ellos, o deberá integrarse dentro de un programa de desarrollo que integre a las zonas urbanas y rurales.
- c. ¿Deberán desarrollarse programas aislados dentro del campo de la salud, o deberá ubicarse a la salud como el eje alrededor del cual se orienten los procesos de desarrollo general de la sociedad? ¿Deberá considerarse a la salud-enfermedad únicamente como la consecuencia del sistema social y económico, o deberá ubicarse a la salud y al bienestar como la gran meta del desarrollo de la sociedad?
- d. Vista la problemática compleja de la salud, ¿cuáles deberán ser las acciones que cumplan las unidades operativas en el sector salud? ¿Cuáles podrían ser las nuevas estrategias a ser desarrolladas, superando la visión curativa tradicional y enfatizando elementos de prevención más amplia?
- e. Se ha venido hablando de la participación comunitaria en la prestación de los servicios de salud. ¿Cómo orientar esta participación a fin de vincularla realmente con los procesos de identificación de los problemas, diseño de estrategias, implementación de programas, evaluación y supervisión de los mismos, etc.?
- f. ¿Qué nuevos elementos deberán ser abordados por el sector salud, dentro de lo que podría ser un proceso de educación liberadora?
- g. ¿Cómo desarrollar estrategias que den soluciones pragmáticas inmediatas en el campo de la salud, al tiempo que posibiliten producir cambios en los grandes determinantes de la problemática de salud-enfermedad?

Bibliografía

AGUILAR, R. *La producción capitalista y la ciudad*. Revista de Ciencias Sociales No. 13, 1981. p. 1-18.

ARIAS, A. *Los flujos migratorios en Guayaquil (1962-1974)*. Ecuador Debate No. 8, 1985.

CARRION, J. *El proceso de urbanización en el Ecuador 1962-1974*. Revista de Ciencias Sociales No. 12, 1981. p. 13-42.

CASTELLS, M. *La cuestión urbana*. Siglo XXI Editores. México, 1974.

GOMEZ, N. *Quito y su desarrollo urbano*. Edit. Camino. Quito. s.f.

HARVEY, D. *Urbanismo y desigualdad social*. Siglo XXI Editores. México, 1973.

LEFEBRE, H. *De lo rural a lo urbano*. Gráficas Román, Barcelona, 1973.

LEON, J. *Las migraciones internas en el Ecuador*. Una aproximación geográfica. Ecuador Debate No. 8, 1985.

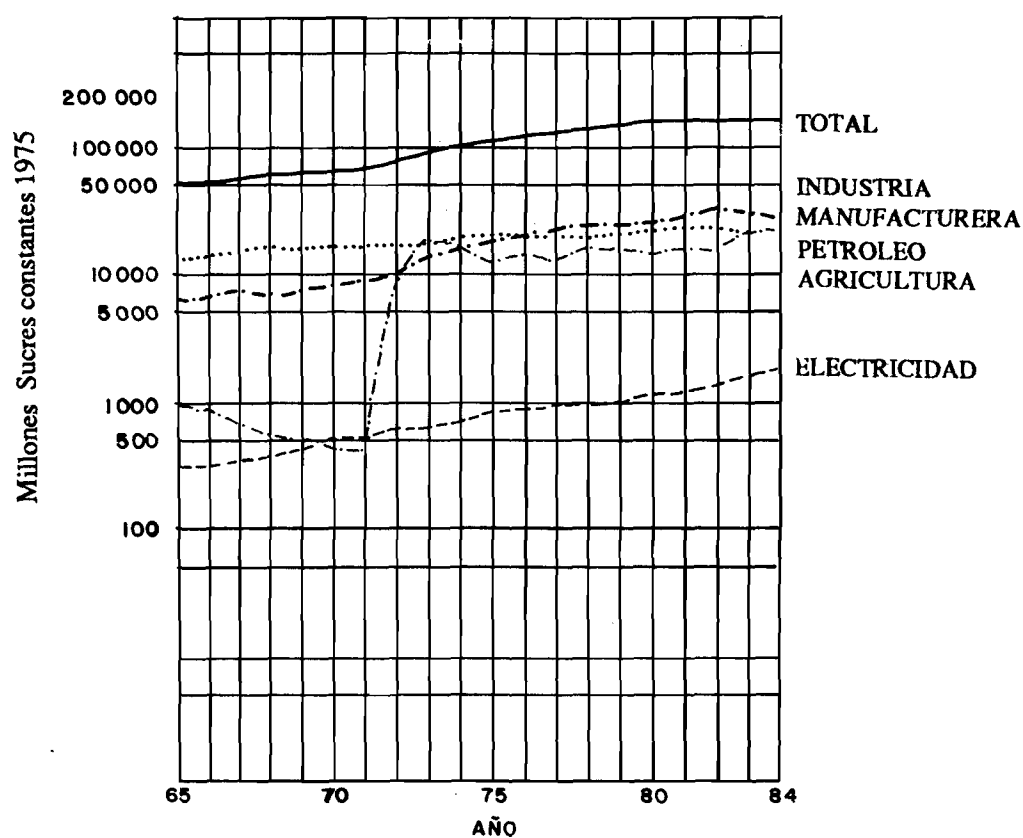
NARANJO, M. *Problemas teórico-metodológicos en la investigación antropológica urbana*. Memorias del Primer Simposio Europeo sobre Antropología del Ecuador. Edic. Abya-Yala. Quito, 1985.

PEREZ, J. *Acumulación periférica, absorción de fuerza de trabajo y sobrepoblación relativa: algunas notas básicas*. Revista de Ciencias Sociales No. 12, 1981. p. 110-138.

SUAREZ, J. y col. *La situación de la salud en el Ecuador*. ININMS. Quito, 1987.

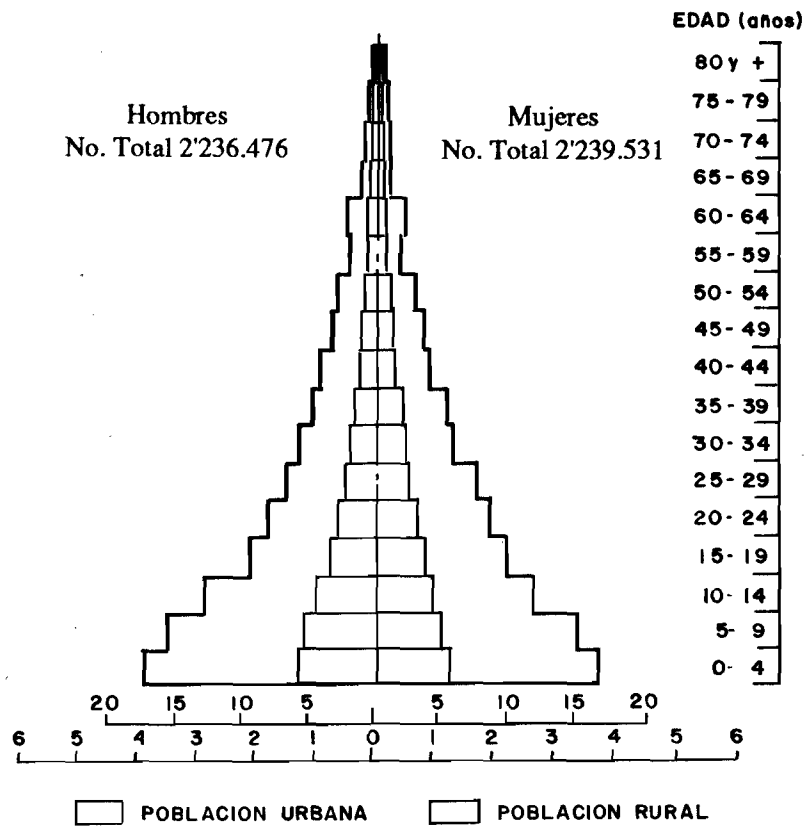
ULLOA, S. *Consideraciones sobre el proceso de urbanización clandestina en Quito*. Revista de Ciencias Sociales No. 13, 1981. p.39-50.

GRAFICO No. 1
Producto interno bruto segun principales ramas productivas
1965-1984



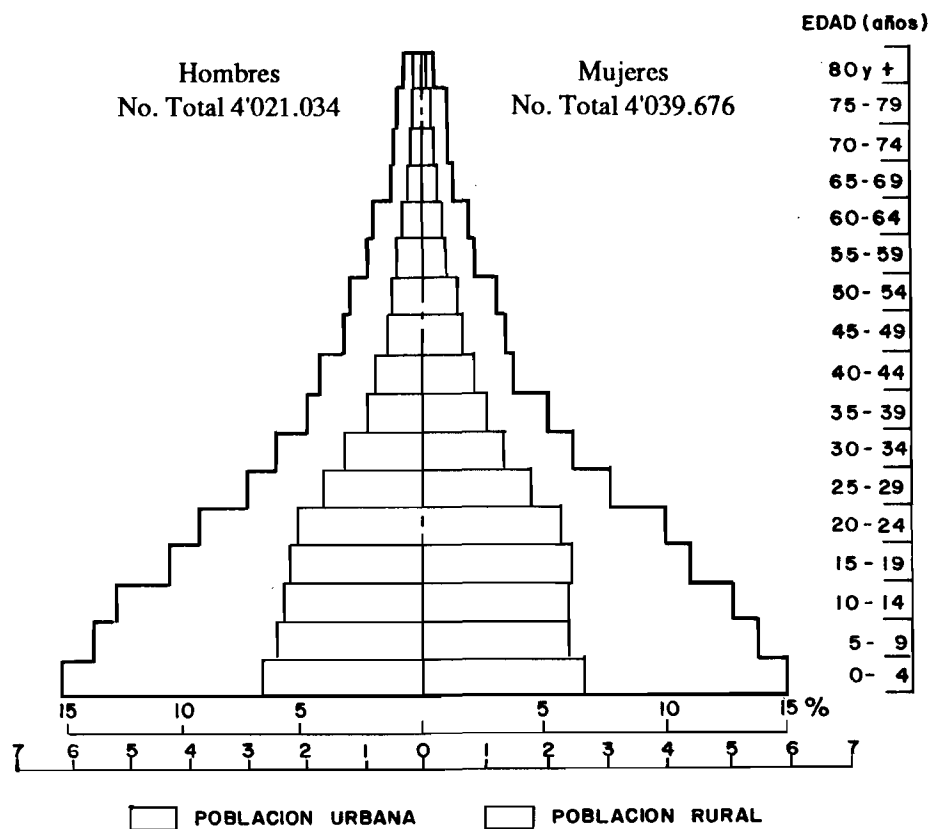
Fuente: Banco Central del Ecuador. Cuentas Nacionales No. 1, 2, 5, 6. 1981, 1982, 1983, 1984.
 Elaboración: Equipo de investigación.

Gráfico No. 2
Población por sexo y grupos de edad urbana y rural
1962



Fuente: II Censo de Población 1962 INEC.
 Elaboración: Equipo de investigación.

Gráfico No. 3
Población por sexo y grupos de edad urbana y rural
1982



Fuente: IV Censo de Población INEC.
 Elaboración: Equipo de investigación.

Tabla No. 1
Población urbano rural en el Ecuador 1962-1994

Año	Total país	Urbano		Rural	
		Número	%	Número	%
1962	4'695.895				
1974	6'829.467	2'854.034	41.8	3'975.433	58.2
1982	8'606.116	4'225.653	49.1	4'380.463	50.8
1988	10'203.722	5'529.409	54.2	4'674.313	45.8
1994	11'999.701	6'980.326	58.2	5'019.375	41.8

Tabla No. 2
Poblaciones urbanas de Quito y Guayaquil 1962-1994

Año	Total país	Quito		Guayaquil	
		Número	%	Número	%
1962	4'695.895	365.662	7.8	510.804	10.8
1974	6'829.467	599.828	8.8	823.219	12.0
1982	8'606.116	912.674	10.6	1'272.014	14.7
1988	10'203.722	1'186.416	11.6	1'635.228	16.0
1994	11'999.701	1'495.428	12.5	2'052.193	17.1

Tabla No. 3
Población urbano marginal de Guayaquil 1974-1994

Año	Total urbana	Urbano marginal	
		Número	%
1974	823.219	215.000	26.1
1982	1'272.014	588.000	46.2
1988	1'635.228	932.000	57.0
1994	2'052.193	1'338.000	65.2

Tabla No. 4
Población urbano marginal de Quito 1974-1994

Año	Total urbana	Urbano marginal	
		Número	%
1974	599.828	130.000	21.7
1982	918.674	162.000	17.6
1988	1'186.416	191.000	16.1
1994	1'495.428	226.000	15.1

MEDICINA TRADICIONAL Y POLITICA ESTATAL

Alberto Quezada

"Solo mentes cegadas por la soberbia podrían suponer que la medicina tradicional no tiene nada que aprender de la medicina moderna y viceversa"

Haldar Mahler, Director de la OMS

Introducción

En las condiciones concretas de la organización económica y social de la comunidad ecuatoriana de finales del siglo XX, resulta absolutamente claro que el modo de producción y el modo de vida de la sociedad están condicionando la existencia simultánea de varias prácticas médicas y otros tantos sistemas de salud, que responden a los requerimientos de las diferentes clases y estratos sociales existentes.

En términos generales, se define como sistema de salud al “conjunto de conocimientos, creencias, ideas, valores, símbolos, costumbres, ritos, roles, normas, prácticas y técnicas que conforman un sistema de relaciones que se refuerzan y confirman mutuamente; y que abarcan la totalidad de conocimientos y prácticas de salud de cada agrupación humana”.¹

En el Ecuador, la mayoría de instancias institucionales y científicas que abordan el tema aceptan la vigencia de dos sistemas de salud fundamentales: uno formal y otro informal.

El sistema formal, conocido también como institucional, moderno o científico, constituye el sistema dominante que ha sido implementado oficialmente por el Estado para dar una respuesta funcional a la situación de salud del país, en el complejo contexto de una estructura capitalista dependiente, subdesarrollada y en crisis, que caracteriza a la sociedad ecuatoriana.

Este modelo médico-científico responde a una manera unilateral de ver la realidad del proceso salud-enfermedad, desde una óptica racionalista occidental, basada exclusivamente en principios científico-naturales, según los cuales se concibe la enfermedad como la ruptura de mecanismos de regulación biológica, psicológica o social; la etiología como una relación analítica de tipo causa-efecto; el diagnóstico como fruto del análisis de la anamnesis, la exploración física y los exámenes de laboratorio; el tratamiento y la prevención como una acción racional a nivel sintomático y etiológico.²

Los agentes de salud de este sistema son los médicos, enfermeras, tecnólogos y demás paramédicos, que ejercen en los hospitales, centros y subcentros de salud, dispensa-

1 ORTEGA, F.- Sistemas de Salud desde una perspectiva transcultural. En SISTEMAS DE SALUD EN ECUADOR. Ed. Ministerio de Salud Pública, Quito, 1987.

2 MARCONI, J.- La Revolución Cultural Chilena en Programas de Salud Mental. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina 19:17-33, 1973.

rios, clínicas y consultorios privados; han sido formados institucionalmente por el Estado, de manera preponderante en las universidades, dentro de un modo conceptual racionalista preestablecido.

Su práctica médica está muy articulada a la lógica del capital, tanto económica como ideológicamente, no simplemente porque es capaz de reproducir la fuerza de trabajo, sino porque directamente puede convertirse en fuente de lucro. "La salud, en cuanto se convirtió en objeto de consumo, que puede ser producido por unos laboratorios farmacéuticos, médicos, etc.; y consumido por otros, —los enfermos posibles y reales— adquirió importancia económica, y se introdujo en el mercado"³, convirtiéndose en una mercancía más, que se compra y se vende, sometida a las leyes de la oferta y la demanda, al margen de las verdaderas necesidades de la población.

El sistema informal, por su parte, constituye un conjunto de modalidades de atención de la salud que están presentes en el país pero no gozan de reconocimiento oficial ni están amparadas por un marco legal e institucional, por cuanto no existe una legislación especial que norme sus prácticas ni organice el ejercicio y la formación de sus agentes.

Pero, aunque sea ilegal, este sistema de salud existe y goza del reconocimiento comunitario y una importante demanda popular, por cuanto en general mantiene una identidad cultural propia con los sectores marginados del modo hegemónico de producción, lo que le confiere una gran acogida y adaptabilidad en importantes grupos humanos y le ha hecho merecedor a su legitimación social por parte de la comunidad. Al respecto, cabe destacar que se observa una correlación inversa entre el desarrollo del modo de producción capitalista y el desarrollo de la medicina tradicional en todas las regiones del país.

El sistema informal no es homogéneo, sino que se halla integrado por algunos subsistemas, entre los cuales se cuentan la práctica médica tradicional, la medicina popular urbano-marginal y las denominadas medicinas alternativas que incluyen a la acupuntura, la homeopatía, la terapia neural y el naturismo, cada una con sus respectivos componentes teóricos y prácticos muy disímiles entre ellos. En esta ocasión nos vamos a ocupar exclusivamente de la medicina tradicional en su relación con la política estatal.

1. Características de la medicina tradicional

En 1977 un grupo de expertos de la OMS definió la medicina tradicional como "... la suma de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales, basados exclusivamente en la experiencia y la observación y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra ..." ⁴. Esta conceptualización la consideramos suficiente para los objetivos del presente trabajo.

3 FOUCAULT, M.- La crisis de la Medicina o la crisis de la antimedicina. Educación Médica y Salud 10/2: 152-185, 1976.

4 OMS.- Informe de una Reunión de la OMS. Ginebra, 1978.

Dentro de la aparente disparidad de prácticas informales, la medicina tradicional ecuatoriana mantiene un cierto grado de cohesión de hechos y conocimientos, con algunas variaciones formales en las diferentes regiones, lo que permite considerarla como una unidad, de la que es posible destacar sus características esenciales.

La medicina tradicional se halla extendida fundamentalmente en el campo y en menor grado en las zonas urbano-marginales, precisamente donde no ha prosperado la medicina formal, ya sea por razones económicas, éticas o de praxis, pues hay desconfianza hacia ella por parte del campesino, que la encuentra difícilmente aprovechable en razón de su pobreza, especialmente en períodos de crisis como el que vivimos, o la siente represiva en el modo de relación médico-enfermo-familia y en la exigencia de normas y procedimientos institucionales que le resultan extraños.

Los elementos conceptuales de la medicina tradicional son de contenido mágico, mítico, empírico, religioso y racional, teniendo marcada influencia la ideología católica. Tanto los usuarios como los agentes de esta medicina, tienen una concepción idealista, teísta y profundamente animista de la naturaleza, debido a cuya influencia, precisamente, varias prácticas religiosas han entrado en el arsenal terapéutico tradicional, bastante manifiestas y variables en los diferentes pueblos, de acuerdo a la adhesión de la comunidad por una imagen, un santo o un símbolo religioso.

La conceptualización de la salud-enfermedad desde el punto de vista tradicional, representa una respuesta teórico-práctica de la población campesina a sus propias necesidades de salud y son congruentes con sus propias definiciones de la naturaleza, el hombre y la sociedad, donde se reflejan además sus pensamientos o creencias como la introducción de elementos extraños, la pérdida del alma, el castigo de Dios, los trastornos del equilibrio cálido/fresco, los malos humores o la mala sangre, etc., dentro de la explicación de una teoría de causalidad tradicional de la enfermedad.

La salud se vive como un estado de armonía natural del hombre, resultante de una buena alimentación, que se traduce en el hecho de sentirse bien, feliz, contento, alegre, lo cual es entendido y aceptado como una gracia de Dios y se manifiesta en la plena capacidad para el trabajo. La enfermedad se la vive en cambio como un trastorno de esa armonía natural del hombre, producido por la mala alimentación que se manifiesta con presencia de dolor y sufrimiento, sensación de malestar, tristeza, infelicidad e incapacidad para el trabajo productivo, originada generalmente por la voluntad divina.

Así lo interpreta Eduardo Estrella, cuando señala que “la salud representa una dimensión ideal de la vida, donde la felicidad y la capacidad de trabajo son los puntos centrales de referencia. Es sano aquel individuo que demuestra alegría y que realiza sus tareas a satisfacción”.⁵

La transgresión de la norma es un elemento fundamental en la concepción tradicional de la enfermedad. Si tomamos el punto de vista de los naturales, podemos decir que la enfermedad representa una contravención a la norma. El enfermo pierde el control

5 ESTRELLA, E.- Medicina Aborigen. Ed. Epoca, Quito, 1976.

de sí mismo y se desmanda “se pone de otro ser”. La concepción de la enfermedad propia de los naturales es fundamentalmente vitalista, y se integra a una visión global del universo en términos de “fuerza”. Para el natural, sanar no significa volver a un estado inicial, sino fijar al organismo una nueva norma colectiva a la que debe someterse.⁶

De manera similar, la medicina tradicional se caracteriza por tener una visión totalizadora de la enfermedad, no solo a nivel individual sino colectivo, pues la enfermedad se sufre como una experiencia vital que afecta la integridad de la persona y afecta además a la unidad de la familia y la existencia de toda la comunidad.

El diagnóstico de la medicina tradicional se hace en base de los antecedentes y la observación de los síntomas y los signos referidos por el enfermo y la familia, en cuya interpretación existe un gran componente de subjetividad y sugestión del paciente, los familiares y el curandero. Algunos curanderos utilizan un largo interrogatorio que incluye todos los aspectos de la vida y tiene el carácter de una confesión integral, con profundos elementos psico-terapéuticos, donde se produce un verdadero “lavado de la conciencia del enfermo”, como manifestara un brujo de Santo Domingo de los Colorados. A veces se apoyan para el diagnóstico en el uso de elementos naturales y procedimientos sencillos como la observación de la orina del enfermo, la medición del tórax o el abdomen con una cinta o un cordón bendito, la limpieza de la zona enferma con un huevo del día o una vela, la soba del cuy y el uso de antiguas figurillas de piedra o de bola de cristal.

Por otra parte, el tratamiento de las enfermedades tradicionales responde a la noción de causalidad que la comunidad maneja y habitualmente utiliza recursos y valores comunitarios, como los conocimientos sobre las propiedades curativas de las plantas medicinales y las grasas de ciertos animales, así como el uso de algunos elementos exóticos a los que atribuyen poderes mágicos, como la uña del tapir, el hueso de un muerto, el cuero de una iguana y el corazón de un colibrí o de una golondrina.

El curandero es el agente genuino de la medicina tradicional, quien conoce, aplica y transmite los conocimientos y habilidades, constituyéndose en un servidor de la comunidad por encargo divino. No es un agente profesional, sino que vive en la comunidad dedicado a las labores productivas comunes del lugar y paralelamente atiende a quienes lo solicitan, a cambio de una modesta recompensa en dinero o en especies. Esta actitud le ha hecho merecedor del respeto y reconocimiento de la gente, convirtiéndose en un elemento representativo de la comunidad, a través del cual muchas veces se concretiza su identidad social.

Tal es el caso, por ejemplo, de las comunidades de Ilumán y Santo Domingo de los Colorados, que son muy conocidas en el país y fuera de él, principalmente por el prestigio de sus brujos y curanderos.

Un nuevo elemento positivo de la actividad de los curanderos se puede apreciar en el contenido profundamente humano y solidario que confieren a su relación con el en-

6 MUÑOZ-BERNAND, C.- Enfermedad, Daño e Ideología. Ed. Abya-Yala, Quito 1986.

fermo y la familia, desde el mismo momento en que es él el que se traslada a ver al enfermo en su propio hogar, en el mismo escenario individual, familiar y colectivo en el que se ha producido la enfermedad, que muchas veces tiene la magnitud de una tragedia que supera la dimensión de lo puramente personal. Al respecto, coincidimos con Estrella cuando señala que “la relación terapeuta-paciente es otro elemento valioso del Modelo Aborígen, ya que se establece sobre una base de comunicación social, que une dos personas, no solo para diagnosticar y tratar una enfermedad, sino para reforzar la existencia del grupo y del propio conocimiento médico, y recrear así una parte de la vida de la comunidad”.⁷

El conjunto de conocimientos y habilidades de la medicina tradicional es transmitido de generación en generación por medio de la tradición oral y habitualmente es conservado por los curanderos con gran sigilo profesional, como parte del tesoro cultural y la memoria histórica viviente de sus respectivas comunidades, como una gran dosis de inmunidad contra los gérmenes de la aculturación.

Otro aspecto importante de la medicina tradicional es que incluye en su práctica todo un conjunto de elementos mágicos, vinculados a la concepción mágico-simbólica de la causa y el tratamiento de numerosas enfermedades, que son consideradas de origen sobrenatural, producidas por fuerzas anímicas intangibles sobre las cuales los individuos no tienen posibilidades de control. Vinculado a la magia “existe también el concepto del ‘Maná’, es decir de un poder que subyace en ciertos objetos y fenómenos, y que puede generar enfermedad, mediante ‘emanaciones’.

El cerro, la quebrada, un animal, puede generar un poder que se materializa en una emanación y que causa enfermedad. La comunidad –la tradición,– ha desarrollado una serie de leyes negativas, o ‘tabúes’ es decir restricciones de fondo mágico, para el perfecto cumplimiento de todos los sistemas de proyecciones síquicas derivadas de la magia, el animismo, la religión, el fetichismo, el totemismo”.⁸

Al respecto, siguiendo a Gebser, recordemos que la conciencia de la humanidad ha recorrido distintos niveles evolutivos, habiéndose realizado en cada caso el tránsito de un nivel al siguiente en forma de crisis. Al nivel ínfimo o arcaico de la conciencia de la humanidad, sobre el que apenas conocemos algo, sigue el nivel mágico, en el que el hombre está enteramente ligado a los acontecimientos naturales y no tiene conciencia ni del tiempo ni del espacio. A éste sigue el nivel mítico, de las leyendas heroicas y cuentos de hadas, del descubrimiento del alma y del curso témporo/natural de la vida. Alrededor de 500 años a.n.e, irrumpe en Grecia el nivel mental con el desarrollo de la conciencia témporo/espacial así como la conciencia del yo, pudiendo entonces el hombre experimentarse a sí mismo como persona. En el renacimiento surge el nivel racional, que alcanza su punto culminante con el desarrollo científico-tecnológico del mundo occidental.

Los hombres de hoy nos encontramos en el período de salida de este nivel de conciencia y en el comienzo de otro nuevo, que Gebser denomina el nivel integral, cuya tarea

7 ESTRELLA, E.- Op. cit.

8 ESTRELLA, E.- Op. cit.

sería integrar en la imagen del mundo y en la conciencia los elementos de las épocas precedentes, perdidos especialmente en la degeneración racionalista de la época mental, y asimilar el tiempo como una cuarta dimensión, y no, como hasta ahora, como una especialidad más.

En este sentido, “una de las causas principales del estado caótico del mundo actual consiste en que hay grandes grupos humanos que se encuentran a diversos niveles evolutivos de conciencia y que ahora tienen que afrontar el nivel mental-racionalista del hombre occidental. Se les plantea aquí la exigencia de recorrer etapas evolutivas para cuyo dominio el mundo occidental ha necesitado dos mil años”.⁹

En este contexto, la medicina occidental adolece de una falla fundamental, que consiste en el hecho de que es sencillamente imposible captar al hombre en su integridad con un enfoque puramente científico-natural. El hombre nos ofrece no solo un aspecto corporal, sino también un aspecto psíquico-espiritual, que no puede ser captado e interpretado con los métodos de las ciencias naturales. Si la enfermedad no es únicamente una reacción del organismo a las influencias nocivas del exterior, sino una potencialidad, una posibilidad absoluta del organismo que puede surgir también por motivos interiores, por razones invisibles, no tangibles ni mensurables, resulta obvio que la investigación causal-mecanicista ha agotado sus posibilidades de resolver globalmente la problemática de la salud.

Se trata de tomar conciencia de una vez por todas que el hombre, la vida y el mundo en su totalidad, abarcan cosas y hechos que no pueden ser conceptualizados sino en parte y nunca totalmente con los métodos de las ciencias de la naturaleza, cosas y hechos que no son materiales, que obedecen a otras leyes y que sin embargo son reales como la esperanza, la fe, los afectos y emociones, las fantasías, motivaciones, deseos y aspiraciones, que solo pueden ser conceptualizados en su globalidad con la ayuda de los métodos de las ciencias del espíritu, en la perspectiva de una cosmovisión diferente que aplicada a la medicina significaría conservar todo lo que fue elaborado y probado como válido en la época científico-natural, tratando de liberarlo de las unilateralidades de esta visión y proceder a fundir en una unidad las esferas míticas y mágicas con la mental, en un plano de conciencia mucho más alto.

Lo mágico forma parte de esas cosas que los médicos no comprendemos, que solo podemos percibir como existentes. Lo mágico desempeña un papel considerable como medio curativo en la medicina tradicional y en buena medida también en la medicina formal, donde subrepticamente se ha convertido en un auténtico auxiliar como sucede con la sugestión, la hipnosis y la credibilidad de la gente en el poder diagnóstico y terapéutico de los equipos sofisticados y los procedimientos especializados.

Lo mágico es, pues, nada menos que una posibilidad humana. Hay todavía en nuestro tiempo bastantes hombres que no han abandonado todavía enteramente este período mágico y más aún, una serie de fantasías mágicas están enraizadas en lo más profundo

9 JORES, A.- La Medicina en la crisis de nuestro tiempo. Ed. Siglo XXI, México, 1979.

de cada ser humano. Por ello el médico tiene que saber de magia y no debe obstinarse, a fuerza de ser racionalista, en negar su existencia. Después de todo, históricamente el mago es el antecesor del médico. Lo mágico existe y el médico es, con mayor frecuencia de lo que se supone, el iniciador de fantasías mágicas sugestivas en sus pacientes.

Para concluir este aspecto señalemos, una vez más, “que lo mágico es una realidad y que al nivel mágico un hombre puede condenar a otro a la enfermedad o la curación, a la vida y la muerte y con ello producirlas también. Lo mágico es una de las posibilidades de la existencia humana. Pero puesto que nosotros ya no vivimos en ese nivel preconsciente, ajeno al tiempo y al espacio de la comunidad humana, lo mágico ya no actúa en nosotros con plena eficacia. Pero está todavía ahí. Juega un indudable papel en nuestra medicina y debe ser aceptado y respetado por nosotros los médicos. Para utilizarlo conscientemente, por lo demás, hay que estar prendido en alguna forma a lo mágico todavía”.¹⁰

2. Las prácticas médicas tradicionales

Las comunidades campesinas diferencian muy bien la existencia de dos tipos de enfermedades: las enfermedades naturales o enfermedades de Dios, que son de la competencia de los médicos y, las enfermedades del campo, de origen sobrenatural, que son tributarias de la acción de los curanderos, porque no las conocen ni saben curar los médicos. En esta ponencia nos vamos a referir exclusivamente a las enfermedades del campo, aceptándolas plenamente como una realidad, desde el momento en que existen en la conciencia de más de la mitad de los ecuatorianos, quienes las padecen concretamente, se curan y hasta mueren de ellas.

Al respecto el grupo de trabajo sobre práctica médica tradicional del EDICSA propone la siguiente clasificación de la nosología tradicional, en base del creciente grado de complejidad de los niveles de desarrollo de la naturaleza, como puede apreciarse en el siguiente cuadro:

Niveles	Tipo de patología	Nosología
Geósfera	Cosmopatología	- Mal del arco iris Mal aire Mal del cerro Mal del sol y Tabardillo Antimonio
Biósfera	Biopatología	- Bicharro Uzhca Parásito del alcoholismo

Niveles	Tipo de patología	Nosología
Antropósfera	Antropopatología	1. Timopatología: Susto o Espanto Shock del chuchaque Shock del Natsamtai El iguanado 2. Ergopatología: Mordedura de serpiente Picadura del chalaco brujo Fracturas Quebraduras
Noósfera	Metapatología	- Mal de ojo Brujería Ritos mágicos

La Cosmopatología (Cosmos=orden de la naturaleza), considera aquellas enfermedades producidas por factores de la naturaleza, de raíz propiamente geoecológica y cosmogénica; constituiría más circunscritamente el nivel de la geósfera (geo=tierra) de la Nosología (Nosos=Enfermedad).

La Biopatología (Bios=vida), plantea aquellas entidades producidas por seres vivos de la naturaleza, más específicamente animales que desencadenan cuadros particulares; constituiría el nivel de la biósfera de la Nosología.

La Antropopatología (Antropos= hombre), abarca aquellas enfermedades producidas por el hombre, en cuanto ser individual o social. Dentro de este capítulo proponemos una subdivisión metodológica en dos áreas: 1. La Timopatología (Timos= ánimo, humor), en la cual se encasillan enfermedades en las que lo dominante es un intenso impacto emocional-afectivo de la persona; y 2. La Ergopatología (Ergos=trabajo) en la que se incluyen algunas de las entidades especialmente vinculadas —aunque no privativamente— a la ocupación y a los problemas laborales, y que ocurren generalmente en el contexto del hombre, las circunstancias y las relaciones de las fuerzas productivas. Ambas áreas constituirían el nivel de la antropósfera de la Nosología.

La Metapatología (Meta=más allá), plantea las relaciones entre lo sobrenatural y la Nosología, la influencia de las concepciones mágicas, de las fuerzas y poderes de los espíritus; tanto demiurgos como demonios participan en la aparición de ciertas enfermedades; constituirían la noósfera (Noos= espíritu) de la Nosología.¹⁰

Es obviamente cierto que hay entidades que pueden reclasificarse en otros casilleros; v.g. el Mal Ojo podría asimilarse a la Antropopatología, quizás dentro del subparámetro

¹⁰ JORES, A.- IBID.

de la Timopatología, puesto que “el ojo”, siendo humano bien podría ingresar dentro de la antropósfera; sin embargo, el “ojo” significa no propiamente el ojo humano sino el ojo del demonio, causante de la enfermedad. El Arco Iris por otro lado si bien es un factor de la naturaleza y del cosmos, por las concepciones animistas de nuestro pueblo, el Arco es a la vez un espíritu por lo cual podría ubicarse también en el capítulo de la Metapatología.

El Mal del Cerro podría ubicarse en el capítulo de la Ergopatología puesto que con frecuencia esta enfermedad tiene lugar en circunstancias laborales, cuando por motivos de pastoreo en la montaña el campesino se expone a esta enfermedad. Las mordeduras de serpiente no necesariamente ocurren en contextos del trabajo, y porque la serpiente es un animal podría enlistarse también en el capítulo de la Biopatología; el antimonio siendo una enfermedad desencadenada por el oro y los metales, también es el producto de la avaricia y la ambición por lo cual además es una entidad del nivel de la antropósfera; el Susto o Espanto no solamente ocurre como acción del hombre como tal, sino como efecto del miedo a determinados animales, etc.

Todos éstos son problemas que plantea la clasificación, sin embargo de mantenerse los equívocos, ello paralizaría la posibilidad de conceptualización del pensamiento y la creatividad en el proceso de la investigación científica.¹¹

A manera de ilustración presentamos a continuación un breve resumen sobre el Iguanado, como ejemplo de una Timopatología muy común en el austro del país.

El Iguanado

Se confunde con el Vitiligo o con el Mal del Pinto de nuestros trópicos y subtropicos. Con alguna restricción, en el pueblo se le da también los nombres de “chugo” y “pintado”, aludiendo, sin duda a las variaciones de color de la piel.

Don Fidel Murillo, un viejo curandero de Guashún, caserío cercano a Sígfig, en la Provincia del Azuay, nos relata el Iguanado en los siguientes términos:

“Verán, doctorcitos, el Iguanado es así no más. Hay necesidad de saber cómo se hace y de tener pues el cuero del animal, que se consigue en la Costa, con trabajos, como hay hecho yo para poder iguanar o curar. Para que no se roben los “choclos”, la fruta o las sementeras, se va y se golpea sacudiendo en ellas con el cuero de la iguana. A los pocos días que el ladrón ha ido a tocar o pasar no más por la sementera o por los árboles de fruta, aparece con unas manchas en el cuerpo, blancas, sea en la cara, en las manos, en los brazos o en el cuerpo. Son unas manchitas que arde y a veces bota fiebre, y estas pintas van creciendo, creciendo y usted puede darse cuenta, clarito de quien ha sido el ladrón de sus sementeras. Pero donde se ha sacudido con el cuero de la iguana hay que poner unas señales con ceniza, para que los familiares de uno no vayan a tocar allí para eso se les advierte a tiempo, que tal sementera o fruta está iguanada.

El iguanado de una persona puede durar meses o años: no se cura no más”.

11 VEGA, G.- “Etnomedicina: Conceptualización”. En LA PRACTICA MEDICA TRADICIONAL. Ed. IDICSA, Universidad de Cuenca, 1988.

Cuando le preguntamos cuál es el tratamiento, muy doctoralmente se dirige a su pieza, de donde saca “la contra”, o sea el trofeo que le da gran autoridad de curandero, que consiste en un cuero curtido, ya seco y viejo, de una iguana que tiene bien guardado desde hace mucho tiempo, traído de sus andanzas por la costa. El cuero estaba ya retazado en parte, lo que demostraba que con unas tijeras o con un cuchillo sacaba cada vez un pequeño pedazo para la práctica de sus tratamientos. Se distingue claramente del animal, las largas uñas y gran parte de la cubierta repugnante del pequeño monstruo tropical. El tratamiento consistía en hacer un cocimiento de un pedazo de iguana, mezclado con orina y un poco de tabaco, según nos dijo. ¿Con orina del propio enfermo?, le preguntamos.- “No, con orina de uno mismo, (o sea del curandero) y eso por varios días” y continúa: “con esto sí se va curando poco a poco aunque dura largo. Yo sí he curado algunos casos” –asegura, y entra triunfante a guardar el trofeo de su profesión, que le da gran prestigio como curandero de la región.

Cuando le preguntamos cuál sería la manera de evitar ser iguanado: “Pues, simplemente, no pasar por donde se ha iguanado, y sobre todo, no entrar a robar la fruta o la sementera ajena pues” –dice–, floreciendo en su rostro una sonrisa picaresca que demuestra la ingenuidad de su espíritu campesino y curanderil.

Otros informantes nos han manifestado algo muy parecido:

En Shudún (parroquia Rivera, cantón Azogues) una curandera informa que: “cuando roban, los perjudicados sacan el cuero de iguana que tienen guardado en previsión y golpean las pisadas por donde ha andado el ladrón, y con eso aparecen las pintas en el que ha robado y tiene calentura. Así se conoce de la persona que ha robado. Para curarse, hay que tomar en infusión, un trocito del iguán; pero todo eso solamente los que creen”.

En Macas: “Hay iguanado, con manchas blancas cuando la iguana es blanca y negras cuando es negra. Se golpea el árbol o en las pisadas y el ladrón amanece con temperatura y con manchas. El remedio, del mismo cuero raspar la uña y poner en agua tibia y tomar. Dura unos seis meses”.

El sentido mágico de esta patología está en su origen y en su tratamiento: 1º.- ¿Por qué debe ser de iguana el cuero con el que se golpean los frutos que se quiere evitar sean robados? ¿Quizás por el mismo sentido de la medicina repugnante de los primitivos? Repugna tocar o llevar algo que ha sido no solo tocado sino golpeado con una cosa tan repelente como el cuero de esta alimaña. 2º.- ¿Por qué la sacudida violenta del cuero de esta pequeña bestia confiere el poder de transmitir manchas dérmicas? Quizás esto no sea sino el afán propagandístico de hacer cumplir el viejo y legendario tabú, traducido en la religión mosaica, por el NO ROBARAS y 3º.- Finalmente, el tratamiento de la enfermedad debe ser con infusiones de pedazos del cuero del propio animal. La interpretación es fácil, si recordamos el antiquísimo principio de “lo semejante cura lo semejante”, que los romanos ya tradujeron en el clásico “similia similibus curantur”. Cosas también de la magia, pero elegantes porque ya tienen nombre latino.¹²

12 HERMIDA, C.- “El Iguanado”. En LA PRACTICA MEDICA TRADICIONAL. Ed. IDICSA, Universidad de Cuenca, 1988.

Política estatal hacia la medicina tradicional

Hasta el momento el Estado ha mantenido una actitud represiva o a lo mucho de indiferencia intencionada frente a la medicina tradicional. Solamente en los últimos tiempos, frente al reto de poner en práctica la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, para tratar de lograr la meta universal de "Salud para todos en el año 2000", algunas instituciones del sistema formal de salud han considerado la posibilidad de apoyarse en los agentes informales para ampliar la cobertura de sus programas de atención.

En nuestro criterio, dadas las actuales condiciones estructurales de la sociedad ecuatoriana, en que más de la mitad de la población (60-70% según Plutarco Naranjo) utiliza habitualmente prácticas médicas tradicionales, a lo que hay que añadir la atención empírica del parto que alcanza al 76% en el área rural¹³, la alternativa más adecuada para el Estado sería implementar una política de integración de los dos sistemas de salud, situación que es aceptada mayoritariamente por las comunidades rurales y particularmente por los agentes de los dos sistemas, como puede apreciarse en un estudio realizado por el IDICSA en el austro del país, según el cual el 62% de los agentes informales y el 69% de los médicos rurales están de acuerdo con tal integración, que por lo demás la consideran beneficiosa para la población.¹⁴⁻¹⁵

Pero esta política de integración no puede entenderse como una simple legitimación jurídica del ejercicio de la medicina tradicional, sino la adopción de una política seria, implementada a través de una debida planificación y puesta en marcha de un conjunto de programas concretos de integración en el campo de la atención primaria de salud para las comunidades rurales y urbano-marginales, dentro de una perspectiva absolutamente científica y de responsabilidad oficial del Estado.

Habría que comenzar por la discusión bilateral, en un plano de absoluta igualdad, de los aspectos positivos que aportarían los dos sistemas que se integrarían, con el objeto de reconstruir una nueva teoría de la salud que orientaría la elaboración y la aplicación del plan, así como el aprendizaje bilateral de los funcionarios, líderes comunitarios y agentes de salud involucrados.

Al respecto, hay que tener presente que los sectores populares también han realizado estudios de su situación concreta y tienen una conciencia clara de sus auténticas necesidades y posibilidades de solución; como lo demuestran, por ejemplo, los campesinos de Shagly y Pucará, en la Provincia del Azuay, cuando manifiestan que "la enfermedad más grave y generalizada en nuestro pueblo y la más difícil de curar es la desnutrición. ...Generalmente los niños desnutridos se muestran llorones y molestos, muy nerviosos, como espantados, pero decaídos y tristes. No quieren jugar ni correr,

13 INEC.- Encuesta anual de estadísticas vitales, 1986.

14 QUEZADA, A.- La medicina tradicional desde el punto de vista de sus propios agentes. En LA PRACTICA MEDICA TRADICIONAL. Ed. IDICSA, Universidad de Cuenca, 1988.

15 HERMIDA, J.- La medicina tradicional desde el punto de vista de los médicos rurales. En LA PRACTICA MEDICA TRADICIONAL. Ed. IDICSA, Universidad de Cuenca, 1988.

a veces ni quieren hablar. La mayoría son pequeños y delgados. Los brazos y piernas son solo huesos y pellejo. Se pueden ver sus costillas. Están anémicos y raquíticos. Tienen una cara de viejo con los ojos caídos. No tienen fuerza ni para llorar. Aun estando lactantes están sin apetito, no comen. Cuando a estos niños les da asientos, vómitos, fiebre u otra enfermedad se hinchan los pies y luego todo su cuerpo y se mueren pronto... Claro que podemos hacer muchas acciones inmediatas para evitar y curar la desnutrición, pero también tenemos que ver que la desnutrición es el resultado de la injusticia que hay en este país donde las riquezas y tierras están tan mal repartidas. Esto requiere una larga lucha de todos juntos".¹⁶

Un programa de recuperación nutricional infantil solo podrá ser efectivo en este país si toma en consideración el punto de vista de los potenciales beneficiarios y los incluye en su planificación, organización y ejecución, en igualdad de condiciones.

El primer plan integrado se podría implementar en el área prioritaria de la atención materno-infantil, con un programa de atención materna y otro de nutrición infantil, directamente vinculados a la acción oficial de la medicatura rural y el seguro campesino, para lo cual estas estructuras deberán cambiar su concepción y actitud, de tal suerte que los agentes informales sean incluidos dentro de la planta de personal de sus unidades operativas y los usuarios tengan el derecho de solicitar en ellas la atención de los agentes formales o informales que deseen, con la seguridad de que existe entre ellos una total coordinación y colaboración.

De esta forma se tendría la oportunidad de mejorar las condiciones de la atención del parto por ejemplo, vinculándola mucho más al control de las unidades de salud y aprovechando a su vez los elementos positivos de la atención tradicional, donde habría que confrontar entre otros aspectos las ventajas de la posición horizontal o vertical del parto, sabiéndose que investigadores como Golod, Bronzino López y Angel Díaz, han demostrado las ventajas de la posición vertical sobre la horizontal, ratificando la experiencia milenaria de los pueblos convertida en tradición, que precisamente es aplicada por nuestras parteras.

De igual manera, se podría mejorar el manejo de la terapia de rehidratación oral para el control de la diarrea aguda en los niños, asociando las sales de rehidratación oral de la OMS/UNICEF a algunas infusiones de plantas medicinales de uso tradicional, siguiendo la experiencia positiva de Nicaragua, en que asociaron dichas sales a infusión de manzanilla, obteniendo resultados significativos.¹⁷

Esta proposición no es una novedad, pero queremos realizar un nuevo empeño para insistir en estos planteamientos de integración que compartimos.

En tal sentido, José Reverte, en el XXXVII Congreso de Americanistas celebrado en Buenos Aires, en 1966, habló sobre un "pacto médico-hechicero", que estableciese la-

16 UNION DE ORGANIZACIONES CAMPESINAS DE SANTA ISABEL UNOC.- Nuestra Alimentación. Ed. CECCA, Cuenca, 1984.

17 MANCHENO, M.- La manzanilla dentro del plan terapéutico de tratamiento de la enfermedad diarreica aguda. Ed. Ministerio de Salud de Nicaragua, Estelí, 1987.

zos de cordial simpatía y amistad, mutua comprensión y apoyo entre esos médicos primitivos y el médico de nuestra propia cultura, por la vía de la Antropología Médica.¹⁸

En nuestro país, Eduardo Estrella planteó en 1977 que “la única forma de vinculación de la Medicina Científica con el saber médico tradicional es a través del Plan Nacional de Medicina Rural y el Seguro Campesino... esta unidad no solo debe significar respeto de ideas y creencias, o aceptación de formas sin dar valor al contenido, sino verdadera integración, cuyo fin sería respetar, coordinar, sugerir, aprender, trasladar y llevar a la práctica experiencias positivas”.¹⁹

Alok Vajpayee, de la Escuela de Medicina de Jabalpur, India, en 1983 manifestó que “de nada sirve limitarse a criticar a esos curanderos rurales. En la práctica, ejercen en los aldeanos una influencia mucho mayor que el conjunto del sistema estatal de prestación de asistencia sanitaria... En muchos casos gozan de gran respeto en el seno de la comunidad, poseen experiencia en su trabajo y sus servicios son relativamente poco costosos. Por todo ello suelen ser mejor aceptados por los aldeanos que los médicos titulados. Los intentos de persuadir a los médicos jóvenes para que vayan a ejercer su profesión a las aldeas remotas no darán copiosos dividendos inmediatamente. Cabría aplicar, como solución de recambio, una estrategia consistente en utilizar a los curanderos de aldea como agentes de atención primaria de salud”.²⁰

Con estos antecedentes, creemos que el país tiene la obligación de emprender en un programa de integración de las dos prácticas médicas, en el plano de la más absoluta seriedad científica y la mayor responsabilidad histórica frente a los problemas de salud de la población rural y los sectores urbano-marginales, dentro de la meta de “Salud para todos en el año 2000” y en el contexto de la actual coyuntura, sin que ello signifique ningún renunciamiento a los derechos actuales ni potenciales de las comunidades.

Para concluir, repetiremos las palabras de Mahller, Director de la OMS: “Solo mentes cegadas por la soberbia podrían suponer que la medicina tradicional no tiene nada que aprender de la medicina moderna y viceversa”, subrayando el VICEVERSA, para ser más justos.

18 REVERTE, J.- Antropología Médica. Ed. Rueda, Madrid, 1981.

19 ESTRELLA, E.- Op. cit.

20 VAJPAYEE, A.- Los Curanderos están donde son necesarios. En FORO MUNDIAL DE LA SALUD, Vol. 6, Nº 1, Ginebra, 1985.

Bibliografía

ORTEGA, F.- Sistemas de Salud desde una perspectiva Transcultural. En SISTEMAS DE SALUD EN ECUADOR. Ed. Ministerio de Salud Pública, Quito, 1987.

MARCONI, J.- La Revolución Cultural Chilena en Programas de Salud Mental. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina 19:17-33, 1973.

FOUCAULT, M.- La crisis de la Medicina o la crisis de la antimedicina. Educación Médica y Salud 10/2: 152-185, 1976.

OMS.- Informe de una Reunión de la OMS. Ginebra, 1978.

ESTRELLA, E.- Medicina Aborigen. Ed. Epoca, Quito, 1976.

MUÑOZ-BERNAND, C.- Enfermedad, Daño e Ideología. Ed. Abya-Yala, Quito 1986.

ESTRELLA, E.- Op. cit.

ESTRELLA, E.- Op. cit.

JORES, A.- La Medicina en la crisis de nuestro tiempo. Ed. Siglo XXI, México, 1979.

JORES, A.- IBID.

VEGA, G.- "Etnomedicina: Conceptualización". En LA PRACTICA MEDICA TRADICIONAL. Ed. IDICSA, Universidad de Cuenca, 1988.

HERMIDA, C.- "El Iguanado". En LA PRACTICA MEDICA TRADICIONAL. Ed. IDICSA, Universidad de Cuenca, 1988.

INEC.- Encuesta anual de estadísticas vitales, 1986.

QUEZADA, A.- La medicina tradicional desde el punto de vista de sus propios agentes. En LA PRACTICA MEDICA TRADICIONAL. Ed. IDICSA, Universidad de Cuenca, 1988.

HERMIDA, J.- La medicina tradicional desde el punto de vista de los médicos rurales. En LA PRACTICA MEDICA TRADICIONAL. Ed. IDICSA, Universidad de Cuenca, 1988.

UNION DE ORGANIZACIONES CAMPESINAS DE SANTA ISABEL UNOC.- Nuestra Alimentación. Ed. CECCA, Cuenca, 1984.

MANCHENO, M.- La manzanilla dentro del plan terapéutico de tratamiento de la enfermedad diarreica aguda. Ed. Ministerio de Salud de Nicaragua, Estelí, 1987.

REVERTE, J.- Antropología Médica. Ed. Rueda, Madrid, 1981.

ESTRELLA, E.- Op. cit.

VAJPAYEE, A.- Los Curanderos están donde son necesarios. En FORO MUNDIAL DE LA SALUD, Vol. 6, Nº 1, Ginebra, 1985.

HACIA UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Fausto Andrade Larrea

Presentación

El documento adjunto tiene el propósito de promover la reflexión y análisis sobre un tema de gran jerarquía por sus implicaciones políticas, financieras y de beneficio social; y de gran complejidad en cuanto a la identificación y comprensión de los factores que deben ser tomados en cuenta en las propuestas de solución, la “ubicación” de las propuestas en el proceso planteado, las estrategias para conducirlo y los responsables de cumplirlo.

Con la presunción de que varios de estos elementos han sido analizados o por lo menos identificados en este documento, es pertinente solicitar al lector su evaluación general sobre el enfoque y contenido de la propuesta, y el análisis particular de la factibilidad, en términos de restricciones y facilidades para desarrollar las líneas de acción enunciadas; y, sobre todo, la viabilidad política, en función de la coincidencia con los objetivos y propósitos del gobierno en funciones.

Hacia un sistema nacional de salud

Los servicios de salud existentes en nuestro país presentan características resultantes de la interacción de factores de orden social, económico, político y cultural que han variado en el devenir del tiempo y cuyos orígenes se remontan a la época de la Colonia.

Por lo tanto, cabe dejar establecido que, previamente a la formulación de propuestas de solución a una problemática de tal raigambre y complejidad es necesario conocer y comprender, con la mayor profundidad y detalle, la compleja red de interrelaciones, intereses, postulados doctrinarios y hasta posiciones técnico-científicas en relación a la salud y a la enfermedad, que han determinado la existencia del llamado “Sistema de Servicios de Salud”. Igualmente se debe también establecer que no es posible aplicar una sola solución, pues solo a través de aproximaciones sucesivas se podrá lograr la formulación de estrategias que promuevan un cambio integral e irreversible de la situación actual.

Es generalmente aceptado (resultados preliminares de la investigación que en este campo está realizando la Fundación Eugenio Espejo lo confirman) que la orientación de las líneas políticas, la selección de prioridades, la ejecución de planes y programas y, por consiguiente, la asignación de recursos para salud, han sido y son el resultado de la interacción, por un lado, de factores de orden político, ideológico y doctrinario de los más altos niveles estatales de decisión más los criterios del nivel técnico-burocrático; y, por otro lado, de la demanda de clases o grupos minoritarios pero cuya riqueza y poder les permite influir en las decisiones del Estado.

La simple observación de las características de nuestro sistema de servicios de salud da validez a esta tesis, pues es obvio que las políticas, decisiones y recursos asignados no han sido adecuadamente orientados a satisfacer las necesidades de salud de la mayoría de la población, desviándose gran parte de esos recursos hacia la satisfacción de los intereses de grupos que constituyen el llamado poder real.

Un buen ejemplo de lo expresado es la desprotección con servicios públicos de salud de las poblaciones que habitan en las áreas rurales y las llamadas "urbano marginales" de las grandes ciudades, no obstante detentar las mayores tasas de morbi-mortalidad -especialmente materno-infantil- debido al alto riesgo que implica su estructura poblacional (gran proporción materno-infantil), alimentación insuficiente e inadecuada, deficiente infraestructura sanitaria, bajo nivel de instrucción, subocupación o desocupación, etc.

Esta caracterización general de los servicios de salud es un buen indicador de la desigual repartición de los bienes y servicios que tradicionalmente han propiciado los modelos de organización socioeconómica y política de nuestro país.

Tan solo como ejemplo para reflexionar sobre la vinculación de la eficacia de los programas y acciones de salud impulsados por el Estado con los intereses económicos predominantes, compárese la actual propagación de la malaria con el éxito del control de esta enfermedad en la época del auge de la exportación bananera, que constituía la principal fuente de divisas.

En adición a esta problemática, de naturaleza fundamentalmente estructural, el sistema de servicios de salud presenta especiales características de incoordinación, dispersión y desperdicio de recursos que dan como resultante injusticia e inequidad de la atención, en términos de calidad desigual y cobertura insuficiente.

Del análisis breve de los orígenes, filosofía y objetivos de las diferentes instituciones que brindan servicios de salud surge la explicación de la situación existente y la resistencia al cambio.

El Ministerio de Salud Pública, de relativa reciente creación, surge como la respuesta del Estado al reconocimiento del derecho a la salud que tiene toda la población; los servicios del Departamento Médico del Seguro Social fueron creados alrededor de tres décadas antes, básicamente orientados a la preservación y recuperación de la salud de los trabajadores, coadyuvando de este modo a la producción y productividad nacional; las Juntas de Beneficencia, cuyo máximo exponente -Junta de Beneficencia de Guayaquil- aún perdura, surgieron a fines del siglo XIX y sus servicios están dirigidos a los más necesitados como expresión de solidaridad y caridad de las personas y grupos con mayores recursos; los servicios de Sanidad Militar se iniciaron en la época de la Guerra de la Independencia con el objeto fundamental de atender a los soldados heridos en batalla, y posteriormente para cubrir al personal de FF.AA. activo y pasivo y a sus miembros más cercanos con acciones integrales de salud.

En el área privada las motivaciones varían desde la compra-venta de servicios, casi exclusivamente para la recuperación de la salud, hasta el proselitismo religioso o político.

Por lo tanto, las diferentes posiciones filosóficas, políticas, históricas, culturales y hasta tecnológicas frente al cuidado de la salud y la atención de la enfermedad, han definido en cada institución objetivos distintos, asignación de universos poblacionales “propios”, desarrollo administrativo heterogéneo y desigual disponibilidad de recursos. En suma, profundas y significativas diferencias de intereses y de enfoques de solución frente a una misma problemática.

No obstante estas diferencias básicas, las instituciones de salud presentan elementos comunes que han configurado el contenido y orientación de un “tipo” de atención casi uniforme en algunas características, que es imprescindible conocer.

a) Reconociendo que la salud es un componente de la calidad de vida y que en el proceso salud-enfermedad interactúan múltiples y variados factores vinculados con prácticamente todos los campos de la actividad humana, no ha sido posible delimitar con claridad y precisión cuál debe ser el “ámbito” de las actividades de salud. Esta imprecisión ha dado como resultado la circunscripción de las políticas, planes y programas de salud al campo de la atención médica, desperdiciándose el efecto reforzador y complementario para el logro de niveles adecuados de salud, que tienen la educación, vivienda, seguridad social y en general todas las que contribuyen al desarrollo integral de la población.

Como contrapartida, la salud tampoco ha tenido influencia significativa en la definición de planes y programas en las otras áreas del campo social y menos aún en la formulación de los modelos de desarrollo socio-económico.

b) Los grandes objetivos institucionales inicialmente formulados han sido con frecuencia desplazados por objetivos secundarios -en su mayoría coyunturales- como respuesta a intereses particulares o de grupo. De esta forma, reiterados reordenamientos de estructuras administrativas con el propósito de establecer o defender jerarquías, la tecnificación indiscriminada e innecesaria de gran número de establecimientos de salud, con el justificativo de mejorar la atención -por mencionar algunos- ha ocupado una gran proporción del tiempo y esfuerzos del personal técnico y administrativo y ha canalizado una significativa proporción de los recursos institucionales.

c) La atención de salud se brinda con un enfoque que corresponde a los modelos de los países occidentales desarrollados, en los cuales los esquemas de explicación y control del proceso salud-enfermedad están circunscritos, casi totalmente, a los aspectos biológicos individuales. Los perfiles de formación de los profesionales de la salud -médicos especialmente- también responden a este modelo biologista y reparador.

De allí que prácticamente todos los esfuerzos de mejoramiento del modelo de atención se han orientado al desarrollo de aspectos técnico-científicos de la relación médico-paciente, y se han relegado o ignorado propuestas de adecuación que toman en cuenta distintos conceptos, valores y costumbres que tiene gran parte de la población sobre el proceso salud-enfermedad y que es causa de serias restricciones en el uso de los servicios. Este hecho es particularmente importante, porque nuestra composición multiétnica conlleva culturas distintas y grandes desigualdades económicas y sociales.

Los esfuerzos para modificar una situación tan compleja como la descrita se han visto

diluidos especialmente porque la planificación en general, y en el sector salud en particular, ha tenido escaso desarrollo debido al modelo "autocrático" de gestión y solo recientemente se la concibe como una disciplina de interacción técnico-política. Por ello no ha sido posible proponer al nivel político soluciones concretas a la situación existente. Por otro lado, frecuentes virajes en la orientación y prioridades en las políticas socio-económicas han impedido mantener la continuidad y el énfasis de las estrategias y programas que buscan la participación popular en la gestión de su propio desarrollo.

Finalmente, las propuestas de desarrollo administrativo-gerencial y de cambio del modelo de atención existente, planteadas por las agencias internacionales de cooperación técnico-financiera, tampoco han tenido impacto significativo, en parte porque se ha tratado de experiencias de otros países sin la necesaria adecuación a la realidad nacional, y en parte porque han constituido avances teóricos en torno a la problemática de la atención de la salud.

Lo que se acaba de exponer explica con bastante claridad por qué nuestro sistema de salud -teóricamente concebido como el instrumento idóneo para enfrentar la problemática- presenta desigualdades notorias en la cobertura, calidad y eficiencia de las atenciones, según el estrato socio-económico que se trate. La ineficacia del sistema se corrobora con la observación del comportamiento en el último decenio de los principales indicadores.

Si bien ha aumentado en dicho periodo la expectativa de vida por disminución de la mortalidad infantil, materna y general, los niveles -especialmente de mortalidad materno-infantil- están (año 1985) aún muy lejos de ser aceptables al compararlos con los de algunos países de nuestra región con similar desarrollo socio-económico, más aún si una gran proporción de esas muertes se debe a la persistencia de causas evitables con intervenciones técnicamente sencillas y de bajo costo.

En el cuadro que se presenta a continuación, se observa el comportamiento de la mortalidad infantil en los años 1977-1985. No obstante que la magnitud de las barras frente a cada causa de muerte no es estrictamente comparable -en el año 1977 se refieren a porcentajes del total de menores de 1 año fallecidos y en 1985 representan la tasa específica de mortalidad- es posible apreciar que no se han producido cambios significativos en la estructura de la mortalidad infantil y, las causas principales, es decir las que ocupan los primeros lugares, siguen siendo diarreas e infecciones respiratorias agudas.

MORTALIDAD INFANTIL, CINCO PRINCIPALES CAUSAS ECUADOR, AÑO 1977

1º		Enteritis y otras enfermedades diarreicas	4.302	(27,1)
2º		Bronquitis, efisema y asma	2.070	(12,1)
3º		Otras causas de mortalidad perinatal	1.327	(8,4)
4º		Otras neumonías	1.272	(8,0)
5º		Infecciones respiratorias agudas	638	(4,0)
		Resto	6.231	(39,4)
		Total	15.849	(100)

Fuente: Estadísticas vitales (INEC)

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL
LISTA BASICA DE 30T GRUPO 3

CAUSAS	NUMERO	TASA	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
1. Infección intestinal mal definida.	1.814	86.4	<div></div>
2. Hipoxia, asfixia y otras afec. resp. del feto o del recién nacido.	1.443	80.7	<div></div>
3. Bronquitis crónica, enf., asma.	895	47.8	<div></div>
4. Neumonía	785	37.3	<div></div>
5. Crecimiento fetal lento, desnutrición e inmadurez fetal.	508	24.2	<div></div>
6. Otra desnutrición protéico-calórica	485	22.2	<div></div>
7. Bronquitis T., branquiolitis agudas	378	17.9	<div></div>
8. Traumatismos del nacimiento.	187	8.9	<div></div>
9. Anomalías congénitas del corazón y del aparato circulatorio.	179	8.2	<div></div>
10. Meningitis	161	8.0	<div></div>

Fuente: Estadísticas Vitales (INEC).

Elaboración: División Nacional de Estadísticas de Salud del MSP.

Las propuestas para el cambio de la actual situación, a más de tener una importante dimensión política, deben perseguir la coordinación o integración de las instituciones de salud -definición que por otro lado, no tiene inicialmente especial importancia- con miras al establecimiento de un sistema de servicios, pero también deben contemplar la formulación y aplicación de un modelo único que asegure una atención sin distinguos en cuanto a cobertura, integralidad, calidad e impacto; que sea permeable al insumo de la crítica interna y externa; que tenga capacidad de adecuación en la entrega de servicios de acuerdo a los planteamientos de la comunidad; que apoye eficazmente las iniciativas organizadas de mejoramiento económico y social; y, que propicie la participación de la comunidad en la cogestión de los servicios y el cuidado de su salud.

Qué hacer...

Como ya se dijo, no cabe el planteamiento de soluciones simplistas ni de acciones aisladas. La clave estará en el desarrollo de un proceso ininterrumpido, claramente definido y con suficiente respaldo político, que garantice el establecimiento de un conjunto de condiciones que "favorezcan" la conformación y funcionamiento de un sistema de salud que, sobre la base de objetivos y metas comunes, utilice adecuadamente los recursos en la prestación de un modelo de servicios con las características ya señaladas.

La conformación y organización de este sistema deberá ser la que más se adapte a nuestra tradición histórica, política y cultural, a la organización jurídico-administrativa y, sobre todo, a la disponibilidad de recursos.

Por ello cabe reiterar que las alternativas deberán estar en armonía con el sistema político y económico, a fin de asegurar el apoyo y financiamiento necesarios.

Del análisis realizado sobre los factores que intervienen en la caracterización de la problemática que afecta al sistema de servicios, surge la necesidad de que el proceso planteado integre, por lo menos, los siguientes componentes:

- Revisión de roles, objetivos y funciones de las instituciones oficiales del sector con miras a su armonización y complementación, en el marco de la más amplia participación de las instituciones de salud, de desarrollo social y económico y de la opinión pública en general.

Este componente deberá incluir también la minimización de naturales resistencias -producto de intereses y posiciones institucionales o de grupos- a través de la negociación enfocada en el beneficio común; por ejemplo, apoyo a las aspiraciones de autonomía administrativo-financiera de la Dirección Médico Social del IESS; unificación a nivel nacional de la escala salarial y beneficios sociales para el personal de salud; establecimiento de carrera funcionaria; etc.

- Fortalecimiento del sector a través del impulso al desarrollo y estandarización en todas las instituciones públicas de algunas áreas técnicas y administrativas consideradas fundamentales para el mejoramiento de su capacidad gerencial y de operación, tales como:

- * subsistemas de información, equipamiento y mantenimiento;
 - * manejo de medicamentos básicos;
 - * programación de las inversiones;
 - * instrumentos técnico-normativos para la administración de los servicios y la ejecución de los programas en los niveles intermedios (provincias, regiones) y locales (establecimientos de salud);
 - * planificación de la formación cuali-cuantitativa de los recursos humanos en función de las necesidades de la población y la capacidad de captación de las instituciones que brindan servicios, integración docente-asistencial y educación continuada;
 - * evaluación de los servicios.
- Establecimiento de un marco legal y reglamentario que permita:
 - * uniformar y extender los regímenes de la Seguridad Social;
 - * unificar en todas las instituciones públicas programas básicos de salud (a las personas y al medio) en términos de metas, normas y tecnología;
 - * financiar multilateralmente las acciones de salud.
 - Formulación y aplicación de un modelo de sistemas locales integrados de salud con participación interinstitucional, que incluya la estructura, organización y funcionamiento de los servicios; los mecanismos de coordinación extra sectorial; y, las estrategias de participación comunitaria.

En este modelo se deberá poner en práctica la descentralización de la gestión técnico-administrativa y la desconcentración de las acciones.

Los resultados de la aplicación de este modelo constituirán, dentro de un proceso de experimentación-acción, el insumo para el perfeccionamiento de alternativas para la conformación, organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

Cómo hacerlo...

Cada una de las líneas de acción acabadas de enunciar, luego de su aprobación por consenso deberán ser concretadas en programas específicos en los que se puntualicen las actividades, responsables, tiempos de ejecución y presupuestos. A tal efecto se deberá promover la más amplia participación de las instituciones involucradas (y cuando se considere necesario de la opinión pública en general), a fin de que en el marco de la concertación y negociación se logre consenso sobre lo que se propone realizar.

Cabe señalar que el primer paso a cumplir en casi todas las líneas de acción, deberá ser la actualización diagnóstica y la elaboración de instrumentos concretos para la discusión, análisis, aprobación por consenso, y la posterior aplicación de instrumentos o resoluciones en las instituciones del sector.

Con quién hacerlo...

Siendo indispensable para el cabal cumplimiento del proceso la involucración y firme compromiso de todas las instituciones del sector, el Consejo Nacional de Salud, organismo asesor y coordinador de alta jerarquía, integrado por los máximos represen-

tantes de las instituciones del sector y presidido por el Ministro de Salud Pública sería el llamado a desempeñar un importante rol conductor; su amplia representatividad y jerarquía le concede capacidad de convocatoria, espacio para la negociación y logro de consenso para la aprobación de las acciones que se planteen.

La obtención de importantes logros, especialmente en el campo de la normatización técnica y administrativa, constituye una importante evidencia de la capacidad del Consejo para, a través de la participación interinstitucional, lograr la observancia de sus resoluciones en las instituciones oficiales del sector. Sin embargo, será indispensable el reforzamiento de la capacidad operativa del Consejo, asignándole el personal necesario para cumplir con la ampliación de sus responsabilidades y tareas y dotándole con recursos financieros suficientes.

