

Derechos de autor
Nidia Villalba Rodríguez
2005

Agradezco,

A mi madre por su incesante necesidad de mejorar la salud y la calidad de vida de los indigentes y su inquebrantable espíritu como protectora de la salud, defensora de una vida digna e impulsadora de sueños.

Resumen

El Ecuador está catalogado actualmente como un país económicamente dependiente y en vías de desarrollo, con cambios polarizados en la esfera de la industria.¹ El sistema de salud del Ecuador es fragmentado, siendo las Instituciones Públicas dependientes del Ministerio de Salud, y del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) las que tienen la mayor red de servicios médicos para atención y prevención, cubriendo aproximadamente el 71% de la atención de salud: el IESS atiende al 15%, el Ministerio de Salud al 56%, los Municipios al 6% y el resto de Instituciones Públicas y privadas el 23% restante de la población².

El Ecuador asiste a cambios transicionales demográficos, epidemiológicos y socioeconómicos (migración campo ciudad, acelerada urbanización e industrialización y envejecimiento de la población) todos ellos interrelacionados dentro del perfil epidemiológico actual. La transición epidemiológica demuestra un descenso vertiginoso de la mortalidad de enfermedades infecciosas intestinales de 5388 casos en 1982 a 375 casos en el 2002 y un ascenso exponencial de enfermedades cerebro y cardiovasculares y otras relacionadas a ellas como diabetes mellitus, con un incremento de 522 muertes en el año 1982 a 2350 casos de muerte en el 2002. De igual forma la hipertensión arterial ha incrementado de 482 casos de muerte en 1982 a 1902 casos en el 2002. En el caso de las enfermedades cerebro vasculares tenemos un incremento de 1934 casos en 1982 a 3106 casos de muerte en el 2002.

La visibilización y reconocimiento de esta transición epidemiológica nos ayuda a predecir el futuro sanitario del país y a la vez plantear recomendaciones para futuras acciones en pro de la salud de la ciudadanía.^{3 4} El Ecuador necesita solventar los problemas carenciales e infecciosos prevalentes y proteger los logros alcanzados (especialmente los de prevención, vacunas y servicios básicos)⁵ Y por otro lado desarrollar una propuesta de mejoramiento de la calidad de la atención de las enfermedades no transmisibles en el nivel local por medio de la Atención Primaria y la Promoción de la Salud. Esta es una forma de enfrentar los desafíos del nuevo milenio relacionados con los riesgos balizados como son el sedentarismo, dieta inadecuada, dependencias tóxicas que desencadenan problemas coronarios, cerebro vasculares, diabetes mellitus, hipertensión, obesidad y cáncer.⁶

Abstract

Ecuador is catalogued as an, economically dependent developing country with polarized changes in the industrial field¹. The health system in Ecuador is fragmented, being the public institutions dependent on the Ministry of Health and the Ecuadorian Institute of Social Security (IESS) the ones that cover the biggest fraction of medical attention and prevention covering 71% of the health services. The IESS assists 15%, the Ministry of Health 56%, the Municipalities 6% and other public and private institutions the 23% of the population left².

Ecuador is going through demographic, epidemiologic and socioeconomic transitional changes (country to city migration, accelerated urbanization, industrialization and growing old of the population) that are interrelated with the current epidemiologic situation. The epidemiologic transition sows us a profound decline in mortality caused by Gastrointestinal infectious diseases with 5388 cases in 1982 and 375 cases in 2002 and an exponential increment in cerebro and cardiovascular diseases and others related to these such as diabetes mellitus, with an increase from 522 deaths in the year 1962 to 1902 cases in 2002. In the case of the cerebrovascular diseases we have an increment from 1934 fatal cases in 1982 to 3106 for the year 2002.

The visualization y recognition of this epidemiologic transition helps us to predict the sanitary future of the Country and at the same time to establish recommendations for future actions fro the wellbeing of the population^{3 4}. Ecuador needs, on one hand, to solve the scarcity and infectious problems prevalent in the society and protect the objectives already reached (specially those towards prevention like vaccines and basic services)⁵. On the other hand, it needs to develop a proposal to improve the quality of services for the no communicable diseases at the local level through good primary health care and health promotion. This is a way to face some of the challenges presented by the new millennium and related to globalized health risks like a sedentary life, inappropriate diet, toxic dependencies that trigger coronary and cerebrovascular problems, diabetes mellitus, hypertension, obesity and cancer.

TABLA DE CONTENIDOS

Resumen	v
Abstract	vi
Introducción	1
Antecedentes y justificación	2
Objetivo General y Específicos	4
Hipótesis	5
Contenidos Teóricos:	
Transición epidemiológica	6
Atención Primaria de Salud	7
Sistema Nacional de Salud	9
Descentralización	11
Desconcentración	12
Autonomía	13
Regionalización de los Servicios MSP	13
Area de Salud	15
Consejos Cantonales	16
Recolección de Datos, Resultados y Análisis:	
Transición en el Ecuador	17
Situación Epidemiológica de las ENTs	26
Cuáles son las principales ENTs	26
Diabetes Mellitus	27
Hipertensión Arterial	32
Obesidad y Dislipidemias	37
Riesgos de las ENTs	43
Factores Alimentarios	44
Discusión de Resultados	47
Conclusiones	50
Recomendaciones	52
Conceptualización de la Propuesta	55
Propósito de la Propuesta	56
Porqué fortalecer los SILOS	58
Acciones para Fortalecer la Atención en SILOS	60
Propuesta de Capacitación en Servicios	61
Bibliografía	63

LISTA DE FIGURAS:

Esquema 1. Sistema Regionalizado de Servicios en el Ecuador	16
Gráfico No 1. Tasa Bruta de Natalidad del Ecuador 1977-2002	18
Gráfico N0 2. Tasa Brutas de Mortalidad del Ecuador 1977-2002	18
Gráfico No3. Dependencia Demográfica del Ecuador 1982	19
Gráfico No 4. Distribución Demográfica del Ecuador. Censos 1982-2001	19
Gráfico No 5. Servicios Básicos Ecuador Evolución de 4 Décadas	20
Gráfico No 6. Evolución Población Urbana Ecuador 1950-1982-2001	21
Gráfico No 7. Mortalidad de las Enfermedades Infecciosas Intestinales y Cerebro vasculares en el Ecuador 1982 – 2002	23
Gráfico No 8. Distribución de la Mortalidad según las principales causas en el Ecuador	23
Cuadro No 1. 10 Principales Causas de Mortalidad. Ecuador 2002	24
Gráfico No 9. Evolución de las Principales ENT. Mortalidad en el Ecuador 1982 a 2002	25
Gráfico No 10. Evolución de las Principales ENT. Mortalidad en el Ecuador. 1982 a 2002	
Cuadro No 2. Principales Enfermedades No Transmisibles	26
Gráfico No 11. Evolución de la Diabetes Mellitus. Morbilidad en el Ecuador 1987 2001	29
Gráfico No 12. Diabetes Mellitus . Relación Hombre- Mujer 2001	30
Gráfico No 13 Diabetes Mellitus. Porcentaje según edad Ecuador 1987	30
Gráfico No 14. Frecuencia de mortalidad por Diabetes Mellitus según provincias. 2002	31
Gráfico No 15. Frecuencia de Diabetes Mellitus según provincias. Ecuador. 2001	32
Gráfico No 16. Evolución de la Hipertensión Arterial Ecuador 2001	36
Gráfico No 17. HTA según edad. 1987 1998	36
Gráfico No 18. Frecuencia de Mortalidad por Hipertensión Arterial según provincias. 2002	37
Gráfico No 19. Frecuencia de Morbilidad por Hipertensión Arterial según provincias. 2001	37
Esquema No 2. Enfoque para la intervención de las Principales Enfermedades No Transmisibles.	59

Introducción

Los cambios de los patrones de salud y enfermedad que está sufriendo Latinoamérica y como parte de ella nuestro país, obedecen a factores relacionados con la dinámica demográfica, económica y social. Factores como la industrialización, la migración campo ciudad, urbanización acelerada, disminución de las tasas de fecundidad sostenidas e incremento de la esperanza de vida son los determinantes directos de los cambios sanitarios.⁷

Así, es de esperar que el perfil epidemiológico del Ecuador, al igual que el resto del mundo, muestre que las enfermedades crónicas no transmisibles se vayan convirtiendo progresivamente en las principales causas de mortalidad en la población en general, con una carga mayor en adultos y con aparecimiento paulatino en poblaciones cada vez más jóvenes.⁸

Las principales enfermedades crónicas no transmisibles incluyen patologías cerebro y cardio vasculares, diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer, padecimientos renales graves, oftalmológicos y amputación no traumáticas relacionados con diabetes e hipertensión y accidentes y violencia entre otros.⁹

Estos problemas sanitarios generan escenarios de alta incertidumbre para la población que no dispone seguros de salud, son de escasos recursos económicos y que se diagnostican tardíamente, cuando ya presentan complicaciones graves y discapacitantes. De igual manera provoca en los servicios de salud, especialmente públicos, una oferta limitada, pues el control de estas enfermedades requiere un financiamiento elevado y una preparación diferente a la que ha sido clásica de los servicios (atención de problemas agudos y emergentes).¹⁰

Las enfermedades crónicas no transmisibles obedecen a un conjunto de riesgos comunes como sedentarismo, obesidad, sobrepeso y tabaquismo, es decir un conjunto de riesgos íntimamente ligados a estilos de vida, entendidos como hábitos y comportamientos de los individuos.

La ciencia biomédica, a la luz de las últimas evidencias científicas y técnicas indica que las enfermedades crónicas no transmisibles son prevenibles o al menos pueden posponerse con prevención primaria y promoción de estilos de vida saludables ¹¹ Además, que la prevención secundaria ocupa un papel importante en aras de reducir las complicaciones severas como accidentes cerebro vasculares, amputaciones no traumáticas, ceguera e insuficiencia renal. ¹²

Frente a estos escenarios, los países desarrollados desde hace dos décadas han fortalecido estrategias que combinan acciones de fortalecimiento de los servicios hacia los nuevos patrones epidemiológicos y un fuerte componente de base comunitaria para incidir sobre los hábitos y estilos de vida poco saludables. ¹³

En el último quinquenio varios países en vías de desarrollo, con patrones de transición polarizada y dilatada, bajo el reconocimiento de la epidemia actual constituida por las enfermedades crónicas no transmisibles, se encuentran conformando redes nacionales e internacionales para el control y vigilancia de las principales enfermedades no transmisibles, encaminadas por un lado a fortalecer acciones intersectoriales que permitan un impacto positivo sobre los estilos de vida poco saludables y por otro reorientar los servicios de salud de primer nivel con componentes importantes de prevención primaria de las enfermedades no transmisibles y promoción de la salud. ¹⁴

Antecedentes y Justificación

Para la década de los 70s, época en que se inicia el fortalecimiento de los Servicios de Salud, especialmente la infraestructura, con el “bonanza petrolera” ¹⁵ ¹⁶ ¹⁷ ¹⁸ los perfiles epidemiológicos que se manejaban estaban relacionados con tasas altas de mortalidad, general, infantil y materna. Los servicios básicos de salud (agua, eliminación de excretas, luz, alcantarillado) eran deficientes y el perfil epidemiológico mostraba como principales causas de mortalidad a los problemas infecciosos y carenciales mayormente ¹⁹

Transcurridas tres décadas, en el Ecuador se observa una disminución de la mortalidad general de 7.8 en 1977 a 4.4 en el 2002.²⁰ Si bien la mortalidad general ha disminuido y se evidencia una disminución notoria de las enfermedades infecciosas intestinales, existe un incremento notable de las enfermedades crónicas: enfermedades cerebrovasculares, diabetes mellitus, hipertensión arterial, tumores, accidentes y homicidios. En el último quinquenio las enfermedades cerebrovasculares presentan la tasa más alta de muerte en el País., en el año 2002 corresponde al 24 por 100.000 habitantes. La diabetes mellitus es la cuarta causa de muerte en el 2002 con una tasa de 20.6 por 100.000 habitantes²¹, esta patología es además la mayor causante de ceguera, amputaciones no traumáticas e insuficiencia renal.²²

En la actualidad la carga de mortalidad por enfermedades crónicas, no transmisibles alcanza el 78% dentro de las 10 primeras causas de mortalidad²³. La carga de morbilidad se ha incrementado vertiginosamente las últimas dos décadas y según estudios de OMS para el año 2020 la carga de morbilidad de enfermedades crónicas no transmisibles alcanzará el 60% en todos los países del mundo.²⁴

El apareamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles coincide con los cambios demográficos ligados al envejecimiento de las poblaciones, a la disminución de la fecundidad, al aumento de la esperanza de vida al nacer. Esta ligado a los cambios migratorios del campo a la ciudad., los diferentes grados de industrialización, situaciones que provocan cambios en los hábitos y comportamientos de las personas como sedentarismo, alimentación

Dado que la mayoría de estas condiciones crónicas son prevenibles o que al menos se pueden posponer o evitar secuelas graves, es necesario emprender un cambio sustancial en el modelo de atención que estaba encaminado hacia las enfermedades agudas y emergentes por un modelo de atención dirigido hacia los problemas crónicos y especialmente del conjunto de riesgos comunes.

En los niveles primarios de salud a través de la Atención Primaria de Salud son los espacios donde se generen una oferta de la atención de salud que cubra las necesidades de muchos pacientes con problemas crónicos. Además es un espacio donde se facilita el vínculo con la comunidad donde se pueden reforzar y crear acciones de promoción de la salud, fuertemente vinculados con estilos de vida como alimentación saludable, actividad física y abandono de sustancias nocivas (tabaco, alcohol, drogas).²⁵

Objetivo General

DEMOSTRAR LA TRANSICION EPIDEMIOLOGICA CON EL NUEVO PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL PAIS Y LA NECESIDAD DE DESARROLLAR UNA PROPUESTA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN, PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA EL GRUPO DE ENFERMEDADES EMERGENTES Y SUS RIESGOS RELACIONADOS, DIRIGIDO A LOS NIVELES LOCALES DE SALUD DE INSTITUCIONES PUBLICAS Y PRIVADAS COMO PARTE DE UNA CONTRIBUCION AL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

Objetivos Específicos

LA PROPUESTA CONTIENE LOS SIGUIENTES ITEMS:

- ◆ DEMOSTRAR LA TRANSICION EPIDEMIOLOGICA DEL PAIS CON SU NUEVO PERFIL EPIDEMIOLOGICO (INFORMACION EPIDEMIOLOGICA DEL PAIS).
- ◆ REALIZAR UNA PROPUESTA PARA INFORMAR Y DIFUNDIR A LOS PROFESIONALES DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL SOBRE LA NECESIDAD DE REORIENTAR LOS SERVICIOS DE SALUD

CON BASE AL NUEVO PERFIL EPIDEMIOLOGICO, PROMOVRIENDO LA PREVENCIÓN Y LA PROMOCION DE LA SALUD

Hipótesis

El conocimiento y la concientización de la actualidad epidemiológica del Ecuador, demostrará la tendencia en aumento de las enfermedades crónicas, no transmisibles que sumadas a las causas transmisibles (agudas) ya existentes constituyen una “alerta roja” cuyas exigencias obligan al Estado a desarrollar un plan global, integral y participativo que abarque el control (promoción, prevención y detección temprana) de este grupo ampliado de enfermedades.

En base al diagnóstico de esta nueva tendencia de transición epidemiológica, se desarrollará una propuesta de mejoramiento de la atención y control relacionado con las principales enfermedades no transmisibles (ENT), (diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, dislipidemias) a través de los servicios públicos estatales y privados, que contribuirá a la mejora del diagnóstico, tratamiento y control oportunos de los pacientes que adolecen éstas enfermedades.

El desarrollo de esta propuesta incluirá la exhortación sobre la importancia del conjunto de riesgos comunes para las ENT como son la inactividad física, alimentación inadecuada, alcoholismo y tabaquismo y brindará además recomendaciones basadas en acciones de base comunitaria y con apoyo intersectorial e interinstitucional.

El diagnóstico oportuno permite postergar el aparecimiento de secuelas y complicaciones graves, mejorar la calidad de vida del paciente y evitar los altos costos que representan este tipo de enfermedades y sus secuelas tanto para el individuo como para el estado. En la actualidad existen múltiples estudios internacionales que demuestran la importancia de realizar diagnósticos oportunos para evitar y/o postergar el aparecimiento de enfermedades no transmisibles mediante acciones de prevención primaria y promoción de la salud. (Estudio de

cohorte desde 1950 de Framingham Heart Study, UKPDS) Existen además estudios de tipo local y nacional de autorías institucionales o naturales como OPS-OMS, PNUD y Sociedades Científicas Internacionales de Hipertensión, Cardiología y Diabetes entre otras.^{26 27 28 29}

Contenidos Teóricos

Transición Epidemiológica

La teoría de la transición epidemiológica, basada en la teoría de la transición demográfica, intenta explicar los cambios en los patrones de salud –enfermedad de las poblaciones a partir de la dinámica demográfica, social y económica. El crecimiento poblacional, la migración campo-ciudad, la acelerada urbanización, los rápidos cambios tecnológicos e industriales, son los determinantes directos que explican en casi su totalidad los perfiles epidemiológicos actuales.³⁰

La dirección, magnitud y temporalidad de estos cambios epidemiológicos podrían considerarse universales. En forma general se puede hablar de tres grandes períodos:

- Período de la hambruna y la peste.
- Período de las enfermedades transmisibles (infecciosas).
- Período de las enfermedades crónicas, no transmisibles.

En el presente milenio, la mayoría de los países industrializados habrían atravesado ya todos los períodos. Un segundo grupo de países se encontrarían ya completando estos periodos y un tercer grupo de países que se encuentran iniciando el proceso transicional.³¹

Sin embargo las transiciones de los distintos países no siguen una secuencia. En algunos países se observa la coexistencia de enfermedades crónicas y transmisibles por tiempo prolongado y se habla entonces de **transición prolongada o dilatada**, o en otros casos se observa que a diferentes segmentos socioeconómicos o áreas geográficas de un mismo país corresponden diferentes perfiles epidemiológicos, conocida como **transición polarizada**.

Igualmente se habla de procesos **contratransicionales** cuando reaparecen enfermedades infecciosas supuestamente eliminadas como es el caso de la séptima pandemia del cólera.³²

A pesar de las diversidades, la combinación de planteamientos de la teoría de la transición epidemiológica unida a elementos aportados por la epidemiología clásica, la administración, la sociología, la economía, la clínica y la ciencia y tecnología permiten con mayor acierto planificar y construir el futuro sanitario del país.^{33 34 35}

Atención Primaria de Salud

“La atención primaria de salud es fundamentalmente asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que le sean aceptables con su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. La atención primaria, a la vez que constituye el núcleo del sistema nacional de salud, forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad.”³⁶

La atención primaria de salud (APS) se orienta hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad y presta los correspondientes servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y de fomento de la salud.³⁷

Es parte fundamental de la atención primaria de salud: la participación de la comunidad en una acción conjunta entre los diferentes sectores, utilizando la mejor y más adecuada tecnología y medios de apoyo entre sectores y niveles de los sectores. Un principio básico de la atención primaria de salud es el cambio de comportamientos de los ciudadanos encaminados hacia la autoresponsabilidad y el autocuidado personal, familiar y comunitario de la salud.

38

Otro valor importante es forjar el conocimiento de la atención primaria de salud, su aceptación y crear los vínculos más estrechos entre instituciones que hacen

salud. Comprender que la APS debe ser implementada como medio para lograr mejores condiciones de salud y detener los costos crecientes de la atención médica en países desarrollados y en vías de desarrollo.

Organismos gubernamentales y no gubernamentales deben dar prioridad a la APS, pues mejora la calidad y las condiciones de vida de una sociedad por una vida económicamente productiva y socialmente satisfactoria. Por ejemplo: Nutrición adecuada y disminución de Infecciones de transmisión sexual produce un incremento en el desarrollo personal y social.³⁹

Estos servicios reflejan las condiciones económicas y los valores sociales del país y de sus comunidades , varían según los diversos países y comunidades.

Sin embargo todos deben considerar como mínimo las siguientes acciones inscritas en el Artículo VII, punto 3 de la Declaración de Alma-Ata:

- ◆ La promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada.
- ◆ El abastecimiento suficiente de agua potable y saneamiento básico
- ◆ La asistencia materno infantil con inclusión de la planificación de la familia.
- ◆ La inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- ◆ La prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales
- ◆ La educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y lucha correspondientes
- ◆ El tratamiento apropiado para las enfermedades y traumatismos comunes.
- ◆ El suministro de medicamentos esenciales.⁴⁰

Como la atención primaria de salud forma parte al mismo tiempo del sistema nacional de salud y del conjunto del desarrollo económico y social, sin lo cual estaría condenada al fracaso, se deberá coordinar, en el plano nacional con los demás niveles del sistema de salud, así como con los demás sectores involucrados en la salud y que contribuyen al fortalecimiento de esta estrategia.⁴¹

Sistema Nacional de Salud.

En el año 2002, el Congreso Nacional del Ecuador considerando los artículos de la Constitución, que como Estado garantiza el derecho a la salud del pueblo ecuatoriano, en su más amplio contexto, tomando en cuenta además leyes especiales como la de descentralización y desconcentración, tendientes a lograr una mejora fundamental en los servicios públicos con la participación de organismos seccionales y que el Estado deberá organizar un Sistema Nacional de Salud, integrado con entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias, expide la Ley Orgánica de Formación del Sistema Nacional de Salud.⁴⁴

“La conformación del Sistema Nacional de Salud (SNS) tiene como finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud, para lo que estará constituida por las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud que se articulen funcionalmente sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes.

Los objetivos del SNS a cumplir son los siguientes:

- ◆ Garantizar el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud, a través del funcionamiento de una red de servicios de gestión desconcentrada y descentralizada
- ◆ Proteger integralmente a las personas de los riesgos y daños a la salud, al medio ambiente, de su deterioro o alteración.
- ◆ Generar entornos, estilos y condiciones de vida saludables.
- ◆ Promover la coordinación, la complementación y el desarrollo de las instituciones del sector.
- ◆ Incorporar la participación ciudadana en la planificación y veeduría en todos los niveles y ámbitos de acción del Sistema nacional de Salud.

Estará regido por los principios de equidad , calidad, eficiencia, participación, pluralidad, solidaridad, universalidad, descentralización y autonomía..

Para el cumplimiento de los objetivos propuestos, el Sistema Nacional de Salud , implementará el Plan Integral de Salud, garantizado por el Estado como estrategia de Protección Social en Salud, será accesible y de cobertura obligatoria para toda la población por medio de la red pública y privada de proveedores y mantendrá un enfoque pluricultural.

El Plan contemplará:

- ◆ Prestaciones personales de prevención, detección, diagnóstico, recuperación y rehabilitación de la salud. Incluye la provisión de los servicios y de los medicamentos e insumos necesarios en los diferentes niveles de complejidad del Sistema para resolver problemas de salud de la población conforme al perfil epidemiológico nacional, regional y local
- ◆ Acciones de prevención y control de los riesgos y daños a la salud, colectiva especialmente relacionada con el ambiente natural y social.
- ◆ Acciones de promoción de la salud, destinadas a mantener y desarrollar condiciones y estilos de vida saludables, individuales y colectivos que son de índole intersectorial.

El Modelo de Atención, se desarrollará con énfasis en la atención primaria y promoción de la salud, en procesos coordinados de atención a las personas y su entorno, con mecanismos de gestión desconcentrados, descentralizados y participativos. Se desarrollará en el ambiente familiar, laboral y comunitario, interrelacionado con medicinas alternativas.

El Ministerio de Salud Pública, en todos sus niveles realizará funciones de coordinación y rectoría de las acciones que realizarán los integrantes del sistema.

Las funciones de coordinación se refieren a:

“Conducción sectorial, regulación sectorial, garantía del acceso equitativo a la atención de salud, armonización de la provisión de servicios, desarrollo de las

funciones esenciales de la salud pública y control y evaluación entre las prioritarias.

El aparato organizacional destinado a dar cumplimiento con el SNS estará conformado por los Consejos de Salud, quienes actuarán como organismos de representación de los integrantes del Sistema. El sistema contará con tres niveles: En el nivel nacional, el Consejo Nacional de Salud, CONASA. En el nivel provincial con los consejos Provinciales de Salud, CPS. En el nivel cantonal, con los Consejos Cantonales de Salud (CCS). Cada una de estas instituciones tendrá sus especificidades en su conformación y en sus funciones.

Para el desarrollo de los Recursos Humanos en salud, el Ministerio coordinará con las entidades formadoras para que se considere la armonización de la formación en calidad y cantidad con enfoque pluricultural conforme a las necesidades del país. El Ministerio de Salud y el CONASA, mantendrán e implementará un sistema común de información sectorial en coordinación con instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

De los medicamentos e insumos, el Ministerio de Salud Pública y el CONASA, garantizarán la disponibilidad de medicamentos esenciales e insumos para el país. “^{45 46 47}

Descentralización

Previo a la definición de descentralización, es conveniente mencionar un aspecto que suele confundirse con este que es la deslocalización. La deslocalización es un acto de trasladar desde un lugar del territorio a otro actividades productivas, de servicio o de gobierno, desde el punto de vista administrativo no se cambia nada, solo hay un cambio de lugar.⁴⁸

La **descentralización**, significa reconocer determinadas competencias a organismos que no dependen jurídicamente del Estado (son autónomos). Para

ello los organismos descentralizados necesitan tener personalidad jurídica propia, presupuesto propio y normas propias de funcionamiento.⁴⁹

La descentralización puede ser administrativa o funcional, territorial y política o puede ser la combinación de éstas. La descentralización es administrativa cuando se refiere a sectores o actividades dentro del sector público. Es territorial cuando reconoce competencias a organismos cuyo ámbito jurisdiccional es un territorio determinado, por ejemplo Consejos Cantonales de Salud. Es política cuando reconoce competencias a organismos políticos electos, no subordinados jerárquicamente al Estado., por ejemplo una Asamblea Nacional electa.

La descentralización significa reconocer competencias (capacidad de decisión y manejo de recursos a organismos no subordinados al Estado, es una redistribución del poder entre el Estado y la sociedad civil.⁵⁰

Para que la descentralización se ponga al servicio de los humano, tiene que constituirse en un proceso de verdadera democracia social, una transferencia de poder y de recursos económicos, políticos, culturales y tecnológicos que determine un avance de la equidad social, una apertura de espacios de mayor participación democrática del pueblo en el diseño de políticas en la toma de decisiones, evaluación, contraloría social y aún en la ejecución conciente de las acciones y obras.⁵¹

Un auténtico proceso de descentralización implica tres procesos simultáneos: descentralización de la autonomía de gestión, generación y uso de recursos, y delegación de competencias y funciones con incremento de la eficacia y calidad de las tareas locales.^{52 53}

Desconcentración

Es un acto mediante el cual se traspasan capacidades para tomar decisiones desde un nivel más alto a un nivel más bajo dentro de la propia organización o institución.⁵⁴

Hay que tener en cuenta que para desconcentrar no se necesita crear organismos nuevos de gestión, de lo que se trata es simplemente de transferir atribuciones (poder) adicionales de los niveles más altos de la organización hacia los niveles más bajos. En consecuencia los organismos desconcentrados no necesitan una personalidad jurídica propia (operan con la personalidad jurídica del organismo central) ni tampoco requieren un presupuesto propio (trabajan con el dinero que les traspasa su propio organización central) y sus normas administrativas y de personal son las mismas que regulan al organismo al que pertenecen.⁵⁵

Autonomía

Se refiere a las organizaciones o instituciones públicas o privadas que tienen capacidad financiera, administrativa y técnica propias. Estas organizaciones están regidas por su propio marco jurídico.⁵⁶

Regionalización de los Servicios del Ministerio de Salud Pública.

A finales de la década de los 80s, el Ministerio de Salud Pública, identifica como uno de sus principales problemas en la limitada capacidad de gestión de los Servicios de Salud, la excesiva centralización, que provoca la respectiva toma de decisiones desde niveles alejados de la realidad, situación que no solo distorsiona la realidad sino que coarta las iniciativas del nivel operativo.⁵⁷

El Ministerio de Salud situado en este ámbito administrativo, decide en aquellas épocas iniciar, como parte de su política fundamental el proceso de desconcentración, descentralización del sistema de prestación de servicios, a través de la creación y fortalecimiento de las Areas de Salud y el desarrollo de la programación y administración local de las acciones de salud.

La propuesta también incluía la dotación de infraestructura mínima necesaria en el aspecto técnico y administrativo-financiero de las Areas de Salud.⁵⁸

En esta concepción de describieron y se asumieron oficialmente, dentro de la nueva regionalización funcional del sistema de servicios tres niveles para el manejo técnico administrativo de la salud:

- 1er Nivel Area de Salud
- 2do Nivel Provincial
- 3er Nivel Nacional

El Nivel Provincial

Está constituido por los hospitales provinciales generales y las direcciones provinciales de salud.

Los hospitales provinciales generales, unidades de salud de atención intermedia, están implementados para resolver los problemas de salud referidos de las Areas o consultados espontáneamente. Estas unidades requieren tecnología de mediana complejidad. En el caso de provincias que poseen varios hospitales generales de más de 70 camas se asignará a cada uno de ellos un grupo de áreas de salud como zona de jurisdicción.⁵⁹

Las Direcciones Provinciales son las áreas técnico administrativas del nivel intermedio. Son las encargadas de supervisar, evaluar y apoyar en la planificación de los establecimientos hospitalarios provinciales y las áreas de salud de su jurisdicción. En el caso de existir hospitales nacionales en su ámbito geográfico, la dirección administrativa será parte de ellos.⁶⁰

El Nivel Nacional

En este nivel se identifica a los hospitales nacionales especializados y de especialidades y a la Planta Central del Ministerio de Salud Pública.⁶¹

Los hospitales especializados y de especialidad se encuentran implementados para resolver problemas de salud de alta complejidad con una tecnología acorde a sus necesidades. Su ámbito corresponde a todas las regiones del país.⁶²

Su capacidad resolutive está enmarcada en la coordinación interinstitucional e intersectorial y la y regulación de los establecimientos de salud del Ministerio y del

resto de unidades de salud del país. Esta facultada para emitir políticas, normas y planes de salud y evaluar globalmente el funcionamiento de toda la red de servicios públicos, privados y autónomos a través de las respectivas instancias del Ministerio de Salud Pública y la responsabilidad de la Subsecretaria y la Dirección General de Salud de la cartera mencionada.⁶³

Area de Salud

En el Ecuador, las Areas de Salud constituyen la unidad funcional del sistema regionalizado de los servicios de salud en los aspectos técnicos y administrativo. Están conformadas por puestos de salud, subcentros de salud, centros de salud y centros de salud hospital. Estas unidades están articuladas entre sí dentro de una circunscripción geográfica y poblaciones definidas dentro de las cuales se desarrollarán progresivamente los Sistemas Locales de Salud.⁶⁴

El Area de Salud está conformada por:

En la zona urbana:

Subcentros de salud urbanos y un centro de salud. En algunos centros de salud funcionan centros obstétricos de corta estancia.

En la zona rural:

Subcentros de salud rurales y un centro de salud rural o centro salud-hospital⁶⁵.

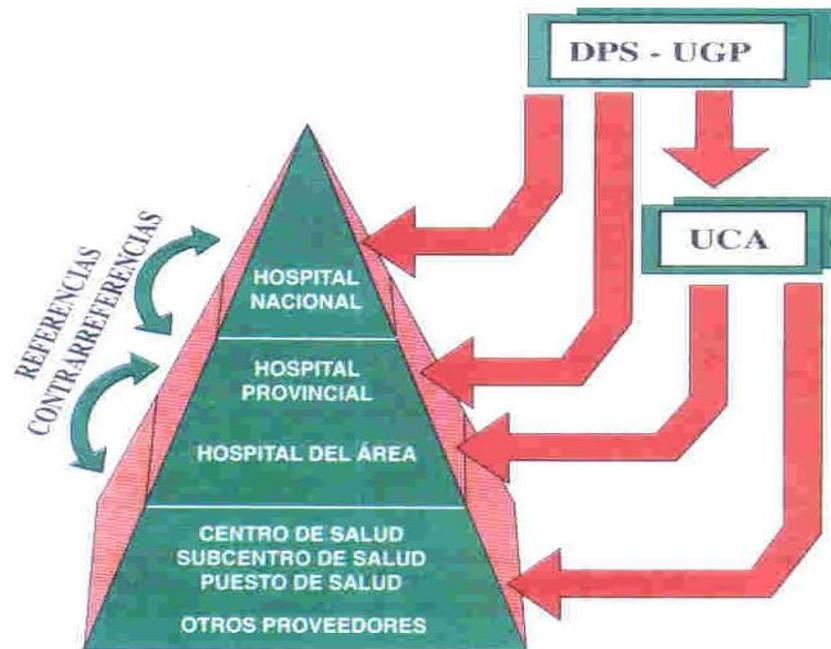
La unidad de mayor complejidad es la sede de la Jefatura de Area. En casos excepcionales un hospital provincial ha asumido la Jefatura de Area, por no existir unidades de la complejidad necesaria.⁶⁶

Las áreas de salud están implementadas para resolver los problemas más frecuentes de la comunidad con un grado de complejidad adecuado al mismo. Los subcentros de salud brindan atención básica y los centros de salud y centros de salud –hospital atención básica y complementaria.⁶⁷

Todas las unidades de salud: subcentros, centros y centros hospital de salud poseen capacidad de administración de su propio ámbito, es decir la organización, programación, supervisión y evaluación de actividades de atención de la salud de su

población asignada.. La Jefatura de Area de Salud tiene una capacidad administrativa para articular, supervisar y evaluar el funcionamiento de toda la red de servicios que integran al área. ⁶⁸

SISTEMA REGIONALIZADO DE SERVICIOS



Consejos Cantonales de Salud.

Los Consejos Cantonales de Salud son parte de la estructura organizacional y de funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, éstos pertenecen al nivel cantonal, existiendo también los Consejos Provinciales y el Consejo Nacional de Salud de los niveles provinciales y el nacional respectivamente: ⁶⁹

“Estos Consejos estarán presididos por el Alcalde o su representante y la secretaría Técnica estará ejercida por el Jefe del Area de Salud respectivo o designado. Serán parte de él representantes del sistema de salud que actúen a nivel cantonal. Se promoverá la participación paritaria del Estado y la sociedad civil.

Dos o más cantones de la misma provincia podrán asociarse para formar un solo Consejo de Salud Mancomunado y compartir su estructura y recursos.

Las funciones de los Consejos Cantonales son las siguientes:

- Aplicar la política nacional en salud, adaptada al ámbito cantonal.
- Formular y evaluar el Plan Integral de Salud en el cantón.
- Coordinar las acciones de promoción de salud con otras entidades de desarrollo provincial, local y la comunidad.
- Apoyar a la organización de red de servicios en el cantón..
- Promover la participación, control social y el cumplimiento y exigibilidad de los derechos de los usuarios.
- Vigilar que la celebración de contratos o convenios de prestación de servicios de salud entre las entidades públicas y privadas del cantón guarden concordancia con los objetivos y el marco normativo del sistema. “

70 71

Recolección de Datos, Resultados y Análisis

La Transición en el Ecuador

Las últimas dos décadas el Ecuador es el escenario de importantes transformaciones de los perfiles de salud- enfermedad. En estos perfiles convergen algunos elementos como determinantes directos de estos cambios, por ejemplo, el incremento de los servicios colectivos relacionados con la salud como son la construcción de la infraestructura de los servicios sanitarios durante la “bonanza petrolera” (Ver nota al pie No 15, pág. No 8) , la sostenida dotación de servicios básicos como la luz eléctrica, agua potable y eliminación de excretas. Por otro lado tenemos importantes cambios demográficos como la rectangularización de la población, incremento de la esperanza de vida al nacer, disminución sostenida de la tasa global de fecundidad, disminución de la mortalidad general e infantil y disminución de la dependencia demográfica. (Ref.: gráfico No 1 y 2)⁷²

Finalmente, el Ecuador experimenta los cambios migratorios del campo a la ciudad con urbanizaciones aceleradas y desordenadas y el incremento en el desarrollo industrial y tecnológico.⁷³

Gráfico No 1

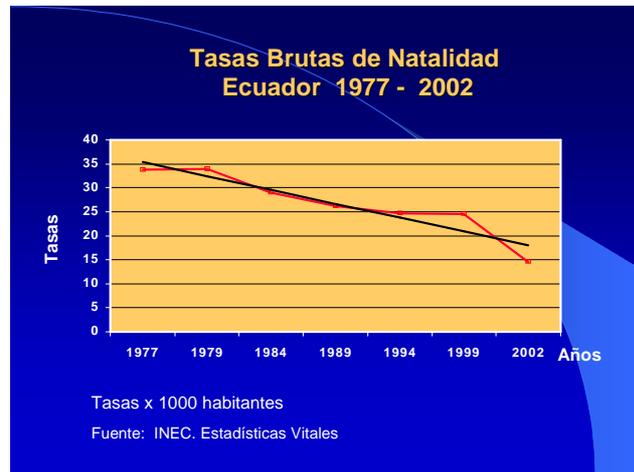
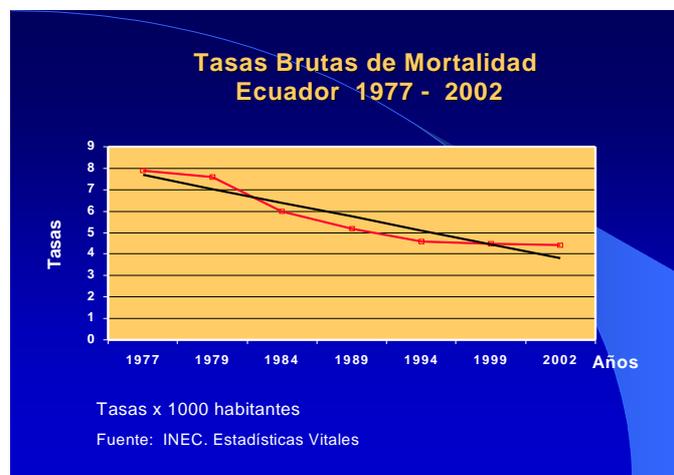


Gráfico No 2



Según el último censo ecuatoriano⁷⁴ del año 2001, la población ecuatoriana fue de 12.200.000 habitantes.

La transición demográfica puede considerarse como el pasaje de una estructura poblacional de pequeñas dimensiones (baja esperanza de vida y altas tasas de mortalidad y natalidad) a otra de grandes dimensiones (alta esperanza de vida y tasas bajas de mortalidad y natalidad). Así, la tasa de

natalidad en el Ecuador ha disminuido de 33.8 por 1000 nacidos vivos en 1977 a 14.5 por 1000 en el 2002 ⁷⁵

En la pirámide poblacional ecuatoriana del año 2001, ya se observan cambios al comparar con las pirámides de 1982 y 1974, de una estructura de base ancha hacia una pirámide rectangularizada. A estos cambios también se suma el incremento en la esperanza de vida aumentada⁷⁶ y la disminución de la dependencia demográfica⁷⁷. En razón de estos cambios se evidencia una disminución de la población menor de 15 años con incremento de adultos.

Esta serie de cambios demográficos inciden en la transición epidemiológica, pues hay varias enfermedades que empiezan a aparecer a partir de la edad adulta y tienen un carácter crónico versus las clásicas enfermedades agudas, emergentes e infecciosas. ⁷⁸

En nuestro país, el porcentaje de población mayor de 65 años se ha incrementado en los últimos 20 años de 3 a 7% ⁷⁹, según los demógrafos cuando este porcentaje llega al 10% constituye una amplia carga de población dependiente.

Actualmente en el Ecuador, el grupo poblacional más amplio constituye el de 15 a 64 años, es un grupo de población económicamente activa, que ha permitido una disminución marcada de la población dependiente.

(Referencia: gráfico N° 3 y 4) ⁸⁰

Gráfico No 3

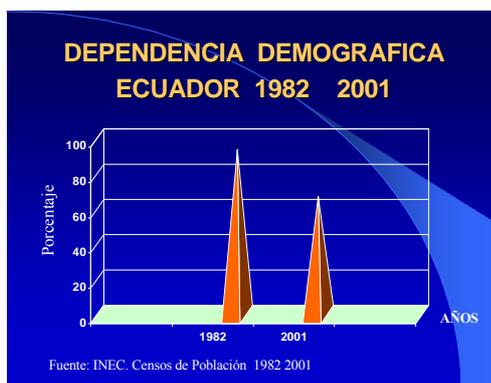
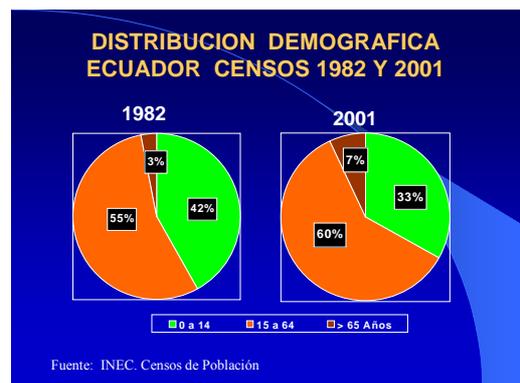


Gráfico No 4

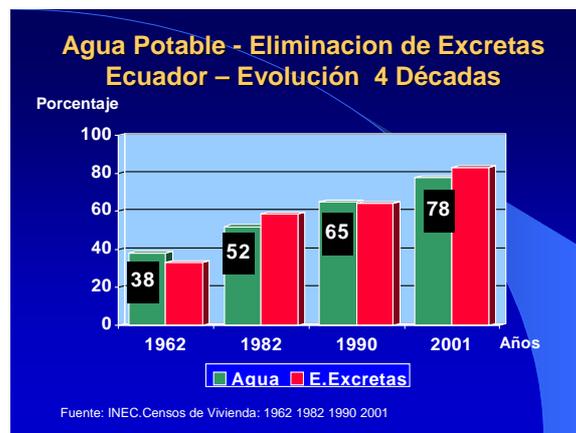


Esta situación conlleva a un periodo llamado de oportunidad, de aproximadamente 25 años que permite tener mayores posibilidades de desarrollar un mayor consumo ampliado en lo económico, social, educacional y de salud entre otros aspectos.^{81 82 83}

En relación a los servicios básicos de salud se observa un incremento sostenido en las últimas décadas a nivel nacional, con mayor predominancia en la zona urbana. (Ref.: gráfico No 5).⁸⁴

Cabe hacer hincapié que el problema no tratado ni informado es el de tratamiento de las aguas servidas, las mismas que en las zonas urbanas producen contaminación biológica y química, arrastrando además productos de desecho por los ríos que sirven de riego en las plantaciones de las zonas urbano periféricas y rurales.

Gráfico No 5



Otro aspecto importante poblacional ha sido la acelerada urbanización, con la migración campo ciudad y la industrialización. Estas situaciones provocan los cambios del comportamiento de sus habitantes, especialmente con los relacionados a los estilos de vida, entre ellos el sedentarismo y la alimentación poco saludable, hipercalórica e hipergrasa saturada.⁸⁵

En las zonas más desarrolladas la transición es contundente, muy visible en las grandes urbes, mientras que las enfermedades infecto contagiosas son la principal causa de muerte en las zonas de mayor atraso social. Las grandes

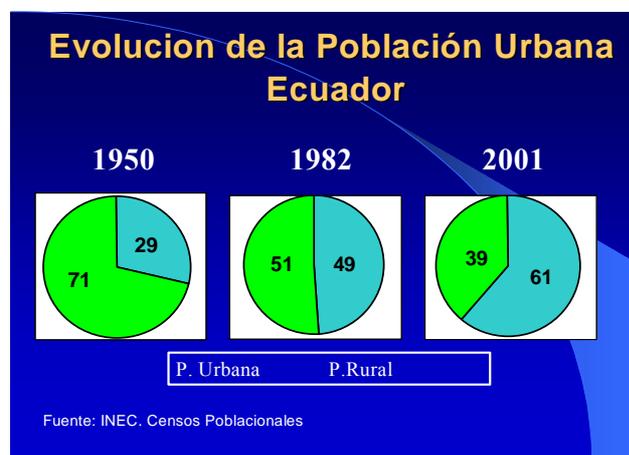
urbes suelen ser el escenario donde la transición epidemiológica se enfrenta a factores que la dilatan y la polarizan.⁸⁶

Pero en términos generales se puede evidenciar que las grandes urbes son los asientos mayores de las enfermedades crónicas, no transmisibles, cuyos factores de riesgo más relevantes son los cambios de estilos de vida que conllevan a la obesidad, sobrepeso, inactividad física y la adherencia a sustancias nocivas como alcoholismo y tabaquismo.⁸⁷

En el VI censo de Vivienda del año 2001, la población urbana del Ecuador es del 71%, de este porcentaje, aproximadamente el 90 por ciento se encuentran asentados en los distritos metropolitanos de Quito y Guayaquil. (Ref.: gráfico No 6). Estos dos distritos son las zonas de mayor desarrollo urbanístico del país, con cambios acelerados en el transporte, en la comunicación, en los hábitos alimentarios, en el uso del tiempo libre, con estilos de vida eminentemente sedentarios.

Estos nuevos patrones de conducta, establecidos principalmente en las zonas urbanas antes mencionadas, son los causantes de una población que alberga el mayor porcentaje de enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles, como diabetes, hipertensión arterial, obesidad, dislipidemias, tuberculosis, SIDA, accidentes, alcoholismo, incremento en los embarazos y abortos en adolescentes, y problemas de drogadicción.

Gráfico No 6



En el VI censo de Vivienda del año 2001, la población urbana del Ecuador es del 39% y la mayor concentración se encuentra en los distritos metropolitanos de Quito y Guayaquil. (Ref.: gráfico No 6).

Estas zonas urbanas son el albergue del mayor porcentaje de enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles, como diabetes, hipertensión arterial, obesidad, dislipidemias, tuberculosis, SIDA, accidentes, alcoholismo, incremento en los embarazos y abortos en adolescentes, y problemas de drogadicción.⁸⁸

El proceso urbanístico tan acelerado ha provocado el apareamiento de cinturones de miseria, pues las grandes ciudades suelen ser los polos de mayor desarrollo con gran concentración de bienes y servicios.⁸⁹

Las tendencias poblacionales permiten pronosticar que los sistemas de salud deberán enfrentar una creciente población de ancianos, discapacitados y crónicos, patologías que hasta el momento se combaten con tecnología de alto costo y recursos humanos muy especializados.

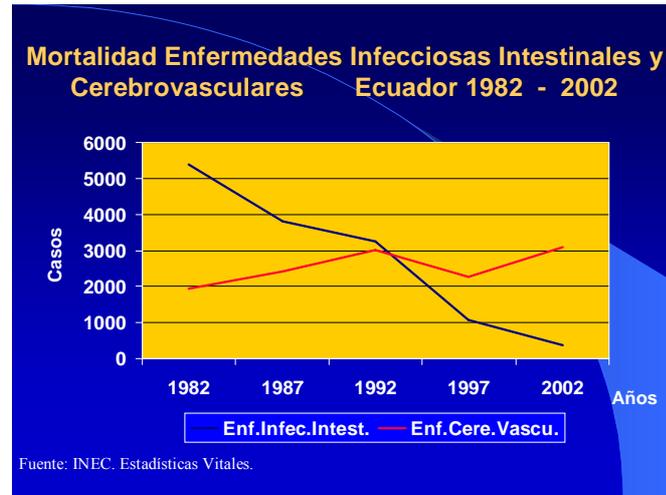
Al momento, este tipo de atención especializada se considera privilegiada, polimedamentosa, tardía y tecnológicamente dependiente, con requerimientos de recursos costosos e inaccesibles para la población general. Se trata de una atención de segundo y tercer nivel la misma que requiere seguimiento continuo.

⁹⁰

En el presente milenio, el Ecuador asiste a cambios del perfil epidemiológico donde las enfermedades infecto contagiosas ceden terreno a las de carácter crónico degenerativas, especialmente no transmisibles.

Hace dos décadas las enfermedades infecciosas intestinales constituían la primera causa de muerte, en la actualidad se observa un descenso vertiginoso, siendo los problemas cerebro vasculares los que aparecen como primera causa de muerte para el año 2002. (Referencia: gráfico N° 7)⁹¹

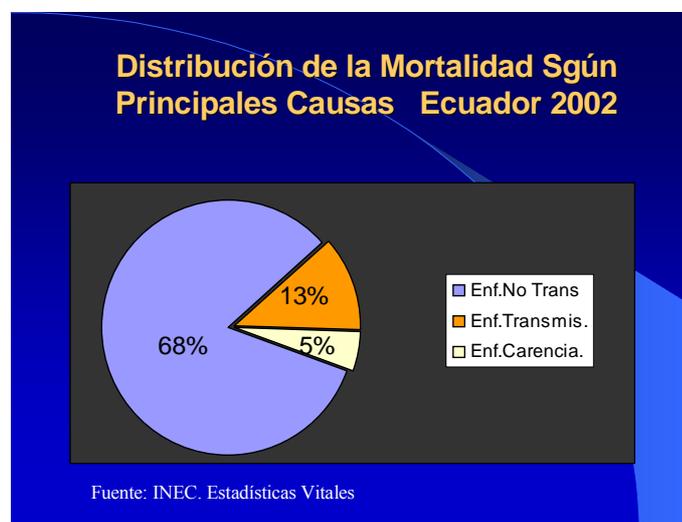
Gráfico No 7



Al hacer una comparación en la evolución de las clásicas enfermedades transmisibles y no transmisibles, tomando en cuenta las 10 primeras causas de mortalidad, se puede observar claramente la transición epidemiológica con un porcentaje mayoritario de las enfermedades crónico degenerativas versus las enfermedades infecciosas y carenciales.

De las diez primeras causas de mortalidad, ocho corresponden a condiciones crónicas y dos enfermedades son de tipo infeccioso. Además, dentro de estas primeras causas ya no se encuentran problemas como la desnutrición. (Ref.: gráfico No 8)⁹² (Cuadro No 1)⁹³

Gráfico No 8



De las 10 primeras causas de mortalidad general en el año 2002, se observa que 8 corresponden a enfermedades no transmisibles y de ellas, 5 están relacionadas con enfermedades cardio y cerebro vasculares.

Dos de las causas corresponden a causas externas: agresiones y accidentes de transporte, una a cáncer y dos a enfermedades infecto contagiosas.

Este perfil epidemiológico está relacionado con factores de riesgo vinculados a estilos de vida principalmente: alimentación, actividad física, tabaquismo, drogadicción, transporte, alcoholismo, contaminación ambiental y patrones nocivos de comportamiento sexual. ⁹⁴

La mortalidad de diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebro vasculares y las otras de causa externa como agresiones y accidentes de tránsito tienen un crecimiento acelerado.

Cuadro N° 1

10 Principales Causas de Mortalidad Ecuador 2002			
No	CAUSAS	Casos	Tasas
1	Enf. Cerebro Vasculares	3106	24.5
2	Neumonía	2719	21.5
3	E. Isquémicas del Corazón	2571	20.3
4	Diabetes Mellitus	2350	18.6
5	Agresiones	2059	16.3
6	Accidentes de Transporte	1973	15.6
7	Hipertensión Arterial	1902	15
8	Tumor Maligno de Estómago	1476	11.7
9	Enfermedades del Hígado	1359	10.7
10	Septicemia	954	7.5
Tasas por 100.000 habitantes			

Fuente: INEC. Estadísticas vitales

Otros problemas como la insuficiencia renal crónica, retinopatías y amputaciones de miembros inferiores que son consecuencias directas de enfermedades como diabetes e hipertensión arterial también tienen un crecimiento sostenido

provocando tasas altas de letalidad e incrementando un costo inusitado en los servicios de salud, en el individuo y en las familias.^{95 96 97 98 99}

(Ref.: gráfico No 9 y 10).

Gráfico N° 9

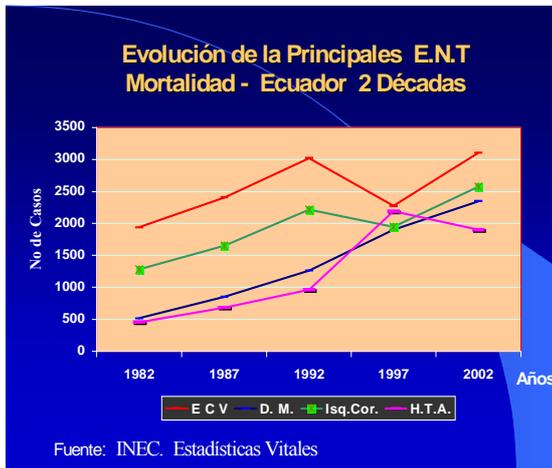
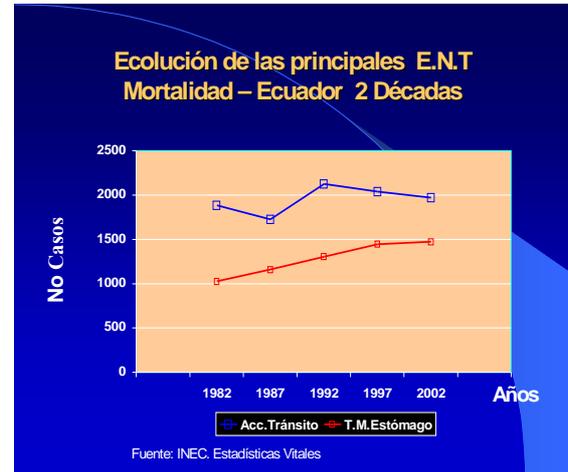


Gráfico N° 10



◆ Situación Epidemiológica de las Principales Enfermedades No Transmisibles en el País.-

Luego de haber definido “transición epidemiológica”, se puede decir que la importancia de reconocer los cambios del perfil epidemiológico a partir de la transición demográfica, epidemiológica, cultural, educacional surgen en el mundo hace cinco décadas y en nuestro país desde hace dos décadas, siendo necesario destacar que estas varias transiciones imponen primero la necesidad de reconocer en qué situación epidemiológica nos encontramos actualmente y la necesidad de emprender con gran intensidad una reorientación en los servicios de salud para cubrir los problemas actuales por un lado, y por otro lado establecer políticas, normas y planes de base comunitaria hacia la mejora de los estilos de vida, que son los causantes más importantes del nuevo perfil epidemiológico.

En los siguientes párrafos se hará un análisis de aspectos biológicos en base a indicadores clásicos epidemiológicos como morbilidad, mortalidad y letalidad de las principales enfermedades no transmisibles.

Estos indicadores también se describen en relación a grupos de edad, pues estos hechos permiten demostrar que los problemas crónicos tratados no son específicos solo del adulto mayor, sino de poblaciones económicamente activas, en grupos cada vez más jóvenes.

Cuáles son las Principales Enfermedades No Transmisibles

Al grupo de las principales enfermedades crónicas, no transmisibles, pertenecen el grupo de aquellas condiciones crónicas que persisten por más de tres meses, que requieren necesariamente el uso de servicios médicos, y que en la actualidad constituyen la mayor carga de mortalidad, morbilidad, gravedad y discapacidad.

Para la determinación de este grupo de enfermedades, se ha tomado como base la denominación de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades.

Cuadro No 2

Principales Enfermedades No Transmisibles	
Sistema Circulatorio:	Hipertensión Arterial Isquémicas del Corazón Cerebrovasculares
Endocrinas:	Diabetes Mellitus, Obesidad
Enfermedades del Aparato G.U	I.R.C.
Tumores:	Estómago Cuello del Utero Mama
Accidentes, Traumatismos y Envenenamientos	

El grupo de enfermedades del sistema circulatorio (Hipertensión Arterial, enfermedades isquémicas del corazón y cerebro vasculares) endocrinas (diabetes mellitus y obesidad) y del aparato genitourinario como la insuficiencia renal crónica, son las que se han priorizado para desarrollar

planes, políticas, normas y su respectivo control tanto en los servicios de salud como en las propuestas de base comunitaria. (Ref: Cuadro No 2)

Instituciones como SOLCA y la Policía Nacional han desarrollado acciones de control con un importante avance en el grupo de enfermedades de tumores y accidentes, traumatismos y envenenamientos.¹⁰⁰

Diabetes mellitus

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad de origen metabólico, asociada a múltiples factores de riesgo, especialmente relacionados con estilos de vida poco saludables (sedentarismo, inadecuada alimentación y tabaquismo) propios de la urbanización acelerada (migración campo-ciudad), industrialización, transición demográfica y crecimiento poblacional.¹⁰¹

En todos los países del mundo la diabetes mellitus, tipo 2, se encuentra entre los 4 primeras causas de mortalidad y en la mayoría de ellos constituyen entre el 40 y 60% de la carga de morbilidad.¹⁰²

En la actualidad a la diabetes se le reconoce como la epidemia del siglo, es la causante de graves complicaciones relacionadas con retinopatías, nefropatías como insuficiencia renal crónica y amputaciones de miembro inferior de origen no traumático que provocan estados de discapacidad y muerte en individuos cada vez más jóvenes (menores de 45 años). Esta dolencia provoca un alto costo para la vida social y económica del individuo, de la familia y los servicios de salud que no están en capacidad de responder en forma sostenible y sustentable estos problemas de salud.¹⁰³

En el ámbito mundial existen 190 millones de personas que adolecen de diabetes mellitus, constituyendo más del 95% la de tipo 2. Si no se realizan intervenciones adecuadas para el año 2025 el número de casos será de 330 millones.¹⁰⁴

En la actualidad se presentan 3.2 millones de muertes por año, es decir 6 muertes por minuto. Esta patología consume a nivel mundial, especialmente en países de primer mundo, un porcentaje del presupuesto de salud cada vez mayor. Según datos de los Estados Unidos de Norteamérica, hasta el año 2004, el 10% del presupuesto estuvo destinado al control de la diabetes y se prevé que para el año 2025, esta patología demandará un presupuesto del 40% de aquel que es destinado para la salud.¹⁰⁵

Esta enfermedad emerge en el mundo en forma importante desde hace cinco décadas, en el Ecuador desde hace dos décadas presenta un incremento acelerado. En nuestro país este problema de salud, considerado al momento como una epidemia, requiere su rápida visibilización, pues hasta el momento es tratado como eventos aislados, relacionados con condiciones económicas elevadas, y en realidad es un problema de poblaciones pobres, cuyos hábitos de mala alimentación, sedentarismo y tabaquismo profundizan aún más este problema. Las poblaciones de mayor riesgo son las que tienen menor acceso a los servicios de salud y por tanto un diagnóstico tardío y de difícil control.¹⁰⁶

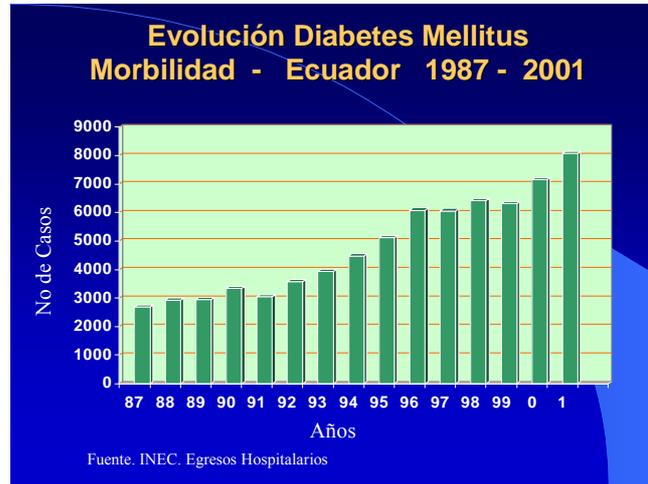
Al igual que lo que sucede a nivel mundial en el Ecuador se sitúa entre la segunda y cuarta causa de mortalidad general, pero también constituye la segunda causa de mortalidad femenina en los últimos años. Sin restar ninguna importancia al problema de la mortalidad materna, existe mayor

mortalidad en mujeres de edad fértil por diabetes que por causas directas obstétricas en la última década.^{107 108}

De 522 casos de mortalidad en 1982 se incrementa a 2350 en el año 2001, es decir en estas dos décadas se ha incrementado 5 veces. (Ref.: gráfico No 11). Esta tendencia de incremento acelerado persiste hasta la actualidad.

Los datos relacionados con la morbilidad, tomando en cuenta únicamente los egresos hospitalarios también se observa un incremento acelerado de 2686 casos en 1987 a 8062 casos en el año 2001.¹⁰⁹

Gráfico No 11



Similar a lo encontrado en la literatura internacional, hay una mayor proporción de diabetes mellitus tipo 2 en mujeres que en hombres, existe aproximadamente una relación de 1.4 a 1 mujer - hombre. (Ref.: gráfico No 12)¹¹⁰

Otro dato importante además de las diferencias por género, es la edad. Se ha estigmatizado, que es una enfermedad propia de la vejez y que no hay sino que simplemente esperar este tipo de enfermedades, padecerlas y morir. Pero a la luz de las evidencias actuales conocemos que todo este conjunto de enfermedades son prevenibles, que la condición de la vejez no es equiparable a enfermedad, discapacidad o minusvalía. Los seres humanos hombres y mujeres en edad adulta pueden estar plenamente saludables.

Que las condiciones de cuidado permanente en la alimentación, actividad física, no adherencia a sustancias nocivas y eliminación de estrés, son condiciones que permitirán mantener una calidad de vida óptima en la niñez, juventud y vejez.¹¹¹

En la actualidad se evidencia en el mundo y en nuestro país que esta enfermedad se presenta en grupos cada vez más jóvenes. El promedio mundial, determina que aproximadamente el 50% de los casos en los continentes Asiático, Europeo y Norteamérica se presentan en menores de 45 años (Ref.: gráfico No 13)¹¹². En grupos de poblaciones económicamente activos provocando un deterioro individual y familiar y una carga económica, social y sanitaria. En el Ecuador el mayor porcentaje de diabético son menores de 65 años y cada vez se observa en poblaciones más jóvenes. ^{113 114 115 116}

Gráfico No 12

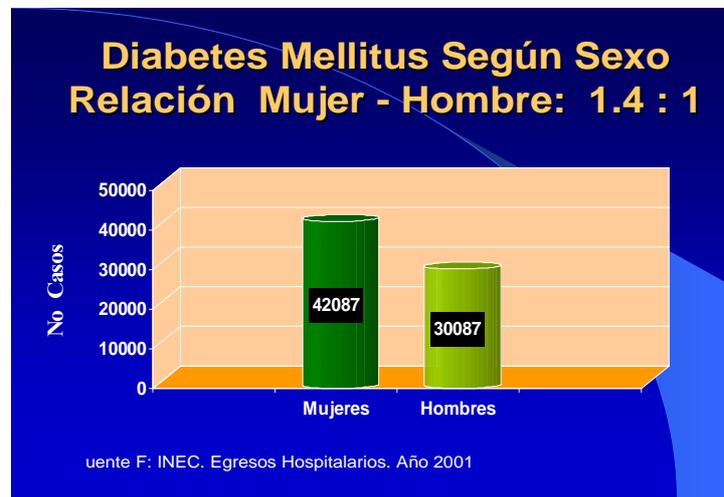
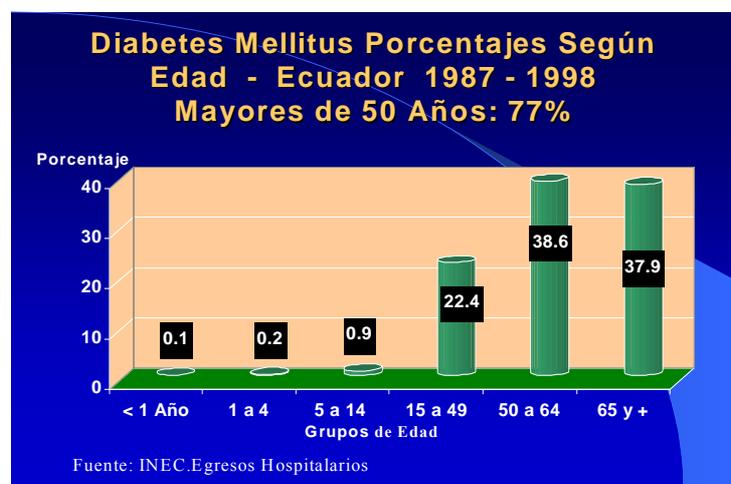
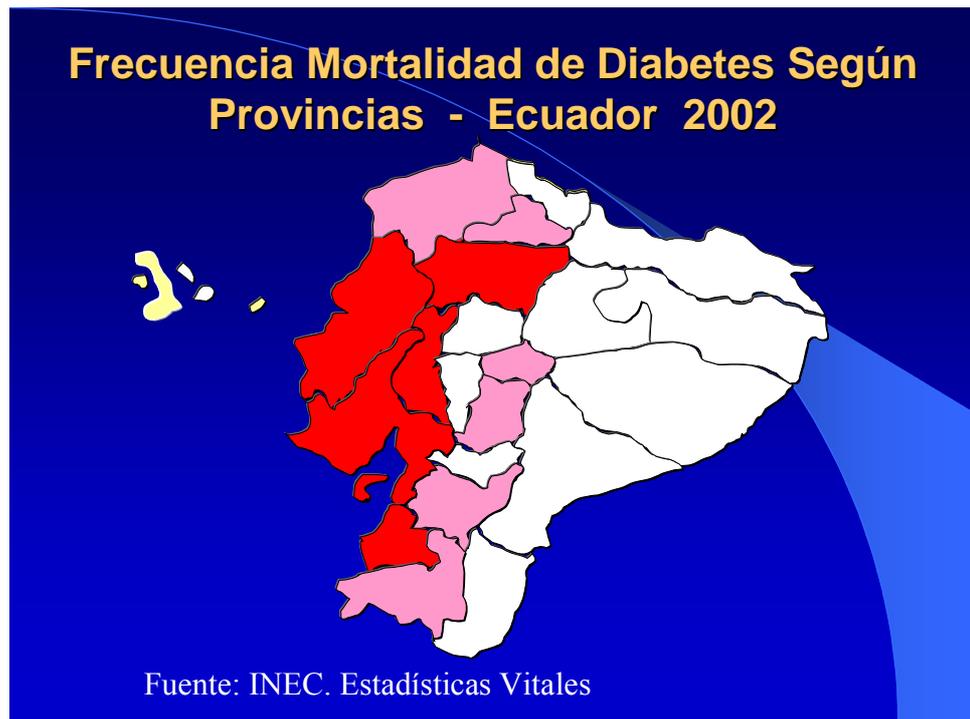


Gráfico No 13



El mayor porcentaje de muertes por diabetes y otras enfermedades crónicas, no transmisibles, se presentan en las zonas urbanas del país. En nuestro país, aproximadamente el 90% de los casos se encuentran en las cinco capitales de las provincias más pobladas: Guayas, Pichincha, Manabí, Los Ríos y el Oro.¹¹⁷ (Ref.: gráfico No 14)

Gráfico No 14



En cuanto a la distribución de los casos de morbilidad de diabetes, según provincias y de acuerdo a los datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, se distribuyen igualmente en provincias con ciudades de mayor concentración de población urbana como son: Esmeraldas, Manabí, Guayas, Los Ríos y el Oro, es decir en todas las provincias de la Costa. En la Sierra en Pichincha, Tungurahua y Azuay.¹¹⁸ (Ref.: gráfico No 15).¹¹⁹

Realizar intervenciones en las cinco provincias de mayor concentración poblacional y de incidencia de casos de diabetes mellitus, tanto en el aspecto curativo como preventivo, será prácticamente cubrir con el mayor número de casos .

En nuestro país según algunos estudios de prevalencia locales, se conoce que alrededor del 29% en la población de mayores de 18 años tienen hipertensión arterial de diferentes grados.¹²³

El problema de hipertensión al igual que otras enfermedades crónicas, adolecen de problemas como diagnóstico tardío, tratamiento muy especializado y medicalizado, alcanzando costos muy elevados imposibles de ser manejados en el ámbito individual, familiar y estatal.¹²⁴

Una de las falencias más significativas de los pacientes con hipertensión arterial suele ser la poca adherencia al tratamiento. Según resultados del estudio CARDIOTENS se concluyó que aproximadamente el 20% de pacientes hipertensos no logran los objetivos de control de los valores de presión arterial y que solo un 27% de los pacientes diagnosticados de HTA tienen adherencia al tratamiento antihipertensivo.^{125 126}

A finales del año 2003 tanto la Sociedad Europea de Hipertensión Arterial y Cardiología y la Sociedad de Hipertensión Arterial de Estados Unidos publicaron sus guías actualizadas para el manejo y control de la Hipertensión Arterial. La Guía norteamericana desarrolla una Guía muy simplificada, con criterios simples para ser manejada en los niveles primarios de atención y espacialmente hace hincapié en la necesidad de introducir un capítulo importante relacionado con estilos de vida saludables como un componente indispensable en el tratamiento ligado al individuo en forma permanente.^{127 128}

Otras características y diferencias radican en la clasificación, los norteamericanos introducen el concepto de prehipertensión, en personas con cifras iguales o mayores de 120/80, la falta de clasificación por factores de riesgo y la introducción de la indicación de los antihipertensivos diuréticos como medicación de primera elección por parte del médico para la mayoría de hipertensos.¹²⁹

Los expertos europeos publican la primera Guía Europea de manejo de la Hipertensión Arterial, basándose en las guías anteriores de la Organización Mundial de la Salud, defiende principalmente el tratamiento individualizado. Se trata de una guía que profundiza aspectos y características propias de esta enfermedad y de otros factores de riesgo como diabetes, hipercolesterolemia tabaquismo, obesidad, sobrepeso e inactividad física.¹³⁰

Para ambas sociedades, aunque difieren, en el tipo de tratamiento, los objetivos de control son los mismos. Igual o inferior a 140/90 para los pacientes hipertensos en general; igual o inferior a 130/80 para hipertensos de alto riesgo (diabéticos, cardiópatas , enfermedad clínica) e igual o inferior a 125/75 para pacientes con insuficiencia renal o proteinuria.¹³¹

Finalmente ambas sociedades coinciden en que es muy alto el porcentaje de fracaso en el control de la hipertensión arterial debido a múltiples razones :

- Las directrices no son lo suficientemente claras y simples. Para que los médicos asuman las cifras óptimas de presión arterial.
- Falta de concienciación de la población y del paciente.
- Falta de adherencia al tratamiento por escasa empatía con el médico o profesional que le atiende.
- Por el hecho de ser una enfermedad en muchos casos asintomática, los pacientes olvidan de tomar la medicación o prescinden de ésta.
- Los servicios de atención médica, especialmente de los países en vías de desarrollo han fortalecido su ámbito de acción en problemas agudos y emergentes. Los problemas crónicos, especialmente no transmisibles, han sido poco visibilizados. No se acepta a cabalidad que estos problemas pueden ser controlados mediante atención primaria de salud, fortaleciendo la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.^{132 133 134 135 136}

A la luz de las más actuales y mejores evidencias, estudios y propuestas de organismos internacionales y nacionales, ampliamente justificadas por las necesidades apremiantes, de realizar el control de esta enfermedad como parte de un conjunto de enfermedades crónicas conexas entre si, se tomará como base la propuesta normativa del Séptimo Reporte de Hipertensión Arterial del Joint National Committee, por tener amplios criterios de prevención, promoción y ser una guía muy sencilla para el manejo de atención primaria de salud. Las guías de la sociedad Europea también tienen su especial importancia, especialmente en los aspectos clínicos y fisiopatológicos lo que permite abrir espacios hacia los campos de la investigación.

Coincidiendo con todos los cambios producidos en la país, entre ellos migración campo ciudad con acelerada urbanización, incremento de la industrialización poco controlada, comercialización intensa de productos nocivos para la salud como tabaquismo, alcoholismos y alimentación poco saludable (exceso de grasa saturada, sal, azúcar, colorías totales y déficit de nutrientes), disminución de la fecundidad, mortalidad y natalidad, incremento de la esperanza de vida y promedio de edad de la población, asistimos a un cambio importante en el perfil epidemiológico evidenciado por los indicadores de mortalidad, morbilidad, letalidad y otros como años de vida perdidos por discapacidad o disminución de la calidad de vida.

La mortalidad por hipertensión arterial en el país tiene un incremento sostenido en los últimos 15 años. Desde hace 8 años se sitúa dentro de las diez primeras causas de mortalidad, según datos de estadísticas vitales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

El problema de la hipertensión arterial no solo constituye su propia carga de morbilidad sino que constituye un factor de riesgo para las enfermedades cerebro vasculares y patologías renales.¹³⁷ (Ref.: gráfico No 16).

Gráfico No 16

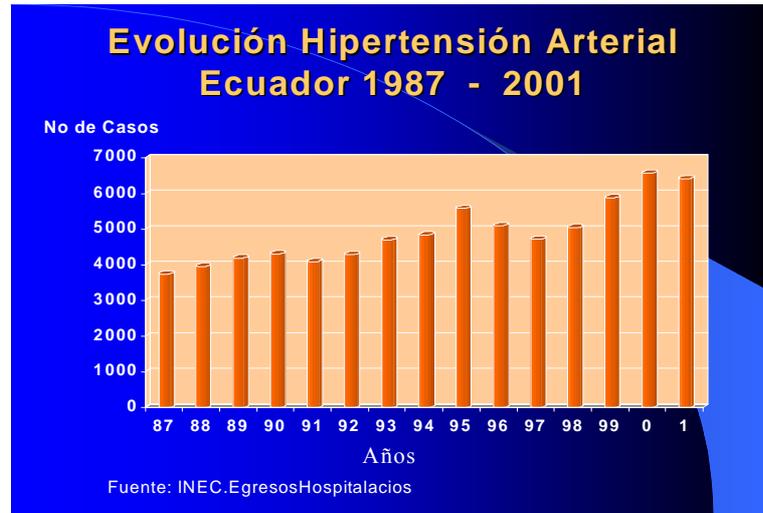
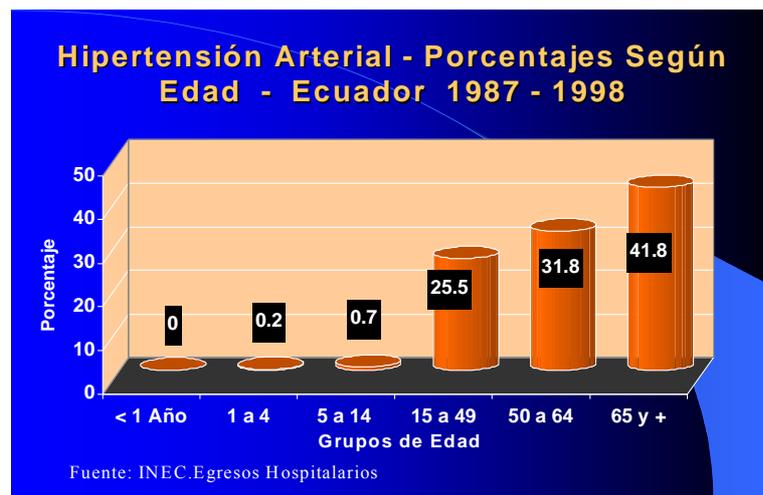


Gráfico No 17



Apartándonos, cada vez más, del mito de que se trata de una enfermedad propia de los adultos mayores, se puede constatar que el 57% de los egresos hospitalarios con diagnóstico de hipertensión arterial está en los grupos de edad de 15 a 64 años, una población económicamente activa, situación importante porque afecta el desarrollo social y económico del propio individuo, su familia y los servicios de salud.¹³⁸ (Ref.: gráfico No 17)

Al igual que lo que sucede con la diabetes, la mortalidad y la morbilidad de esta enfermedad se presenta más en las provincias de mayor concentración de población urbana como son Pichincha, Guayas,

Manabí, Tungurahua, Los ríos, Esmeraldas y Azuay.^{139 140 141} (Ref.: gráfico No 18 y 19)

Gráfico No 18

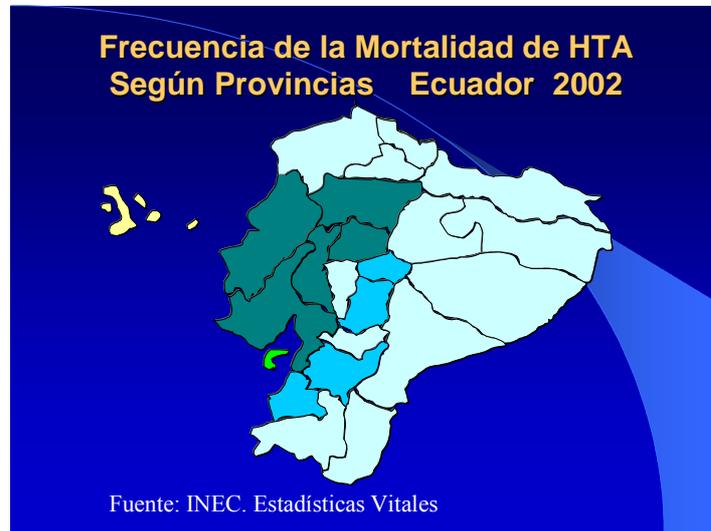
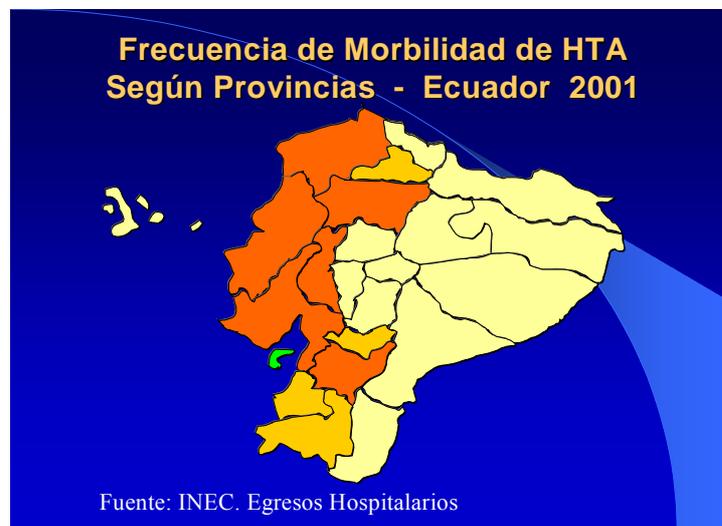


Gráfico No 19



Obesidad y Dislipidemias

La obesidad y el sobrepeso constituyen la epidemia del presente siglo en todo el mundo. En el Ecuador, según algunos estudios de prevalencia se ha podido detectar que los problemas de sobrepeso en los niños es cada vez mayor superando los problemas de desnutrición.

Son problemas que aquejan a personas de toda edad y que trascienden las fronteras socioeconómicas, afectando a pobres y ricos y en países en vías de desarrollo, se observa una mayor incidencia en estratos sociales de mayor pobreza y menor educación.¹⁴²

El incremento acelerado de las tasas de obesidad y sobrepeso en años recientes, no permite ligar este problema a causas genéticas, por el contrario, es más probable que los cambios de modos y estilos de vida ocurridos en los últimos decenios expliquen esta epidemia. Por ejemplo, la disposición de alimentos durante todo el año, las urbes densamente pobladas que inducen a cambios alimentarios (acceso a comidas rápidas con abundante grasa saturada, azúcar, bebidas gaseosas), además de ocupaciones más sedentarias, mayor transporte motorizado, mayor tiempo frente al televisor y la abundancias de dispositivos que ahorran trabajo.¹⁴³

144

La obesidad es en consecuencia un desajuste energético, es decir existe un aporte superior comparado al gasto durante un periodo prolongado. Muchos son los factores que pueden dar lugar a un saldo energético positivo y son varios factores los responsables de la obesidad y no un solo factor aislado.

Existen varias pruebas científicas que demuestran que los cambios científicos y tecnológicos acelerados del último siglo han inducido a un aumento en el costo de la actividad física y disminución del consumo calórico dando como resultado los problemas de obesidad y sobrepeso.¹⁴⁵

Los factores individuales más importantes vinculados al sobrepeso y obesidad son la alimentación, actividad física y etapa temprana del crecimiento. El retraso del crecimiento intrauterino y el tamaño grande al nacer se han asociado en etapas posteriores de la vida a enfermedades no transmisibles, como diabetes, hipertensión arterial, accidente cerebro vascular y probablemente obesidad.¹⁴⁶

La vinculación entre crecimiento temprano y obesidad continúa siendo un ámbito de investigación. Lo que si está plenamente probado es que la obesidad durante la niñez, provoca obesidad en la adolescencia y también en etapas posteriores de la vida. Otro aspecto ampliamente probado es la articulación entre obesidad y diabetes (el 80% de las personas con diabetes tipo 2 sufre sobrepeso o es obeso), obesidad e hipertensión, obesidad y cáncer, obesidad y dislipidemias, entre los más importantes.¹⁴⁷

Los factores ambientales y sociales que han provocado el incremento del sobrepeso y la obesidad están ligados al desarrollo económico y la transición nutricional rápida.^{148 149}

Los actuales sistemas alimentarios basados en un enfoque agropecuario industrial, permiten disponer durante todo el año todos los tipos de alimentos. Por otro lado han crecido rápidamente los alimentos procesados con alto contenido graso y energético. Esta situación ha contribuido a mejorar la disponibilidad de alimentos, pero no necesariamente ha abordado el problema de la desnutrición o la calidad nutricional de los alimentos.

En cuanto a la clase social y educación se conoce que los sectores más educados y con ingresos medios y altos, han evitado algunas consecuencias negativas del crecimiento económico. Aunque es importante el factor educación, también es importante que este factor esté asociado a otros factores como políticas, normas, legislación, incentivos, aplicabilidad de la legislación.¹⁵⁰

La Cultura y creencias personales también son parte importante de los factores conexos a la obesidad, así por ejemplo la forma física ligada a sobrepeso, para ciertos grupos refleja estado de salud y bienestar.^{151 152}

153

Actualmente se conoce que la mortalidad y morbilidad por obesidad se

Incrementa aceleradamente. Las cifras mundiales de sobrepeso y obesidad alcanzan los 1000 millones de personas, de éstos 300 millones corresponden a niños y adolescentes. Una tercera parte de todas las condiciones crónicas se asocian con la dieta.¹⁵⁴

El retraso del crecimiento intrauterino y el tamaño grande al nacer (≥ 4 kg) se han asociado en etapas posteriores de la vida con el apareamiento de enfermedades crónicas, no transmisibles como accidente cerebro vascular, diabetes, hipertensión arterial y obesidad por un rápido crecimiento compensatorio consecutivo al déficit de crecimiento en la primera infancia y también a la persistencia de talla pequeña en estas poblaciones.

Conforme a todos los avances en el control de las condiciones crónicas, se debe insistir en el fortalecimiento del cuidado obstétrica, pues son parte de las mismas líneas de acción en estos aspectos de la salud pública.¹⁵⁵

En el Ecuador, los datos sobre obesidad tienen un subregistro marcado. No están adecuadamente visibilizados. Según los egresos hospitalarios, por ejemplo en el año 1987 presentó 34 casos y en el año 2001: 87 casos. La información de la consulta ambulatoria, es menor aún que la hospitalaria demostrando aún que en el conocimiento médico, no ha sido catalogado como un problema de salud.¹⁵⁶

Los costos en el control y tratamiento de esta enfermedad son altísimos. El principal abordaje para el control de este problema de salud se inscribe en la prevención y la promoción: Instar a las poblaciones para cambios de comportamiento en relación a la alimentación saludable y actividad física.¹⁵⁷

Dislipidemias, los problemas de la obesidad están muy relacionados con las dislipidemias y otras enfermedades crónicas dado que tienen causas comunes.

Es muy importante hacer hincapié en esta entidad por separado, pues por si sola constituye un grave factor de riesgo cardiovascular y esta vinculado con una serie de problemas metabólicos que son parte de las condiciones crónicas no transmisibles.¹⁵⁸

Al igual que para el resto de problemas crónicos, lo importante es tener criterios comunes basados en las mejores evidencias actuales, para el control de estos problemas conexos. Por otro lado es importante fortalecer asimismo criterios generales para la prevención de estas enfermedades y dotar de una forma sencilla y práctica todas las herramientas y recursos encaminados a la promoción de la salud.

En el caso de las dislipidemias existen las nuevas directrices del National Cholesterol Education Program (NCEP), cuya relevancia para la práctica clínica radica especialmente en la prevención y el tratamiento.

Las nuevas directrices para el manejo de las dislipidemias constituye la primera actualización al cabo de 10 años por parte del NCEP, como producto de años de investigación plasmadas en el "Tirad Report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults", también conocido como "Adult Treatment Panel (ATP III).¹⁵⁹

Estas directrices destacan los siguientes criterios: importantes diferentes de las directrices anteriores:

- Determinación del perfil de lipoproteínas a todos los adultos sanos cada cinco años. Las lipoproteínas que se cuantifican son: LDL,

colesterol total, HDL y además triglicéridos, otra sustancia grasa presente en la sangre.

- Actualmente se considera como nivel bajo de HDL 40mg, el mismo que se convierte en un factor de riesgo cardiovascular muy importante. El valor de HDL de 60 mg o más se considera protector frente al desarrollo de cardiopatía.
- Tratar la hipercolesterolemia de forma más agresiva, especialmente en individuos con diabetes, hipertensión o antecedentes de cardiopatías.
- Mayor uso del tratamiento dietético, la actividad física y el control del peso como una parte fundamental para disminuir los niveles elevados del colesterol. Los cambios en los hábitos dietéticos incluyen: descenso en el consumo de grasa saturada a niveles inferiores al 7%, colesterol inferior a 200 mg, Permite que el consumo de calorías provenientes de grasas sea hasta un 30% de las calorías totales diarias, siempre y cuando la mayor parte sea de origen no saturado. Promueve también la ingesta de alimentos ricos en fibras solubles (legumbres, frutas, vegetales, verduras, alverjas y fréjol) para aprovechar el poder reductor de LDL, o alimentos que contengan estanoles y esteroides como margarinas líquidas.
- Igualmente hacen hincapié en controlar el peso y hacer algún tipo de actividad física, pues el control de peso intensifica el descenso del LDL y aumento de HDL y la actividad física también mejora el incremento de HDL y en algunos casos los de LDL. Los controles de los estilos de vida (CTEV) se han constituido en la primera línea terapéutica para tratar la hipercolesterolemia.
- Identificación de un síndrome metabólico ¹⁶⁰, factores de riesgo cardiovascular que suelen presentarse en forma combinada e incrementan el riesgo de padecer episodios coronarios. Nuevamente el tratamiento que se prescribe para este síndrome son los cambios de estilo de vida, especialmente el control de peso y la actividad física.

- Tratamiento más enérgico en los niveles elevados de triglicéridos.. El tratamiento primordial es el control de peso y actividad física.
- Desaconsejar el tratamiento hormonal sustitutivo con TSH como alternativa a los fármacos hipercolesterolemiantes, pues el TSH no disminuyo los episodios coronarios en mujeres posmenopáusicas y más bien aumento el riesgo de tromboembolismo y de enfermedades de la vesícula biliar

Estas directrices actualizadas, serán parte de la información, el conocimiento y la aplicabilidad de los profesionales de la salud que son parte de la atención primaria de salud de los servicios públicos y privados en los diferentes niveles de atención.

En los sistemas de información del Ministerio de Salud Pública, no existen datos que puedan advertir adecuadamente sobre la magnitud y severidad de este problema. Tampoco hay una adecuada información en los laboratorios generales o en el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Sin embargo existe la urgente necesidad de abordar este problema por la correlación que existe con otras enfermedades que constituyen las principales causas de muerte y discapacidad en el país. ^{161 162 163 164 165}

Riesgos conexos con las principales enfermedades no transmisibles: Alimentación inadecuada, Inactividad física (sedentarismo), Adicción a sustancias nocivas (tabaco, alcohol).

Como se ha explicado en líneas anteriores, el predominio de las enfermedades no transmisibles en la carga de morbilidad y mortalidad en el país y en el mundo data de hace algunas décadas. Igualmente se ha insistido en la necesidad de considerar la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud como los espacios más idóneos para combatir la carga tan pesada que constituyen las enfermedades.

Este tipo de enfermedades, entre las que se considera la obesidad y el sobrepeso y algunos factores de riesgo conexos a ellas como la inactividad

física (sedentarismo) y adicción a sustancias nocivas (alcoholismo y tabaquismo) son comunes a todas ellas y emprender el control del conjunto de estos riesgos o aunque sea de uno solo de ellos por separado, produce resultados benéficos de este grupo de condiciones crónicas.

Los factores alimentarios pueden dividirse en dos categorías importantes: el del huésped (características y comportamientos individuales) y del vector (alimentos y bebidas).

Entre los factores individuales del huésped se han determinado peligrosos , comer entre comidas o en restaurantes. Respecto de los factores dependientes de los vectores, existen muchas pruebas convincentes que explican la aparición de obesidad y sobrepeso. La grasa en la alimentación conduce a la obesidad por la baja capacidad de saciar, favoreciendo el consumo pasivo excesivo de energía total.

Sin embargo la parte fundamental es el aporte energético total, independiente de la fuente de calorías, pues centrarse únicamente en controlar el consumo de grasas puede desorientar ya que a menudo las personas tienden a compensarlo consumiendo más productos “ligeros” con lo que aumenta el consumo total de energía. Otro aspecto se relaciona con la cantidad de azúcar de alimentos, las bebidas gaseosas consumidas por si solas incrementan las calorías pero además provocan el incremento de apetito y por tanto el aumento del aporte energético.^{166 167 168}

En la mayoría de países en desarrollo, entre ellos el Ecuador, el crecimiento y desarrollo económico, industrial y el comercio generalizado han conllevado a una serie de cambios de los modos de vida, muchos de ellos beneficiosos para la salud y otros nocivos. La industria agropecuaria permite disponer durante casi todo el año todos los tipos de comida, independientemente de la

estación, también ha permitido el desarrollo rápido de alimentos procesados y de alto contenido graso y energético. A pesar de que estas situaciones han contribuido a la mejor disponibilidad de alimentos, no necesariamente ha abordado el problema de la desnutrición ni ha mejorado la calidad nutricional de los alimentos.¹⁶⁹

El otro factor de riesgo que define la existencia de varios problemas de salud es la inactividad física. La actividad física reducida o el aumento del comportamiento sedentario desempeñan una función importante en el aumento de peso y aparición de la obesidad.

Hay varios ejemplos del vivir cotidiano que dan cuenta del incremento del sedentarismo: los niños pasan sentados frente al televisor entre 20 y 28 horas semanales, los implementos y equipos domésticos han disminuido el gasto energético, el periodo de ocio de los adultos suele estar frente a un televisor, el transporte motorizado especialmente en las zonas urbanas ligado a la urbanización de baja densidad en extensión, equipos mecanizados y muchos dispositivos que ahorran trabajo liberando a las personas de tareas arduas, pero también han desalentado de actividades sencillas como caminar ir en bicicleta, subir escaleras, jugar pelota con los hijos.^{170 171 172}

Ante la presencia de estos riesgos directamente responsables de la transición epidemiológica actual, organismos nacionales e internacionales han emprendido acciones y estrategias vinculadas a la alimentación poco saludable sedentarismo o inactividad física para mejorar los resultados sanitarios. Entre éstos se puede mencionar la Estrategia Mundial sobre Régimen alimentario y Actividad Física y Salud emanado de la Organización Mundial de la Salud y aprobado por la resolución WHA57.17, que exhorta que los programas encaminados a promover la alimentación sana y la actividad física a fin de prevenir las enfermedades.

Esta estrategia tiene 4 objetivos principales:

- Reducir los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (condiciones crónicas) asociadas a un régimen alimentario poco saludable y falta de actividad física mediante la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Promover la conciencia y el conocimiento acerca de la influencia del régimen alimentario y de la actividad física en la salud.
- Fomentar el establecimiento, el fortalecimiento y la aplicación de políticas y planes de acción mundiales, regionales, nacionales y comunitarios encaminados a mejorar las dietas y aumentar la actividad física que sean sostenibles, sustentables e integrales con participación activa de todos los sectores (público, privado, sociedad civil y medios de difusión).
- Mejorar la información, investigación y evaluación de las intervenciones, mejorando además la capacitación de los recursos humanos.

En cuanto a las recomendaciones sobre la dieta, se propone incluir las siguientes directrices tanto para los individuos como para las poblaciones:

- Lograr un equilibrio energético y un peso normal.
- Limitar la ingesta energética procedente de la grasa, sustituir las grasas saturadas por grasa insaturadas y tratar de eliminar los ácidos grasos trans.
- Aumentar el consumo de frutas y hortalizas, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos.
- Limitar la ingesta de azúcares libres
- Limitar la ingesta de sal (sodio) de toda procedencia y consumir sal yodada.^{173 174 175 176}

La actividad física, es un factor determinante de gasto de energía y por lo tanto del equilibrio energético y el control de peso. Reduce el riesgo de las

enfermedades cardiovasculares, la diabetes y la obesidad. Mejora los componentes del síndrome metabólico: reduciendo la tensión arterial, mejorando los niveles de lipoproteínas de alta y baja densidad, el colesterol, triglicéridos, hiperglucemia y exceso de peso.

La recomendación es que las personas se mantengan suficientemente activas durante toda la vida. Realizar al menos 30 minutos de actividad regular de intensidad moderada con la frecuencia casi diaria (al menos 5 días por semana). Con esta actividad se consigue disminuir las enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión arterial, cánceres de colon y mama. Además es un buen adiestramiento para mantener el equilibrio y evitar las caídas en personas mayores.^{177 178 179}

Discusión de Resultados

La teoría de la “transición epidemiológica”, construida a partir de varias teorías como la transición demográfica, cultural, social y económica permite establecer y hasta predecir patrones de salud enfermedad en todos los países del mundo.

Los datos estadísticos nacionales del Ecuador, similar a lo que sucede en el resto del mundo han permitido reconocer cambios importantes en los perfiles demográficos caracterizados por disminución de la mortalidad, de la natalidad, incremento del promedio de edad de la población (envejecimiento de la población), al igual mejoramiento de los servicios básicos y de salud, con eliminación paulatina de las enfermedades infecto contagiosas y especialmente eliminación y erradicación de las enfermedades inmunoprevenibles. Entre los datos más relevantes se evidencia como las enfermedades infecciosas intestinales, que representaban en 1982 la primera causa de mortalidad, han disminuido en forma tan drástica que para el 2002 no se encuentran entre las primeras 50 causas de mortalidad (de 5388 casos

en 1982 en el 2002 se presentaron 375 casos). En el caso de la diabetes mellitus, en cambio los casos de muerte se incrementan de 522 en 1982 a 2350 en el 2002, igual sucede en el caso de la hipertensión arterial cuyo incremento es de 456 muertes en 1982 a 2181 muertes en 1997.

La frecuencia epidemiológica de la morbilidad y mortalidad de las enfermedades agudas e infecciosas versus los problemas crónicos y no transmisibles, entrelazados con los cambios demográficos ya descritos, permiten evidenciar un cambio, una transición, de los problemas de salud-enfermedad.

El desarrollo industrial, la acelerada urbanización, evidenciado con los datos obtenidos del INEC, que demuestran mediante los Censos de Población y Vivienda, la migración acelerada campo - ciudad en los últimos 50 años, transformándose de una población eminentemente rural a una población urbana, según los censos del 71% de población rural en 1950 al 39 % en el 2001. Existen dos centros en el Ecuador que son el asiento del mayor avance industrial: Quito y Guayaquil, en ellos los cambios de los patrones alimentarios y de actividad física provocan los mayores riesgos para el apareamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Los datos obtenidos de la Organización Mundial y Panamericana de la Salud, demuestran que en todos los países del mundo, las principales enfermedades no transmisibles: diabetes mellitas, obesidad, enfermedades cerebro vasculares constituyen las primeras causas de mortalidad, morbilidad y discapacidad, cuya afectación ataca por igual a pobres y ricos sean de países industrializados o en vías de desarrollo.

Las fuentes de información para los indicadores de mortalidad, se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), mediante el registro de Estadísticas Vitales, cuya fuente de información son la partida de nacimiento y partida de defunción del país. Esta información permite conocer la evolución de la gravedad del problema.

El indicador de morbilidad, es otro dato importante que permitió conocer la carga de la enfermedad dentro del perfil epidemiológico, la evolución de las enfermedades y las necesidades de los recursos para responder a ellas.

Los datos de morbilidad de nivel nacional son:

- ◆ Egresos hospitalarios, cuya fuente son los egresos de toda casa de salud con internación del País.
- ◆ La información de la morbilidad de las atenciones ambulatorias, cada institución tiene su propio registro, no existe ni un consenso nacional ni un sistema de recolección único. El Ministerio de Salud Pública, tiene varios instrumentos para la información de morbilidad: El EPI-1, EPI-2 (información para el sistema de vigilancia epidemiológica de 75 enfermedades) y un estudio de conocer la morbilidad ambulatoria a través de clasificar y contar la frecuencia de las atenciones realizadas de 3 meses por año y multiplicar por 4 para tener la frecuencia de morbilidad anual.¹⁸⁰

La información de indicadores demográficos y socioeconómicos fue analizada con información del INEC.

Lo que se ha podido evidenciar mediante el análisis de los datos investigados de fuentes oficiales del nivel nacional y otras internacionales, es la existencia de una transición demográfica, ligada directamente a una transición epidemiológica, caracterizada por la presencia de una mayor carga de enfermedades crónicas, no transmisibles y disminución evidente de las enfermedades carenciales e infecciosas.

Otros datos importantes, que permiten reforzar la situación epidemiológica actual, con un predominio de los problemas crónicos sobre los agudos, son varios estudios de prevalencia, que aunque no son representativos para el País, permiten conocer la situación local. Entre los estudios de mayor relevancia se pueden citar los siguientes:

Un estudio de prevalencia en Quito, realizado por el Dr. Marcelo Moreano y colaboradores en 1978 en el que se determinó que la proporción de hipertensos críticos (135-149/ 90-99) era de 8.54% y la proporción de hipertensos patológicos (>150/100) era de 13.02% y que en su conjunto representaba el 21.56% de la población entre 15 y 65 años.¹⁸¹

Veinte años más tarde en 1998, se realiza otro estudio para determinar la prevalencia de HTA (PREHTAE) en las ciudades de Quito, Guayaquil y Cuenca por la Sociedad de Cardiología. En ella se evidencia un incremento respecto de la investigación de Moreano y Col. Encontrándose una prevalencia promedio de las tres ciudades de 28.8 % de HTA en mayores de 18 años.¹⁸²

Lo que se ha podido evidenciar mediante el análisis de los datos investigados de fuentes oficiales del nivel nacional y otras internacionales, es la existencia de una transición demográfica, ligada directamente a una transición epidemiológica, caracterizada por la presencia de una mayor carga de enfermedades crónicas, no transmisibles y disminución evidente de las enfermedades carenciales e infecciosas.

Estas transiciones obligan al Estado y a la comunidad a reconocer en qué situación epidemiológica nos encontramos actualmente y la necesidad de emprender con gran intensidad una reorientación en los servicios de salud para cubrir los problemas actuales por un lado, y por otro lado establecer políticas, normas y planes para el reforzamiento de los servicios de salud y otras acciones de base comunitaria hacia la mejora de los estilos de vida, que son los causantes más importantes del nuevo perfil epidemiológico.

Conclusiones

Los servicios de salud en el país son fragmentados, con escasas o nulas acciones interinstitucionales e intersectoriales. Los Servicios de Salud Públicos

pertenecen al Ministerio de Salud, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Municipios, Junta de Beneficencia, otros Ministerios y Organizaciones privadas con o sin fines de lucro ^{183 184}

Los servicios de salud han tenido avances sostenidos de desconcentración, pero las acciones de descentralización son limitadas o inexistentes. ¹⁸⁵

El Consejo Nacional de Salud y el Rol Rector del Ministerio de Salud Pública, se encuentra en una situación de desarrollo incipiente.

El País atraviesa una importante transición demográfica y epidemiológica, en la que se evidencian un acelerado envejecimiento de la población y cambios del perfil epidemiológico con predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles sobre las enfermedades infecciosas.

No existe un adecuado conocimiento y concienciación de los cambios demográficos y epidemiológicos por lo que persiste una oferta en salud, basada en la atención de casos emergentes y agudos con énfasis en la atención de la madre y el niño, como campos de acción casi exclusivos.

Es fácilmente demostrable, un perfil epidemiológico transicional en el que se evidencia una mayor carga de morbilidad y mortalidad de enfermedades crónicas, no transmisibles con predominio de: diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cerebro vasculares e isquémicas del corazón.

Igualmente es posible identificar que la mayoría de estos problemas de salud están interrelacionados entre sí y con una serie de factores de riesgo comunes a todas ellas. Entre los factores de riesgo comunes más importantes se pueden destacar cambios de los estilos de vida y de comportamiento como son el sedentarismo, la alimentación poco saludable (hipercalórica e hipergrasa) y consumo de tabaco y alcohol.

Las condiciones crónicas, no transmisibles necesitan un verdadero cambio del paradigma de la atención de los servicios de salud, pues ya no es suficiente el control etiológico de un problema de salud, en este caso se promueve una respuesta eminentemente preventiva y promocional de la salud. Se promueven acciones multifactoriales y multipropósito basadas en el autocuidado de la población y el fortalecimiento de acciones comunitarias.

Recomendaciones:

Vigilancia y Control Integral de las Principales Enfermedades Crónicas, No Transmisibles Para los Niveles Locales de Salud

Desde 1994 las unidades Operativas del Ministerio de Salud Pública delimitaron con acierto tres niveles de atención: Nivel Local, Nivel provincial y Nivel Nacional. En cada uno de estos niveles se ha establecido un grado de capacidad resolutive de acuerdo a sus posibilidades. El nivel local ha logrado un importante grado de autonomía y en él se desarrollan acciones de prevención con una buena respuesta de participación comunitaria. Existen alrededor de 1600 unidades operativas del nivel local del MSP.¹⁸⁶

La estrategia de Atención Primaria de Salud, determinada por la Organización Mundial de la Salud, en la reunión de Alma Ata en 1978, permitió fortalecer la atención de los niveles locales.^{187 188} Se han desarrollado acciones de prevención, como el alcanzar amplias coberturas de vacunación de la población, logrando la erradicación de algunas patologías como poliomielitis, sarampión, y disminución importante de la incidencia de difteria, tos ferina, tétanos neonatal y rabia humana.¹⁸⁹ Por otro lado se ha impulsado ampliamente la atención de control y prevención dirigida al binomio madre y niño; estas acciones han permitido disminuir en forma importante la mortalidad infantil y materna.¹⁹⁰ La capacitación del talento humano y los recursos materiales se han dirigido a afrontar problemas infecciosos, carenciales y de desarrollo y crecimiento de lo que se consagró a nivel mundial como la población más vulnerable, es decir la madre y el niño.

La madre durante el embarazo, parto y puerperio y el niño menor de 1 año en su desarrollo y crecimiento y primordialmente en lo relacionado a vacunación. Este tipo de oferta de los Servicios de Salud, se ha fortalecido en el transcurso del tiempo, sin mayores modificaciones hasta la actualidad.¹⁹¹

Cabe mencionar que las unidades operativas del MSP de los niveles locales tienen diferentes niveles de desarrollo de acuerdo a su pertenencia a la zona urbana o rural.¹⁹²

El grado de desconcentración y de autonomía de las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública tienen un desarrollo creciente al interior de la Institución, pero muy escasas a nivel interinstitucional. Su rol rector y de coordinación es todavía incipiente. Esto explica como la mayoría de las instituciones de salud funcionan sin licenciamiento, sin certificación y sin ningún establecimiento legal de protocolos, guías o normas para la atención médica.¹⁹³

¹⁹⁴

Los nexos de acciones de prevención o promoción de la salud entre Instituciones Públicas o con Instituciones Privadas igualmente son escasas.¹⁹⁵

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, es una organización administrada por el estado y financiada por los fondos de sus afiliados. Su ámbito de acción ha estado encaminada hacia el control y atención de la población eminentemente laboral. Ha contribuido al establecimiento de normas jurídicas y técnicas del Ecuador sobre Riesgos del Trabajo. Mediante el Seguro Campesino extendió su atención y vigilancia hacia numerosos grupos campesinos, una situación catalogada como parte de los principios de solidaridad y de disminución de la inequidad.^{196 197}

El IESS es una Institución fuertemente centralizada, no ha logrado una adecuada desconcentración, teniendo a los principales hospitales de especialidades ubicados en Quito, Guayaquil y otras ciudades de mayor concentración poblacional. Dispone además de varios Dispensarios Médicos y de consultorios denominados anexos en muchas Unidades laborales. No existe una amplia política de prevención primaria o

de promoción de la Salud en estos establecimientos.¹⁹⁸

Las Unidades de Salud que pertenecen a los Municipios, son escasas, son centros hospitalarios dedicados a la atención de maternidad y de especialidades, como por ejemplo Los Patronatos del Distrito Metropolitano de Quito, ubicados en el norte, centro y sur de la ciudad. Además disponen de escasos consultorios y postas que funcionan en forma poco coordinada con el resto de instituciones públicas y privadas, sin lograr una coordinación ni complementación de las acciones.¹⁹⁹

Debe también mencionarse que existen, a nivel privado, servicios médicos con y sin fines de lucro que también tienen en su accionar una oferta muy similar a lo descrito en el sector público, es decir que la atención está dirigida hacia los problemas agudos y emergentes, principalmente del niño y de la madre, y con escasa coordinación con el sector público.^{200 201 202}

Como ya se ha mencionado anteriormente, no existe un adecuado conocimiento en el país sobre la transición epidemiológica en los sectores involucrados con la salud. Así, el paradigma utilizado en la atención de salud, esta basado en las enfermedades agudas y eventos emergentes, los mismos que si dan respuesta aún en los sectores más empobrecidos.

Sin embargo, en poco tiempo, las exigencias de la mayoría de la población para sus necesidades de salud estarán en torno a las condiciones crónicas. Esto no solo en la población general, sino especialmente en las mujeres, pues para el año 2003 la diabetes se sitúa ya dentro de las 10 primeras causas de morbilidad en los egresos hospitalarios.²⁰³

El aparecimiento de condiciones crónicas, conocidas como enfermedades no transmisibles, constituye actualmente la principal causa de muerte y discapacidad en todo el mundo y en el Ecuador. La alta carga de estas enfermedades en los servicios de salud ocasiona un incremento desmesurado de los costos en los servicios de salud y del propio individuo y la familia, que difícilmente pueden afrontarlos.²⁰⁴

Todos estos problemas están relacionados con riesgos de estilos de vida poco saludables: escasa actividad física, alimentación con exceso de grasas saturadas, sodio y azúcares simples y adicción a sustancias tóxicas. ^{205 206 207}

Conceptualización

En las líneas anteriores se ha intentado resumir, la situación administrativa y técnica de las unidades operativas de salud, especialmente del sector público, el paradigma de la atención actual y de las necesidades de cambio para un nuevo modelo y concepto de atención de salud basado en problemas crónicos, de los cambios progresivos y sostenidos del perfil epidemiológico y las necesidades de concientización del mismo.

Principios que rigen la elaboración de un nuevo paradigma como respuesta a las exigencias que se emanan de las condiciones crónicas (ENT):

- Conocer y concienciar la prioridad que constituyen las condiciones crónicas (ENT) en el país. Reconocimiento del nuevo perfil epidemiológico.
- Reconocer y establecer que el manejo de las condiciones crónicas ya no se basa en el manejo de la etiología de cada caso particular, sino en las exigencias similares que el conjunto de estos problemas interdependientes entre sí reclaman de los servicios de salud, independientemente de la causa que les origina.
- El tratamiento para muchas condiciones crónicas son similares al igual que las estrategias que se despliegan para ellas, por tanto lo que se requiere es desarrollar una identidad propia para el ámbito de las condiciones crónicas.
- En la vigilancia y control de las condiciones crónicas (ENT), lo importante es la calidad de vida del paciente y de la familia. El

paciente no es un participante inactivo en la atención se convierte en un productor de salud.^{208 209 210 211 212}

- Tomar en cuenta que los problemas de salud crónicos son diferentes a los agudos y por tanto los resultados deseados serán diferentes. Los que sufren problemas crónicos necesitan apoyo más amplio, no son suficientes las intervenciones biomédicas.
- Las condiciones crónicas (ENT) necesitan atención planificada e integrada a través del tiempo. Se necesitan cambios en los entornos y los proveedores.
- Los pacientes con condiciones crónicas (ENT) necesitan contar con conocimientos de autocuidado, pues el autocontrol se torna indispensable para administrar sus problemas de salud en el hogar.
- Los pacientes crónicos requieren apoyo de sus comunidades y familias.
- Requieren de políticas más amplias, en los niveles nacionales, regionales y principalmente en los niveles locales.
- Se impone un nuevo modelo de atención en los servicios de salud de los niveles locales con un fuerte componente de prevención de la enfermedad y promoción de la salud

Propósito

Reducción de la mortalidad y morbilidad de las principales condiciones crónicas (ENT) , mediante intervenciones multipropósito sobre factores de riesgo comunes, a través de la participación de acciones intersectoriales, interinstitucionales,

comunitarias y el mejoramiento de la calidad de la atención de los servicios de salud, especialmente locales.²¹³ .

Enfoque general para la aplicación de las intervenciones

El control de las condiciones crónicas (principales enfermedades no transmisibles), como ya se ha mencionado, requieren de intervenciones integrales.

Integrales desde las acciones conjuntas intersectoriales e interinstitucionales, pues mientras unas instituciones pueden fortalecer el entorno saludable como mejoramiento del transporte humano, espacios de recreación, control del

transporte y la seguridad ciudadana para transitar libremente y sin peligro. Otras instituciones podrán intensificar y mejorar los cuidados del paciente, extendiendo acciones hacia la educación y control del entorno inmediato (familiar, laboral, educacional).

Integral también en la forma de abordar estos problemas, pues las exigencias de este conjunto de enfermedades requieren un manejo biomédico y de adherencia al tratamiento sustentado en las más actuales evidencias por un lado, pero lo más importante es la necesidad de incorporar acciones de prevención de las enfermedades, ampliamente probadas al igual que acciones de promoción de la salud, constituidas para evitar el apareamiento de estas enfermedades y/o sus complicaciones, o por lo menos la postergación de su apareamiento.

Al hablar de un enfoque participativo se hace énfasis, en la participación del núcleo familiar para apoyo directo de los pacientes. La participación de grupos comunitarios, en las escuelas, los centros laborales, las organizaciones, especialmente de nivel local (organizaciones políticas y civiles). La participación del propio paciente en el aprendizaje de su autocuidado y autocontrol.²¹⁴

El enfoque plantea dos campos de acción:

- El de Mejoramiento Asistencial, estará dirigido a las unidades operativas del primer nivel, bajo la alineación de las políticas nacionales y de la priorización de los problemas emergentes de la salud pública. En este caso se plantea desarrollar un componente de capacitación en servicios sobre las principales enfermedades no transmisibles, mejorar el sistema de información de las ENT y contribuir a una adecuada vigilancia epidemiológica en la que se prioricen acciones de prevención primaria.

Una capacitación que permita fortalecer los conocimientos de los profesionales del nivel primario, basado en las evidencias más actuales del grupo de enfermedades priorizadas, con la utilización de guías, que permitan un manejo y lenguaje común.

Priorización de las enfermedades no transmisibles, realizada en base a indicadores de morbilidad, mortalidad, letalidad y discapacidad que provocan. En este caso se han priorizado enfermedades como la diabetes mellitus, hipertensión arterial y otras patologías íntimamente relacionadas como las dislipidemias, obesidad y factores de riesgo conexos como sedentarismo, inactividad física y tabaquismo.

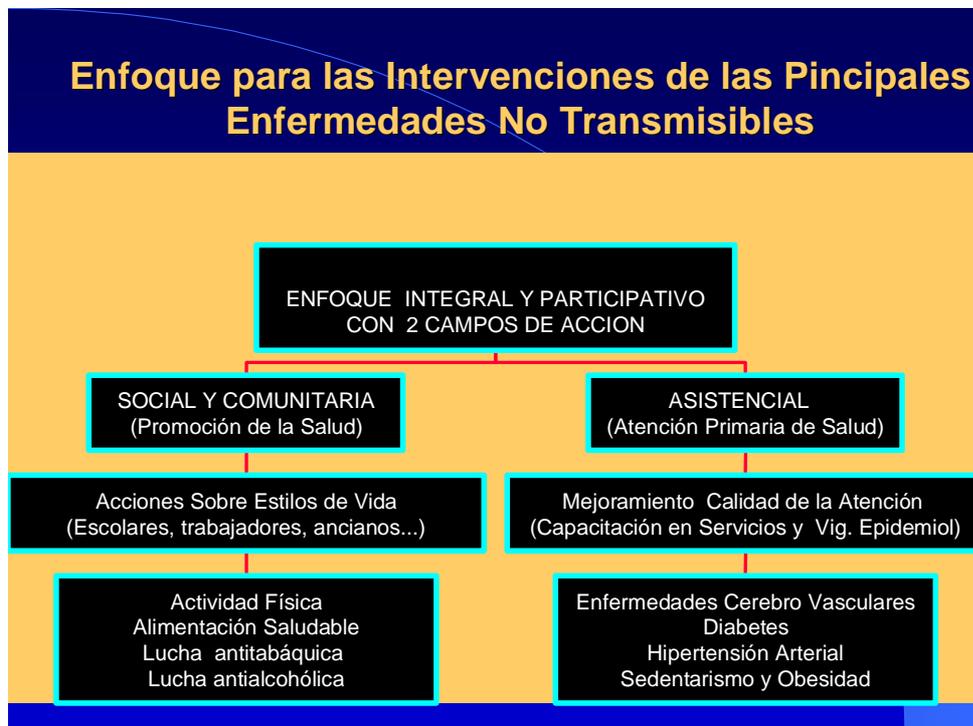
- El otro campo de acción se direcciona hacia una propuesta de promoción de la salud. Entre las epidemias mundiales del presente siglo tenemos a la obesidad, dislipidemias, diabetes mellitus e hipertensión arterial dentro de las más importantes. El combatir este grupo de problemas no es posible mediante la exclusiva atención biomédica. La incorporación de acciones de promoción de la salud relacionadas con los factores de riesgo, alimentación saludable, actividad física, abandono de tabaco y alcohol, con intervenciones a nivel comunitario, resultan ser los mejores componentes de prevención, control y vigilancia de estas enfermedades.²¹⁵

Porqué fortalecer los Sistemas Locales de Salud (SILOS)?

La posibilidad de tener un contacto directo con la población, conocer de cerca sus problemas y la capacidad de resolución conjunta de los servicios con la comunidad, acarrea de antemano la posibilidad de sobrepasar la posibilidad meramente curativa hacia ámbitos de responsabilidad ciudadana mediante el conocimiento, la educación y el autocuidado ^{216 217 218 219 220 221} (Ref.: esquema No 1).

El nivel local del Ministerio de Salud Pública, está representado por las denominadas **Áreas de Salud**, en ellas se realizan variadas actividades de orden médico y administrativo. Las actividades médicas, son de fomento, protección y atención de morbilidad y están dirigidas a los grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad como son el de madres y niños. ²²²

Esquema No 1



Sin embargo, se puede observar durante los dos últimos años una tendencia, desde la iniciativa local, a incrementar acciones dirigidas a cubrir a dos

importantes grupos, relegados hasta el momento, que son el adulto y el adulto mayor.^{223 224} Es en estos dos últimos grupos donde se presentan en su mayoría los problemas relacionados con las enfermedades no transmisibles. Esta realidad permite además desarrollar una política adecuada de salud, en defensa de las principales patologías que aquejan a estos grupos poblacionales.

Los Servicios de Segundo y Tercer Nivel (Hospitales Provinciales y Nacionales) son instancias de mayor complejidad y especialización. Se espera que estos niveles sean sitios de referencia para atención de salud especializada de la población en general ^{225 226 227}

Como se establece en el enfoque, se han establecido dos campos de acción encaminados a mejorar y fortalecer la atención de salud. Por un lado a través de las unidades operativas de primer nivel y por otro lado mediante el componente de promoción de la salud a nivel comunitario.

Acciones para fortalecer la atención en el primer nivel

Desde el punto de vista organizacional y gerencial se propone la formación de:

- Comité Nacional, en el que participen entidades públicas y privadas : Sociedades Científicas, Universidades, Ministerio de Salud (coordinador y rector de la salud), Municipios, Organizaciones No Gubernamentales, Institutos Privados, Ministerios de Industria, Agricultura y Comercio y Organismos Internacionales.

El Objetivo de la creación de este Comité radica en la necesidad de fortalecer la interinstitucionalidad y la intersectorialidad. De ellos se emanará el Plan Nacional de Control y Vigilancia de las Enfermedades no Transmisibles.

Además se alinearán los objetivos comunes y se desarrollarán estrategias y acciones para fortalecer los tres niveles de atención, especialmente en

el primero. De esta manera se establecerán acciones coordinadas y complementarias de las diferentes organizaciones en relación a sus propias competencias y posibilidades^{228 229} .

Las acciones institucionales y comunitarias coordinadas y concertadas permitirán una mejor respuesta técnica, administrativa y financiera para enfrentar los nuevos retos vinculados con las principales enfermedades no transmisibles y el conjunto de riesgos comunes a ellas:

- Dentro del Plan se contemplará:

La elaboración y difusión de una base de datos que justifica el fortalecimiento y control de las principales enfermedades no transmisibles.

La elaboración de un Manual Integral de las principales Enfermedades No Transmisibles para el manejo y control en el primer nivel de atención.

En el Manual se contemplan las guías de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Obesidad, Dislipidemias, Actividad Física y Alimentación Saludable. Todas estas guías elaboradas en base a normas internacionales y adecuadas al país.

Las guías constituyen parte de los instrumentos que sirven para la capacitación en servicios. Estas guías están dirigidas al personal de salud, y son elaboradas en lenguaje sencillo, concreto y en base a las evidencias más actuales. (Anexo 1).^{230 231 232}

- **Propuesta de Capacitación en Servicios**

Requiere el apoyo de entidades educacionales y expertos en el tema, que pueden ser los profesionales de las sociedades científicas, universidades y otros que son parte de las instituciones de salud directamente involucrados en el tema.

La Institución rectora y coordinadora se propone que sea el Ministerio de Salud, pues ella es la encargada de emitir normas por un lado y por otro es la estructura más amplia en cuanto a la red de servicios de salud de primer nivel.

Se propone elaborar cursos de 40 horas con el apoyo de las guías y de módulos que contengan casos supuestos o reales.

La propuesta engloba profesionales de la salud de primer nivel de instituciones públicas y privadas a quien se dotará de todo el material didáctico elaborado. (Anexo 2).

De igual manera se creará una página WEB, coordinada por el comité Nacional de Enfermedades No Transmisibles para desarrollar el mismo curso por medios virtuales y profundizar los temas con una bibliografía amplia. Se desarrollará además cursos a distancia.

En la página WEB se alimentará continuamente la información de las principales enfermedades no transmisibles en forma actualizada, de manera que se pueda visibilizar los problemas y tomar decisiones adecuadas y a tiempo.

Bibliografía:

-
- ¹ Agustín Cueva. Desarrollo del Capitalismo en América Latina. Siglo XXI Editores. 3ª Edición 1979.
- ² Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Producción de Servicios Hospitalarios. Quito. 2003.
- ³ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Egresos Hospitalarios. 1982 – 2002. Quito – Ecuador.
- ⁴ Ministerio de Salud Pública. Estadísticas Epidemiológicas de Declaración Obligatoria. (EPI 2).
- ⁵ OPS. Boletín No 13. Prioridades Regionales de Control en Salud.
- ⁶ Framingham Heart Study y UKPDSI.
- ⁷ Lacro Publicaciones. Teoría de la Transición Epidemiológica. España. 2004.
- ⁸ INEC. Egresos Hospitalarios. Nacimientos y Defunciones. Datos de 1982 al 2002.
- ⁹ INEC. Egresos Hospitalarios y Estadísticas Vitales. Ecuador.
- ¹⁰ Organización Panamericana de la Salud. Cuidado innovador para las condiciones crónicas: Agenda para el Cambio. Washington . 2003. Atención de salud para las condiciones crónicas. Enfermedades no transmisibles y salud mental. Departamento de enfermedades no transmisibles.2003.
- ¹¹ Framingham Heart Study. USA. Estudios de Cohorte desde 1948.
- ¹² Aporte a la Política Nacional de prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles en Chile. Santiago de Chile. 2002.
- ¹³ OMS/OPS. Programa CINDI. Europa 1994.
- ¹⁴ OMS/OPS. Programa CARMEN en América Latina. 1998.
- ¹⁵ Bonanza petrolera: De 1964 a 1972, los gobiernos del Ecuador y sus intermediarios burgueses, habían entregado más de un tercio del territorio ecuatoriano, incluido el Golfo de Guayaquil, a multinacionales petroleras, para la explotación del petróleo con regalías mínimas para el país, exoneración de aranceles, de impuestos, mecanismos de control ineficaces y ninguna perspectiva de intervención del estado en la producción y comercialización del petróleo. Después del autogolpe, en 1970 del Presidente Velasco Ibarra, en 1972 se constituye el Gobierno Nacionalista de Rodríguez Lara, donde se concreta el principal logro de la política petrolera nacionalista, pues de inmediato una vez en el poder, fueron revisados los contratos de los consorcios petroleros, con reversión al estado ecuatoriano de mas de 4 millones de hectáreas en la Región Oriental, reversión de los campos hidrocarbúricos de la Anglo Ecuadorian Oil en la Costa, reducción de las concesiones de 40 a 20 años, adquisición por parte del Estado del 25% de los derechos de la Texaco Gulf , Creación de la Corporación Estatal Petrolera Ecuatoriana (CEPE), construcción de una refinería estatal en la provincia de Esmeraldas, impulso a la creación de la Organización Latinoamérica de Energía (OLADE), ingreso a la OPEP en junio de 1973. Estos cambios permitieron al país un corto periodo de bonanza petrolera (1972-1973) denominado boom petrolero. Este periodo dio lugar a un crecimiento en la economía que favoreció especialmente la construcción urbana. La infraestructura de los servicios de salud crece en todo el

país con la construcción de grandes hospitales en las principales ciudades como el Hospital Carlos Andrade Marín y más del 50% de las unidades operativas del Ministerio de Salud. Se estructura el Seguro Social Campesino que se incorpora a la prestación de salud en 1973. Se organiza los programas de Planificación Familiar, Inmunizaciones, Materno Infantil, Epidemiología, Atención odontológica, Control Sanitarios y atención, recuperación y rehabilitación para la población ecuatoriana.

¹⁶ Agustín Cueva. El Proceso de dominación Política en el Ecuador. Quito – Ecuador. 1988.

¹⁷ Jaime Galarza. El Festín del Petróleo. Quito- Ecuador. 1974.

¹⁸ María del Carmen Piedra. Desarrollo de los Servicios. Universidad Técnica Particular de Loja. Módulo 1. Quito-Ecuador. 2002.

¹⁹ INEC. Censos de Población y Vivienda. Del 1º al 5º. Ecuador.

²⁰ Anuario de estadísticas Vitales- Nacimiento y Defunciones INEC – 1993 y 2002

²¹ INEC. Anuario de Estadísticas Vitales Nacimientos y Defunciones . 2002.

²² Cuidado innovador para las condiciones crónicas: Agenda para el Cambio. Organización panamericana de la Salud. Atención de salud para las condiciones crónicas. Enfermedades no transmisibles y salud mental. Departamento de enfermedades no transmisibles.2003.

²³ Anuario de Estadísticas Vitales- Nacimientos y Defunciones. INEC. 2001.

²⁴ Cuidado Innovador para las condiciones crónicas: Agenda para el Cambio.OMS- 2003.

²⁵ Aporte a la Política Nacional de Prevención y control de Enfermedades No transmisibles en Chile. Gobierno de Chile- OPS/OMS - 2002.

²⁶ Respuesta a las Enfermedades No Transmisibles : Guía para la promoción de la causa en el Pacífico Occidental. Facultad de Salud Pública. Universidad La Trpbe. Australia.2001

²⁷ Aporte a la Política Nacional de prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles en Chile. Santiago de Chile. 2002.

²⁸ Population and Development Review. 22 (4) 609-637) Disease Prevention as Social Change : Toward a Theory of Public Health. Constance A. Nathanson. 1996.

²⁹ Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional .Cuidado Innovador para las condiciones crónicas. Agenda para el Cambio. 2003.

³⁰ Lacro Publicaciones. Teoría de la Transición Epidemiológica. España. 2004.

³¹ Lacro Publicaciones. Teoría de la Transición Epidemiológica. España. 2004.

³² OMS/OPS. La transición en salud. Lacro publicaciones. Washington . 2003.

³³ Organización Mundial de la Salud /Organización Panamericana de la Salud. Prioridades Regionales de la Investigación de la Salud. Boletín informativo No 13. Abril, Mayo y Junio del 2005.

³⁴ OMS/OPS. La transición en salud. Lacro publicaciones. Washington . 2003.

³⁵ OPS / OMS. Las Condiciones de Salud en las Américas. Washington. Edición 1994

³⁶ Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. 1978.

-
- ³⁷ La atención primaria de salud en la práctica. Revista foro Mundial de la Salud. 1987 Pág: 35-40.
- ³⁸ La participación multisectorial en la atención primaria. México D.F. Sociedad mexicana de Salud Pública.1986
- ³⁹ Silvia Martínez Calvo. Valoración Epidemiológica de las actividades de atención primaria de salud. Revista Medicina General Integral. Vol.119.Pág 1-8.
- ⁴⁰ La atención primaria de salud en la práctica. Revista Foro mundial de la Salud. 1987: Pág. 8 y 60
- ⁴¹ La atención primaria de salud en la práctica. Revista foro Mundial de la Salud. 1987 Pág: 8-60.
- ⁴² La participación multisectorial en la atención primaria. México D.F. Sociedad mexicana de Salud Pública.1986
- ⁴³ OPS-OMS. Desafío a la falta de equidad en salud. De la ética a la acción. Washington. DC: OPS 2002 (Publicación científica y técnica No 585.
- ⁴⁴ Presidencia de la República del Ecuador. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. 2002.
- ⁴⁵ Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Rol del Estado , Políticas Nacionales de Salud y Reforma Constitucional. Propuesta para mejorar la salud de todos los ecuatorianos/as. Quito Ecuador. Julio de 1998.
- ⁴⁶ Echeverría Ramiro. El Proceso de Reforma del Sector Salud en el Ecuador. Ed. CEPAR. Quito – Ecuador . 1997.
- ⁴⁷ Consejo Nacional de Salud, (CONASA) Propuesta de Reforma del Sector Salud Versión 02. Quito-Ecuador.1996.
- ⁴⁸ Piedra, María del Carmen. Políticas de Salud y Reforma Sectorial. Unidad 2. Módulo 1. Universidad Técnica de Loja. Quito – Ecuador. 2002.
- ⁴⁹ Ley Especial de Descentralización del Estado y Participación Social: Capítulo II de las transferencias y Fortalecimiento del Régimen Seccional Autónomo. Art. 9 y 12. Presidencia de la República del Ecuador. 1998.
- ⁵⁰ Presidencia de la República. Decreto Ejecutivo 502. Implementación del Sistema Descentralizado de Salud. Quito-Ecuador. 1999.
- ⁵¹ Boisier Samuel. Los procesos de Descentralización y Desarrollo Regional en América Latina. Revista de la CEPAL No 31. Santiago de Chile. 1987.
- ⁵² Ministerio de Salud Pública. Sistemas Descentralizados de la Salud en el Ecuador. Modelo de Atención, Gestión y Financiamiento. Quito-Ecuador. 2000.
- ⁵³ Echeverría Ramiro. Descentralización en Salud. El nuevo rol del Municipio. Quito. 1997.
- ⁵⁴ Piedra, María del Carmen. Políticas de Salud y Reforma Sectorial. Unidad 2. Módulo 1. Universidad Técnica de Loja. Quito – Ecuador. 2002.
- ⁵⁵ Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Rol del Estado, Políticas Nacionales de Salud y Reforma Constitucional. Propuesta para mejorar la salud de todos los ecuatorianos/as. Quito Ecuador. Julio de 1998.
- ⁵⁶ Ministerio de Salud Pública. Sistemas Descentralizados de la Salud en el Ecuador. Modelo de Atención, Gestión y Financiamiento. Quito-Ecuador. 2000.

-
- ⁵⁷ Ministerio de Salud Pública. Gestión para la Calidad en Unidades de Salud Descentralizadas. Documento No 1. Quito-Ecuador. Septiembre 2002.
- ⁵⁸ Ministerio de Salud Pública. Manual de Organización de las Areas de Salud. Sistema Regionalizado de Servicios, Capacidad Resolutiva de las Unidades y Areas de Salud. Quito-Ecuador. Julio de 1993.
- ⁵⁹ Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Areas de Salud. Sistema Regionalizado de Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades de Salud. Agosto 1999.
- ⁶⁰ Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Areas de Salud. Manual de Organización y Funcionamiento de las Areas de Salud. Quito-Ecuador. Junio del 2000.
- ⁶¹ Ministerio de Salud Pública. Manual de Organización de las Areas de Salud. Sistema Regionalizado de Servicios. Quito-Ecuador. Marzo de 1994.
- ⁶² Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Areas de Salud. Manual de Organización y Funcionamiento de las Areas de Salud. Quito-Ecuador. Junio del 2000.
- ⁶³ Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Areas de Salud. Sistema Regionalizado de Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades de Salud. Agosto 1999.
- ⁶⁴ Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Areas de Salud. Manual de Organización y Funcionamiento de las Areas de Salud. Quito-Ecuador. Junio del 2000.
- ⁶⁵ El Centro de salud-hospital (Hospital Cantonal), se ubica en el ámbito de cabeceras cantonales, es la sede de las jefaturas de área rurales y base de la referencia de pacientes, el número de camas varía según el tamaño poblacional, por lo regular disponen de 15 camas, están implementadas para brindar atención de las 4 especialidades básicas y odontológicas: pediatría, gineco-obstetricia, cirugía y clínica. Dispone de auxiliares diagnósticos como Rx., laboratorio y funcionan 24 horas de todos los días.
- ⁶⁶ Ministerio de Salud Pública. Manual de Organización de las Areas de Salud. Sistema Regionalizado de Servicios. Quito-Ecuador. Marzo de 1994.
- ⁶⁷ Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Areas de Salud. Sistema Regionalizado de Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades de Salud. Agosto 1999.
- ⁶⁸ Ministerio de Salud Pública. Manual de Organización de las Areas de Salud. Sistema Regionalizado de Servicios. Quito-Ecuador. Marzo de 1994.
- ⁶⁹ Presidencia de la República del Ecuador. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. 2002
- ⁷⁰ Ministerio de Salud Pública. Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador Quito-Ecuador. Octubre del 2002.
- ⁷¹ Presidencia de la República del Ecuador. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. 2002
- ⁷² INEC. Anuarios Vitales. Nacimientos y defunciones 1987 – 2001. Ecuador.
- ⁷³ Agustín Cueva. Desarrollo del Capitalismo en América Latina. Ecuador. 1979.
- ⁷⁴ INEC. VI Censo de Población y V de Vivienda. Ecuador . 2001
- ⁷⁵ INEC. Estadísticas Vitales. Nacimientos y Defunciones. Ecuador. 1977 al 2002.
- ⁷⁶ Esperanza de vida: Incremento de 54.7 años en el quinquenio 1960 – 1965 a 69.9 años en el quinquenio 1995-2000. INEC. Datos Vitales.

-
- ⁷⁷ Dependencia Demográfica.- Es el grupo de población no económicamente activa que depende del grupo poblacional considerado como población económicamente activa. CELADE.
- ⁷⁸ Organización Panamericana de la Salud, oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Cuidado Innovador para las Condiciones Crónicas; Agenda para el Cambio. Informe Global. Washington . 2003.
- ⁷⁹ INEC. Censos de Población. Años 1982 y 2001. Ecuador.
- ⁸⁰ INEC. Censos de Población 1982 y 2001.
- ⁸¹ Breilh Jaime. Epidemiología Economía Medicina y Política. Quito-Ecuador 1988
- ⁸² Guerrero González Medina. Epidemiología. México. 1986.
- ⁸³ Breilh Jaime. Granda Edmundo. Investigación de la Salud en la Sociedad. Ediciones CEAS. Quito 1982.
- ⁸⁴ INEC. Censos de Población y Vivienda. 1972 a 2001.
- ⁸⁵ Ricardo Uauy y Carlos Augusto Monteiro. The challenge of improving food and nutrition in Latin América. Food and Nutrition Bulletin. Vol. 25. 2004
- ⁸⁶ OPS. Revista Trimestral abril, mayo y junio 2004. Ecuador.
- ⁸⁷ OPS/OMS. Teoría de la Transición epidemiológica. Washington 2004.
- ⁸⁸ INEC. VI Censo de Población y V de vivienda. Ecuador . 2001.
- ⁸⁹ INEC. VI Censo de Vivienda y V de Población. Ecuador. 2001.
- ⁹⁰ Organización Panamericana de la Salud, oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Cuidado Innovador para las Condiciones Crónicas; Agenda para el Cambio. Informe Global. Washington . 2003.
- ⁹¹ INEC. Egresos Hospitalarios. Ecuador. 1982 – 2002.
- ⁹² INEC. Estadísticas Vitales. Nacimientos y Defunciones. Ecuador 2002.
- ⁹³ INEC. Estadísticas Vitales. Ecuador 2002.
- ⁹⁴ Michael Pratt, Enrique Jacoby and Andrea Neiman. Promoting physical activity in the Americas. Food and Nutrition bulletin, Vol 25 No2. The United Nations University. 2004.
- ⁹⁵ OPS/OMS. Futuros de la Investigación en Salud de América Latina. Washington. 2003. Boletín No 13.
- ⁹⁶ Abraham M. Lilienfeld. Fundamentos de Epidemiología. Nueva York. 1990
- ⁹⁷ Estadísticas Vitales. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos 1980 – 2002. Quito – Ecuador.
- ⁹⁸ Censos de Población y Vivienda. Ecuador. 1950 a 2001. Instituto Nacional de estadísticas y Censos.
- ⁹⁹ Organización Panamericana de la Salud, oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Cuidado Innovador para las Condiciones Crónicas; Agenda para el Cambio. Informe Global. Washington . 2003.

-
- ¹⁰⁰ Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de Salud en las Américas. Volumen 1. Edición 1998. Washington D.C. EUA.
- ¹⁰¹ OMS/OPS. Políticas Públicas Preventivas de las Enfermedades No Transmisibles. Washington. 2000.
- ¹⁰² 57ª Asamblea Mundial de la Salud. Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Washington . Mayo del 2004.
- ¹⁰³ OMS/OPS. Políticas Públicas Preventivas de las Enfermedades No Transmisibles. Washington. 2000.
- ¹⁰⁴ Federación Internacional de Diabetes. Combate la Obesidad Prevén la diabetes. Washington Noviembre 2004.
- ¹⁰⁵ Federación Internacional de Diabetes. Combate la Obesidad Prevén la diabetes. Washington Noviembre 2004.
- ¹⁰⁶ Organización Panamericana de la Salud. Desafíos Futuros para la Investigación en Salud en América Latina. Lacro Publicaciones. Washington. Junio del 2003.
- ¹⁰⁷ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Estadísticas Vitales Años 1987 al 2001
- ¹⁰⁸ Clemente Orellana Sáenz. Diabetología para el próximo Milenio. Quito- Ecuador. 1999.
- ¹⁰⁹ INEC. Anuario de Egresos Hospitalarios. De 1982 al 2001. Quito.
- ¹¹⁰ INEC. Egresos Hospitalarios. Ecuador . 1987 - 2001.
- ¹¹¹ OMS/OPS. Cuidado Innovador para la Condiciones Crónicas: agenda para el Cambio. Washington 2002.
- ¹¹² INEC. Egresos Hospitalarios. Ecuador. Promedio de los años 1987 al 2001.
- ¹¹³ OMS/OPS. Políticas Públicas Preventivas de las Enfermedades No Transmisibles. Washington. 2000.
- ¹¹⁴ OMS/OPS. Cuidado Innovador para la Condiciones Crónicas: agenda para el Cambio. Washington 2002.
- ¹¹⁵ 57ª Asamblea Mundial de la Salud. Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Washington . Mayo del 2004.
- ¹¹⁶ Ricardo Uauy y Carlos Augusto Monteiro. The challenge of improving food and nutrition in Latin América. Food and Nutrition Bulletin. Vol. 25. 2004
- ¹¹⁷ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Estadísticas Vitales. Ecuador 2002.
- ¹¹⁸ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Egresos Hospitalarios. Ecuador. 2002.
- ¹¹⁹ INEC. Egresos hospitalarios. Ecuador. 2002.
- ¹²⁰ Actualizaciones de las Guías de Hipertensión Arterial. Sociedad Española de Cardiología. Madrid – España. 2003.
- ¹²¹ The Journal of the American Medical Association. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, detection, Evaluation and Treatment of high Blood Pressure. Mayo 2003.

-
- ¹²² Caribbean Food and Nutrition Institute. High Blood Pressure : The Silent Disease, Part 1. Campus Mona Kington. September. 2003.
- ¹²³ Sociedad Ecuatoriana de Cardiología. Prevalencia de la Hipertensión Arterial en el Ecuador. Quito-Ecuador. 1998.
- ¹²⁴ Actualizaciones de las Guías de Hipertensión Arterial. Sociedad Española de Cardiología. Madrid – España. 2003.
- ¹²⁵ Actualizaciones de las Guías de Hipertensión Arterial. Sociedad Española de Cardiología. Madrid – España. 2003.
- ¹²⁶ The Journal of the American Medical Association. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, detection, Evaluation and Treatment of high Blood Pressure. Mayo 2003.
- ¹²⁷ Sociedad Europea de Cardiología e Hipertensión Arterial. Actualización de la Guía de Hipertensión Arterial. Junio . 2003.
- ¹²⁸ Ministerio de Salud Pública Ecuador. Manual de Guías de las principales Enfermedades No Trnsmisibles. Ecuador. 2005.
- ¹²⁹ The New England Journal of Medicine. Las sociedades europeas de hipertensión y cardiología defienden el tratamiento individualizado del paciente hipertenso. Vol. 1342. Pág. 21 –29. Abril 2004.
- ¹³⁰ Sociedad Europea de Hipertensión. Normas para el Control de la Hipertensión. Sexta Revisión. Suiza. Julio. 2003.
- ¹³¹ Boletín noticias de Salud. Diferencias entre las guías propuestas por las sociedades Europeas de Hipertensión y Cardiología y el Joint National Committee (7º). España. 2003.
- ¹³² Boletín noticias de Salud. Diferencias entre las guías propuestas por las sociedades Europeas de Hipertensión y Cardiología y el Joint National Committee (7º). España. 2003.
- ¹³³ Sociedad de Cardiología e Hipertensión Europea. Primera Guía Europea de Manejo de la Hipertensión. Italia. 2003.
- ¹³⁴ Joint National Committee. Seven Report of prevention, Detection, Evaluation and Tratment of High Blodd Pressure. EEUU. 2003.
- ¹³⁵ Caribbean Food and Nutrition Institute. High Blood Pressure : The Silent Disease, Part 1. Campus Mona Kington. September. 2003.
- ¹³⁶ Caribbean Food and Nutrition Institute. High Blood Pressure : The Silent Disease, Part 1. Campus Mona Kington. September. 2003.
- ¹³⁷ Law CM, Egger P, Delgado H, y Col. Body size at birth and blood pressure among children in developing countries. East Africa. 1997.
- ¹³⁸ Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud. Cuidado innovador para las condiciones Crónicas. Washington. 2003.
- ¹³⁹ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Egresos Hospitalarios. Ecuador. 1987 – 2001.
- ¹⁴⁰ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Estadísticas Vitales. Ecuador. 1987 –1998.
- ¹⁴¹ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Anuarios de Producción de los Servicios de Salud. Ecuador. 2001 - 2001.

¹⁴² Organización Mundial de la Salud – Organización Panamericana de la Salud. 37ª Sesión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo. Obesidad Alimentación y Actividad Física. Washington DC. 2003.

¹⁴³ Finn Diderichsen and Margaret Withead. The Social Basis of Disparities in Health. Cambridge University Press. 2002.

¹⁴⁴ World Health Organization. International Diabetes Federation. Diabetes Action Now. Suiza. 2004.

¹⁴⁵ World Health Organization. International Diabetes Federation. Diabetes Action Now. Switzerland. 2003.

¹⁴⁶ Organización Mundial de la Salud. Federación Internacional de Diabetes. Combate la Obesidad, Prevén la Diabetes. Día Mundial de la diabetes. Noviembre 2004.

¹⁴⁷ Sociedad Ecuatoriana de Endocrinología. 1er Consenso Ecuatoriano de Obesidad. Ayangue – Ecuador. 2001.

¹⁴⁸ Pasquel M, Moreno M. Transición Epidemiológico Nutricional en el Ecuador. Metrociencia . Quito – Ecuador. 1998.

¹⁴⁹ WHO. Global database on Child Growth and malnutrition. WHO/NUT . Geneva, World Health Organization. 1997.

¹⁵⁰ National Heart, Lung and Blood Institute. National cholesterol Education Program. Adult Treatment Panel III. Bethesda. 2001.

¹⁵¹ Pasquel Miguel, Marina Moreno y Adriana Carvajal. Transición Epidemiológica Nutricional del Ecuador, Primera Parte: Análisis Integral de la Situación Agro-Alimentaria-Nutricional y de Salud (1980–1992). Metro Ciencia Vol. 4 No.1. 1995.

¹⁵³ Pasquel M, Moreno M. Transición Epidemiológico Nutricional en el Ecuador. Metrociencia . Quito – Ecuador. 1998.

¹⁵³ WHO. Global database on Child Growth and malnutrition. WHO/NUT . Geneva, World Health Organization. 1997.

¹⁵⁴ World Health Organization. International Diabetes Federation. Diabetes Action Now. Suiza. 2004.

¹⁵⁵ 57ª Asamblea Mundial de la Salud. Estrategia Sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Ginebra. 2004.

¹⁵⁶ Instituto Nacional de Estadística y Censos. Egresos Hospitalarios. 1987 y 2001. Quito- Ecuador.

¹⁵⁷ Grupo de Trabajo sobre Riesgo Cardiovascular de Valladolid. Guía de Obesidad. INSALUD – España. 2001

¹⁵⁸ National Heart, Lung and Blood Institute. National cholesterol Education Program. Adult Treatment Panel III. Bethesda. 2001.

¹⁵⁹ National Heart, Lung and Blood Institute. National cholesterol Education Program. Adult Treatment Panel III. Bethesda. 2001.

¹⁶⁰ Síndrome Metabólico: conjunto de factores de riesgo relacionados con la resistencia a la insulina. La insulina controla en el organismo el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas. La presencia de 3 o más de los siguientes factores diagnostican el síndrome:

- Obesidad abdominal: circunferencia cintura: H > 102cm M:> 88 cm.

-
- Hiperglucemia en ayunas: > 100 mg/dl
 - Triglicéridos altos: \geq 150 mg
 - HDL bajo : < 50mg/dl mujeres <40 mg/dl hombres
 - Hipertensión Arterial: \geq 130/85

¹⁶¹ Sociedad Española de Endocrinología. Guía clínica para el control de la dislipidemia. España . 2002.

¹⁶² Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. 130ª Sesión del Comité Ejecutivo. La Respuesta de la Salud Pública a las Enfermedades Crónicas. Washington EUA- 2002.

¹⁶³ Organización Mundial de la Salud. 57ª asamblea Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Ginebra. 2002.

¹⁶⁴ Federación Latinoamericana de las Sociedades de Obesidad. 1ª Convención Latinoamericana para Consenso en Obesidad. Brasil 1998.

¹⁶⁵ Sociedad Ecuatoriana de Endocrinología. 1er. Consenso Ecuatoriano de Obesidad. Ayangue – Ecuador. 2001.

¹⁶⁶ Federación Latinoamericana de Sociedades de Obesidad. 1er Consenso Latinoamericano de Obesidad. Brasil, Río de Janeiro. 1998.

¹⁶⁷ International Diabetes Federation. Diabetes and Obesity: Time to Act. Washington. 2004.

¹⁶⁸ American Medical Association. Cardiorespiratory fitness in Young Adulthood and the Development of Cardiovascular Disease Risk Factors, Bulletin of the American Medical Association. 2003. 290: 3092-3100.

¹⁶⁹ 37ª Sesión del Subcomité de Planificación y Programación del comité Ejecutivo. Obesidad , alimentación Actividad Física. Washington . EUA. 2003.

¹⁷⁰ Michael Pratt, Enrique Jacoby and Andrea Neiman. Promoting physical activity in the Americas. Food and Nutrition bulletin, Vol 25 No2. The United Nations University.2004.

¹⁷¹ Ricardo Uauy and Carlos Augusto Monteiro. The Challenge of Improving Food and Nutrition in Latin America.

¹⁷² Enrique R. Jacoby, guest editor. OMS Regional Consultation of the Americas: A call to actin. Food and Nutrition Bulletin vol 25 No 2 . 2004

¹⁷³ Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial sobre Régimen alimentario, Actividad Física y Salud. Ginebra . 2002

¹⁷⁴ OMS/OPS. 37ª Sesión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo. Washington D.C. EUA. 2003.

¹⁷⁵ Ricardo Uauy and Carlos Augusto Monteiro. The Challenge of improving Food and Nutrition in Latin America. Food and Nutrition Bulletin Vol. 25 No 2 2004.

¹⁷⁶ Diabetes and Obesity : Time to Act. International Diabetes Federation.2004.

¹⁷⁷ Organización Mundial de la Salud. 51ª Asamblea Mundial de la Salud. Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles. Washington. 2002.

¹⁷⁸ Michael Pratt, Enrique Jacoby and Andrea Neiman. Promoting Physical Activity in the Americas. Food and Nutrition Bulletin. Vol 25 No 2. 2004. The United Nations University.

¹⁷⁹ OPS/OMS. 130ª Sesión del Comité Ejecutivo. La Respuesta de Salud Pública a las Enfermedades Crónicas. Washington D.C. EUA. 2002.

-
- ¹⁸⁰ Evaluación de las Unidades Operativas del Ministerio de Salud. Dirección Provincial de salud de Pichincha. 1999 –2002.
- ¹⁸¹ Departamento de Investigación para el Control de la Hipertensión Arterial Sistémica. Departamento nacional de Investigaciones Cardiovasculares. Dr. Marcelo Moreano. Quito-Ecuador 1978.
- ¹⁸² Sociedad Ecuatoriana de Cardiología. Prevalencia de la Hipertensión Arterial en el Ecuador. Quito-Ecuador. 1998.
- ¹⁸³ OPS/OMS. La Rectoría de los Ministerios de Salud Pública en los Procesos de la Reforma Sectorial. Washington . 1997.
- ¹⁸⁴ INEC. Producción de Servicios de Salud. Quito – Ecuador – 2003.
- ¹⁸⁵ Organización Mundial de la Salud. 51ª Asamblea Mundial de la Salud. Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles. Washington. 2002
- ¹⁸⁶ Manual de Organización de las Areas de Salud. Ministerio de Salud Pública,NINA Comunicaciones. 1994.
- ¹⁸⁷ Dra. Silvia Martínez Calvo. Valoración epidemiológica de las actividades de atención primaria de salud. Revista mgi. Vol 119. Madrid.
- ¹⁸⁸ Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud, Salud al Alcance de Todos. 2003. Publicación Científica y Técnica. No 589.
- ¹⁸⁹ Estadísticas de las Enfermedades. Dirección Nacional de Epidemiología. Ministerio se Salud Publica. Quito-Ecuador. 1990-2003.
- ¹⁹⁰ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Estadísticas Vitales. Ecuador 1987 – 2002.
- ¹⁹¹ Ministerio de Salud Pública del ecuador. Rol del Estado , Políticas Nacionales de Salud y Reforma Constitucional. Propuesta para mejorar la slud de todos los ecuatorianos/as. Quito – Ecuador . 1998.
- ¹⁹² Piedra María del Carmen. Desarrollo Local y Salud. Universidad Técnica Particvular de Loja. Módulo No 1. Quito – Ecuador. 2002.
- ¹⁹³ Dirección Provincial de Salud de Pichincha. Evaluación de Areas y Hospitales. 1999 –2003.
- ¹⁹⁴ Dirección Provincial de Salud de Pichincha. Permisos de Funcionamiento de las unidades de Salud. 1998 –2003.
- ¹⁹⁵ Ministerio de Salud Pública del ecuador. Rol del Estado , Políticas Nacionales de Salud y Reforma Constitucional. Propuesta para mejorar la slud de todos los ecuatorianos/as. Quito – Ecuador . 1998.
- ¹⁹⁶ Cueva Agustín. El Proceso de Dominación Política en el Ecuador. Editorial Planeta 1988. Quito – Ecuador.
- ¹⁹⁷ Jorge Núñez et al. Historia del Seguro Social Ecuatoriano. Segunda Edición 1992. Quito – Ecuador.
- ¹⁹⁸ Jorge Núñez et al. Historia del Seguro Social Ecuatoriano. Segunda Edición 1992. Quito – Ecuador.
- ¹⁹⁹ INEC. Resgistro de Producción de Servicios. 2003. Quito-Ecuador.

-
- ²⁰⁰ Conferencia Internacional “ Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles“. Aporte a la Política Nacional de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles en Chile. Santiago. Chile. 2002.
- ²⁰¹ Secretaria Distrital de Salud de Bogota, DC. Dirección de Salud Publica. Area de Análisis y Políticas en Salud Pública. Lineamientos de la política publica de prevención de las enfermedades crónicas en Bogota DC. Bogota 2002
- ²⁰² OMS-OPS, 37ª Sesión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo. Obesidad Alimentación y Actividad Física. Marzo 2003. Washington DC.
- ²⁰³ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Egresos Hospitalarios. Quito.2003.
- ²⁰⁴ Conferencia Internacional “ Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles“. Aporte a la Política Nacional de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles en Chile. Santiago. Chile. 2002.
- ²⁰⁵ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Estadísticas Vitales. Ecuador 1987 – 2002.
- ²⁰⁶ Estadísticas de las Enfermedades. Dirección Nacional de Epidemiológica. Ministerio se Salud Publica. Quito – Ecuador. 1990 2003.
- ²⁰⁷ Michael Pratt. Promoting Physical activity in the Americas. Food an Nutrition Bulletin, vol 25 no 2. 2004. The United Nations University.
- ²⁰⁸ OMS/OPS. Cuidado Innovador para las condiciones Crónicas. Agenda para el Cambio. Washington. 2003.
- ²⁰⁹ 57ª Asamblea Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario actividad física y salud. Mayo 2004.
- ²¹⁰ OMS-OPS, 37ª Sesión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo. Obesidad Alimentación y Actividad Física. Marzo 2003. Washington DC.
- ²¹¹ Enrique Jacoby. PAHO Regional Consultation of the Americas: A call to action. Food and Nutrition Bulletin, Vol no 2 2004. The United Natios University.
- ²¹² Ricardo Uauy. The challenge of improving food and nutrition in Latin America. Food and Nutrition Bulletin Vol 25 no 2 .2004. The United Nations University.
- ²¹³ Secretaria Distrital de Salud de Bogota, DC. Dirección de Salud Pública. Area de Análisis y Políticas en Salud Publica. Lineamientos de la política pública de prevención de las enfermedades crónicas en Bogota DC. Bogota 2002
- ²¹⁴ OMS/OPS. 37ª Sesión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo. Washington D.C. EUA. 2003.
- ²¹⁵ OMS/OPS. Cuidado Innovador para las condiciones crónicas. Washington D.C. 2003.
- ²¹⁶ Secretaria Distrital de Salud de Bogota, DC. Dirección de Salud Pública. Area de Análisis y Políticas en Salud Publica. Lineamientos de la política pública de prevención de las enfermedades crónicas en Bogota DC. Bogota 2002
- ²¹⁷ Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud, Salud al Alcance de Todos. 2003. Publicación Científica y Técnica. No 589.
- ²¹⁸ Ayala Munive Eduardo. Teoría de las Organizaciones. Universidad Técnica Particular de Loja. 2002.

-
- ²¹⁹ Congreso Nacional. Ley Especial de Descentralización del Estado y de Participación social. Registro Oficial. Quito. 1997.
- ²²⁰ Manual de Organización de las Areas de Salud. Ministerio de Salud Publica. NINA Comunicaciones. 1994.
- ²²¹ Concejo Nacional de Salud: Carrera Sanitaria en la Reforma de Salud. Quito. Memoria del Seminario. Quito. 1991
- ²²² Piedra, María del Carmen. Perfil Demográfico, Epidemiológico y Desarrollo de los Servicios. Unidad 2. Módulo 1. Universidad Técnica de Loja. Quito – Ecuador. 2002.
- ²²³ OPS/OMS. Envejecimiento en Latino América. Salud y Protección. 2004.
- ²²⁴ Conferencia Internacional “ Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles“. Aporte a la Política Nacional de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles en Chile. Santiago. Chile. 2002.
- ²²⁵ Manual de Organización de las Areas de Salud. Ministerio de Salud Publica. NINA Comunicaciones. 1994.
- ²²⁶ “Rol del Estado, Políticas Nacionales de Salud y Reforma Constitucional” Ministerio de Salud Pública, Consejo Nacional de Salud. 1998.
- ²²⁷ Sistema Regionalizado de Servicios de Salud y Capacidad Resolutiva de las Unidades de Salud. Ministerio de Salud Pública. Cuarta Edición.1999.
- ²²⁸ “Rol del Estado, Políticas Nacionales de Salud y Reforma Constitucional” Ministerio de Salud Pública, Consejo Nacional de Salud. 1998.
- ²²⁹ Dirección Metropolitana de Salud. Salud para el Bienestar y Desarrollo en Quito del Siglo XXI. Quito. 2000.
- ²³⁰ OMS/OPS. Cuidado Innovador para las Condiciones Crónicas. Washington. 2003.
- ²³¹ Conferencia Internacional “ Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles“. Aporte a la Política Nacional de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles en Chile. Santiago. Chile. 2002.
- ²³² Secretaria Distrital de Salud de Bogota, DC. Dirección de Salud Publica. Area de Análisis y Políticas en Salud Pública. Lineamientos de ka política publica de prevención de las enfermedades crónicas en Bogota DC. Bogota 2002