

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES

(F L A C S O).

SEDE QUITO.

Biblioteca

ECUADOR: POLITICAS DE SALUD Y EFECTOS EN LOS SECTORES SOCIALES.

1.970 - 1.980

JOSE O. MADERO GUERRON

DIRECTOR: Luis Verdesoto C.

CODIRECTOR: Gustavo Cosse

ASESOR: Edmundo Granda

Jaime Breilh

César Hermida.

Quito, agosto de 1.983

I N D I C E :

INTRODUCCION

CAPITULO I. PLANTEAMIENTOS SOBRE POLITICAS PUBLICAS Y SOCIALES: EL ESTADO Y LA SALUD.

1.- Estado y Sociedad	1
2.- Políticas Públicas	6
2.1 Régimen Militar 1.972-.1.979.....	8
2.1.1 Políticas Públicas y el Sector Industrial	10
2.1.2 Políticas Públicas y el Sector Agrario.....	11
2.1.3 Consideraciones sobre el Subempleo.....	13
3.- Políticas Sociales.....	20
3.1 El Carácter de las Políticas Sociales.....	20
3.2 Presión de las Políticas Sociales	22
3.3 Realización y Selectividad de las Políticas Sociales.....	24
3.4 Distribución del Ingreso y Gasto en el Sector Social.....	34

CAPITULO II. POLITICAS DE SALUD.

1.- Concepción de Salud.....	42
2.- Hechos Históricos de la Salud en el Ecuador.....	44
3.- Implementación de las Políticas de Salud.....	53
4.- Instituciones de Salud	56
4.1 Ministerio de Salud Pública	60
4.1.1 Estructura del Ministerio de Salud.....	66
4.1.2 El Ministerio de Salud y los Recursos.....	76
4.1.2.1 Recursos Humanos.....	71
4.1.2.2 Recursos Físicos.....	74
4.1.2.3 La Distribución Urbana y Rural y la "tecnología médica".....	77
4.2 Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.....	78
5.- Relación Interinstitucional.....	81

...sigue...

CAPITULO III. POLITICAS ESTATALES DE SALUD.

1.- Políticas de Salud Estatales.....	83
2.- Políticas del Ministerio de Salud Pública.....	86
2.1 Materno Infantil.....	93
2.1.1 Programa Prenatal.....	99
2.1.2 Programa Infantil.....	103
3.- El IESS, y Materno Infantil	110
4.- Políticas de Atención Médica Curativa en el Sector Salud.....	112
4.1 El Ministerio de Salud y la Medicina Curativa.....	117
4.1.1 La Consulta Médica Curativa.....	118
4.2 El Ministerio de Salud y la Atención Hospitalaria.....	130
4.3 El IESS y la Atención Médica Curativa.....	135
4.3.1 El IESS y la Consulta Médica.....	138
4.3.2 El IESS y la Atención Hospitalaria.....	144 ?

CAPITULO IV. POLITICAS DE SALUD Y SUS EFECTOS EN LA POBLACION.

1.- Políticas de Salud y la Mortalidad.....	146
2.- Efectos en la Mortalidad General.....	149
2.1 Principales causas de Muerte	157
2.2 Causas de Muerte por Provincias.....	162
2.3 Correlación y Mortalidad.....	169
3.- Efectos en la Mortalidad Infantil.....	175
4.- Efectos en la Mortalidad de 1 a 4 años.....	180
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	182
ANEXOS	
BIBLIOGRAFIA.	

INDICE DE ANEXOS

- Anexo 1. Presupuesto del Estado, Comparativo de Gastos por Sectores. (millones de sucres de 1.970).
Ecuador.

 2. Presupuesto del Estado, Comparativo de Gastos por Sectores. (composición porcentual)
Ecuador.

 3. Total de Consultas del Ministerio de Salud, Según Provincias 1.972, 1.976, 1.978.
Ecuador.

 4. Tasas de Mortalidad por Grupos de Edad, Según provincias. 1.970 y 1978.
Ecuador.

 5. Tasas de Natalidad y Mortalidad por Grupos de Edad.
Ecuador 1.962 - 1.978.
-

CAPITULO IV

POLITICAS DE SALUD Y SUS EFECTOS EN LA POBLACION

1.- POLITICAS DE SALUD Y LA MORTALIDAD

Todo el aspecto de la ejecución de las políticas estatales de salud en la década del 70 se centran en un aspecto importante, lograr la reproducción y mantenimiento de la fuerza de trabajo. Este aspecto principal en nuestro país por sus características de subdesarrollo, adquieren además dos orientaciones claras. a) Las políticas de salud estatales extienden sus servicios de salud a los sectores sociales a objeto de reproducir la fuerza de trabajo potencial y de aquellos sectores sociales asalariados, que por defectos de la reglamentación del IESS no logran afiliarse. Esta actitud estatal tiene como fin lograr legitimidad en los sectores sociales y reducir el conflicto social. La incrementación de estas políticas se encarga el MSP. b) Un segundo aspecto, el Estado ofrece acciones de salud a los sectores sociales que se encuentran realizando actividades que demanda el desarrollo del sistema productivo, a fin de garantizar el proceso de acumulación del capital. Estas actividades de salud tienen en el IESS al responsable, Institución que tiene por objeto garantizar la reproducción de la fuerza de trabajo.

A más de estas actividades que realizan estos dos organismos estatales, encontramos que la oferta de salud que realizan tiene efectos en los sectores sociales. El efecto de las políticas de salud más sensibles, se observa en la mayor capacidad de reducción de la mortalidad. Entonces para lograr una disminución de las defunciones se dispone de un crecimiento

to importante de recursos por los cuales se ofrece mayores acciones de salud.

Este crecimiento de recursos como en oferta de actividades de salud, estaría incidiendo en la reducción de la mortalidad. Esta disminución permite a los sectores sociales aumentar la esperanza de la vida al nacer de los ecuatorianos. En el período 1.965-70 el individuo al nacer tenía la probabilidad de vivir hasta 54.6 años, para alcanzar el 60.0 entre los años 1.975-80 (*). El aumento de la esperanza de vida al nacer y la disminución del riesgo de morir se encuentran en relación con el grado de ejecución de los programas de salud.

De acuerdo a lo expuesto en el capítulo anterior, la oferta de salud experimenta importantes crecimientos en la población urbana y rural. En las siguientes secciones se analiza cuáles son los efectos que producen las políticas de salud.

Es del caso manifestar que de todo el proceso de crecimiento y consolidación institucional en salud, ésta es una parte destinada a mejorar los objetivos propuestos. Se debe reconocer también que todo el proceso de la medicina es parte de un conjunto de factores sociales que conforman un determinado nivel de salud.

Todas las variables que intervienen en el proceso de salud para otorgar bienestar conforman un conjunto complejo, por cuanto la salud es

(*) La esperanza de vida al nacer, para Colombia es de 62.2 años y para Cuba es de 72.8 años. Ver OMS. Las Condiciones de Salud en las Américas 1.977-90. Washington 1.982. Pag. 18.
La Esperanza de vida al nacer, es una cantidad media de años que en determinado momento correspondería a los recién nacidos vivir. Este indicador es importante por cuanto refleja de manera general las condiciones sanitarias del país.

parte de los componentes del nivel de vida o bienestar social; (junto a alimentación, educación, vivienda, vestuario, transporte, seguridad social, - etc...) Esta relación compleja de salud con todos estos factores, hacen difícil determinar si la incrementación de políticas de salud a través de - programas inciden en los cambios de nivel de salud o el desarrollo o el de crecimiento de otros factores influyen y de que manera lo hacen.

El gran conjunto de factores sociales en el que se encuentra el nivel de salud, está supeditado en nuestro país al desarrollo del sistema productivo. Si consideramos que un sector importante de la población se encuentra en situación de subempleo especialmente en el agro, podemos decir que la - provisión estatal de servicios sociales a éstos sectores que realizan o contribuyen con una baja productividad, tendrán como respuesta acciones sociales limitadas (según lo expresado en la parte de políticas sociales). Esto nos conduce a manifestar que la actuación de nuestro Estado en la década - del 70, dirige la cobertura de servicios sociales obedeciendo al desarrollo del Estado moderno que intenta legitimar e incorporar a los sectores sociales atrasados que presionan por acciones de salud. Estas acciones tienen manifestaciones re-distributivas que en el caso de régimen militar se expanden a objeto de lograr consenso social.

La mayor capacidad del Estado de ofrecer servicios sociales en cuanto se relaciona, por ejemplo al saber leer y escribir, ofrece una vivienda con servicios de agua potable y alcantarillado (o eliminación de escretas) etc. permitirañ absorber de mejor manera la oferta de salud estatal. Pero de acuerdo con lo descrito en páginas anteriores la oferta del Estado es deficitaria a pesar de los logros alcanzados. Si los factores sociales no cam-

bian, no existirá un mejoramiento de salud, a pesar que la mayor oferta de salud reduzca los índices de mortalidad.

La reducción de la mortalidad en estas condiciones de "oferta social" redundará en la presencia de una alta incidencia de enfermedades, con características de un crecimiento crónico-degenerativo en los sectores sociales (bajo peso y talla por ejemplo) o muerte por enfermedades ligadas al consumo simple.

La década del 70 no muestra esta tendencia, por cuanto de acuerdo al análisis de las principales causas de muerte algunas enfermedades - transmisibles que se encuentran entre las 10 principales en 1970 para - 1.978 no aparece. Pero estas muertes se sustituyen por el inmenso incremento de muertes por enfermedades diarreicas.

Los efectos de las políticas de salud se observará en base a dos - niveles de análisis a través de la mortalidad. a) La mortalidad es un indicador que revela la variación de las defunciones en la población. La - tasa de mortalidad (*) se clasificará por grupos de edad, causas de muerte y su distribución por provincias. b) Un segundo nivel de análisis se refiere al estudio estadístico de correlación, en el cual se medirá, en el período de grado de asociación que existe entre la mortalidad general,

(*) La tasa es una forma de describir fenómenos cualitativos que ocurren en una población y que se repiten en el tiempo. La tasa tiene la característica que mantiene constante el tamaño de la población y el período de tiempo en que ocurre el período; por lo cual, las tasas - son susceptibles de comparación entre regiones con poblaciones de distinta magnitud. Entonces la tasa de mortalidad es el resultado de dividir el total de fallecidos en un año para su población. Para su lectura el coeficiente se amplía generalmente a 1.000, a objeto de obtener números enteros para su comparación.

mortalidad infantil y mortalidad en grupo de uno a 4 años, con las variables de salud y dos referencias del campo económico. Las variables de salud representan el resultado de las políticas de salud, especialmente del campo preventivo y curativo (analizando en páginas anteriores). Las variables económicas se refieren al volumen del gasto presupuestario que el Estado dispone para la ejecución de las políticas de salud en la década, y la asociación entre el ingreso per cápita y la mortalidad.

Si partimos de la base de que el nivel de salud del país se refleja en la información sobre la mortalidad, sin duda diremos que el mejoramiento de la estructura de salud se ha realizado en forma acelerada, determinando un mejor nivel de salud en la década, lo cual a su vez disminuye la frecuencia de las defunciones, especialmente en el período considerado de auge petrolero. El análisis de la mortalidad como el efecto sobresaliente de las políticas de salud en un período de bonanza económica, muestra el siguiente comportamiento:

2.- EFFECTOS EN LA MORTALIDAD GENERAL

Entre 1.970 y 1.978 la tasa de mortalidad general se reduce, esta tendencia declinante permite evitar cerca de 3 defunciones por cada mil habitantes para el año de 1.978 que representa una disminución porcentual del 27.7 (ver cuadro 43).

A continuación se presenta la información de la mortalidad por grupos de edad para los años 1.970 y 1.978, se toma estos años de la serie histórica que se encuentra como anexo, además por representar los años extremos del período de análisis.

Esta distribución de la mortalidad por grupos de edad tiene sus porcentajes respectivos y las tasas de mortalidad que indica la frecuencia de las muertes por cada mil habitantes.

La mortalidad en el país se reduce en todo el período tanto en números absolutos como relativos (ver siguiente cuadro).

Cuadro Nº 43 PORCENTAJES Y TASAS DE MORTALIDAD, SEGUN GRUPOS DE EDAD
Ecuador 1.970 y 1.978

GRUPOS EDAD	Número de Defunciones	%	Tasa ⁽¹⁾	Número de Defunc.	%	Tasa ¹	% DE REDUC.TASA
Menos de 1	17.633	29.1	76.6	14.832	26.2	64.4	15.9
1 - 4	12.989	21.5	15.6	9.097	16.1	8.1	48.1
5 - 14	3.454	5.7	2.1	2.793	4.9	1.3	38.1
15-44	7.489	12.4	3.1	8.405	14.9	2.6	16.1
45 y más	18.930	31.3	22.8	21.474	37.9	29.3	11.0
Total.	60.495	100.0	10.1	56.601	100.0	7.3	27.7

(1) Tasas por mil habitantes, en la edad de menos de un año la Tasa es por mil nacidos vivos.

FUENTE: INEC. Anuario de Estadísticas Vitales. 1.970 y 1.978

ELABORACION: Propia.

La mortalidad por grupo de edad para 1.970 determina que en los menores de un año las defunciones tienen un peso porcentual de cerca al 30% en relación al total de defunciones ocurridas. En el grupo de edad de 0 a 4 años las defunciones alcanzan el 50.6%, para disminuir al 42.3% en 1978. A pesar que esta relación de defunciones se mantiene alta en el período,

es del caso reconocer que la disminución porcentual en la cual se incluye a diversos factores como: Una oferta creciente de acciones de salud del MSP, tanto preventivas como curativas; a nivel urbano y rural. Esta oferta de salud es posible, en parte por cuanto el presupuesto del MSP se amplía de manera considerable. Se realizan convenios internacionales en el campo de la salud materno-infantil. Otro factor es la ampliación de la oferta de algunas políticas sociales.

La presencia de una alta mortalidad en los primeros cinco años, refleja un nivel socio-económico bajo que a su vez incide en una baja atención prenatal, atención del parto generalmente sin la presencia del médico, la atención del recién nacido con dificultades de acceder a los servicios de salud. Además decimos que es alta, por considerar que ningún niño debe morir antes de cumplir el año de vida a excepción de aquellos que ocurren por deformaciones congénitas.

El grupo de edad de 5 a 14 logra un mínimo porcentual con 5.7%. El grupo de edad de 15 y más años comprende a la población que se encuentra en capacidad de trabajar y es considerada como población económicamente activa (de 15 a 64 años). El grupo de 15 a 44 años tiene un 12.4%. En este grupo los accidentes de vehículos de motor se encuentra entre la principal causa de muerte, de los cuales el 78% de las defunciones corresponden a los hombres. El grupo de 45 y más años tiene el mayor peso porcentual con 31.3% de defunciones, este grupo contiene un importante número de defunciones de más de 65 años.

La comparación de la mortalidad para 1.978 por grupos de edad, de-

muestra que el peso porcentual de las defunciones recae sobre el grupo - de 15 y más años con el 52.8% de las defunciones. Para este año se produce una readecuación porcentual importante en los grupos de edad.

Las tasas de mortalidad por grupos de edad al finalizar este período, muestra reducciones importantes por cuanto el riesgo de morir en cada habitante disminuye, especialmente en los grupos de menos de 15 años.

Para 1.970 este Ministerio se encuentra en una etapa de estructuración por cuanto se crea en 1.967, iniciando sus actividades con la implementación de la medicina rural. Pero a partir de 1.972 con el auge petrolero accede a un creciente gasto en salud, permitiendo la presencia de - numerosas políticas referidas especialmente al campo preventivo, de las que se destacan el programa de atención Materno-Infantil, Alimentación - Suplementaria, el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) La ejecución de estos programas permiten disminuir causas de muerte de carácter reducible.

Esta actuación del MSP estaría explicando en parte, la reducción - de las tasas de mortalidad en los menores de hasta 14 años especialmente (ver cuadro 43).

Unicamente, a objeto de mostrar comparaciones con otros países sobre la composición de la mortalidad por grupos de edad se presenta el - siguiente cuadro.

Las tasas de mortalidad para el Ecuador son las más altas, Colom-

bia y Perú países vecinos y de similar desarrollo muestran tasas menores por lo que podría decirse que estos países tienen una mejor estructura de salud. Estos índices en relación a Costa Rica y Cuba muestran grandes diferencias a pesar de considerarse países subdesarrollados. En el caso de Cuba, su organización social política y económica diferente, podría ser la causa de haber logrado índices de salud reducidos en relación a nuestro país. (ver cuadro 44).

Cuadro N° 44 TASAS DE MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD EN
ALGUNOS PAISES DE LATINOAMERICA

GRUPOS DE EDAD	ECUADOR 1.978	COLOMBIA 1.977	PERU 1.978	COSTA RICA 1.979	CUBA. 1.978
- de uno	64.4	39.5	35.1	22.1	22.6
0-4	17.6	11.8	13.1	6.4	3.8
5-14	1.3	0.8	0.7	0.5	0.4
15-24	1.9	1.6	1.1	0.9	1.2
25-34	2.6	2.5	1.5	1.3	1.3
35-44	4.0	3.6	2.4	2.4	2.3
45-54	6.3	6.8	4.0	4.5	4.9
55-64	11.8	15.2	8.0	10.2	10.9
65-74	28.7	35.9	17.9	29.9	28.7
75 y más	104.5	101.6	70.1	99.2	103.5
Mort.General	7.2	5.8	4.9	4.2	5.7

FUENTE: Organización Mundial de la Salud. Las Condiciones de Salud en las Américas 1.977-1.980. Publicación Científica N° 427. Washington D.C. 1.982 Pag. 218.

La comparación de la mortalidad de estos países permite a rasgos generales, evaluar el perfil patológico del desarrollo de las políticas de salud y del nivel de vida. Los índices que representan tienen relación -

también con el desarrollo de la medicina en este país.

A continuación presentamos el perfil que presentan las causas de muerte con y sin atención médica en el período 1.970-78. Para este análisis consideramos los siguientes aspectos:

a) Al relacionar el peso porcentual en el período se constata que existe un cambio importante en cuanto a la atención de las defunciones con certificación médica. Para 1.970 las defunciones con certificación médica representan el 41%, para aumentar de manera sustancial a 56.7 en 1978. Este hecho se liga a la extensión y/o ampliación de la medicina liberal u oficial en este período.

b) El análisis de las cinco principales causas de muerte, muestra que existen cambios en cuanto a la frecuencia de estas causas en relación a la atención médica. Existe una clara tendencia a certificar las defunciones con médico, especialmente en las neumonías, bronquitis y en el grueso del rubro "resto de causas" que pasa de 43.8 a 60.7 por ciento. En cambio las causas de muerte por entéritis y diarreas disminuye la cobertura de la certificación médica, (ver cuadro 45) La causa de esta cobertura negativa se la encuentra en el creciente aumento de muertes por esta causa que pasa de 4.556 a 6.892 defunciones que significa un aumento porcentual de 51.3% en relación a 1.972, por lo que podríamos decir que en cuanto a números absolutos la certificación médica aumenta.

c) La frecuencia de las defunciones en cuanto a números absolutos disminuye en todas las causas a excepción de la causas de muerte por diarreas.

d) Para 1.978 encontramos entre las cinco principales causas de muerte

a las enfermedades del corazón, con una certificación médica de un 75.4%, caracterizando a este perfil patológico con causas de muerte propias o características de un país desarrollado. Por cuanto el fraccionamiento de la división del trabajo producido por el capital y la incorporación de nuevos sectores sociales en el proceso productivo, causa tensiones, desórdenes nerviosos, etc., lo que se conoce de manera general como "stress". Podría decirse también que la alta cobertura de certificación médica en las defunciones del corazón, se debe a la presencia creciente de recursos, médicos, equipos, materiales que permiten que estas causas sea identificada y certificada de mejor manera por el médico. Antes esta causa se certificaba como mal definida.

Cuadro Nº 45. CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE CON Y SIN ATENCION MEDICA. (Porcentajes)
Ecuador. 1.970 y 1.978

CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE.	TOTAL	1.970	
		CON ATENCION MEDICA	SIN ATENCION MEDICA
Bronquitis, enfisema y asma	5.008	16.5	83.5
Infección Intestinal(enteritis y otras diarreicas).	4.556	64.1	35.9
Senilidad sin mención de psicosis	4.007	14.9	85.1
Neumonías	3.413	62.6	37.4
Otras enfermedades del aparato digestivo.	3.158	73.6	26.4
Resto de causas	40.353	43.8	56.2
Total.	60.495	41.0	59.0
		1.978	
Enteritis y otras enfermedades diarreicas.	6.892	62.1	37.9
Neumonías	3.755	68.0	32.0
Bronquit.enfise.asma	3.575	20.7	79.3
Senilidad sin menc.psicos.	3.249	10.9	89.1
Otras enfermed.corazón	2.915	75.4	24.6
Resto de causas	36.215	60.7	39.3
Total	56.601	56.7	43.3

FUENTE: INEC. Anuario de Estadísticas Vitales. 1.970 y 1.978.
ELABORACION: Propia.

e) La información que muestra el cuadro anterior, destaca dos causas de muerte que son predominantes; las respiratorias y diarreicas. Las causas respiratorias o broncopulmonares, comprende a la bronquitis, enfisema y asma, éstas presentan una baja atención médica en el período, por cuanto este tipo de causas es diagnosticada generalmente por la comunidad. En cambio la neumonía es una causa que se certifica más por el médico debido a la complejidad del diagnóstico. La frecuencia de la bronquitis hace que esta causa sea diagnosticada por la población en forma general. Las enfermedades diarreicas en el período aumentan en cuanto a números absolutos y relativos en un 51%, determinando que el nivel de certificación con atención médica disminuye de manera ligera.

Se destaca que a falta de médicos especialmente en el área rural, la certificación se realiza por los síntomas que ha tenido la persona fallecida. De esta manera la recolección de la información no es la adecuada, por la existencia de errores en la certificación, en todo caso existe una tendencia de la mortalidad que se aproxima a una realidad.

En definitiva se resalta a nivel nacional el aumento de certificación médica, siendo éste un efecto de la mayor participación de los médicos, propiciado por los programas de salud, especialmente en el área rural. La información de las causas de muerte con y sin certificación médica, es un indicador significativo, por cuanto nos permite evaluar la importancia que presenta la frecuencia de las enfermedades. (a pesar que la recolección de la información no es sobresaliente se la considera como válida para realizar comparaciones).

2.1 Principales causas de muerte

Las diez principales causas de muerte, permite demostrar los efectos de las condiciones de salud en los años 1.970 y 1.978 según área urbana y rural (ver cuadro 46). El análisis se refiere a los siguientes hechos.

- a) Si observamos las causas de muerte consideradas como principales para 1.970 y 1.978, es claro manifestar que existe una readecuación en el período, del cuadro patológico tanto en lo que se refiere a la presencia de otras causas de muerte y a la disminución de la frecuencia de defunciones (excepto las causas de muerte por diarreas).

- b) Las principales causas de muerte a 1.978 es la entéritis y otras enfermedades diarreicas, que tienen una tasa de 88.2 defunciones por cada 100.000 habitantes, esta tasa tiene un aumento importante en relación a 1.970 que tenía 76.4. La distribución por áreas constata que el índice en el área urbana a 1.978 disminuye, en cambio en el área rural por cada 100.000 habitantes se aumentan 28 defunciones por esta causa. Otra de las causas de muerte de más incidencia en el país, es la bronquitis, enfisema y asma, y las neumonías que integran el grupo de las enfermedades broncopulmonares. La bronquitis a nivel nacional reduce su tasa cerca de la mitad de defunciones, ésto repercute en la reducción de la defunciones por áreas, especialmente en la rural.

- c) Para 1.970 a nivel nacional encontramos entre las causas que producen más muertes, al grupo de la enfermedades infecciosas, entre las que se destacan las trasmisibles como el srampión, influenza y la tosferina causas consideradas como evitables. Sus altos índices estaría demostrando que

los programas de vacunaciones son deficientes, siendo ésta una de las causas del alto número de defunciones en este campo. Con esta consideración el problema es más agudo en el campo, registrando altas tasas de mortalidad en relación a la población. Especialmente las enfermedades transmisibles que tienen índices altos en relación al área urbana. Para el área ur bana las enfermedades transmisibles se ubican en los últimos puestos, denotando posiblemente la presencia de un programa de vacunaciones.

Las causas de muerte relativas a la primera infancia o de recién nacidos, conforman un cuadro de mortalidad que se atribuye no sólo a un bajo nivel desalud, sino también a precarias condiciones socio-económicas.

d) Para 1.978 es clara la presencia de enfermedades del corazón y accidentes de vehículos de motor que caracterizan a los países desarrollados. Como también la alta incidencia de muerte de enfermedades propias de la primera infancia. Por lo tanto las principales causas de muerte para 1.978 - presentan una situación transicional, por la inclusión de causas de muerte que se encuentran en relación con el proceso modernizantes, junto a enfermedades parasitarias e infecciosas propias de un nivel sanitario deficiente. Este aspecto transicional se acentúa en las causas que presenta - el área urbana.

La modernización que se acentúa en el país a partir del auge petrolero readecúa la organización institucional de salud. La estructura del MSP se expande obedeciendo al desarrollo que el proceso productivo exige. Se tiene en cuenta que según el cuadro de las principales causas de muerte de 1.978, se encuentran algunas de carácter infeccioso que tienen sus -

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE POR AREA URBANA Y RURAL

Ecuador 1.970 (*).

CAUSAS DE MUERTE.	TOTAL		URBANO		RURAL		Tasa
	Número	%	Tasa	%	Tasa	%	
Bronquitis, eficema y asma.	5.008	100.0	84.0	15.3	33.3	87.4	115.7
Enteritis y otras enfermedades diarreicas	4.556	100.0	76.4	51.9	103.0	48.1	59.8
Senilidad sin mención de psicosis	4.007	100.0	67.2	19.7	34.4	80.3	87.8
Otras neumonías	3.413	100.0	57.2	41.5	61.6	58.5	54.4
Otras enferm.aparto digest.	3.158	100.0	53.0	39.0	53.6	61.0	62.6
Sarampión	2.331	100.0	39.1	18.5	18.8	81.5	51.8
Influenza	2.197	100.0	36.9	11.5	11.0	87.7	52.5
Otras causas de morbilidad y mortalid. perinatales.	2.176	100.0	36.5	33.0	31.3	67.0	39.7
Otras formas de enfermedad del corazón.	1.996	100.0	22.1	53.6	44.7	46.4	24.2
Tosferina	1.724	100.0	28.9	7.3	5.5	92.7	43.6
Resto de Causas	30.009	100.0	503.3	39.1	511.7	60.9	498.6
Total.	60.495	100.0	1.047.7	34.5	909.1	65.5	1.080.9

(*) Lista de Intermedia de 150 causas

TAsas por 100.000 habitantes

FUENTE: INEC. Anuario de Estadísticas Vitales 1.970

ELABORACION: Propia.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE POR AREA URBANA Y RURAL

ECUADOR 1.978 (*)

CAUSAS DE MUERTE	TOTAL		URBANO		RURAL		Tasa
	Número	%	Tasa	%	Tasa	%	
Enteritis y otras enfermedades diarreicas	6.892	100.0	88.2	43.2	89.0	56.8	87.6
Otras neumonías	3.755	100.0	48.1	47.4	53.2	52.6	44.2
Bronquitis, eficema y asma	3.575	100.0	45.8	20.4	21.8	79.6	63.6
Senilidad sin mención de - psicosis.	3.249	100.0	41.6	21.3	20.7	78.7	57.2
Otras formas de enfermedad del corazon	2.915	100.0	37.3	53.8	46.9	46.2	30.1
Enfermedades, cerebrovasculares	1.863	100.0	23.8	62.1	34.6	37.9	15.8
Accidentes de vehículos de - motor	1.817	100.0	23.3	60.4	32.8	39.6	16.1
Enfermedades isquémicas del - corazón	1.386	100.0	17.7	73.3	30.4	26.7	8.3
Otras causas de morbilidad y mortalidad perinatales	1.330	100.0	17.0	36.8	14.6	63.2	18.8
Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales	1.153	100.0	14.8	49.6	17.1	50.4	13.0
Resto de causas	28.666	100.0	366.9	42.0	360.4	58.0	371.7
Total	56.601	100.0	724.3	42.6	721.5	57.4	726.5

(*) Lista Intermedia de 150 causas

Tasa por 100.000 habitantes

FUENTE: INEC. Anuario de Estadísticas Vitales 1.968

ELABORACION: Propia.

causas en las condiciones del medio ambiente, con aspectos culturales, educativos de vivienda etc. (En el análisis sobre las políticas sociales y especialmente en vivienda se muestran los aspectos principales del medio ambiente como causas de muerte).

Si en realidad algunas causas de muerte de carácter transmisible se han reducido por la influencia de las políticas de salud desde el campo de las vacunaciones. Las causas de muerte por diarreas se han expandido. Esto significa que se produce la reducción de algunas causas de muerte por la acción directa del MSP. En cambio otras causas que se ligan de manera más directa con el medio ambiente social se expanden. Encontrándose que entre las principales causas de muerte tanto para 1.970 y 1.978, aparecen causas que se relacionan con la desnutrición, el hacinamiento, factores que se encuentran en el medio ambiente social. El efecto de estas condiciones recaen sobre los grupos de edad más vulnerables que son los menores de hasta cuatro años.

La posibilidad de reducción de las enfermedades diarreicas no tienen las mismas características de reducible como las causas transmisibles. De la misma manera como las vacunas son necesarias para reducir las enfermedades transmisibles (las personas al recibir las vacunas quedan casi en un ciento por ciento inmunes). En cambio las causas de muerte por las enfermedades diarreicas, si bien son susceptibles de reducción a través de campañas o un control preventivo. No se está garantizando inmunidad contra las diarreas, por lo cual su disminución depende más directamente del nivel de vida de la población. En definitiva si bien la intervención médica es importante existen factores socio-económicos que inciden sobre estas enfermedades denominadas infecciosas (vivienda, educación, medio am

biente, etc.).

2.2 Causas de muerte por provincias

El análisis toma como base a la distribución de las causas de muerte por provincias que se presentan en el año de 1.970, destacando cual de éstas se mantienen entre las principales para 1.978.

El desarrollo desigual que experimenta el país, influye que algunas provincias del país, no alcancen una estructura de salud que permita combatir a las enfermedades de carácter reducible. Esta circunstancia hace que estas provincias mantengan perfiles patológicos diferentes. Al examinar el cuadro siguiente se observa que algunas causas de muerte se agrupan según regiones. al parecer, aparte de la relación social de estas causas el clima y de manera general todo el ecosistema se asocia en forma directa con algunas causas de muerte.

Se entiende entonces que las causas de muerte, a más de su carácter biológico, existen asociados aspectos del medio ambiente, y que la frecuencia de determinadas causas se debe a la limitada oferta de salud en la población:

"De esta manera, el proceso de salud enfermedad de la sociedad no se explica por sus determinaciones múltiples, biológicas y sociales específicas sino por la capacidad técnica de la sociedad, para eliminar ciertas enfermedades" (88).

(88) LAURELL, Asa Cristina. Op. Cit. Pag. 11.

El análisis del siguiente cuadro tiene por objeto mostrar los cambios que las provincias han experimentado en este período en relación a las diez principales causas que se presentan en 1.970.

Se destaca que las enfermedades a 1.970, como las broncopulmonares y diarreicas son las que presentan índices de alta mortalidad en todas las provincias. En el caso de la bronquitis estas tienen una incidencia que pasa de una tasa de más de 100 defunciones por cada 100.000 habitantes en las provincias de la Sierra, exceptuándose Pichincha por considerar que el grueso de la población es urbana y se concentra en Quito capital del país. De la misma manera la provincia del Guayas considerada como polo de desarrollo muestra la tasa más baja en 1.970 en relación a todas las provincias con 24.2 defunciones de cada 100.000 habitantes, en el cuadro siguiente se puede apreciar que esta causa es característica de clima frío. (por su incidencia en las provincias de la Sierra).

La frecuencia de las causas de muerte por diarreas en 1.970, tienen una similar distribución en las provincias. Al parecer esta causa de muerte, no muestra la existencia de programas de salud, por ejemplo las provincias de Guayas y Pichincha en ese año concentran recursos de salud, por considerarse centros de desarrollo económico y presentan índices altos de muerte. Se podría asumir que esta enfermedad se liga más a los factores del medio ambiente social. La senilidad sin mención de psicosis registra índices altos en las provincias de la Sierra exceptuándose la provincia de Pichincha.

Las provincias de la Costa presentan índices bajos de muerte por esta

causa, siendo la tasa más baja del país la que registra la provincia del -
Guayas.

Las enfermedades trasmisibles como la tuberculosis del aparato respi-
ratorio, tosferina, tétanos, sarampión, influenza se encuentra en 1.970 en-
tre las principales causas de muerte. Estas enfermedades son consideradas
como evitables mediante programas de vacunación. Para este año es un pro-
blema de salud muy importante por su amplia presencia en todo el país. Es-
tas enfermedades trasmisibles se relacionan según la Organización Mundial
de la Salud OMS con los efectos de la mal nutrición y los factores socio-
económicos que lo acompañan. La tuberculosis del aparato respiratorio man-
tiene una distribución en todas las provincias con un rango que va de 5.2
en Manabí a 32.9 en Pastaza. La tosferina muestra índices altos en las -
provincias de la Sierra, la provincia de Pichincha tiene la tasa más baja
con 14.9 defunciones de cada 100.000 habitantes. Esta causa de muerte se
encuentra en estrecha relación con:

"...la malnutrición y las infecciones respiratorias
agudas, especialmente la neumonía. El deterioro del
medio social y de la calidad de la vida, junto con
la incesante migración a las zonas marginales de -
las grandes ciudades son factores que causan un im-
pacto sobre la frecuencia de la enfermedad y son -
consideradas como una de las razones principales -
de su propagación" (90).

El tétanos, la concentración de esta causa de muerte se realiza espe-
cialmente en las provincias de clima tropical. Guayas alcanza una tasa de
29.1 en cambio Pichincha muestra una tasa de 4.6 defunciones por cada --

(89) INEC. Anuario de Estadísticas Vitales 1.970. parte de anexos.

(90) OMS. Las Condiciones de Salud en las Américas. 1.977.1980. Publica-
ción científica. N° 427. Pag. 94.

CAUSAS DE MUERTE, SEGUN PROVINCIAS

Ecuador 1.970 y 1.978

PROVINCIAS	Entéritis y otras en fermedades diarreic.		Tuberculosis del aparato respir.		Tosferina		Tétanos		Sarampión	
	1.970	1.978	1.970	1.978	1.970	1.978	1.970	1978	1970	1978
Carchi	59.7	100.2	6.7		35.3		0.8		58.0	
Imbabura	102.5	165.7	21.2		102.5		1.4		80.3	
Pichincha	79.2	82.4	11.1		14.9		4.6		35.7	
Cotopaxi	42.0	174.0	13.2	27.3	55.7	21.3	2.1		44.2	
Tungurahua	98.5	107.5	17.1		91.1	25.3	2.3		86.8	
Bolívar	11.9	59.7	10.7		57.6		7.3		28.8	
Chimborazo	52.1	121.5	19.0		93.0	50.8	1.1		85.1	61.3
Cañar	52.7	83.0	14.9		34.9	29.4	11.1		89.8	
Azuay	48.8	82.1	10.5		24.7		1.9		94.2	
Loja	28.7	42.7	13.9		35.9	16.8	0.8		8.3	
Esmeraldas	127.7	119.6	12.0		3.4		73.3	37.6	55.5	
Manabí	67.4	59.9	5.2		10.8		26.8		20.9	
Los Ríos	104.2	116.6	21.4		11.4		67.4	27.5	13.4	
Guayas	96.0	98.6	23.3	17.6	5.6		29.1	12.4	13.3	
El Oro	64.1	54.3	19.5	13.7	12.7		24.6		29.7	
Napo	61.1	59.0	10.6	14.8	13.3		2.7	17.2	21.1	
Pastaza	70.5	53.7	32.9	11.5	32.9	23.0	9.4		56.4	
Morona S.	103.5	41.6	20.2	9.2	22.7		22.7	12.3	166.6	
Zamora Ch.	134.8	99.7	22.5		61.8		5.6		16.9	
Galápagos										

Tasas por 100.000 habitantes

Fuente; Anuario de Estadísticas Vitales de 1.970 Pag. 6 de anexo 1.978 •

Elaboración: Propia.

CAUSAS DE MUERTE, SEGUN PROVINCIAS
ECUADOR 1.970 y 1.978

PROVINCIAS.	Anemias		Enfermedades Cerebrovascul.		Influenza		Bronquitis, efitema y asma.		Senilidad sin mención psicosis.	
	1.970	1.978	1.970	1.978	1.970	1.978	1.970	1978	1.970	1.978
Carchi	8.4		21.9	25.2	10.9		131.2	66.3	90.0	19.7
Imbabura	20.3		11.8		62.8		165.7	83.8	176.6	116.3
Pichincha	12.3		22.9	29.5	23.7		76.3	29.4	45.8	
Cotopaxi	20.0		14.9		155.2		123.7	86.4	210.0	163.0
Tungurahua	14.4		24.5	26.9	93.4	35.4	183.7	107.1	114.4	65.7
Bolívar	30.5		11.9	21.5	23.2	17.2	107.3	49.8	124.3	116.9
Chimborazo	19.8	23.7	12.2		152.4	82.9	258.6	213.8	132.0	105.4
Cañar	29.7	24.7	7.4	24.1	19.3		123.3	80.6	130.7	98.3
Azuay	22.8		21.3	30.0	65.7	21.4	163.4	98.2	137.0	96.1
Loja	15.8	15.0	16.0	16.3	44.8		40.2	25.6	58.4	47.7
Esmeraldas	33.2	23.5	10.9	16.1	3.4		52.1	25.5	30.9	22.7
Manabí	18.1		17.9	23.9	5.7		45.4	31.3	45.2	42.5
Lo Ríos	43.4	20.3	15.7	21.2	8.3		40.8	23.5	22.6	
Guayas	19.5		20.5	26.5	5.4		24.2	13.8	18.0	
El Oro	28.5	13.1	17.8	18.3	8.5		42.9	13.1	19.5	
Napo	15.9	28.3	5.3		23.9		55.7	17.2	15.9	
Pastaza	47.0		4.7		9.4		42.3		28.2	30.7
Morona S.	68.2		5.0		45.4		118.7	63.1	32.8	29.3
Zamora Ch.	123.6	23.3	5.6		134.8	89.8	87.0	33.7		
Galapagos										

Tasas por 1000.00 habitantes.

Fuente: INEC. Anuario de Estadísticas Vitales, pág 6 de anexo. 1978

Elaboración Propia.

100.000 habitantes. El Sarampión es una causa de muerte que se presenta de manera general en todas las provincias, mostrando una ligera incidencia - para las provincias de la Sierra. En el caso de la influenza esta causa - registra altas tasas de mortalidad en la Sierra, causa considerada de clima frío, para disminuir su incidencia de manera clara en la Costa. La provincia de Pichincha por esta causa tiene un índice de 23.7 y Guayas de 5.4.

El análisis descriptivo de las 10 principales causas de muerte para 1.970, tienen por objeto mostrar cual es la situación de salud para este año, y además si estas causas persisten o se encuentran dentro de las 10 principales causas de muerte para 1.978 en las provincias del país.

Las enfermedades diarreicas en 1.978 de manera general presentan índices altos. Estas causas de muerte en algunas provincias de la Sierra su incidencia se duplica en relación a 1.970, en el caso de la provincia de Cotopaxi, el incremento de la tasa va de 42.0 a 174.0 defunciones por cada 100.000 habitantes. Las provincias de la Costa alcanzan en cambio ligeras reducciones. La provincia del Guayas y Pichincha aumentan la frecuencia de muertes en alrededor de un 4%. Estas causas de muerte con gran incidencia se encuentra en asociación con la extensión de la cobertura de los establecimientos de salud y sus programas de prevención y control.

Los efectos de las políticas de salud alcanzan su mayor importancia en la reducción de las tasas de las enfermedades transmisibles en todas las provincias. Se destaca también que pocas provincias todavía incluyen dentro de sus 10 principales causas de muerte para 1.978 algunas enfermedades transmisibles. Pichincha elimina dentro de sus principales causas -

a todas las enfermedades transmisibles. Guayas mantiene a la tuberculosis del aparato respiratorio y tétanos. La tosferina alcanza alta frecuencia de muertes en las provincias de clima frío, a pesar de su importante reducción algunas provincias aún mantienen como principal causa de defunción. El Sarampión no se encuentra entre las diez principales causas a excepción de la provincia de Chimborazo.

Esta readecuación de las principales causas de muerte, reafirma el interés que encuentra el Estado en el sector salud y la importancia de la ejecución de los programas en las provincias. De lo expuesto es posible manifestar que el perfil patológico del país en este período son distintos en su conjunto. La explicación de este perfil no pueden explicarse solamente en términos biológicos, tampoco considerar que los cambios de las principales causas de muerte sean únicamente el resultado del desarrollo de la atención médica. Así por ejemplo la erradicación de algunas enfermedades infecciosas se deben a las medidas de prevención específica, como las campañas de vacunación. Por lo tanto la reducción o la presencia creciente de otras enfermedades no se explican simplemente del desarrollo de la práctica médica ni en la biología"

"sino en las características de las formaciones sociales en cada uno de los momentos históricos" (91).

Los efectos positivos de las políticas de salud sobre los grupos de edad son notorios e importantes. El MSP en la década ha expandido las acciones de salud de manera creciente, según se indica en el capítulo de la oferta de salud. Por otra parte la reducción de las causas de muerte por enfermedades transmisibles no es producto solamente de la acción de la

FLACSO - C. O. A. T. O. N.
medicina, de las políticas de salud, sino en su reducción operan otros hechos del medio social, económico y político. Según algunos autores manifiestan en relación a las enfermedades transmisibles, que la actuación del Estado se debe a que:

"...esas medidas representan una actitud de defensa de la colectividad, dictada por el terror que los morbos combatidos (enfermedades) afectan a los grupos que poseen el poder político-social, y que, dada la naturaleza endémica o epidémica de las enfermedades contagiosas pueden defenderse aisladamente, requiriendo para salvarse la eliminación del peligro generalizado" (92).

Por lo cual la acción de la salud no es un hecho independiente éste está contenido en una totalidad social.

La mortalidad como efecto de las políticas de salud se encuentran en función al desarrollo de los factores sociales y al conjunto de la salud comprendiendo el saneamiento ambiental, la atención médica curativa, preventiva, etc.

2.3 Correlación y Mortalidad..- Mediante un análisis de correlación(*) se trata de medir los efectos de las políticas de salud, para lo cual utilizamos el indicador de la mortalidad general, que refleja los cambios de salud en la década del 70. Las variables que se indican a continuación son el resultado de la oferta de los programas sanitarios, cristalizados a través de actividades de salud especialmente preventivas y curativas.

(92) GODOY C, Eduardo. Las Relaciones Sociales Históricas en la Relación Médico Paciente. Glasgow, Scotland. 1.979 Pag. 9.

(*) El coeficiente de correlación que se utiliza en este trabajo es el "r" estimador consistente de "p" (

- 1.- % de cobertura de control prenatal
- 2.- % de cobertura de menores de un año
- 3.- % de nacimientos con atención médica
- 4.- % de defunciones con atención médica
- 5.- Total de consultas curativas de menos de un año.

Se ha venido indicando que los efectos de las políticas de salud, tienen relación (asociación) con aspectos socioeconómicos, para demostrar esta afirmación utilizamos dos indicadores. Uno se refiere al gasto presupuestario que el Estado dispone para la ejecución de las políticas de salud del MSP. Otro indicador se refiere al ingreso per-capita. Es del caso manifestar que el ingreso per-capita no mide el nivel de bienestar material de la comunidad, por cuanto no muestra la real distribución del ingreso. De todas maneras el índice per-capita permite apreciar la capacidad promedio de un país, y la posibilidad en la que se encontraría la población de financiar todo tipo de servicios, y que en el caso de salud pueda acceder a sus servicios. Considerando que el índice per-capita puede cubrir todo tipo de servicios, es necesario conocer su variación anual y encontrar si en su evolución se asocia con la mortalidad.

En la década las diversas políticas de salud tienen por objeto reducir la mortalidad, a través de la ejecución de sus programas y actividades, este hecho se demuestra de manera clara al comprobar una alta correlación (asociación) entre la mortalidad y algunos índices de salud. A continuación presentamos la serie histórica de los indicadores de salud y económicos utilizados para realizar la asociación o correlación con las tasas de mortalidad infantil, y la tasa de mortalidad de uno a cuatro años.

La mortalidad general se asocia de manera estrecha con el % de cobertura de menores de un año, por el hecho que a más atención de menores de un año la mortalidad desciende (ver cuadro 48). Es claro plantearnos entonces que si los programas de control se amplían, éstos tienen efectos directos con la reducción de las defunciones (ver siguiente cuadro).

Cuadro Nº 48. CORRELACION DE LA MORTALIDAD GENERAL CON INDICES DE SALUD Y ECONOMICOS
Ecuador 1.970 - 1.980

	<u>MORTALIDAD GENERAL</u>
- % de cobertura de control prenatal	-0.83
- % de cobertura de control de menores de 1 año	-0.85
- Total de consultas curativas a menores de 1 año	-0.79
- % de nacimientos con atención médica	-0.48
- % de defunciones con atención médica	-0.48
- Gasto en Salud-millones de sucres de 1.970	-0.94
- Ingreso per-capita	-0.88

FUENTE: Ver anexo 2

ELABORACION: Propia.

El porcentaje de cobertura de control prenatal tiene una asociación negativa de -0.83 considerado significativo. El aumento de su cobertura se observa de manera clara a partir de 1.976 (ver cuadro 48). En el año de 1.975 el MSP crea la Dirección de Salud Familiar, impulsada por convenios con instituciones extranjeras, las mismas que tienen el objetivo principal de desarrollar políticas de control de la natalidad, que englo

AÑOS	Porcentaje de cobertura de control prenatal.	% de cobertura de control de menores de un año	Total consultas médicas curativas a menores de un año	% de nacimientos con atención médica.	% de defunciones con atención médica	Gasto del Ministerio de Salud Pública.	Ingreso per cápita	Tasa de mortalidad general. (1)	Tasa de mortalidad infantil (2)	Tasa de mortalidad de uno a cuatro años (1)
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1970				28.1	41.0	163.9	10.552	10.1	76.6	15.6
1971				29.8	42.8	159.1	10.844	10.2	78.5	15.9
1972	9.8	9.3	105.350	33.1	46.3	144.4	11.993	10.6	81.9	17.7
1973	10.6	10.8	127.599	35.1	47.8	293.4	14.528	10.0	75.8	16.8
1974	10.4	13.3	132.616	38.7	47.4	599.9	14.941	9.4	70.2	14.2
1975	13.8	16.7	143.174	35.0	50.2	601.5	15.254	7.8	65.8	8.8
1976	26.9	20.3	223.878	31.8	51.2	758.3	16.107	8.3	72.1	11.6
1977	28.6	19.3	295.477	33.9	53.2	865.7	16.592	7.8	70.9	10.1
1978	29.5	23.7	227.872	36.0	56.7	985.5	17.102	7.3	64.4	8.1
1979	32.3	32.1	250.000	37.3	57.9	1.094.8	17.383	7.4	62.2	
1980	33.9	30.3								

Nota: El gasto anual del MSP se encuentra en millones de sucres de 1970

El ingreso per cápita se encuentra en sucres de 1975.

(1) Tasa por mil habitantes

(2) Tasa por mil nacidos vivos

Fuente MSP. Producción de establecimientos de Salud 1972 a 1979

Ministerio de Finanzas. Estadísticas Finales N° 2. Quito

CONADE Indicadores Socio-económicos 1980

Elaboración: Propia

ba también aspectos de medicina preventiva, a través de la atención materno-infantil.

El porcentaje de consultas curativas de menos de un año tiene una significativa correlación de -0.79 y su asociación es ligeramente inferior al % de cobertura de control de menores de un año. Al parecer podría asumirse que las políticas de atención a las personas por control de menos de un año tiene mayores efectos que la oferta de consultas. Los porcentajes de nacimientos y defunciones con y sin atención médica, muestran una ligera asociación que en este caso no se considera como significativa.

Según la correlación del cuadro anterior la mortalidad general se asocia de mejor manera con los índices socio-económicos. Así por ejemplo - la variable, gasto en salud en millones de sucres de 1.970, tiene una significativa correlación negativa de -0.94 . Esta asociación indica que a un mejor presupuesto el índice de mortalidad general se reduce de manera más acelerada (ver cuadro 49, columna 6). El gasto ascendente a partir de - 1.972 es posible por el auge petrolero y el carácter nacionalista del - régimen militar, pero especialmente por adecuar el sector salud al desarrollo del proceso modernizante, que exige el proceso productivo.

El Ingreso per-capita con una asociación de -0.88 , significa que al parecer posiblemente es importante obtener un ingreso que permita cubrir sus necesidades de salud, que los programas de medicina preventiva y curativa. Es claro destacar que ésta es una asociación y no una causa. Podría indicarse que el aporte del Estado para el gasto en salud y el alto ingreso per-capita, es permitido por encontrarse el país en un momento - de auge económico.

En todo caso lo que se plantea, es señalar la fuerte asociación del aspecto socio-económico sobre la mortalidad mediada por la expansión y ejecución de los programas de salud. Por lo cual la tendencia de la mortalidad a mediano plazo está en relación al progreso económico del país, como también de la ejecución de las políticas de salud. Ambos aspectos explican la reducción de la mortalidad general. Pero ésto tampoco quiere decir, que no se realice la implementación de más servicios médicos como política para reducir la mortalidad. Lo que se plantea es que a más gasto es posible la ejecución de las políticas de salud. (ver cuadro 44 columna 6). Pero lo cierto es que los establecimientos de salud y toda su implementación debe extenderse de manera más acelerada que el ritmo de crecimiento poblacional, de lo contrario se estaría desajustando aún más la estructura de la oferta de salud.

La correlación de las variables de salud con la mortalidad señala la importancia de los programas de salud y el gasto presupuestal que el Estado dispone. La correlación entre el índice per-capita y la mortalidad evidencia una íntima relación con el medio ambiente y social. Por lo cual los cambios que experimente otros factores que comprenden el nivel de vida, inciden en las tendencias de la mortalidad. En relación al índice per-capita, un estudio realizado en Inglaterra se plantea que:

"La evidencia por lo que toca a la dieta es positiva. El aumento de la mortalidad por tuberculosis en ambas guerras mundiales se atribuyen razonablemente al deterioro de la nutrición. A mitad del siglo XIX la mortalidad por esta enfermedad estaba declinando rápidamente, era al mismo tiempo la época en que el standard de vida estaba ciertamente elevándose. Por eso parece probable que las mejoras en las dietas hicieron una importante contribución a la reducción de la mortalidad por tuberculosis durante el siglo XIX" (93).

(93) MCKEOWN, Thomas. Introducción a la Medicina Social. Ed. Siglo XXI. México. 1.981. Pag. 24.

3.- EFFECTOS EN LA MORTALIDAD INFANTIL

La mortalidad infantil mide el riesgo de muerte dentro del primer año de vida, es el indicador más sensible de la situación de salud y de las fluctuaciones socioeconómicas. Las defunciones de menos de un año constituye un problema serio para el país, su incidencia para 1.978 alcanza el 26.2 por ciento en relación al total de muertes (ver cuadro 43. Pag. 150). La tasa de mortalidad infantil se reduce, por lo que se evitan 12 muertes de cada mil nacidos vivos. En el primer año se aprecia que un 40% de las defunciones de menos de un año ocurren en el primer mes de vida para reducirse al 30% (94). Demostrándose que los programas de salud han mejorado, y se han extendido por toda la red de establecimientos de salud.

A mediados de la década del 70, las políticas de salud se redefinen, asignando prioridad a las acciones materno-infantiles, creándose La Dirección Nacional de Salud Familiar, impulsada por la participación de instituciones internacionales, mediante convenios.

La distribución de la mortalidad infantil por provincias durante el período muestra reducciones importantes a pesar que sus tasas se consideran altas en comparación con las que presenta Cuba, que son las más bajas de América Latina.

En un estudio realizado por el Centro de Estudios y Asesorías en Salud (CEAS) Quito. Demuestran el contraste en las reducciones de la mortalidad infantil entre el Ecuador y Cuba, país que tiene una organización social distinta.

(94) INEC. Anuario de Estadísticas Vitales. Porcentajes procesados por el autor.

COMPARACION DE LA TENDENCIA DE LA MORTALIDAD
INFANTIL DE ECUADOR Y CUBA 1.970 y 1.976

PAIS	1.970	1.976	REDUCCION PORCENTUAL
ECUADOR	76.6	60.2	21.4
CUBA	38.7	22.8	41.1

FUENTE: CEAS. Ecuador, Enfermedad y Muerte en la era del petróleo. Revista Salud y Trabajo. Porto viejo. 1.982. Pag. 17.

El Ecuador de 1.970 a 1.976 reduce 16.4 muertes de menos de un año y Cuba lo hace en 15.9 por cada mil nacidos vivos, ésto determina que la diferencia de las tasas que existen en 1.970 entre ambos países (37.9) - alcance una mínima reducción en 1.976 (37.4). Pero en cambio la reducción porcentual para el Ecuador es menos de la mitad en relación a Cuba. Esto se produce por cuanto las tasas para el Ecuador son altas.

La distinta organización social de los dos países, demuestra el énfasis a la reducción de la mortalidad en Cuba. Ecuador dentro de la órbita capitalista y en la década de auge petrolero, ha impulsado de manera importante las políticas que conducen a la reducción de la mortalidad infantil. Las diferencias de las tasas se debe a la diferente concepción de la salud que mantienen los dos países.

Se considera también que el MSP es una institución joven se crea en

el año de 1.967 sin ninguna estructura de salud. A diferencia de Cuba, - que a partir de su revolución en 1.959 ha implementado la modernización en el sector salud.

Los indicadores de salud utilizados para el análisis de la correlación se asocian de manera significativa con la mortalidad infantil. (ver siguiente cuadro).

Cuadro Nº 51 CORRELACION DE LA MORTALIDAD INFANTIL
Ecuador 1.970 1.980

<u>INDICADORES</u>	<u>MORTALIDAD INFANTIL</u>
% de Cobertura de Control Prenatal	-0.62
% de Nacimientos con atención médica	-0.64
% de Cobertura de control a menores de 1 año	-0.82
% de defunciones con atención médica	-0.82
Total de consultas curativas de menos de 1 año	-0.54
Gasto en salud	-0.89
Ingreso per-capita	-0.83

El porcentaje de cobertura de control prenatal se asocia de manera directa con la mortalidad infantil, destacándose que la ampliación de control a la embarazada posibilita la disminución de riesgos de muerte para los nacidos vivos, en el primer año. En cambio la correlación con el porcentaje de cobertura de menos de un año, significa que a más personas atendidas, mediante el control preventivo tiene efectos en la reducción de las defunciones. (ver cuadro 49, columnas 2 y 9). Esto resulta

claro si reiteramos que la política de control infantil toma el carácter de prioritario a partir de 1.975, por la creación de la Dirección de Salud Familiar. De la misma manera el porcentaje de cobertura de las defunciones con atención médica en el período ha sido creciente, produciendo una correlación inversa significativa.

El índice del total de consultas médicas curativas a menores de un año tienen una asociación menor (-0.54) a la atención de control. Reflejando que el MSP deberá tomar como máxima prioridad a los programas de medicina preventiva.

Las variables de salud que se han revisado significan la concreción de las políticas de salud, observando la existencia de correlaciones estadísticamente significativas. Es claro entonces manifestar que los programas de control de la salud tienen efectos multiplicadores en la disminución de la mortalidad.

Por otra parte las dos variables económicas tienen una asociación más directa que los índices de salud. El gasto que el Estado dispone para la realización de las políticas de salud son crecientes a partir de 1.972. (ver cuadro 49, columna 6). En esta variable económica se observa que a reducción del gasto aumenta la mortalidad infantil, y a un creciente aumento del gasto las defunciones se evitan.

La alta correlación entre el gasto del MSP y la mortalidad infantil (-0.94) es una asociación muy clara de esta función. El cuadro anterior examina que a una reducción del gasto en el MSP, la mortalidad in-

fantil aumenta en cerca de dos defunciones en cada año en el período 1.970-72). En cambio en el período en que se inicia la explotación petrolera, el Estado dirige fuertes ingresos para la cristalización de las políticas de salud. El efecto inmediato es una disminución de la tasa de mortalidad, - las defunciones en menores de un año se evitan en 2.46 de cada mil nacidos vivos. El creciente gasto en salud posibilita de manera directa la realización de los programas de salud causando efectos positivos en el nivel de salud en el país.

Cuadro Nº 52. VARIACION DEL GASTO PRESUPUESTAL Y LA MORTALIDAD INFANTIL.
Ecuador 1.970 - 1.980

PERIODOS	VARIACION EN EL PERIODO		VARIACION ANUAL.	
	Gasto	Mort. Infant.	Gasto	Mort. Inf.
1.970-72	-19.5	5.3	-6.5	1.77
1.972-80	950.4	-19.4	118.8	-2.46

GASTO, a millones de sucres de 1.970.

La alta correlación existente entre el ingreso per-capita y la mortalidad infantil (ver cuadro 49) permite manifestar que el ingreso per-capita cada vez más alto, configura un nivel socioeconómico que logra acceder a la satisfacción de necesidades en salud.

Las variables del orden económico en nuestro país, con características dependientes y de gran inestabilidad económica, hace que se relacione de manera estrecha con la variación de la mortalidad infantil.

4.- EFFECTOS EN LA MORTALIDAD DE 1 A 4 AÑOS

Según algunos autores en que la mortalidad en el grupo de 1 a 4 años se relaciona como indicador del nivel nutricional de la población y manifestan que:

"Sin duda se relaciona con las muertes por distrofia pluricarencial y con otros estados de desnutrición que aumentan el riesgo de las enfermedades transmisibles de la infancia" (95).

La tendencia de la mortalidad infantil de 1 a 4 años y su reducción es la más importante de todos los grupos de edad y significa que las defunciones disminuyen en un 48.1%. Destacándose el hecho, que para el final del período se evitan 7.5 defunciones de cada mil habitantes de ese grupo de edad. El rango de las tasas por provincias van desde 7.2 hasta 47.9, esta amplia diferencia se reduce a un rango de 4.4 y 21.8 (1.978). Estas tasas alcanzan reducciones de hasta el 50% en la mayoría de las provincias. (ver anexo 4).

Las variables de salud que se analizan para los menores de un año, tienen una menor importancia en los efectos de la mortalidad de 1 a 4 años (ver anexo 5). No se encuentra una correlación significativa con el % de -

(95) MONTOYA, Carlos. Demografía, Salud y Atención Médica. Departamento de Salud Pública y Medicina Social. Chile 1.975. Pag.8 Cap. VI.

nacimientos con atención médica. En cambio se da una asociación fuerte con el porcentaje de cobertura de control a los menores de un año y con el porcentaje de defunciones con atención médica. Demostrando un comportamiento inverso; a un mayor porcentaje de cobertura se reducen las posibilidades de defunción en la edad de 1 a 4 años. Las variables consideradas del sector económico, ratifican la estrecha correlación que existe con el gasto en salud y el ingreso per-capita.

En definitiva también podemos decir que los programas de salud preventivos tienen una alta eficacia en relación a los programas curativos en este grupo de edad.

De manera general los efectos de las políticas de salud adquieren crecimientos importantes en el nivel de salud, debido al carácter distributivista que permite el auge petrolero del régimen nacionalista de los militares.

La expansión de la infraestructura de salud descentraliza los programas de salud, desconcentrándose la labor de los hospitales provinciales hacia los hospitales cantonales, centros, subcentros y puestos de salud. Esta expansión dinamiza la ejecución de la medicina preventiva y curativa.

La realidad de las prestaciones de salud, muestran la dificultad de apartarse de la tendencia tradicional de la medicina curativa, dejando en segundo plano a la oferta de la medicina preventiva.