

**BASES PARA UN PLAN DE
SALUD DE LA REPUBLICA
DEL ECUADOR**

*DR. FELIPE AROCA CAMPODONICO
MAESTRO EN SALUD PUBLICA*

*DR. CARLOS E. VASQUEZ MORENO
MAESTRO EN SALUD PUBLICA*

INTRODUCCION

El presente documento tiene la finalidad de poner a consideración de los gobernantes o de quienes aspiren al poder, algunas sugerencias acerca de la política que sería deseable aplicar en el sector salud desde el punto de vista técnico y de la realidad que vive actualmente el pueblo ecuatoriano, con el objeto de hacer los esfuerzos posibles para sacarle del estado de subdesarrollo en el que se encuentra debido posiblemente a una sucesión histórica de decisiones improvisadas, producto del desconocimiento del medio, de los recursos con los que cuentan los pueblos y de las necesidades reales que se siente en cada una de las localidades que conforman la nación.

Ha primado en la elaboración de este trabajo el criterio estrictamente ético profesional de salubristas, cuya filosofía y objetivos se orientan a investigar y exponer la veracidad de los hechos y proponer las medidas que se consideren más idóneas para hacer viable el camino que busca la satisfacción de las necesidades sentidas de los pueblos, que es el objeto de la planificación y la manera racional de hacer las cosas.

En el año 1984 un grupo de profesionales especializados en salud pública* con experiencia de muchos años de servicio a la comunidad en este campo específico, elaboró un proyecto de instrumento referencial sobre política de salud. El presente trabajo es el resultado de la revisión e información estadística actualizada del mencionado instrumento básico.

* Coautores del documento básico:

M.S.P. Dres. Felipe Aroca C., Carlos E. Vásquez M., Carlos Posligua Mora, Gonzalo Calero H., Ing. Guillermo Varas P.

CONTENIDO Y METODOLOGIA

Con la aspiración de formular una secuencia lógica al tratar el tema del presente estudio, se ha ajustado al siguiente esquema:

Capítulo I: que trata del diagnóstico de la situación, lleva la intención de presentar el nivel de salud de la población ecuatoriana fundamentado en las estadísticas; con este objeto se pone a consideración algunos indicadores y la relación pertinente entre los diferentes factores que los condicionan para luego proponer medidas de corrección en base a proyecciones pronósticas que lleven a la consecución de cambios significativos con la aplicación de una política de salud caracterizada por la innovación y mayor racionalidad.

El capítulo II: ofrece una sinopsis analítica de la situación de salud como consecuencia del cruzamiento e interacción de las diferentes variables que, como indicadores de salud y de otros componentes del desarrollo social se exponen en cuadros estadísticos con datos procesados y comentados, con el propósito de presentar en forma objetiva el problema real que para los ecuatorianos representa el actual nivel de salud, a cuyo mejoramiento se ha de propender en base a las conclusiones resultantes del análisis, de tal manera que las alternativas propuestas sean lo más reales y concretas y así ofrecer al nivel de decisión las pautas para el establecimiento de su política en materia de salud.

El capítulo III: propone el proyecto de formulación de la política de salud como parte del plan nacional de desarrollo en base a la situación previamente diagnosticada, señalando caminos viables y factibles que habrán de conducir a una elevación del nivel de salud en los próximos años.

El mejoramiento del nivel de salud deberá manifestarse por la evaluación, entre otras, de las siguientes variables:

- a) - Mayor expectativa de vida al nacimiento y por edades seleccionadas.
- b) - Reducción de las tasas de morbilidad por las 10 primeras causas observadas actualmente.
- c) - Erradicación de enfermedades imputables al mal saneamiento ambiental y a la desnutrición.
- d) - Mejoramiento del saneamiento básico.
- e) - Reducción de las tasas de mortalidad general, infantil y materna, en orden prioritario.

CAPITULO I

DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD

1.1.- Información demográfica

1.2.- Nivel de salud

1.3.- Factores condicionantes:

1.3.1 - Económicos y sociales

1.3.2 - Nutricionales

1.3.3 - Saneamiento ambiental

1.3.4 - Inventario de recursos y utilización.

POBLACION DEL ECUADOR SEGUN SEXO Y DISTRIBUCION

Censos de los años 1974 y 1982 - Proyecciones para los años 1988 y 1990

Tabla N° 1

CENSO DEL AÑO	N° DE HABITANTES	SEXO		DISTRIBUCION		POBLACION AJUSTADA AL 30 DE JUNIO	TASA DE CRECIMIENTO ANUAL E INTERCENSAL	
		HOMBRES	MUJERES	URBANA	RURAL		1962-1964	1974-1982
8 de Junio de 1974	6' 521.710	3'258.413 49,96%	3'263.297 50,04%	2'686.945 41,2%	3'834.765 58,8%	6'533.213	3,19%	
28 Nvbre de 1982	8' 138.974	4'021.034 49, 4%	4'117.940 50, 6%	3'985.492 49,0%	4'153.482 51,0%	8'060.019		2,66%
Proyeccion año 1988	9' 401.946	4'649.007 49. 4%	4'752.939 50. 6%	4'766.786 50,7%	4'635.160 49,3%	9'401.946		2,66%
Proyeccion año 1990	9' 897.203	4'889.218 49. 4%	5'007.985 50, 6%	5'017.882 50,7%	4'879.321 49,3%	9'897.203		2,66%

Fuente: Datos definitivos del III Censo de Población del año 1974 y del IV año 1982.- INEC.

Es notable el incremento de la población urbana a expensas de la rural, que del 41,2% registrado 1974 pasa al 49,0% en 1982 y al 50,7% para 1988; pues desde el año 1983 hasta febrero de 1987 son elevadas a la categoría de cantones 28 parroquias rurales, cuyas cabeceras pasan a considerarse urbanas, así como la incorporación de 9 parroquias periféricas a capitales provinciales dentro del área urbana. Se observa asimismo el descenso de la tasa de crecimiento anual intercensal que de 3,19% que correspondió al período 1962 - 1974, baja a 2,66% para el período 1974-1982.

POBLACION DEL ECUADOR POR GRUPOS PROGRAMATICOS

Tabla N° 2

AÑO	GRUPOS DE EDAD PROGRAMATICOS											
	- 1 año Infantes	%	1 a 5 años Pre-escolar	%	6 a 14 años	%	15 y más Adultos	%	M. E. F. * 14 a 49 años	%	Embarazos esperados	%
1974	261.329	4,0	1'143.312	17,5	1'574.504	24,1	3'554.068	54,4	1'463.440	22,4	241.729	3,7
1982	240.189	2,98	1'310.559	16,26	1'919.090	23,81	4'590.181	56,95	2'099.895	24,4	301.140	3,7
1988	280.178	2,98	1'528.756	16,26	2'238.603	23,81	5'354.409	56,95	2'294.075	24,4	347.872	3,7
1990	294.937	2,98	1'609.285	16,26	2'356.524	23,81	5'636.457	56,95	2'414.918	24,4	366.196	3,7

*= Mujeres en edad fértil.

Fuente: Censos de Población de los años 1974 y 1982 ajustados al 30 de Junio y aplicación de la tasa de crecimiento anual de 2,66% para las proyecciones.

Se observa que la población ecuatoriana aunque sigue siendo predominantemente joven acusa un incremento de la población adulta, los habitantes de 15 y más años de edad que en 1974 representaba el 54,4% para el año 1982 es el 56,95%. El porcentaje de mujeres en edad fértil ha aumentado de 22,4% que registró en 1974 a 24,4% en 1982, manteniendo el mismo porcentaje de embarazos esperados de 3,7% de la población total o el 16,87% del grupo de mujeres en edad fértil.

• 1. 2 - NIVEL DE SALUD

La población ecuatoriana cuya estructura demográfica queda expuesta, presenta las siguientes características referentes a su nivel de salud:

Esperanza de vida al nacer:

*Período	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
1980-1985	62,25	66,39	64,27
1985-1990	63,39	67,59	65,44
1990-1995	64,50	68,78	66,59
1995-2000	65,56	69,94	67,70

**Tasa de natalidad - en el año 1984 = 22,6% habitantes

Mortalidad general - " = 5,8% "

Mortalidad infantil - " = 54,1% nacidos vivos

Mortalidad materna " = 1,9% " "

Fuentes: *Estimaciones y proyecciones de la población 1950-2000.-INEC/84

**División Político-Administrativa de la República del Ecuador-1986-INEC.

Estas características demuestran objetivamente que el nivel de salud del pueblo ecuatoriano es muy precario, las altas tasas de mortalidad referida en especial a la infantil y la poca expectativa de vida, es propio de los países de escaso desarrollo económico y social. Además la alta tasa de natalidad nos demuestra que hay predominio de población joven, nacen muchos niños cada año, pero muchos de ellos mueren meses o pocos años después, tal como se observa en la siguiente tabla que demuestra que la mortalidad en menores de 1 año es sumamente alta:

MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO-AÑO 1984

Tabla N°3

GRUPOS DE EDAD	SEXO		
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Menores de 1 año	6.089	5.072	11.161
De 1 a 14 años	4.478	4.067	8.545
De 15 a 49 años	6.135	3.756	9.891
De 50 a 64 años	3.474	2.415	5.889
65 y más años	8.631	8.260	16.891
Edad ignorada	345	396	741
TOTAL	29.152	23.966	53.118

Fuente: "Encuesta Anual de Estadísticas Vitales" - 1984 .-INEC.

Del total de 53.118 defunciones ocurridas en el año 1984, el 25,19% es decir 13.382 carecen de certificación médica.

Las defunciones de menores de un año se descompone de la siguiente manera:

Menores de 1 mes: 2.341 varones y 1.736 mujeres, Total: 4.104

De 1 a 11 meses: 3.748 " y 3.309 " " 7.057

TOTAL 6.089 5.072 11.161

Defunciones fetales en el año 1984 = 4.276

" maternas 384

La sobrevivencia registrada en el Censo del año 1982 fue la siguiente:

HIJOS NACIDOS VIVOS, ACTUALMENTE VIVOS Y PORCENTAJE DE SUPERVIVENCIA
SEGUN AREA

Tabla N° 4

AREA	NACIDOS VIVOS	ACTUALMENTE VIVOS	PORCENTAJE DE SOBREVIVENCIA
Urbana	3'404.179	2'989.103	87,8
Rural	4'328.656	3'466.743	80,1
TOTAL	7'732.835	6'455.846	83,5

Fuente: "Breve análisis de los resultados definitivos del IV Censo Nacional de Población del año 1982" - INEC.

Del total de 206.243 nacidos vivos en el año 1984, el 52,36% es decir 107.984 vinieron al mundo sin atención profesional, correspondiendo el 23,8% al área urbana y el 76,2% al área rural (Tabla No. 5).

Es de anotar que en los países de mejor desarrollo económico y social han pasado a través de muchos años de evolución por tres etapas consecutivas caracterizadas por predominio de ciertas enfermedades como causa de muerte; así una primera etapa en la que predominaron las enfermedades infecciosas y nutricionales; una segunda etapa con el

predominio de enfermedades degenerativas, como las cardiovasculares y tumorales; y una tercera etapa caracterizada por las afecciones de tipo social o tensional, tales como accidentes, violencias, trastornos psíquicos, alcoholismo, toxicomanías.

La siguiente tabla con las principales causas de mortalidad que ocurren en el país nos demuestra el predominio de las enfermedades que caracterizan a la primera etapa, aunque simultáneamente se hacen evidentes las de la segunda etapa y en menor intensidad las de la tercera; siendo controlables las primeras con diversas medidas de prevención (Tabla 6)

MORBILIDAD

Aunque sólo se dispone de referencias sobre morbilidad relacionada con los egresos hospitalarios, ya que la morbilidad referente a la atención de enfermos ambulatorios atendidos en los centros, subcentros, puestos de salud, dispensarios y consulta externa de los hospitales no existe, tanto porque no siempre se registra los diagnósticos y cuando se registra no se los procesa ni se informa; mas, por investigación realizada en entrevistas directas a los médicos tratantes de estas unidades de salud, se puede concluir que la frecuencia es similar a las entidades nosológicas registradas como causa de mortalidad, esto es: predominio de las enfermedades infectocontagiosas, que pueden ser controladas significativamente con medidas de prevención.

Muchas de las camas hospitalarias que actualmente son ocupadas con pacientes que adolecen de este tipo de enfermedades, una vez controladas pueden ser utilizadas para usuarios afectados con otras enfermedades como por ejemplo: del aparato circulatorio, traumatismos, trastornos mentales, tumores y otros que muestran tendencia el aumento de frecuencia.

En la actualidad se observa un predominio de las enfermedades infec-

POBLACION TOTAL ESTIMADA, NATALIDAD, MORTALIDAD GENERAL, MORTALIDAD INFANTIL
Y MORTALIDAD MATERNA ANUAL EN EL PERIODO 1970 - 1984

Tabla N° 5

AÑO	POBLACION AL 30 - VI (En miles)	NATALIDAD		MORTALIDAD GRAL.		MORTAL. INFANTIL		MORTAL. MATERNA	
		NUMERO	TASA*	NUMERO	TASA*	NUMERO	TASA**	NUMERO	TASA**
1970	6.050.5	230.184	38,0	60.495	10,0	17.633	76,6	529	2,3
1971	6.239.5	243.506	39,0	63.906	10,2	19.119	78,5	495	2,0
1972	6.432.2	242.958	37,8	67.837	10,5	19.899	81,9	486	2,0
1973	6.628.8	244.294	36,9	65.867	9,9	18.527	75,8	471	1,9
1974	6.829.5	244.530	35,8	64.278	9,4	17.161	70,2	498	2,0
1975	7.034.5	242.554	34,5	55.053	7,8	14.559	60,0	513	2,1
1976	7.242.9	252.456	34,9	60.669	8,4	16.389	64,9	475	1,9
1977	7.454.5	251.734	33,8	59.150	7,9	15.849	63,0	444	1,8
1978	7.670.8	262.027	34,2	56.601	7,4	14.832	56,6	498	1,9
1979	7.893.3	267.372	33,9	59.951	7,6	15.845	59,3	424	1,6
1980	8.123.3	262.778	32,3	57.020	7,0	14.261	54,3	426	1,6
1981	8.361.3	264.963	31,7	54.910	6,6	13.402	50,6	443	1,7
1982	8.606.1	262.102	30,5	53.009	6,2	13.101	50,0	394	1,5
1983	8.857.4	253.990	28,7	55.202	6,2	12.694	50,0	413	1,6
1984	9.114.8	206.243	22,6	53.118	5,8	11.161	54,1	384	1,9

* Tasa por 1.000 habitantes

/ ** Tasa por 1.000 nacidos vivos

Nacimientos sin atención profesional, en el año 1984 = 107.984 = 53,36 %

Defunciones sin certificado médico en dicho año: 13.382 = 25,19 %

Fuente: Encuesta anual de estadísticas vitales (Nacimientos y Defunciones) 1984 - INEC

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE OCURRIDAS EN EL AÑO 1984

(Lista abreviada de 50 grupos)

Tabla N° 6

CAUSAS	NUMERO	TASA *
1.- Enfermedades infecciosas intestinales	4.413	48,4
2.- Neumonía	2.842	31,2
3.- Enfermedad cerebrovascular	2.298	25,2
4.- Bronquitis, enfisema y asma	2.130	23,4
5.- Accidentes de tráfico de vehículos a motor	1.770	19,4
6.- Enfermedad isquémica del corazón	1.502	16,5
7.- Tuberculosis	1.312	14,4
8.- Otra desnutrición proteínocalórica	1.303	14,3
9.- Sarampión	1.181	13,0
10.- Tumor maligno del estómago	1.110	12,2

* Por cada 100.000 habitantes

Fuente: Encuesta Anual de Estadísticas Vitales - Nacimientos y Defunciones
1984 - INEC.

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL (-1año) OCURRIDAS EN 1984

(Lista básica de 307 grupos)

Tabla N° 7

C A U S A S		
1.- Enteritis y otras diarreas	2.007	97,3
2.- Bronquitis, bronquiolitis, enfisema y asma	1.358	65,8
3.- Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	1.233	59,8
4.- Otras respiratorias del feto y del recién nacido	838	40,6
5.- Bronconeumonía y neumonía por organismos no especificados	764	37,0
6.- Desnutrición	546	26,5
7.- Infecciones propias del periodo perinatal	508	24,6
8.- Anomalías congénitas	472	22,9
9.- Síndrome de dificultad respiratoria	365	17,7
10.- Sarampión	303	14,7

* Tasa por 10.000 nacidos vivos

Fuente: Encuesta anual de estadísticas vitales - Nacimientos y defunciones
1984 - INEC.

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN EL PERIODO 1981 - 1984

(Lista abreviada de 50 grupos)

Tabla N° 8

CODIGO	CAUSAS DE MUERTE	AÑO 1981		AÑO 1982		AÑO 1983		AÑO 1984	
		Nº ord.	Defunc.	Nº ord.	Defunc.	Nº ord.	Defunc.	Nº ord.	Defunc.
01 a 07	Enfermedades infecciosas y parasitarias	1	9.866	1	8.511	2	8.446	2	7.973
46	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	2	8.750	2	8.026	1	8.615	1	8.410
Q25a 030	Enfermedades del aparato circulatorio	3	7.020	3	7.347	3	8.019	3	7.003
E47a E53	Accidentes y efectos adversos	4	4.866	4	4.932	4	5.173	4	4.852
08a 14	Tumores malignos	5	3.627	5	4.001	5	4.048	5	4.184
45	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	6	3.626	7	3.213	7	3.104	7	2.879
321	Neumonía	7	3.315	6	3.222	6	3.381	6	2.942
323	Bronquitis, enfisema y asma	8	2.416	8	2.325	8	2.074	8	2.130
192	Otra desnutrición proteino calórica	9	1.329	9	1.417	9	1.556	9	1.303
350	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	10	685	11	642	10	798	11	714
E55	Homicidio	11	653	10	691	11	750	10	828
200	Anemias	12	645	15	484	12	594	14	554
347	Cirrosis y otras enfer. crónicas hepáticas	13	519	13	545	14	546	15	540
44	Anomalías congénitas	14	507	12	549	13	573	12	595
181	Diabetes mellitus	15	485	14	513	15	522	13	555
39	Obstétricas directas	16	408	17	356	18	366	17	345
322	Influenza (gripe)	17	402	18	311	17	372	18	315
E54	Suicidio	18	321	16	374	16	389	16	393
220	Meningitis	19	249	20	111	19	270	19	310
341	Úlceras gástricas y duodenal	20	243	19	240	20	250	20	250

ciosas intestinales y las víricas, muchas de las cuales son controlables con medidas de saneamiento ambiental y de inmunización acompañadas de una intensa y continuada educación para la salud.

En fechas recientes se ha detectado pacientes con nuevas enfermedades para nuestro medio, como ocurre con la oncocercosis, la gnathostomiasis, la angiostrongiloidiasis y últimamente el síndrome de inmunodeficiencia adquirida o SIDA que al parecer ha sido introducida en el país por personas contagiadas en otros países con este problema y que por su característica de transmisión por vía sexual y no contar con medicación eficaz, ni vacuna y ser letal está causando pánico en la población.

Es de advertir que en el año 1984 se notificaron 76.668 casos de paludismo, 6.979 de sarampión, 77 casos de difteria y 7 de peste. En el año 1982 se registró 1.058 casos de hepatitis viral y en el año 1983 llamó la atención el registro de 65 casos de peste, 275 de pian, 380 de rubeola y 974 casos de parotiditis. Aunque no se dispone de datos precisos se sabe que hay aumento de casos de lepra, leishmaniasis y la detección de nuevas enfermedades como la oncocercosis, gnathostomiasis, angiostrongiloidiasis, SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) y otras.

EGRESOS HOSPITALARIOS SEGUN DIAGNOSTICO, OCURRIDOS EN EL PAIS EN 1986

(Lista abreviada de 50 grupos)

Tabla N° 9

D I A G N O S T I C O

Parto normal	108.471	23,7
Las demás causas de morbilidad	83.590	18,3
Afecciones obstétricas directas	51.621	11,3
Traumatismos y envenenamientos	39.302	8,6
Enfermedades infecciosas intestinales	27.545	6,0
Aborto	20.526	4,5
Enfermedades del aparato circulatorio	17.410	3,8
Enfermedades del aparato urinario	12.016	2,6
Hernia de la cavidad abdominal	9.841	2,2
Trastornos mentales	9.082	2,0
Apendicitis	8.540	1,9
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	7.709	1,7
Neumonía	7.433	1,6
Tumores malignos	7.266	1,6
Tuberculosis	6.051	1,3
Bronquitis, enfisema y asma	5.761	1,3
Anomalías congénitas	4.630	1,0
Enfermedades del ojo y sus anexos	4.182	0,9
Paludismo	4.173	0,9
Prolapso uterovaginal	2.916	0,6
Deficiencias nutricionales	2.841	0,6
Hiperplasia de la próstata	2.645	0,6
Tumor benigno del útero	2.602	0,6
Diabetes mellitus	2.494	0,5
Enfermedades crónicas de las amígdalas y vegetaciones adenoideas	2.250	0,5
Salpingitis y ooforitis	2.178	0,5
Úlceras gástrica y duodenal	2.141	0,5
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas	1.043	0,2
Enfermedades venéreas	366	0,1
Influenza (gripe)	232	0,1
Enfermedades de la glándula tiroidea	186	0,04
Sarampión	170	0,04
Enfermedades de los dientes y de sus estructuras de sostén	150	0,03
Esclerosis en placas	10	0,002
Infecciones meningocócicas	8	0,002
TOTAL	457.381	100,00

Fuente: "Anuario de Estadísticas Hospitalarias - 1986" - INEC.

REGISTRO DE CASOS NOTIFICADOS DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
OCURRIDAS EN EL PAIS EN LOS AÑOS 1972 - 1975 - 1980 - 85 y 86

Tabla N° 10

DIAGNOSTICO	1972	1975	1980	1985	1986
Influenza	14.373	23.227	23.968	39.085	...
Paludismo	6.705	6.554	8.706	69.050	54.734
Gonorrea	5.054	6.395	3.451	...	...
Sarampión	3.017	241	2.722	1.183	841
Tifoidea y paratifoidea	2.722	2.495	5.950	4.137	3.986
Otras enfermedades venéreas	2.133	1.637	5.548	...	...
Sífilis todas las formas	2.061	2.608	1.444	...	...
Tosferina	1.830	2.382	836	711	908
Tuberculosis todas las formas	1.650	2.790	3.950	...	4.978
Difteria	204	40	16	44	21
Poliomielitis aguda	108	101	11	-	20
Tétanos en menores de 28 días	...	90	28	91	69
Tétanos en mayores de 28 días	...	107	81	97	92
Encefalitis vírica por picadura de mosquitos	89	40	10	...	...
Infección meningocócica	70	33	13	...	...
Tifus epidémico transmitido por piojos	30	16	16	11	12
Rabia en el hombre	18	21	20	...	12
Peste	9	-	-	3	-
Fiebre amarilla	-	3	2	1	13
Pian	...	...	40	...	...
Diarreicas	...	...	...	...	103.808
Rabia en animales	629	883	912	16	...

... No hay información

Fuente: Boletín epidemiológico semanal del Ministerio de Salud Pública.

1.3 - FACTORES CONDICIONANTES

1.3.1: ECONOMICOS Y SOCIALES:

POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA

La población económicamente activa mayor de 12 años de edad representó el 63,3% del total en el censo del año 1974. La población al 30 de junio de dicho año fue de 6'533.213 habitantes, por consiguiente los mayores de 12 años fueron 4'323.390, de los cuales el 46,9% comprendía la población activa, el 51,6% la inactiva y el 1,5% no había declarado su condición a este respecto.

En el año 1982 la población mayor de 12 años fue de 5'173.600 habitantes, o sea el 64,18%, de los cuales el 45,3% corresponde a la población activa y el 54,7% a la inactiva.

En el año 1981 la tasa de desempleo fue de 3,1% y la tasa de inflación el 14,8%.

Lo ocurrido en el año 1982 se puede observar en la tabla No. 11 en la que se indica que el 51,4% de la población activa se encuentra en la zona urbana y el 46,8% en la rural. El 95,4% es población ocupada, de ésta el 51,2% es urbana y el 48,8% es rural, el 4,6% restante se encontró desocupada y de ésta el 55,9% estuvo en la zona urbana y el 44,1% en la rural.

De la población inactiva, que comprende a los estudiantes, domésticos, jubilados, pensionistas y otros, el 52% residía en la zona urbana y el 48% en la rural.

Del grupo de estudiantes que representa el 37,8%, los de la zona urbana son el 63,2% y los de la rural el 36,8%.

Del grupo de domésticos que representa el 56,9%, el 44,0% está en la zona urbana y el 56,0% en la rural.

Por último, el grupo de jubilados es tan sólo el 5,3% del total de población inactiva, residiendo el 58,9% en la zona urbana y el 41,1% en la rural.

Se observa un predominio de población activa en la zona urbana y en general también de población inactiva, así como un mayor porcentaje de estudiantes y jubilados, pensionistas y otros en esta misma zona (Véase Tabla No. 12)

POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA MAYOR DE 12 AÑOS
OCUPADA Y DESOCUPADA - AÑO 1982

Tabla N° 11

POBLACION	TOTAL	URBANA	RURAL	%
TOTAL	2'346.063	1'206.854	1'139.209	
%	100,0	51,4	48,6	100,0
OCUPADA	2'238.406	1'146.621	1'091.785	
%		51,2	48,8	95,4
DESOCUPADA	107.657	60.233	47.424	
%		55,9	44,1	4,6

Fuente: IV censo nacional de población y III de vivienda
1982 Breve análisis de los resultados definitivos-
INEC.

Según esta misma fuente, en el censo realizado en el año 1974 el número de desocupados fue de 61.408 personas, es decir que con relación al nuevo censo se elveva este grupo en el 73,5%.

En lo que se refiere al tipo de ocupación se observa en la tabla No. 13 que hay un amplio predominio de población dedicada a las actividades del agro, de la caza y de la pesca, que corresponde al sector primario, con una representación del 33,5% en el año 1982, seguido por el grupo dedicado a los servicios comunales, sociales y personales con el 23,6%, luego quienes se ocupan de las manufacturas que representa el 12,2%, continúa el grupo que trabaja en el comercio, el 11,6%; las otras ramas de actividad representan porcentajes menores, y es el más pequeño, con el 0,3% el grupo que se encuentra en la explotación de minas y canteras.

POBLACION MAYOR DE 12 AÑOS, INACTIVA - AÑO 1982

Tabla N° 12

POBLACION	TOTAL	URBANA	RURAL	%
TOTAL	2'827.537	1'471.806	1'355.731	
%	100,0	52,0	48,0	100,0
ESTUDIANTES	1'069.712	676.782	392.930	
%		63,2	36,8	37,8
SOLO QUEHACERES DOMESTICOS	1'609.169	707.420	901.749	
%		44,0	56,0	56,9
JUBILADOS, PENSIONISTAS Y OTROS	148.656	87.604	61.052	
%		58,9	41,1	5,3
Fuente: IV censo nacional de población y III de vivienda, 1982 - Breve análisis de los resultados definitivos - INEC.				

Con excepción de la población dedicada a la agricultura, silvicultura, caza y pesca y la explotación de las minas y canteras que pertenecen en mayor proporción a la rural, todas las otras ramas de actividad predominan en la población urbana.

POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA POR RAMAS DE ACTIVIDAD (Proyectada a junio de 1983)

Tabla N° 13

RAMAS DE ACTIVIDAD	TOTAL	%	URBANA	%	RURAL	%
Agricultura, silvicultura, caza y pesca	786.972	33,5	62.501	5,2	724.471	63,6
Explotación de minas y canteras	7.406	0,3	2.921	0,2	4.485	0,4
Manufactura	286.530	12,2	190.895	15,8	95.635	8,4
Electricidad, gas y agua	13.183	0,6	9.733	0,8	3.450	0,3
Construcción	158.009	6,7	100.827	8,4	57.182	5,0
Comercio	271.914	11,6	221.993	18,4	49.921	4,4
Transporte	101.321	4,3	75.035	6,2	26.286	2,3
Establecimientos financieros	44.116	1,9	41.711	3,5	2.405	0,2
Servicios	554.915	23,6	427.127	35,4	127.788	11,2
Actividades no bien especificadas	38.594	1,6	29.610	2,4	8.984	0,8
Trabajador nuevo	83.103	3,5	44.501	3,7	38.602	3,4
TOTAL	2'346.063	100,0	1'206.854	100,0	1'139.209	100,0

Fuente: IV censo nacional de población y III de vivienda 1982 - Breve análisis de los resultados definitivos-INEC

El producto interno bruto (PBI) que superó en el año 1981 en un 4,3% al que se obtuvo en el año 1980, sufre una continua caída desde el año 1982, afectado además por la devaluación de la unidad monetaria nacional, cotizado el dólar americano en S/. 25,00 precio de cambio en el año 1981, sube a S/.33,00 en el año 1982, a S/.54,10 en el año 1983 y a S/.151,92 en el año 1986. En lo que va del presente año 1987 llegó a la cotización de los S/.280,00 por cada dólar. (Tabla No. 14).

El efecto de la devaluación se ve claramente reflejada en la conversión del PBI per cápita en cada uno de los años indicados y explica el empobrecimiento del pueblo ecuatoriano y es paradójico que mientras pierde el poder adquisitivo la moneda nacional se opera en cambio una escalada exagerada de los precios de todos los bienes de consumo, aún de los más indispensables para la subsistencia del hombre, como son los alimentos, el vestido y la vivienda. Es un contrasentido que siendo la mayoría de la población, de escasos recursos económicos, con un gran porcentaje de desempleo y subempleo, el grupo sujeto a mayores riesgos de enfermar y por cierto es el más afectado, no tenga acceso a la adquisición de medicinas por el precio prohibitivo y la escasez de éstas.

PRODUCTO INTERNO BRUTO Y PER CAPITA

Tabla N° 14

AÑO	POBLACION TOTAL AL 30-VI	PRODUCTO INTERNO BRUTO (PBI) EN SUCRES CORRIENTES	PBI PER CAPITA		COTIZAC. OFICIAL DEL DOLAR	CRECIMIENTO PORCENTUAL DEL PBI PER CAPITA			
			EN SUCRES	EN DOLARES		1980-1981	1981-1982	1982-1983	1983-1986
1981	7'849.532	335.663'000.000	42.762,00	1.710,48	\$. 25,00	4,3			
1982	8'053.280	342.376'000.000	42.514,00	1.288,30	33,00		-0,6		
1983	8'262.665	331.078'000.000	40.069,00	740,65	54,10			-5,8	
1986	8'931.472	168.995'000.000	18.921,00	124,54	151,92				-52,8

Fuentes: CONADE / PROGEN / BANCO CENTRAL

ANALFABETISMO

La tasa de analfabetismo en mayores de 10 años que en el año 1974 estuvo en el 23,7%, para el año 1982 registró el 14,8%, es decir que se estima en unas 844.534 personas que permanecen analfabetas.

Las tasas más elevadas de analfabetos según el censo del año 1982 se encuentran en las siguientes provincias:

Chimborazo con el 31,2%

Cotopaxi con el 29,8%

Imbabura con el 24,6%

Bolívar con el 24,2%

Cañar con el 23,7%

Manabí con el 20,9%

y las de Esmeraldas, Los Ríos, Pastaza, Napo, Tungurahua, Azuay, Morona-Santiago que superan al promedio nacional que es de 14,8%.

Entre la población económicamente activa hay unas 325.503 personas analfabetas, que representan una tasa del 13,9%. De este grupo el 14,3% son hombres analfabetos y el 12,4% de las mujeres. Un 4,5% se encuentran en el área urbana y un 23,8% en la zona rural.

De la población escolar comprendida entre los 6 y 14 años de edad que se estima en 1'910.514, asisten a la escuela 1'500.231 es decir que quedaron marginados 410.283 que representa el 21,5% que son los potenciales futuros analfabetos que se sumarán a los anteriormente señalados.

(Fuente: Breve análisis de los resultados definitivos del censo de 1982 - INEC).

1.3.2.- FACTORES NUTRICIONALES:

No es posible determinar con precisión el estado nutricional de la población ecuatoriana, en razón de que no se ha realizado un estudio satisfactorio que comprenda una muestra representativa de cada una de las agrupaciones humanas, de acuerdo a sus costumbres alimenticias y morbilidad predominante.

Realizar una investigación específica al respecto es tarea muy laboriosa que requiere disponer de personal adiestrado, de tiempo prolongado y de suficientes recursos económicos para obtener una muestra representativa susceptible de generalizar a cada región y al país.

Por encuestas realizadas aisladamente en pequeños grupos de población se desprende que el régimen alimenticio en el Ecuador es deficiente, defectuoso y con tendencia al empeoramiento por cuanto no existe una relación armónica y equilibrada entre el crecimiento demográfico y la producción de alimentos para su consumo, así como la distribución de la riqueza acusa una manifiesta desigualdad; un pequeño porcentaje de la población goza de capacidad económica para satisfacer sus necesidades y aspiraciones en contraste con la gran mayoría que carece de lo suficiente para cubrir sus mínimas necesidades teniendo que desempeñar paradójicamente los trabajos que requieren de actividades físicas más fuertes.

La progresiva pérdida del poder adquisitivo de la moneda frente a la progresiva elevación de los precios de todos los bienes de consumo en general y en particular de los víveres que siendo su consumo una necesidad de prioridad diaria, no pueden ser adquiridos, sobre todo los alimentos más importantes y necesarios como son las proteínas tanto de origen animal: carne, huevos, pescado y leche, como las de origen vegetal, las leguminosas, que por su escasez y precio resultan artículos suntuarios fuera del alcance de la mayoría de la población.

Esta situación propicia el consumo de una obligada dieta defectuosa consistente en carbohidratos, con mínima presencia de proteínas incompletas contenidas en los alimentos vegetales como algunos cereales y tubérculos que constituyen la base y quizás la única ración dietética diaria.

Clínicamente la malnutrición se manifiesta con signos y síntomas que caracterizan a diferentes grados de carencia de nutrientes, identificándose como kwashiorkor, marasmo, queratomalacia, anemia, raquitismo, pelagra, bocio, avitaminosis específicas, etc.

La pobreza de alimentación de la población ecuatoriana puede interpretarse por la talla y peso subnormal, retraso mental, deficiencia física y otras manifestaciones clínicas frecuentes puestas en evidencia en competencias deportivas, rendimiento físico o intelectual en el trabajo, en la escuela y aún en la misma convivencia social.

La relación entre la desnutrición y las enfermedades infecciosas produce un círculo vicioso que conduce a un deterioro acelerado de la salud, fenómeno que forma parte del llamado "Síndrome de la miseria" que afecta actualmente a numerosos pueblos del mundo.

En las estadísticas de mortalidad por causas, así como en las de morbilidad en los egresos hospitalarios, el rubro que corresponde a las enfermedades nutricionales posiblemente podría ocupar un lugar más importante en cuanto a su frecuencia si se la tomaría como causa subyacente y se elevaría notablemente si se registraran e informaran los diagnósticos de los usuarios ambulatorios atendidos en las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública instaladas prácticamente en todas las cabeceras provinciales, cantonales y parroquiales de todo el país y en algunos recintos.

Con estos antecedentes, la manera de llegar a formarse un concepto aproximado de la situación nutricional, es utilizando factores indirectos, pero íntimamente relacionados con el asunto, como por ejemplo la disponibilidad de alimentos para el consumo humano y su accesibilidad. Con este objeto se ha tomado como base de referencia las reco-

mendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca de los requerimientos de nutrimentos para proporcionar una dieta equilibrada compatible con el mantenimiento de un buen estado de salud que se sintetiza en determinar las necesidades diarias de calorías por persona proporcionadas en un 15% por proteínas, 50% de carbohidratos y 35% proporcionado por grasas y aceites.

El promedio de calorías que en la actualidad consume el pueblo ecuatoriano diariamente se estima que es de aproximadamente 180, que es una dieta de subsistencia; lo aceptable sería una dieta mínima de 2.200 calorías, aspirando a disponer de 2.500 a 3.000 calorías en el proceso de desarrollo, advirtiendo que lo ideal no consiste en proporcionar simplemente el número de calorías indiscriminadamente, sino más bien en la proporción equilibrada de los nutrimentos que las generan provenientes de los diversos grupos de alimentos.

En la tabla No.15 se puede observar la cantidad de alimentos que produjo el país en el año 1986 y su relación con la demanda de acuerdo a las alternativas de dietas indicadas y expresadas en calorías por persona y por día, en la que se manifiesta el déficit precisamente de los alimentos más importantes que son los proveedores de proteínas como las carnes, huevos, pescado, leche y las leguminosas, así como también el déficit de hortalizas que son fuentes de vitaminas y minerales.

La oferta de alimentos expuestos en la tabla indicada resulta a su vez teórica para el consumo interno de la población ecuatoriana, en razón de que una gran parte constituyen productos de exportación. Por no disponer de datos completos al respecto, pero con el objeto de dar una idea sobre este asunto, en el año 1986 salieron a los mercados del exterior:

1'399.600			toneladas métricas de banano
102.700	"	"	café
38.300	"	"	cacao en grano
35.400	"	"	elaborados de cacao
31.100	"	"	camarón
26.900	"	"	atún

5.100	"	"	atún enlatado
11.400	"	"	pescado
17.800	"	"	otros productos del mar

Fuente: Banco Central del Ecuador - Memoria Anual 1986.

Además cabe tomar en cuenta las cantidades de productos alimenticios que salen por las fronteras norte y sur en forma clandestina y aún de ganado en pie y faenado.

De la producción de tubérculos, en especial las patatas sale una parte legalmente y parece que en otra cantidad mayor ilegalmente a los mercados de Colombia y Perú. De la producción de yuca, parte se ocupa en la industria del almidón y otra parte en la industria de la cerveza.

De la producción de cereales, en especial el maíz, una porción muy considerable se emplea como ingrediente en la preparación de alimentos balanceados para el ganado.

En las tablas No. 16 y 17 se observa la tendencia que ha seguido la actividad agropecuaria en cuanto a la superficie cultivada y el volumen cosechado, así como lo relacionado con el ganado utilizado en la alimentación humana. Se observa que en el año 1983 disminuye la superficie cultivada con respecto al año 1980, así como el volumen de producción seguramente debido a las inundaciones sufridas en el año 1982; en el año 1986 a pesar de un gran incremento en la superficie cultivada el volumen de producción baja sensiblemente.

En cuanto al ganado, en general va en aumento el número de cabezas de bovinos, ovino-caprino y de aves de corral, aunque este último sufre una significativa disminución en el año 1983 debido a la mortalidad masiva ocurrida en el año 1982 ocasionada por las inundaciones. El ganado porcino también muestra una gran disminución a partir del año 1985.

RELACION ENTRE OFERTA Y DEMANDA DE ALIMENTOS SEGUN ALTERNATIVAS DE DIETA DE LA POBLACION DEL ECUADOR
EN EL AÑO 1986 - (Población al 30 de junio de 1986= 8'931.472 habitantes).

Tabla N° 15

ALIMENTOS	OFERTA-TM.	DIETA DE 1.800 CALORIAS	+ SUPERAVIT - DEFICIT	DIETA DE 2.200 CALORIAS	+ SUPERAVIT - DEFICIT	DIETA DE 2.500 CALORIAS	+ SUPERAVIT - DEFICIT	DIETA DE 3.000 CALORIAS	+ SUPERAVIT - DEFICIT
VEGETALES:									
Cereales	1'119.592	437.642	+ 681.950	526.957	+ 592.635	607.340	+ 512.252	723.449	+ 396.143
Leguminosas	61.225	214.355	- 153.130	259.013	- 197.788	294.739	- 233.514	357.259	- 296.034
Tubérculos	515.077	151.835	+ 363.224	178.629	+ 336.448	205.424	+ 309.653	250.081	+ 264.996
Hortalizas	124.042	214.355	- 90.313	259.013	- 134.971	294.739	- 170.697	357.259	- 233.217
Frutas	3'181.563	259.013	+2922.550	321.533	+2860.030	366.190	+2815.373	437.642	+2743.921
Aceite (oleagin.)	1/770.910								
"	2/336.888	107.178	+ 229.710	133.972	+ 202.916	151.835	+ 185.053	187.561	+ 149.327
Cacao, café	573.668	35.726	+ 537.942	44.675	+ 528.993	53.888	+ 520.080	62.520	+ 511.148
Caña para azúcar	3/2749.616								
Azúcar	4/353.330	142.904	+ 210.426	169.698	+ 183.632	196.492	+ 156.838	232.218	+ 121.112
CARNE TOTAL:	154.801	285.807	- 131.006	357.259	- 202.458	401.916	- 247.115	482.299	- 327.498
Bovina	83.760	133.972	- 50.212	160.766	- 77.006	187.651	- 103.801	223.287	- 139.527
Porcina	21.759	98.246	- 76.487	125.041	- 103.282	142.904	- 121.145	169.698	- 147.939
Ovino-Caprino	5.417	26.794	- 21.377	35.726	- 30.309	35.726	- 30.309	44.657	- 39.240
Aves	43.865	26.794	+ 17.071	35.726	+ 8.139	35.726	+ 8.139	44.657	- 792
Pescado y mariscos	14.312	160.766	- 146.462	205.424	- 191.112	232.218	- 217.906	276.876	- 262.564
Huevos	43.065	35.725	+ 7.340	44.657	- 1.592	53.589	- 10.524	62.520	- 19.455
Leche	2.113	7.324	- 5.211	8.931	- 6.818	10.182	- 8.069	12.236	- 10.123

1/ Una tonelada de oleaginosas= 437Kg. aceite & 3/ Una tonelada de Caña da 257 lbs de aziucar.

Fuente: Encuesta de superficie y producción por muestreo de áreas 1986 (SEAN) - MAG - INEC.

ESTIMACION DE LA SUPERFICIE COSECHADA Y PRODUCCION AGRICOLA DEL ECUADOR _ AÑOS 1980 - 1983 - 1986

MEDICINA

Tabla N° 16

CULTIVOS	AÑO 1980		AÑO 1983		AÑO 1986	
	HECTAREAS	T.M.	HECTAREAS	T.M.	HECTAREAS	T.M.
Cereales	424.914	685.458	356.229	559.436	658.583	1'119.592
Leguminosas	57.069	31.452	54.317	30.996	107.412	61.225
Tubérculos y raíces	59.094	564.802	53.477	545.400	50.498	515.077
Hortalizas	10.514	79.127	17.274	190.714	11.277	124.042
Frutas	196.404	3'964.956	174.557	3'009.071	187.151	3'181.563
Oleaginosas	77.869	383.529	54.862	444.953	40.865	336.888
Caña para azúcar	50.883	3'861.518	22.029	2'202.900	27.456	2'749.616
Caña para otros usos	56.875	2'753.679	57.884	2'994.518	...	...
Cacao, café, té	559.298	167.946	609.255	128.677	2'731.757	573.668
Otros cultivos	48.621	73.531	11.246	13.570	...	...
Subtotal	1'541.541	12'565.998	1'391.310	10'120.235	3'814.999	8'661.671
Pastos	4'016.772		4'375.353		4'432.700	
TOTAL	5'558.313		5'818.103		8'247.699	

REVISTA DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

Fuentes: Estimación de la superficie cosechada, producción agrícola del Ecuador "-MAG - 1980 - 1983
Encuesta de superficie y producción por muestreo de áreas 1986 (SEAN) - MAG - INEC.

Tabla N° 17

TIPO DE GANADO	AÑO 1980	AÑO 1981	AÑO 1982	AÑO 1983	AÑO 1985	AÑO 1986
BOVINO:						
Población total (N° de cabezas)	2'785.442	3'135.400	3'200.417	3'270.300	3'327.600	3'764.800
Extracción anual	458.790	453.379	466.621	498.092	510.568	...
Producción de carne (T.M)	91.840	91.552	94.225	92.938	83.760	...
\bar{X} consumo per cápita (Kg.)	12,05	11,7	11,7	11,23	9,62	...
Hembras aptas para reproducción	1'441.837	1'432.860	1'494.595	1'517.000	1'194.900	...
Vacas en producción de leche	662.687	676.000	705.150	712.900	508.400	502.600
Producción de leche (lts.) *	627'300.000	688'000.000	716'159.100	715'632.236	...	2'051.600
\bar{X} consumo per cápita "	82,3	88,0	88,8	86,5	...	0,23
PORCINO:						
Población total (N° de cabezas)	...	3'318.00	3'520.000	3'735.100	2'464.300	1'442.500
Extracción anual	...	1'184.526	1'256.640	842.308	774.962	...
Producción de manteca (T.M.)	...	21.500	22.800	23.600	12.033	...
Producción de carne "	...	38.503	42.300	43.800	21.759	...
\bar{X} per cápita de carne (Kg.)	...	4,61	5,25	5,3	2,5	...
OVINO - CAPRINO:						
Población total (N° de cabezas)	...	1'258.900	1.259.000	1'309.693	1'367.040	1'422.700
Extracción anual	...	308.430	308.455	321.756	291.591	...
Producción de carne (T.M.)	...	5.095	5.196	5,470	5.417	...
\bar{X} de consumo per cápita	...	0,61	0,64	0,66	0,62	...

* Para consumo humano. 1 T.M. de leche = 971 lts. de leche fluida.

continúa...

INDICEN

... continuación

TIPO DE GANADO	AÑO 1980	AÑO 1981	AÑO 1982	AÑO 1983	AÑO 1985	AÑO 1986
AVES:						
Población total	22'452.530	30'633.000	41'357.000	27'256.136	40'751.623	...
Pollos para carne	16'700.000	23'075.000	29'662.000	18'074.500	30'300.143	...
Gallinas de postura	2'862.530	4'296.000	6'148.000	4'562.996	5'355.765	...
Gallos	2'890.000	3'262.000	5'547.000	4'612.240	5'095.715	...
Producción de carne (T.M.)	26.023	33.850	45.765	30.456	43.865	...
Producción de huevos (T.M.) **	22.491	30.940	49.436	36.793	43.065	...
X de carne per cápita (Kg.)	3,4	4,3	5,68	3,68	5,04	...
X de huevos per cápita	6	8	12	9	10	...
** 1 T. M. DE HUEVOS = 20.000 unidades						

Fuente: "Estimación de la superficie cosechada, producción agrícola del Ecuador - Ministerio de Agricultura y Ganadería", correspondientes a cada uno de los años anotados.

1.3.3.- SANEAMIENTO AMBIENTAL

CALIDAD DE VIVIENDA:

Las 671.024 viviendas caracterizadas por constar como: cuarto en casa de inquilinato, mediagua, rancho o covacha, choza, kioskos, barcazas, carpas, graneros, garajes, bodegas y otras que son las que no reúnen las mínimas condiciones de habitabilidad representan el 36,4% del total de las 1'844.894 viviendas que fueron censadas en el año 1982, de las cuales corresponden:

el 39,5% al área urbana y
el 60,5% al área rural.

Al analizar lo referente al número de cuartos de los que consta cada vivienda, se observa que aquellas que tienen un sólo cuarto con más de 2 ocupantes representan el 38,3%, de las cuales el 30,2% se encuentran en el área urbana y el 46,3% en la rural. De un solo dormitorio con más de 2 personas consta el 62,4% del total; en el área urbana el 54,3% y en la rural el 70,5%.

En una o dos piezas se incluyen todos los servicios: sala, cocina, dormitorio, comedor, etc.

Las viviendas en el país están ocupadas de la siguiente manera: en el área urbana 787.214 alojan a 3'905.731 personas con un promedio de 4,96 personas por vivienda; en el área rural, en 789.227 viviendas se alojan 4'063.929 personas, que da un promedio de 5,15 habitantes por vivienda.

Las viviendas que carecen de servicios públicos de agua potable, por lo que sus habitantes consumen agua de pozo, río o acequia, o de carros tanqueros, representan en el área urbana el 20,8% y en la rural el 77,0%.

Las viviendas que carecen de servicio higiénico exclusivo, o de servicio común, o de letrinas sanitarias, es decir que sus ocupantes realizan sus deposiciones en campo abierto están el 10,1% en la zona urbana y el 71,4% en la rural.

Los índices señalados muestran un alto porcentaje de viviendas que carecen de las condiciones sanitarias indispensables, y que explican los elevados índices de mortalidad y morbilidad y de preferencia relacionado con los grupos de enfermedades entéricas y parasitarias.

Variable	Urbano	Rural	Total
Viviendas con servicio higiénico exclusivo	89,9%	28,6%	66,5%
Viviendas con servicio común	10,1%	71,4%	41,1%
Viviendas con letrinas sanitarias	0%	0%	0%
Viviendas sin servicio	0%	0%	0%
Viviendas con campo abierto	0%	0%	0%
Viviendas con otros servicios	0%	0%	0%
Total	100%	100%	100%

VIVIENDAS INADECUADAS SEGUN EL CENSO DEL AÑO 1982

Tabla N° 18

VIVIENDAS	%	AREA	TOTAL	INADECUADAS	%
Total según Censo	100,0		1'844.894	671.024	36,4
		Urbanas	852.780	264.972	31,1
		Rurales	992.114	406.052	40,9
Ocupadas con personas presentes	85,4		1'576.441	575.391	36,5
		Urbanas	787.214	240.616	30,6
		Rurales	789.227	334.775	42,4
Ocup. con pers. ausen.	3,8		70.433	25.639	36,4
		Urbanas	27.336	11.377	41,6
		Rurales	43.097	14.262	33,1
Desocupadas	10,5		194.162	66.994	36,0
		Urbanas	35.858	12.979	36,2
		Rurales	158.304	57.015	36,0
Colectivas (hospitales, cárceles, asilos, cuarteles, conventos, etc.)	0,3		3.858		
		Urbanas	2.372		
		Rurales	1.486		
			%	URBANO %	RURAL %
Un cuarto con más de 2 personas			38,3	30,2	46,3
Un dormitorio con más de 2 personas			62,4	54,3	70,5
Techo de paja y otros inadecuados			9,4	3,1	15,7
Paredes de caña y otros inadecuados			18,7	11,7	25,6
Piso de caña o de tierra			26,5	5,7	33,3
Sin agua de red pública			48,2	20,8	77,0
Sin servicio higiénico			40,7	10,1	71,4
Sin canalización ni pozo ciego			51,8	18,9	84,6
Sin servicio eléctrico			37,9	7,4	68,4

Fuente: III Censo de vivienda del año 1982.

1.3.4.- INVENTARIO DE RECURSOS Y UTILIZACION

En el sector salud se encuentran involucradas varias instituciones tanto públicas como privadas, ya sea en la atención médica de recuperación, como en la medicina preventiva, fomento de la salud y saneamiento ambiental, para lo cual cuentan con recursos físicos, humanos y financieros, pero que lamentablemente funcionan sin coordinación, sin unidad de criterios, sin programas, sin normas comunes.

El Ministerio de Salud Pública es la institución que cuenta con el mayor número de unidades de salud y por consiguiente con mayor capacidad de cobertura, ya que representa el 51,0% de los establecimientos instalados en el país y el 47,8% de las camas hospitalarias disponibles.

Gran parte de las unidades de salud funcionan en locales improvisados, incómodos, porque no fueron construidos con esta finalidad, muchos son locales alquilados o prestados, carecen de servicios básicos como el agua, servicios higiénicos, energía eléctrica. Hay insuficiencia de equipos, mobiliario y materiales, ya sea por discontinuidad en su provisión y mantenimiento o por obsolescencia y estado de destrucción. Es notable la escasez de medicinas adecuadas para la morbilidad propia de cada unidad jurisdiccional.

El personal con que cuenta el sector salud es insuficiente, sobre todo faltan salubristas especializados en las diferentes ramas, inclusive hay provincias que carecen en absoluto de este tipo de profesionales y paradójicamente en las que disponen de ellos, muchos se encuentran ubicados en puestos con funciones ajenas a su especialidad, pues son necesarios para capacitar al personal paramédico y auxiliar, elaborar, supervisar y evaluar los programas de cada uno de los servicios que presta la unidad en la respectiva jurisdicción comunitaria.

Hay escasez de obstetrices, odontólogos, auxiliares de enfermería, inspectores de saneamiento ambiental, trabajadores sociales, educadores para la salud, etc.

Tabla N° 19

INSTITUCIONES	HOSPITALES Y C.S.H.	CENTRO SALUD	S.C.S.	PUESTO. SALUD	DISPEN- SARIOS	OTROS	TOTAL	CAMAS HOSPITAL
SECTOR PUBLICO:								
Ministerio de Salud Pública	118	49	813	200	9		1.189	7.636
Beneficencia y Soc. Protec. Infan.	5						5	2.605
Inst. Ecuat. de Seguridad social	17				45		62	1.609
Ministerio de Defensa	13				70	1	84	844
Fisco- Misionales	6				19	3	28	229
Ministerio de Gobierno y Policia	2				35		37	70
SOLCA	2				2		4	60
Municipio	1				16		17	49
Ministerio de Bienestar Social					34		34	
Otros Ministerios					30		30	
Anexos al IESS					257		257	
Seguro Campesino					294		294	
SUBTOTAL	164	49	813	200	811	4	2.041	13.102
SECTOR PRIVADO:								
Con fines de lucro	3						3	169
Sin fines de lucro	7				72	15	94	218
Clinicas particulares	195						195	2.498
SUBTOTAL	205				72	15	292	2.885
TOTAL:	369	49	813	200	883	19	2.333	15.987

1 - 3 - 4 INVENTARIO DE RECURSOS Y UTILIZACION

Fuente: "Encuesta Anual de Recursos y Actividades de Salud 1984" - INEC
 "Anuario de Estadísticas Hospitalarias, 1986" - INEC

Tabla Nº 20

INVENTARIO DE RECURSOS HUMANOS EN EL AÑO 1984

CLASIFICACION	NUMERO	TASA POR 10.000 HABTS.
Médicos	8.742	10,3
Odontólogos	1.152	1,3
Enfermeras	1.967	2,3
Obstetricas	322	0,4
Trabajadoras sociales	299	0,4
Auxiliares de enfermería	11.227	13,2
Inspectores de saneamiento	301	0,4
Psicólogos	95	
Nutricionistas	77	
Educadores para la salud	550	
Estadísticos	719	
Bioquímicos farmacéuticos	157	
Ingenieros salubristas	2	
Tecnólogos: de laboratorio	457	
histopatólogos	38	
radiología	214	
fisioterapia	253	
anestesiología	57	
mecánica dental	55	
Auxiliares: de odontología	658	
laboratorio	401	
radiología	245	
anestesiología	47	
farmacia	678	
estadística	719	
promotores	96	
trabaj. sanitarios	107	
Administración y servicios	2.254	

Fuente: " Encuesta Anual de Recursos y Actividades de Salud 1984 " INEC.

Los recursos financieros han permanecido relativamente estacionarios desde el año 1978 como se observa en la tabla No. 21 y aún cuando ha aumentado cuantitativamente, este aumento ha sido teórico debido a la progresiva inflación, cuyos resultados se reflejan en la producción de acciones de salud realizadas.

TABLA N.º 21

AÑO	RECURSOS FINANCIEROS	ACCIONES DE SALUD REALIZADAS
1978	100	100
1979	105	105
1980	110	110
1981	115	115
1982	120	120
1983	125	125
1984	130	130
1985	135	135
1986	140	140
1987	145	145
1988	150	150
1989	155	155
1990	160	160
1991	165	165
1992	170	170
1993	175	175
1994	180	180
1995	185	185
1996	190	190
1997	195	195
1998	200	200
1999	205	205
2000	210	210
2001	215	215
2002	220	220
2003	225	225
2004	230	230
2005	235	235
2006	240	240
2007	245	245
2008	250	250
2009	255	255
2010	260	260
2011	265	265
2012	270	270
2013	275	275
2014	280	280
2015	285	285
2016	290	290
2017	295	295
2018	300	300
2019	305	305
2020	310	310
2021	315	315
2022	320	320
2023	325	325
2024	330	330
2025	335	335
2026	340	340
2027	345	345
2028	350	350
2029	355	355
2030	360	360

R E C U R S O S F I N A N C I E R O S

P R E S U P U E S T O D E L G O B I E R N O N A C I O N A L

Tabla N° 21

S E C T O R	AÑO 1978	AÑO 1979	AÑO 1980	AÑO 1981	AÑO 1982	AÑO 1983	AÑO 1984	AÑO 1985	AÑO 1986	AÑO 1987
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Agropecuario	8,2	8,28	7,66	7,44	6,40	5,68	4,12	4,04	3,40	2,86
Educación	27,1	25,21	34,21	31,25	29,32	25,67	25,04	22,65	20,66	21,29
Salud	8,2	7,53	5,55	9,92	8,97	6,93	7,11	9,27	8,62	8,15
Obras Públicas	10,1	9,47	11,71	10,28	9,13	7,11	9,48	13,27	8,15	7,65
Defensa Nacional	19,2	16,96	10,71	10,46	9,06	8,23	10,80	11,02	10,87	10,15
Deuda Pública	9,6	19,44	16,91	15,52	23,22	27,70	27,55	26,78	25,72	29,28
Otros Sectores	17,6	13,15	10,25	15,13	13,90	18,68	15,90	12,97	22,58	20,62

PRESUPUESTOS DE LOS AÑOS: 1981= \$.55.800.000.000; 1982= \$.64.770.000.000 ; 1983= \$. 75.800.000.000.;
 1984 = \$. 119.099.986.000; 1985 = \$. 114.151.888.000; ; 1986 = \$ 213.374.808.000; 1987 = \$. 272.009.359.000

Fuente: Registro Oficial - Presupuesto del Estado (para el respectivo año).

COBERTURA.- Como se observa en la tabla No. 22 la información proporcionada por las unidades de salud no se la puede tomar sino con ciertas reservas, porque se deduce que hay repetición en el registro del número de usuarios atendidos, pues no se explica de otra manera que el número de niños registrados como atención de primera vez sea mucho mayor al que corresponde al grupo de población de niños menores de 1 año, siendo posible que quizás una misma persona acude para su atención a varios establecimientos; igual observación se advierte en la tabla No. 24 con relación a este mismo grupo de infantes. Aún así la cobertura general para el país fue del 45% en el año 1984, que es la más reciente información publicada por el INEC, de cuyo total el 75,5% corresponde a la atención de recuperación y solamente el 24,5% a las acciones de medicina preventiva o de fomento de la salud; así mismo el 76% de las consultas se refieren al programa de recuperación y el 24% en fomento.

En la tabla No. 23 se observa que la cobertura en fomento alcanza tan sólo al 9,3% de la población y que los menores de 1 año reciben un promedio de 1,7 consultas por niño y por año, cuando según la norma deben recibir 5 consultas por año.

En recuperación de la salud la cobertura alcanza el 40,7% de la población, incluyendo el sobre registro anotado en el grupo de menores de 1 año (tabla No. 24).

Con el servicio odontológico se cubrió el 12,1% de la población comprendida entre 1 y 59 años de edad y de estos el 59% de las consultas recibieron los adultos, cuando lo recomendado es dedicar el 37,5% a este grupo y el 62,5% a los preescolares y escolares, es decir al grupo de población comprendida entre 1 y 14 años de edad, como se observa en la tabla No. 25. El mayor porcentaje de atenciones corresponde a la exodoncia, es decir a las extracciones de piezas dentarias que representó el 28,6%.

COBERTURA DE ATENCION GENERAL MEDICA - OBSTETRICIA Y DE ENFERMERIA EN EL AÑO 1984

Tabla N° 22

GRUPOS PROGRAMATICOS	POBLACION 30-VI-/84	%	PERSONAS ATENDIDAS	COBERTURA %	CONSULTAS	%	X POR PERSONA	NOR MA	HORAS EMPLEADAS (6 x hora)	%	%	% RECOMENDADO DE HORAS
Meñores de 1 año	252.839	2,98	782.261	?	876.135	12,1	1,12	5	146.022	12,1		
Pre-escolares	1'379.586	16,26	938.714	68,0	1'173.008	16,2	1,25	2	195.501	16,2	44,4	57,0
Escolares	2'020.169	23,81	1'133.325	56,1	1'165.767	16,1	1,03	1	194.294	16,1		
Adultos	4'831.946	56,95	961.609	19,9	4'025.879	55,6	4,19	1	670.980	55,6		43,0
TOTAL	8'484.540	100,0	3'815.909	45,0	7'240.789	100,0	1,9		1'206.797	100,0		
DISTRIBUCION DE LAS ATENCIONES EN FOMENTO Y RECUPERACION DE LA SALUD												
En fomento			933.944	24,5	1'736.606	24,0	1,86		289.434	23,0		
En recuperación			2'881.965	75,5	4'787.937	66,0	1,66		797.990	63,0		
Emerhencias					716.246	10,0	1,0		179.062	14,0		

? = El número de niños atendidos, es mucho mayor a la población que corresponde a este grupo, según el censo.

Fuente: "Encuesta Anual de Recursos y Actividades de Salud 1984" - INEC.

COBERTURA DE ATENCION PROFESIONAL MEDICA EN FOMENTO DE LA SALUD EN EL AÑO 1984

23

GRUPOS PROGRAMATICOS	POBLACION AL 30 de JUNIO	%	PERSONAS ATENDIDAS	COBERTURA %	CONSULTAS	%	X CONS. / PERSONA
Menores de 1 año	252.839	2,98	129.092	51,0	221.851	15,7	1,7
Pre-escolares	1'379.586	16,26	91.820	6,7	205.228	14,6	2,2
Escolares	2'020.169	23,81	226.140	11,2	239.613	17,0	1,0
a/Adultos	4'831.946	56,95	54.470	* 7,1	105.430	7,5	1,9
b/Edad no especificada			15.194		21.987	1,5	1,4
c/Pre natal (embar. esperados)	313.928	3,7	133.018	42,4	288.183	20,5	2,2
d/Post parto			21.234	15,9 ^o	33.464	2,4	1,6
e/Regulación de fecundidad			71.917		243.524	17,3	3,4
f/Detec.oport.de cáncer			48.827		48.827	3,5	1,0
TOTAL	8'484.540	100,0	791.712	9,3	1'408.107	100,0	1,8

* = Este porcentaje es la suma de a+b+c+d+e+f

° = Este porcentaje es del grupo de pre natal, o sea de los embarazos esperados.

Además se extendieron 313.312 certificados de salud.

Fuente: " Encuesta Anual de Recursos y Actividades de Salud 1984 " - INEC.

COBERTURA DE ATENCION PROFESIONAL MEDICA EN RECUPERACION DE LA SALUD EN EL AÑO 1984

Tabla N° 24

GRUPOS PROGRAMATICOS	POBLACION AL 30 DE JUNIO	%	PERSONAS ATENDIDAS	COBERTURA %	CONSULTAS	%	X CONS. / PERSONA
Menores de 1 año	252.839	2,98	351.428	?	512.578	9,6	1,4
Pre-escolares	1'379.586	16,26	485.796	35,2	775.789	14,5	1,6
Escolares	2'020.169	23,81	472.678	23,4	734.042	13,7	1,6
a/Adultos	4'831.946	56,95	1'176.269	29,5*	2'191.657	40,8	1,9
b/Edad no especificada			247.997		435.391	8,1	1,7
c/Emergencias			715.876		715.876	13,3	1,0
TOTAL	8'484.540	100,0	3'450.044	40,7	5'365.333	100,0	1,5

* = Este porcentaje es la suma de a + b, en la suposición de que el grupo de edad no especificada corresponda también a los adultos.

c/= Se asume que en las emergencias se han atendido tanto a niños como a los adultos con una consulta a cada uno.

? = El número de menores de 1 año atendidos sobrepasa a la población estimada para ese año.

Fuente: " Encuesta Anual de Recursos Y Actividades de Salud 1984" - INEC.

COBERTURA CON ATENCION ODONTOLIGA EN EL AÑO 1984

Tabla N° 25

GRUPOS PROGRAMATICOS	POBLACION AL 30 de JUNIO DE 1 a 59 AÑOS	%	PERSONAS ATENDIDAS	COBERTURA %	CONSULTAS	%	X CONS. /PERSONA	TIEMPO RECOMENDADO
De 1 a 5 años de edad	1'379.586	16,26	69.611	5,0	113.226	6,6	1,6	
De 6 a 14 años (escolar)	2'020.169	23,81	389.663	19,3	587.924	34,4	1,5	62,5
Pre natal	313.928	3,7	19.414	6,2	31.301	1,8	1,6	
Otros adultos	4'081.064	48,1	466.923	11,4	979.299	57,2	2,1	37,5
TOTAL	7'794.747	100,0	945.611	12,1	1'711.750	100,0	1,8	100,0

ATENCIONES ODONTOLÓGICAS REALIZADAS

TIPO DE ATENCION	N°	PORCENTAJE
Exámenes	226.832	8,1
Exodoncia	797.785	28,6
Operatorio Provisional	641.261	23,0
Operatorio Definitivo	645.928	23,1
Educación	149.966	5,4
Profilaxis	97.066	3,5
Radiografías	92.246	3,3
Otras atenciones *	143.105	5,0
TOTAL	2'794.189	100,0

* = Endodoncia, periodoncia, prótesis, ortodoncia, tratamientos terminados

Fuente: "Encuesta Anual de Recursos y Actividades de Salud 1984" - INEC

En la tabla No. 26 se observa la cobertura de atenciones totales realizadas en las unidades de salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), que alcanza apenas al 18,2% en la suposición de que la información proveniente de los dispensarios del Seguro Campesino, las 349.826 consultas correspondan a igual número de personas.

El 93,4% de las consultas corresponde a las atenciones de recuperación, es decir a usuarios que solicitaron el servicio por enfermedad y tan sólo el 6,6% al fomento de la salud, o sea al control del sano.

En resumen, el mayor porcentaje de las acciones de salud, vale decir el 76% corresponde a la atención médica de recuperación y solamente el 24% al fomento y prevención, siendo este último señalado como prioritario según los objetivos del programa de salud propuestos por el CO-NADE.

CATEGORÍA	TOTAL		FOMENTO Y PREVENCIÓN		RECUPERACIÓN	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CONSULTAS	349.826	100,0	23.200	6,6	326.626	93,4
ATENCIONES	1.900.000	54,4	126.000	6,6	1.774.000	93,4
TOTAL	2.248.826	18,2	149.200	6,6	2.098.626	93,4

COBERTURA DE ATENCION MEDICA DE FOMENTO Y DE RECUPERACION DE LA SALUD EN EL IESS

Tabla N° 26

AÑO 1984

UNIDADES	GRUPOS PROGRAMATICOS	PERSONAS ATENDIDAS EN		CONSULTAS REALIZADAS EN		X CONS. / PERSO	COBERTURA %
		FOMENTO	RECUPERACION	FOMENTO	RECUPERACION		
CENTRALES	Adultos	74.107	735.452	167.605	1'720.599	2,3	
ANEXOS	"		385.261		706.572	1,8	
S. CAMPESINO	Niño sano	3.259		3.259		1	
	- 1 año		16.633		16.633	1	
	1a5 años		53.785		53.785	1	
	6a14 años		59.539		59.539	1	
	15 y más		193.207		193.207	1	
	Pre natal	17.729		17.729		1	
	Post Parto	2.208		2.208		1	
	Reg. Fecun.	3.466		3.466		1	
SUBTOTAL		100.769	1'443.877	194.267	2'750.355	1,9	
PORCENTAJE		6,5	93,5	6,6	93,4		
TOTAL		1'544.646		2'944.602		1,9	*18,2

Fuente: "Encuesta Anual de Recursos y Actividades de Salud 1984" - INEC

*= Se supone que en Seguro Campesino cada persona recibió una sola consulta.

Según la publicación oficial del Ministerio de Salud Pública "Producción de Establecimientos de Salud" correspondiente a las acciones cumplidas en las unidades de salud de su dependencia durante el año 1986, la cobertura total de la atención médica-obstétrica fue del 45,7% de la población total. Los programas de fomento de la salud tuvieron una cobertura del 13,3% y los de recuperación o morbilidad el 32,5%. Por grupos programáticos la cobertura en fomento fue al 57,8% de los niños menores de 1 año, al 7,8% de los preescolares comprendidos entre 1 y 4 años, al 10,6% de los escolares es decir de 5 a 14 años de edad y al 13,5% de los adultos o sea mayores de 15 años.

En el grupo femenino prenatal y de postparto la cobertura fue del 44,2% y en regulación de la fecundidad al 2,5% del grupo respectivo.

Del total de consultas el 31,5% se dieron en fomento de la salud, mientras que el 68,5% correspondió a los enfermos.

El 41,8% de las horas empleadas en fomento se utilizó en el grupo de menores de 15 años, mientras los adultos ocuparon el 58,2% como se observa en la tabla No. 27.

En la tabla No. 28 se anota la información referente a las acciones cumplidas en las unidades odontológicas, según la cual la cobertura total alcanzó al 7,8% del grupo de población mayor de 1 año de edad, correspondiendo por programas específicos al 3,8% de los niños de 1 a 4 años, al 14,4% de los niños de edad escolar, al 5,5% del grupo femenino prenatal y al 5,6% del resto de la población adulta.

COBERTURA DE ATENCION MEDICA - OBSTETRICA OBTENIDA A TRAVES DE LAS UNIDADES
DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA EN EL AÑO 1986

Tabla N° 27

GRUPOS PROGRAMATICOS	POBLACION 30-VI-1986	%	PERSONAS ATENDIDAS	COBERTURA %	CONSULTAS	%	X POR PERSONA	NORMA	HORAS EMPLEADAS (6 x hora)	%	%	% RECOMENDADO HORAS
Menores de 1 año	266.158	2,98	153.936	57,8	279.478	14,7	1,8	5	46.580	14,7	41,8	57,0
Pre-escolar 1 a 4	1'149.480	12,87	90.002	7,8	259.253	13,6	2,9	2	43.209	13,6		
Escolar 5 a 14 años	2'429.360	27,2	256.799	10,6	256.799	13,5	1	1	42.799	13,5		
Adultos 15 y más	5'086.474	56,95	685.118	13,5	1'107.903	58,2	1,6	1	184.651	58,2		
SUBTOTAL FOMENTO			1'185.855	13,3	1'903.433	31,5	1,6		317.239	31,5		
MORBILIDAD			2'899.815	32,5	4'137.339	68,5	1,4		689.557	68,5		
TOTAL	8'931.472	100,0	4'085.670	45,7	6'040.772	100,0	1,5		1'006.795	100,0		
SUBGRUPOS ADULTOS:												
Prenatal y postparto	330.464	3,7	146.282	44,2	434.512		3		72.419			
Reg.Fecundidad 15a 45	1'964.924	22,0	49.638	2,5	184.193		3,7		30.699			
Diag.oport.Cáncer			43.941		43.941		1		7.324			

REVISTA DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL III

Fuente: " Producción de Establecimientos de Salud 1985 - 1986".- Ministerio de Salud Pública
Dirección Nacional de Planificación - División Nacional de Estadística.

MEDICINA

COBERTURA DE ATENCION ODONTOLÓGICA A TRAVÉS DE LAS UNIDADES DE SALUD DEL MINISTERIO
DE SALUD PÚBLICA EN EL AÑO 1986

Tabla N° 28

MEDICINA

GRUPOS PROGRAMÁTICOS	POBLACION AL 30 - VI -1986	%	PERSONAS ATENIDAS	COBERTURA %	CONSULTAS	%	X CONS./ PERSONA	TIEMPO RECO- MENDADO %
Niños de 1 a 4 años P.E.	1'149.480	12,87	43.972	3,8	63.954	6,2	1,5	62,5
Escolares 5 a 14 años	2'429.360	27,2	346.813	14,4	503.925	48,6	1,5	
Prenatal	330.464	3,7	18.171	5,5	28.056	2,7	1,5	37,5
Otros adultos	4'756.010	53,25	267.568	5,6	441.011	42,5	1,6	
TOTAL	8'665.314		676.524	7,8	1'036.946	100,0	1,5	100,0

ATENCIÓNES ODONTOLÓGICAS REALIZADAS

	PRE ESCOLAR	%	ESCOLAR	%	ADULTOS	%	TOTAL	%
Exodoncia	37.472	37,6	6.618	1,1	315.766	49,0	359.856	24,0
Operatoria	50.573	50,8	284.816	49,2	297.970	46,2	633.359	42,2
Endodoncia	2.394	2,4	232.955	40,2	8.140	1,3	243.489	16,2
Tratamientos terminados	9.162	9,2	54.786	9,5			63.948	4,3
Periodoncia					19.494	3,0	19.494	1,3
Cirugía					3.264	0,5	3.264	0,2
Radiografías							4.220	0,3
Certificados de salud							173.400	11,5
TOTAL	99.601	100,0	579.175	100,0	644.634	100,0	1'501.030	100,0

REVISTA DE LA UNIVERSIDAD DE QUAYACHIL

Fuente: " Producción de Establecimientos de Salud 1985 - 1986.- Ministerio de Salud Pública
Dirección Nacional de Planificación - División Nacional de Estadística."

CAPITULO II

ANALISIS DE LA SITUACION ACTUAL DE SALUD EN EL ECUADOR

Los niveles de salud alcanzados por un país responden directamente a las decisiones tomadas por los sucesivos gobiernos durante un proceso histórico, como política de acción tendiente a buscar soluciones a los problemas sentidos y latentes en cada uno de los sectores socio económicos de la producción y el desarrollo.

En el Ecuador las decisiones adoptadas para el campo de la salud se han caracterizado por una manifiesta preferencia a las acciones de recuperación, es decir a la atención médica de enfermos, para cuyo fin se han dedicado los esfuerzos a la construcción de hospitales, posiblemente por desconocimiento del concepto "salud". Es generalizado el concepto errado que al respecto se tiene, limitándolo exclusivamente a la relación "médico-enfermo-hospital" como la imagen de esta palabra tan usada diariamente.

La "salud" es más bien un estado de satisfacción a necesidades y aspiraciones de diferente naturaleza, que proporciona una sensación de bienestar y felicidad, tanto a la persona en particular como al grupo social del cual no es más que un miembro, sintiéndose en las mejores condiciones para el cumplimiento de sus actividades productivas diarias.

La atención médica de recuperación es solamente uno de los aspectos que comprende la salud pública; de mayor importancia se considera a las acciones de prevención para evitar que las personas adquieran cualquier dolencia que pueda entorpecer su desarrollo físico y mental, con repercusión en el status social.

El hospital como política preferencial no es, ni puede ser la solución

más importante para la conservación de la salud, por cuanto esta alternativa no puede modificar el proceso epidemiológico de una enfermedad, sirve tan sólo para tratar de devolver la salud perdida a las personas que han sido víctimas de alguna dolencia física u orgánica. Desde luego, disponer de hospitales es necesario, pero su instalación con el número adecuado de camas equipos y servicios debe estar justificado con el conocimiento estadístico previo de la morbilidad prevalecte en el área geográfica a servir.

En estos últimos años el Ministerio de Salud Pública ha instalado una significativa red de unidades operativas de diferentes categorías en las capitales provinciales, cabeceras cantonales, en la casi totalidad de las cabeceras parroquiales y en algunos recintos, cuyo propósito fundamental fue extender la cobertura a la zona rural con acciones de salud integral, dando prioridad a las medidas preventivas: fomento, protección, investigación y desarrollo comunitario, como corolario del plan piloto técnico demostrativo realizado en la provincia de Manabí en la década de los años 1964 a 1974 con los auspicios de la OPS/OMS y UNICEF. Lamentablemente estos propósitos en la práctica se han ido desvirtuando, ya que se han dedicado a prestar simplemente atención médica de recuperación y esto debido a factores que se exponen más adelante.

Otras instituciones que ofrecen servicios en el campo de la salud, como el IESS, Junta de Beneficiencia, Sociedad Protectora de la Infancia, Fuerzas Armadas, tampoco realizan acciones significativas de fomento y prevención, sino preferentemente de recuperación de la salud.

De la investigación realizada se desprende que la población ecuatoriana adolece de un nivel de salud muy bajo, puesto de manifiesto por la poca esperanza de vida al nacer, tanto para los hombres como para las mujeres, por las elevadas tasas de mortalidad en especial infantil y materna, así como por la frecuencia de diversas enfermedades parasitarias, infecto-contagiosas, digestivas y respiratorias, que sumadas a una estructura de población predominante joven (aunque se advierte una discreta tendencia al incremento de la población adulta, lo que conlleva al aumento de otro tipo de enfermedades como las cardiovasculares, degenerativas, tumorales, etc.) ofrece las características propias de

un país subdesarrollado. Además es notorio el movimiento migratorio significativo de la población rural hacia los centros urbanos de mayor importancia, hechos que están puestos de manifiesto en las tablas 1 al 10.

El nivel de salud de una población no es un hecho aislado sino el resultado de factores condicionantes que es necesario descubrirlos y analizarlos para sugerir las medidas convenientes en las que deben apoyarse las decisiones políticas para el sector.

La desocupación y el subempleo que es predominante en el país es causa para que solamente el 16,8% de la población se encuentre protegida por los beneficios de la seguridad social, según información correspondiente al año 1985 y además que no cuente con ingresos económicos suficientes que le permita satisfacer las mínimas necesidades básicas de subsistencia como alimentación, vivienda, vestido y atención médica, como se observa en las tablas 11 y 12.

De la población total ocupada en las diferentes ramas de actividad, el 58,6% corresponde a la rural y el 46,4% se encuentra en actividades del sector primario (silvicultura, caza y pesca), y son los que disponen de los ingresos más bajos, como se observa en las tablas 13 y 14.

En el aspecto educativo, aunque el porcentaje de analfabetismo ha disminuído en los últimos años gracias al programa de alfabetización puesto en ejecución por el gobierno, aún representa un 14,8% de la población mayor de 10 años y debe tenerse presente que dicho programa es únicamente el inicio de un largo proceso de culturización mediante el cual será posible lograr cambios en sus precarias formas de vida, en sus creencias, hábitos o costumbres que incluyen la mala alimentación y hasta el rechazo de las acciones tecnológicas que se aplican en salud sobre todo de tipo preventivo, como ha ocurrido por ejemplo con la inmunización, y dando más bien preferencia a la automedicación y utilización de curanderos y charlatanes.

Uno de los factores de mayor influencia en el nivel de salud del país es sin lugar a dudas el que se refiere al estado de salubridad ambiental:

escasez y deficiencia de la vivienda, de agua potable, de alcantarillado y otro sistema de disposición sanitaria de la excretas, de las basuras y desechos industriales, a la abundante y tal vez desconocida fauna transmisora sobre todo en la zona rural; la contaminación agraria por el uso masivo de plaguicidas con sustancias químicas tóxicas; la contaminación atmosférica en las ciudades por la proliferación de vehículos a motor y métodos de procesamiento de algunas industrias; el ruido producido por los vehículos a motor, fábricas, artefactos, electrodomésticos, etc. condicionan en forma directa la elevada incidencia de enfermedades infecciosas respiratorias, digestivas y psicológicas.

Los grandes centros urbanos, principalmente Quito y Guayaquil sufren las consecuencias de las migraciones rurales que han contribuido a desmejorar aún más sus ya deficientes servicios públicos de abastecimiento de agua, alcantarillado sanitario, recolección y eliminación de desechos sólidos e industriales y el control de la calidad sanitaria de los alimentos, entre los más importantes. Además han fomentado la construcción anárquica de extensos barrios marginales carentes de toda norma urbanística y sanitaria instalando casuchas de precarias condiciones físicas e higiénicas, de uno o dos ambientes pequeños que sirven para todos los usos y además creando problemas sociales con la modalidad de invasiones que han adoptado para apropiarse arbitrariamente de los predios. Aproximadamente un 40% de la población actual de Guayaquil, que es la ciudad más grande y poblada del país, vive en condiciones sanitarias deficientes debido a la falta de servicios adecuados de abastecimiento de agua potable, de alcantarillado sanitario y pluvial, de recolección y eliminación de desechos sólidos e industriales.

Respecto a la provisión de agua para consumo humano, si bien es cierto que en estos últimos años se han instalado plantas de abastecimiento en muchas localidades urbanas y rurales captando agua de corrientes superficiales o de pozos profundos, sin embargo no se practica un control de calidad, ni se aplica con regularidad algún método de tratamiento para su potabilización, teniendo presente que en los casos en los que se capta de río, las aguas de estos por regla general se encuentran contaminadas por las aguas servidas de las poblaciones asentadas en su trayecto superior, que son descargadas directamente en sus cauces sin previo tratamiento, además de las basuras y desechos que tienen este mismo destino final.

Es común en las localidades rurales la costumbre de los habitantes de realizar las deposiciones en las calles, así como también encontrar deposiciones de animales en la vía pública lo que constituye un eslabón importante en el círculo vicioso del parasitismo e infecciones intestinales.

A estos aspectos fundamentales se debe agregar otros no menos importantes que tienen trascendencia en la salud física y mental de la población, como son, la falta de planes de urbanismo que proporcione adecuada zonificación para el cumplimiento de las diversas actividades que implica el desarrollo de la vida urbana cotidiana y el señalamiento de áreas de recreación.

El saneamiento ambiental es una actividad de carácter fundamentalmente preventivo y está íntimamente relacionado con la epidemiología.

La situación de salud así planteada, sugiere la necesidad de adoptar una política definida para el sector, basada en el conocimiento de nuestra realidad nacional y en un plan de acciones técnicas claras y concretas para evitar la improvisación que ha sido la característica que tradicionalmente ha primado en el país, desperdiciando valiosos recursos sin obtener resultados satisfactorios como se puede observar en las tablas No. 19 y 21 que demuestran como de una asignación del 4,6% del presupuesto general del estado para el sector salud en el año 1973 se incrementa al 9,27% en 1985 y al 8,1% en 1987 y de 328 unidades operativas de salud con 6.124 camas hospitalarias con las que contaba en el año referencial, en 1986 cuenta con 369 establecimientos hospitalarios con 15.987 camas, sin embargo el rendimiento y la cobertura siguen siendo insuficientes.

Referente a las prestaciones de servicios brindados en las diferentes unidades de salud del país en el año 1984 se observa en la tabla No. 22 como en el servicio médico obstétrico mientras la población enferma tuvo una cobertura del 75,5% con el 66% de las consultas y de éstas últimas el 55,6% recibieron las mujeres y otros adultos, mientras los niños tan sólo el 44,4%. El grupo más perjudicado resultó el de los infantes (menores de un año de edad) que recibió cada uno un promedio

de 1,1% consultas, cuando según la norma debieron recibir 5, por tratarse de la edad más vulnerable a una variedad de enfermedades sobre todo de tipo infeccioso y en el que es necesario controlar su crecimiento y desarrollo normal.

El 77% de las horas empleadas ocuparon los enfermos, en tanto que en fomento solamente el 23%. En la atención de niños se ocupó el 44,4% de las horas disponibles cuando lo recomendado es el 57%.

Con el servicio odontológico se cubrió solamente al 12,1% de la población comprendida entre 1 y 60 años de edad. Los niños representan el grupo más importante en este tipo de prestaciones, sobretudo el escolar en el que se aplica el programa específico denominado incremental, que tiene por objeto procurar la conservación de las piezas dentales temporales y permanentes en buen estado. La cobertura alcanzó tan sólo al 5% de los pre-escolares y al 19,3% de los escolares. Los adultos recibieron el 59% de las consultas que por lo general son solicitadas para la extracción de piezas en mal estado.

Merece un análisis más detenido el funcionamiento y rendimiento de las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública, en razón de que con sus 1.189 establecimientos instalados cubren geográficamente en mayor proporción el número de localidades del territorio nacional y la prestación de sus servicios está abierto a la demanda de la población en general sin ninguna discriminación, en contraste con los 292 establecimientos pertenecientes a otras instituciones del gobierno, como el IESS, las Fuerzas Armadas, instaladas en un área mucho más reducida y las prestaciones están limitadas solamente a determinados grupos de población: afiliados al seguro social, militares y sus familiares.

Conviene tener presente que la creación de las unidades operativas del Ministerio clasificadas como "centros, subcentros y puestos de salud" complementados con el servicio hospitalario, fueron creados con el objeto de cumplir acciones de atención integral de salud, es decir de fomento, protección, reparación, rehabilitación, investigación y desarrollo comunal.

Los centros, subcentros y puestos de salud de acuerdo a su reglamento respectivo tienen la finalidad de cumplir de manera preferente con las acciones de prevención, fomento, protección, investigación de los eventos que tienen relación con la salud, como base fundamental e indispensable para adoptar luego, como consecuencia lógica el tipo de acción más adecuada, de acuerdo con los problemas concretos detectados en las localidades de sus respectivas jurisdicciones geográficas; y la atención médica de usuarios que adolecen de enfermedades que permiten el tratamiento ambulatorio.

Por investigación directa realizada en 202 unidades operativas de las provincias de Manabí, Guayas, Los Ríos, Pichincha, Cotopaxi, Bolívar, Chimborazo y Cañar se encontró lo siguiente:

- 1.- En ninguna unidad sabían de la existencia del "Reglamento Interno de los Centros, Subcentros y Puestos de Salud", publicado y puesto en vigencia por el Ministerio de Salud Pública en el año 1971; en consecuencia, desconocen los objetivos y las funciones específicas que deben cumplir.
- 2.- Tienen un concepto errado acerca de la jurisdicción geográfica de la unidad, atribuyéndole solamente al edificio en relación directa con la localidad en la cual se encuentra instalada.
- 3.- No se realiza ningún tipo de investigación tendiente a obtener información básica acerca de los recursos existentes, ni siquiera en la localidad en la que se encuentra instalada, limitando sus actividades exclusivamente a la atención de la demanda espontánea, que en general es de personas enfermas.
- 4.- Un número apreciable de las unidades funcionan en locales completamente inadecuados, improvisados, constituyendo una antítesis de la imagen que debe presentar este tipo de establecimientos para la comunidad, agravado además con insuficiencia de equipos, mobiliario y materiales, sobre todo medicinas.

5.- Los servicios médico y odontológico, en las unidades que lo tienen, funcionan en forma complementamente independiente, sin coordinación y con falta de mutua información.

6.- No existen programas concretos para la atención, con metas cuantificables para cada uno de los grupos de población.

7.- No reciben supervisión, las esporádicas visitas que alguna vez realizan funcionarios de las Direcciones Provinciales, pueden quizás calificarse de simple inspección.

8.- Se desconoce la magnitud de la morbilidad existente en la jurisdicción respectiva, en razón de que no se registran los diagnósticos de los usuarios atendidos y cuando lo hacen no se los procesa ni se informa a la Dirección Provincial.

Esta es una grave omisión si se considera que el grupo más numeroso de población es atendida en estas unidades y aunque los diagnósticos, por circunstancias del momento, tengan el carácter de presuntivos, debido a la falta de medios auxiliares para su verificación, constituiría una valiosa referencia que ofrecería una aproximación cuantitativa al conocimiento del problema epidemiológico, además de constituir la información básica y racional para la provisión de medicamentos y equipos apropiados, así también para desarrollar los programas de educación para la salud con temas concretos ajustados a la realidad de cada jurisdicción y aplicar desde luego las acciones preventivas pertinentes y la justificación para la instalación de unidades hospitalarias con el adecuado número de camas, cuando el caso lo amerite.

La deficiencia de los logros observados puede atribuirse a varias causas, entre las cuales se deben mencionar como más relevantes las siguientes:

a).- Falta de definición y estabilidad de una estructura y organización adecuadas del Ministerio de Salud Pública puesta de manifiesto en las frecuentes modificaciones ocurridas en el relativamente corto período

de su existencia.

b).- Incoordinación entre las dependencias de la propia institución y con las otras entidades que han asumido responsabilidades en el campo de la salud, que se refleja en la ausencia de programas concretos de actividades definidas y cuantificables a cumplir en corto y mediano plazo, la falta de información interinstitucional y de participación en las acciones comunes.

c).- El lamentable desperdicio del personal profesional especializado en las diferentes ramas de la salud pública, que a pesar de su escasez paradójicamente se los mantiene ubicados en puestos que propiamente son destinados para profesionales preparados para la atención clínica de consultorio.

d).- La carencia de profesionales especializados en salud pública, en la mayoría de las provincias del país.

e).- La falta absoluta de supervisión científica al personal de las unidades operativas, que es consecuencia de las causas señaladas en los dos literales precedentes, en razón de que esta importantísima función no puede ser ejercida sino exclusivamente por profesionales técnicos especializados.

f).- La prioridad que se mantiene en las acciones, que se circunscriben casi exclusivamente a la atención de la demanda espontánea por recuperación, provocada por usuarios enfermos, soslayando las acciones de mayor importancia en salud pública como son las que se refieren a la prevención y fomento, que tienen como finalidad evitar que la gente se enferme y de este modo se encuentre apta para cumplir con el rol que le corresponde como principal factor del desarrollo.

g).- El desconocimiento del personal de las unidades operativas acerca de los propósitos de la institución, de las funciones y actividades específicas que les corresponde cumplir, las mismas que se encuentran concretamente determinadas en el Reglamento mencionado.

h).- La insalubridad del medio ambiente, debido a la carencia o deficiente disponibilidad de servicios básicos de infraestructura referentes a la provisión de agua potable, alcantarillado u otro sistema sanitario de disposición de excretas, de basuras y desperdicios; la falta de investigación de la fauna transmisora existente en cada una de las localidades, etc. conspiran para que la población sea fácil presa de las enfermedades.

i).- La malnutrición debido a la escasez y elevados precios de los alimentos en general y en especial de los que contienen proteínas, condicionan a la población a un estado de resistencia fisiológica y somática disminuída, que conjuntamente con la insalubridad del medio en el que vive es víctima de las enfermedades.

j).- La insuficiente dotación de personal en las unidades operativas y la falta de capacitación de los mismos, así como la insuficiencia y deficiente dotación de equipos y materiales, obligan en cierta forma a practicar un tipo de atención médica empírica limitándose además a atender solamente la demanda espontánea en el consultorio, produciendo una sub-utilización de los recursos por falta de promoción para realizar acciones de salud comunitaria en su respectiva jurisdicción geográfica.

k).- La falta de incentivos al personal en general del Ministerio y en especial a los profesionales especializados en las distintas ramas de la salud pública, que ha provocado la fuga de estos prefiriendo pasar a prestar sus servicios en otras instituciones que les reconocen mejores remuneraciones y estabilidad, aunque muchas veces se encuentren desempeñando funciones no precisamente de su especialidad, sino en el campo de la clínica de atención médica.

l).- La lógica consecuencia de esta situación es la improvisación de las acciones llevadas a cabo por funcionarios inexpertos colocados en puestos de carácter técnico administrativo para cuyo ejercicio no se encuentran capacitados, sin desconocer desde luego los muchos méritos que con seguridad los tienen como médicos generales o dentro del campo de sus actividades clínicas específicas que las cumplen con efi-

ciencia y son necesarias para los servicios de atención médica a los usuarios enfermos y el control de los sanos.

m).- Las estadísticas de morbilidad disponibles actualmente en el país, son incompletas e insuficientes por cuanto se refieren solamente a los egresos hospitalarios y a una lista de enfermedades transmisibles de denuncia obligatoria que no siempre se notifica; además la información se presenta solamente en forma global para el país y por provincia.

n).- Si al presente hay unidades de salud del Ministerio de Salud Pública en la casi totalidad de las parroquias del país, atendidas por profesionales médicos en las que como se ha indicado, la mayoría de los usuarios han solicitado los servicios por enfermedad, es de suponer que se dispondría de información diagnóstica con una cobertura ideal que permita elaborar mapas epidemiológicos bastante detallados, así como para tomar decisiones más acertadas, concretas y oportunas; lamentablemente esto no ocurre, pues la información se refiere simplemente al número de consultas.

o).- Ciertas enfermedades epidémicas tan graves como la peste bubónica y la malaria, que han significado un verdadero azote en el país y por un tiempo se encontraban en fase cercana a su erradicación por la acción de intensas campañas aplicadas técnicamente mediante convenios con instituciones de ayuda internacional como la OPS/OMS y UNICEF, debido a una falta de atención oportuna de parte del gobierno para continuar con las fases de consolidación y vigilancia han tomado un nuevo repunte, pues, luego del período de los años 1977 a 1980 en el que no se detectó ningún caso de peste, aparecen en el año 1981 en la provincia de Chimborazo 9 casos y se eleva al número de 67 casos en el año 1983, todavía en el año 1984 se registró 7 casos y en 1985 otros 3 casos; hay que recordar que las provincias amagadas anteriormente fueron las de Loja, Cañar, Tungurahua, Guayas y Manabí.

El área potencial malárica del país comprende las regiones litoral, amazónica y valles subtropicales de las vertientes hidrográficas del Pacífico y del Amazonas, con una superficie de 175.462 km² y una po-

blación estimada al año 1987 en 5'681.612 habitantes que representa alrededor del 62% de la población total del país. En esta área se detectó en el año 1984: 76.668 casos con esta enfermedad, tomando en cuenta que en el año 1963 se encontraba la cifra en 3.897 casos y fue precisamente después de 4 años de sufrir una discontinuidad de la campaña cuando en el año 1968 comienza el incremento del número de afectados que sube a 37.043 casos; en el año 1985 se registran 69.050 y en el año 1986, 54.734.

Es preciso advertir que el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM), una de las instituciones de mejor organización técnica con las que cuenta el país, actualmente tiene además bajo su responsabilidad el control de la Peste, de la enfermedad de Chagas (trpanosomiasis) habiendo encontrado de esta última un índice de infección del 32% en vectores en la ciudad de Guayaquil como resultado de una encuesta realizada en los años 1974 y 1975.

La respuesta unánime del personal de las 202 unidades operativas de salud visitadas, a las que se hizo referencia anteriormente, a la pregunta de *¿cuáles son las principales causas, en orden de frecuencia, por lo que los usuarios acuden a la consulta médica?* fue: por parásitos intestinales, diarreas y enfermedades infecciosas del aparato respiratorio (pregunta obligada en vista de que no se lleva una estadística de los diagnósticos, y desde luego una respuesta subjetiva por la misma razón). Esta respuesta es aceptable, comprensible y susceptible de generalizar a todo el país si se relaciona con las condiciones insatisfactorias de los servicios de infraestructura básica: agua contaminada de uso humano, con excretas, basuras y desechos industriales, contaminación ambiental, vivienda insalubre, convivencia con animales y si a esto se suma una alimentación defectuosa, es lógico esperar como consecuencia un estado de desnutrición y anemia de la población ecuatoriana.

Por lo demás, se presume que debe haber un número todavía desconocido de enfermedades potencialmente existentes en las diferentes localidades del territorio nacional, en razón de que no se ha realizado un programa sistemático de investigación de la fauna transmisora, así por ejemplo la oncocercosis que en fecha reciente se detectaron algunos casos en una zona de la provincia de Esmeraldas; se supone que habrá

muchos casos de angiostrongiloidiasis quizás en todo el país por lo cosmopolita que es la babosa como agente intermediario. Este tipo de investigación que podría estar bajo la responsabilidad del Instituto Nacional de Higiene es de suma importancia para orientar al médico en el diagnóstico de los pacientes según el lugar o procedencia, para confeccionar mapas epidemiológicos y para llevar a cabo acciones concretas de salud preventiva, además de ofrecer una valiosa información para la enseñanza en las facultades de ciencias médicas de las universidades.

Respecto a la cobertura obtenida en el año 1986 a través de las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública fue tan sólo del 13,3% con acciones de fomento de la salud en programas médico-obstétrico, alcanzando al 32,5% con atenciones de recuperación. Las acciones del servicio odontológico apenas tuvo una cobertura del 7,8% de la población mayor de 1 año de edad y con el programa específico escolar se alcanzó una cobertura de tan sólo al 14,4% de este grupo comprendido entre los 5 a 14 años de edad.

CAPITULO III

POLITICA DE SALUD

El derecho a la vida de la persona en condiciones que le permita gozar de bienestar y felicidad durante su ciclo de existencia, es universal e inalienable, razón por la cual no cabe considerar otro tipo de criterio en la toma de decisiones referentes a preservar su plena integridad, que no sean las de orden estrictamente técnico, ético, desprovistas del más mínimo vestigio de intereses ajenos a este principio.

Un posible intento de aplicar una política de tecnificación del sector puesto en marcha en el año 1964 mediante un programa piloto demostrativo, lamentablemente no pasó de ser eso, un intento, ya que a pesar de haber obtenido los mejores resultados en el área geográfica elegida, e iniciar la etapa de aplicación en el resto del país, instalando una apreciable infraestructura con significativo grado de penetración rural, esta política se ha desviado luego por otros rumbos, volviendo a la tradicional improvisación que ha sido la característica en nuestro medio.

De la exposición hecha en el análisis se concluye que hay un manifiesto desperdicio de recursos, ocasionado por una orientación completamente errada en su administración, por la sencilla razón de "tratar de atender al paciente por correspondencia"; dicho de otro modo: por ignorar los hechos reales, concretos, diversos, que se vive en cada una de las localidades o asentamientos humanos, que se asemejan a los diferentes órganos del cuerpo, o al conjunto de miembros de una familia a la cual se pretendería diagnosticar su estado de salud con sólo examinar a uno de ellos y luego extender una receta común para todos.

En vista de esta situación, se recomienda tratar de rescatar esos valiosos recursos volviéndolos al cauce inicial, para orientarlos hacia los objetivos para los cuales fueron creados. Para conseguir este propósito será conveniente enfocar la política de acción en los siguientes aspectos:

tos:

1.- ORGANIZACION DEL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD

Que consiste en aglutinar los recursos de las diferentes instituciones que cumplen acciones de salud, las que manteniendo su individualidad persiguen un objetivo común, mediante la unificación de normas y métodos provenientes de una autoridad central y que tienen como mecanismo la participación en la elaboración y coordinación de las acciones y una oportuna información en cada uno de los niveles.

Pese a que el más alto nivel gubernamental se ha establecido un Consejo Nacional de Salud, con representantes de las diversas entidades de salud existentes en el país con la idea de proceder a la estructuración de un Sistema Nacional de Salud, en la práctica esto no ha funcionado, por lo cual es necesario analizar sus fallas y si es del caso reestructurarlo y darle agilidad ejecutiva con el fin de que las acciones de salud tengan una mayor cobertura sin repeticiones, como sucede en la actualidad, pues lo corriente es ver que dos o más instituciones realizan las mismas acciones al mismo grupo de población.

El Sistema Nacional de Servicio de Salud debe estar dirigido por un Comité integrado por: un delegado de AFEME, por delegados de los Ministerios de Previsión Social, Bienestar Social, Defensa Nacional, Agricultura y Ganadería, Educación y Finanzas, delegados de las instituciones SOLCA, Junta de Beneficencia y por las Municipalidades, el Director Nacional de Salud y el Ministro de Salud Pública o el Subsecretario, quien presidirá y de entre sus miembros un secretario encargado de la comunicación de sus resoluciones a los diferentes niveles de ejecución.

Las funciones de este Comité deben ser de coordinación y de estandarización de normas para la ejecución de todas las acciones de salud que desarrollan coordinadamente las entidades y de gestión para la realización de programas de capacitación del personal que requiere para este objetivo el país.

2.- ORGANIZACION Y ESTRUCTURA DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Dentro del Sistema Nacional de Servicios de Salud, el Ministerio constituye su base fundamental, tanto porque le corresponde determinar la política a seguir, como por ser la ejecutora de la mayoría de las acciones.

Las funciones del Ministerio de Salud Pública son de dos tipos:

- a) las de tipo político y normativo, y
- b) las de tipo ejecutivo u operativo.

Las primeras comprenden: fijación de la política de salud, planificación, supervisión y programación de todas las acciones de salud, las cuales deben ser realizadas por un nivel central constituido por el Ministro, la Subsecretaría y la Dirección Nacional de Salud.

Las acciones así programadas deben ser aplicadas en las diferentes unidades operativas del nivel ejecutivo que corresponde a las Direcciones Provinciales de Salud y supervisadas por el nivel intermedio constituido por las Direcciones Regionales de Salud.

Así comprendidas la planificación y ejecución de todas las acciones, se sugiere el siguiente modelo orgánico estructural:

Ministro de Salud y Subsecretario, encargado de la formulación de la política de salud.

Dirección Nacional de Salud, que a su vez sería el eje principal del Sistema Nacional de los Servicios de Salud, encargado de la planificación y programación.

Dos Direcciones Regionales de Salud, encargados de la supervisión de las acciones en cada región.

Veinte Direcciones Provinciales de Salud, una por cada provincia, encargadas de la ejecución de las diferentes acciones programadas; y

Las unidades operativas existentes en el área geográfica de cada Dirección Provincial de Salud, destinadas a dar atención preventiva, curativa y de rehabilitación, las cuales se clasificarán en tres categorías según niveles de complejidad para la atención de la salud:

- a) Hospital base
- b) Centros de salud, con o sin camas y subcentros de salud; y
- c) Puestos de salud.

En ciudades donde existen hospitales regentados por otras entidades, como: la Junta de Beneficencia, el IESS, etc., éstas deben coordinar las acciones bajo el marco del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

En cada área de salud debe existir Centros de Salud con o sin camas y Subcentros de Salud cuya ubicación estará de acuerdo a las necesidades y a la accesibilidad de los pobladores, ya que cada unidad debe cubrir un sector geográfico determinado.

A su vez, en cada uno de los sectores se han de ubicar, bajo las mismas condiciones los Puestos de Salud.

En resumen, debe existir tres niveles de atención médica:

- a) Atención primaria
- b) Atención intermedia; y
- c) Atención especializada.

La atención primaria debe ser prestada en los Puestos de Salud que vienen a constituir el primer contacto de la comunidad con el Sistema Nacional de Servicios de Salud en los que de acuerdo a normas específicas se ejecutarán acciones prioritarias de tipo preventivo y curati-

vo, aquellas que siendo simples, son oportunas y de gran utilidad y son las que requieren la mayor parte de la población desprotegida residente tanto en la zona rural como marginal de las grandes ciudades.

Estas acciones de salud primaria serán realizadas en otros Puestos similares dependientes de otras instituciones de salud que forman parte del indicado Sistema, cada cual con su autonomía, pero en coordinación programada.

Poniendo en juego la regionalización de servicios, los problemas de salud más complejos, que requieren de ciertos medios auxiliares de diagnóstico, serán derivados para su atención en el nivel intermedio, para lo cual debe existir una correcta inter-relación.

De igual manera los problemas de mayor complejidad que necesitan de internamiento, tanto para el diagnóstico como para la aplicación terapéutica deben ser derivados para su atención en el nivel especializado.

Para obtener un eficaz funcionamiento, estos tres niveles estarán correctamente inter-relacionados, definiendo muy claramente, de acuerdo a los recursos existentes y a la problemática de cada sector, las acciones y las patologías que deben ser atendidas por cada nivel.

Posteriormente un estudio minucioso de cada área permitirá redistribuir y proporcionar racionalmente los recursos a fin de alcanzar una cobertura total y eficiente.

Es importante la instalación de los Puestos de Salud con el fin de dar atención primaria efectiva tanto en calidad como en cobertura.

La supervisión y evaluación constante en cada nivel, por parte del nivel inmediato superior es básico para el buen funcionamiento de los mismos.

Otro aspecto importante es considerar, a fin de mantener la eficacia de la atención, es la de estimular científica y económicamente al personal, dedicado por un lado a las labores de supervisión y evaluación, y por otro a quienes trabajan en unidades de salud rural ejerciendo además labor de liderazgo en cuanto al desarrollo y organización en el área geográfica de su responsabilidad.

Como ente rector del Sistema, el Ministerio debe definir claramente las funciones que les corresponde a cada uno de los niveles y hacer respetar estrictamente dichas responsabilidades.

2.1.- SELECCION DE FUNCIONARIOS DEL NIVEL POLITICO MAS ELEVADO

Si se trata de disponer de cargos comprometidos del gobierno dentro de la política general, las dignidades de Ministro y Subsecretario, que son de libre remoción del Ejecutivo, pueden ser ocupados por cualquier prestante profesional que cumplirá las funciones de: gestión para las asignaciones presupuestarias, representación en los actos oficiales de carácter social nacional e internacional; gestión para conseguir ayudas de organismos internacionales; y, la sanción de instrumentos de tipo administrativo inherentes al sector.

2.2.- FUNCIONARIO DEL NIVEL TECNICO

El Director Nacional de Salud debe ser un profesional especializado en administración de salud pública, en razón de que las funciones que debe asumir son de carácter evidentemente técnico, es el nivel normativo, asesor, planificador, evaluador; siendo conveniente que goce de cierto grado de estabilidad, lo cual se puede lograr por ejemplo, facultando al Congreso Nacional para que designe a dicho funcionario para un período fijo, que podría ser de 4 años, escogido de una terna de profesionales que reúnan las condiciones indicadas y propuesta por el señor Presidente de la República.

2.3.- SELECCION DE FUNCIONARIOS DEL NIVEL INTERMEDIO

Si el Ejecutivo considera conveniente mantener como en la estructura actual las dos Subsecretarías Regionales de Salud, la designación de los dos Subsecretarios tendrían similitud con la del Ministro, en cuanto a las funciones que tienen que cumplir; mas si se trata de asignarles funciones técnicas, entonces lo más apropiado será nominarlos como "Direcciones Regionales de Salud" en cuyo caso los funcionarios deben ser profesionales especializados en salud pública, que igualmente gozarán de un período de estabilidad de 4 años, pudiendo ser nombrados por el Ministro a petición del Director Nacional de Salud.

En cualquiera de las dos alternativas, es necesario que cada uno de los tres funcionarios Directivos: Nacional y Regionales, cuenten con un Departamento Técnico integrado con profesionales especializados en las diversas ramas, es decir con maestría en: salud pública, epidemiología, administración de hospitales, odontología, ingeniería sanitaria, enfermería, servicio social, educación para la salud, bioestadística y planificación regional, en razón de que a este nivel le correspondería las funciones de planificación, supervisión, capacitación de personal, evaluación y coordinación; complementado, desde luego, con un Departamento Administrativo.

2.4.- SELECCION DE FUNCIONARIOS DEL NIVEL EJECUTIVO U OPERACIONAL

En las Direcciones Provinciales de Salud, como nivel de ejecución y control, los funcionarios directivos deben ser profesionales especializados en salud pública, inclusive hasta los Directores de los Centros de Salud urbanos, y en administración de hospitales los Directores de este tipo de establecimientos.

Estos funcionarios estarían clasificados como servidores públicos de carrera, es decir con estabilidad permanente dentro de la institución, al igual que todos los demás cargos tanto de personal profesional

médico como el paramédico, auxiliar y administrativo, con el objeto de garantizar la seguridad que se necesita en este tipo de ocupaciones y la mística a través de la capacitación y adiestramiento en servicio que debe mantenerse en forma permanente en cumplimiento de lo contemplado en el "Reglamento Interno de los Centros, Subcentros y Puestos de Salud" instrumento que está en vigencia, aunque requiere actualización en algunos puntos, sobre todo en lo referente al aspecto estructural.

La Dirección Provincial de Salud debe también contar con un Departamento Técnico integrado por profesionales especializados en salud pública, similar al de la Dirección Regional, que tendrá funciones de programación, supervisión, capacitación y adiestramiento de personal en su respectiva jurisdicción geográfica.

3.- REUBICACION DEL PERSONAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO

Es insólito el hecho de que a un número apreciable de profesionales especializados en las diferentes ramas de la salud pública se les haya destinado a cumplir funciones de atención médica de consultorio, y colocado en cambio en cargos directivos, de jefatura y otros que requieren de formación especializada a profesionales de reciente graduación, o que no han recibido capacitación previa para asumir este otro tipo de funciones y responsabilidades.

4.- CAPACITACION DE PERSONAL

Para obtener la eficiencia y el cumplimiento diario de las tareas asignadas a cada trabajador de la salud, es indispensable que éste se encuentre completamente consciente de su responsabilidad, es decir que sepa qué hace, qué puede ocurrir, qué se propone la institución con su aporte individual; enmarcando sus acciones dentro del concepto de que: absolutamente en ningún caso se puede jugar con la vida de otra

persona y que su misión es salvarla y ayudar a conservarla en buen estado de salud.

Esta mística es posible inculcar en el personal del sector, manteniendo cursos de capacitación para todos los niveles: profesionales, profesionistas, personal auxiliar, administrativo y de servicio.

Contando con los profesionales especializados que se encuentran en las dos jurisdicciones regionales de salud y con la participación de organismos internacionales como la OPS/OMS y AID, que tienen representación en el Ecuador, se puede muy bien organizar estos cursos seleccionando para este objeto un área piloto en cada una de las dos regiones, de tal manera que la instrucción impartida sea concreta, eminentemente práctica y por lo tanto de corta duración, considerando que el perfeccionamiento evolutivo se continúa mediante la supervisión que precisamente consiste en la prolongación del proceso educativo o sea el adiestramiento en servicio, y es la razón por la que esta importante función tiene que ser ejercida por el personal especializado.

5.-INFORMACION BASICA PARA LA PLANIFICACION DEL SECTOR SALUD

La planificación elaborada exclusivamente en el escritorio, basada en cierto tipo de información parcial, muy gruesa y ambigua, resulta teórica, de difícil aplicación y de incierta eficacia, por aquello que se hizo referencia anteriormente, de tratar de atender los males que sufren los miembros de una familia con una receta común luego de haber examinado tan sólo a uno de ellos.

Cada comunidad o asentamiento humano tiene sus problemas propios de acuerdo al nivel de vida alcanzado, a sus hábitos, costumbres, organización social, recursos naturales, aspiraciones, etc., que deben ser conocidos para darles atención adecuada.

El país se encuentra actualmente en posibilidad de disponer de este tipo de información de imponderable valor para una planificación real, concreta y precisa, si se utiliza correctamente al personal de las unidades operativas que forman la infraestructura del sector cuyo grado de penetración cubre ya hasta las cabeceras parroquiales y algunos recintos.

La planificación debe comenzar a elaborarse en estas unidades de base, proveyendo la información detallada de los recursos de su jurisdicción geográfica, el nivel de desarrollo y de sus necesidades a la Dirección Provincial de Salud respectiva, en la cual se procede a la concentración de los datos para su procesamiento, compatibilidad, detección de proyectos; los funcionarios de este nivel tienen la oportunidad de conocer qué es lo que deben administrar. La información así procesada será enviada a la Dirección Regional de Salud (Subsecretaría actual) en la que continúa el procesamiento de concentración, compatibilización y jerarquización de los proyectos y programas detectados que constituirán el objeto de la planificación con precisión de lugar, tipo de acción y magnitud de recursos que se deben asignar.

Está pendiente un compromiso internacional enunciado "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000" que se pretende alcanzar aplicando el programa de atención primaria. Precisamente para hacer factible la realización de este programa es indispensable disponer de la información necesaria a nivel de localidad, en el cual debe participar también la propia comunidad, que como tal es recurso potencial básico. Para conseguir estos objetivos es prioritario capacitar al personal.

6.- SELECCION DE PERSONAL PARAMEDICO, AUXILIAR Y DE SERVICIOS

Hasta donde sea posible es recomendable que el personal de cada unidad de salud sea oriundo del propio lugar, con el objeto de asegurar su arraigamiento y estímulo de superación tanto individual como del pueblo al cual se pertenece y se supone lo servirá con mayor empeño para

contribuir a su desarrollo.

La ampliación de la cobertura se puede obtener reclutando al personal de empíricos existentes en las áreas rurales, sobre todo a las parteras y curanderos, a quienes si se les brinda la oportunidad de un adiestramiento adecuado se convierten en un valioso recurso de promoción para que se acepten los servicios de tecnología institucional y además como agentes para la atención de primeros auxilios que a su vez constituyen parte de la atención primaria de la salud. Hay experiencia al respecto en el país con resultados muy satisfactorios.

7.- ESTABILIDAD Y REMUNERACIONES

El ingreso al Servicio Nacional de Salud, significa el inicio de una carrera en un sector de gran responsabilidad social en el proceso de desarrollo del país, que lleva consigo una serie de riesgos durante el cumplimiento de las actividades específicas asignadas que atentan contra su salud y a veces hasta su propia vida, como ya ha ocurrido.

Por consiguiente merece que se consideren algunos estímulos de reconocimiento a la abnegación y entrega que esto significa, los cuales deben manifestarse principalmente con la garantía de estabilidad del personal, el escalafón que permita los ascensos, el respeto a la ubicación de acuerdo al grado alcanzado y una remuneración justa compatible con el costo de la vida, en cuya escala se toma en cuenta para cada tipo de profesional, profesionista, auxiliar, personal administrativo y de servicio, el nivel de preparación académica y los años de experiencia. La remuneración al personal de salud debe guardar consecuencia con el enunciado de la definición del sector, es decir, que le procure bienestar al servidor y a su familia y no resulte paradójico que mientras pregona ese ideal como un objetivo que se debe perseguir, el pregonero se encuentre sumergido en una situación de angustia por la inestabilidad y por percibir una remuneración insatisfactoria.

El personal que goza de estabilidad y es bien remunerado se siente

confiado y mejor dispuesto a cumplir sus tareas con mayor entrega y satisfacción a la institución a la cual se pertenece. Sería muy conveniente la nivelación de los sueldos en todas las instituciones del sector salud, con cuya medida se estaría dando cumplimiento a disposiciones legales vigentes que ahora no se acatan y originan una verdadera anarquía.

8.-INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA

Es una necesidad imperiosa mantener un programa de investigación sistemática de la fauna existente en todas las localidades del territorio nacional que signifique peligro real o potencial ya sea como reservorios, vectores e intermediarios de agentes patógenos transmisibles al hombre; así como de animales que son directamente agresivos, como por ejemplo los ofidios, arácnidos, etc. y la contaminación de la fauna marina, lacustre y fluvial que se consume en la alimentación.

Este tipo de investigación complementada con el análisis clínico de muestras de sangre y de excreciones humanas realizada en los laboratorios que deben instalarse en todas las unidades operativas de salud, como medios auxiliares de diagnóstico para los profesionales, permitirá la posibilidad de confeccionar mapas epidemiológicos provinciales, regionales y del país, de incalculable valor en la formación universitaria de los estudiantes, así como para la orientación diagnóstica de los médicos en general. De este programa podrán encargarse el Instituto Nacional de Higiene y el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria en lo que se refiere a la investigación, capacitación de personal tecnológico o auxiliar de laboratorio y del control y supervisión de estos últimos.

9.- INFRAESTRUCTURA DE SERVICIOS BASICOS AMBIENTALES

De acuerdo con lo expuesto en el capítulo referente al análisis, las causas principales para la incidencia de mayor significación en la morbili-

dad que afecta a la población ecuatoriana radica en la insalubridad del medio en el cual vive y se refiere al consumo de agua contaminada, al fecalismo en campo abierto o en sistemas incompletos de alcantarillado, a los métodos inadecuados de recolección y disposición final de las basuras y desechos industriales, a la vivienda antihigiénica proclive al hacinamiento y a la promiscuidad; a la contaminación de los alimentos durante todo el proceso de producción y manipulación, razón por la cual merece prestar especial atención.

9.1.- AGUA: Si los sistemas de abastecimiento de agua para uso humano instalados hasta el momento, tanto en las localidades urbanas como en las rurales ha tenido por objeto cumplir una primera fase, es decir simplemente proveer de agua sin importar su calidad, debe continuar el programa de instalación en las localidades o asentamientos que todavía carecen de este servicio indispensable para la vida; pero es muy conveniente que se continúe con la aplicación de las fases siguientes o complementarias para obtener agua potable, esto es el análisis de calidad físico-química-biológica y radiológica, el tratamiento adecuado, el control periódico para determinar su aptitud para el consumo y un programa continuo de educación a los usuarios acerca del uso correcto de este servicio.

9.2.- EXCRETAS: Similar recomendación cabe hacer en lo que se refiere al caso de las localidades que cuentan con alcantarillado, en las que también el sistema de instalación es incompleto por cuanto las aguas servidas se descargan directamente en las corrientes de aguas superficiales que a su vez son captadas por poblaciones asentadas en las orillas de su trayecto, para los diferentes usos humanos. Es pues necesario que se complemente el sistema con la instalación de algún método de tratamiento previo a la descarga, como laguna de estabilización, de oxidación, planta de tratamiento u otros. En las pequeñas localidades y núcleos de población dispersa aplicar programas para la instalación de fosas sépticas y letrinas sanitarias, acompañando siempre del complemento necesario que es la educación sobre el uso correcto de estos servicios.

Del programa de letrinización en la población rural dispersa se tiene experiencia en el país y es posible obtener un nivel de cobertura muy

significativo si se utiliza como promotores al personal del magisterio que trabajan en esas áreas en las cuales son líderes y ejercen influencia, convirtiéndose en un valioso colaborador del inspector de saneamiento ambiental, funcionario del Ministerio de Salud Pública con el que deben contar todas las localidades hasta el nivel de cabecera parroquial.

9.3.- BASURAS Y DESECHOS: Conviene establecer coordinación y asesoramiento a las entidades responsables de la recolección, traslado y disposición final de las basuras para la aplicación de métodos sanitarios, con el objeto de terminar con la costumbre generalizada de arrojar los desperdicios en las corrientes de agua, en los alrededores de las viviendas o en los bordes de las vías de acceso a la localidad, formando hacinamientos que se convierten en criaderos de insectos y roedores que son agentes transmisores de enfermedades infecciosas, además del aspecto repugnante y las emanaciones nauseabundas originadas por la descomposición del material orgánico contenido en las basuras y desperdicios domésticos e industriales: recomendaciones técnicas que serán propuestas por ingenieros salubristas, con los que debe contar por lo menos uno cada provincia.

9.4.- VIVIENDA: Es importante mantener actualizado el censo de la vivienda en la jurisdicción geográfica de cada una de las unidades operativas de salud, con la información referente a las características del tipo de construcción, materiales utilizados en las paredes, piso y techo, número de ambientes, disponibilidad de agua y servicio higiénico, número de habitantes por casa, condiciones de habitabilidad, convivencia con animales, con el objeto de disponer de la información básica real para la formulación de los programas de construcción y de mejoramiento de la vivienda con precisión de número, lugar y costos.

El censo o encuesta puede ser realizado por el personal de inspectores de saneamiento ambiental y el personal de campo del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria bajo la supervisión del ingeniero salubrista provincial.

9.5.- CONTROL DE LOS ALIMENTOS: El control de la contaminación de los alimentos necesita para su aplicación, de una legislación

práctica, de la instalación de laboratorios bromatológicos con equipos adecuados y personal capacitado; de la instalación de silos en las zonas productoras, así como de mercados técnicamente diseñados para el expendio, igual que los camales para el sacrificio de animales destinados para el consumo humano, los que deben tener un mantenimiento permanente.

10.- CONTROL DE MEDICINAS

Es recomendable mantener un programa permanente de control de medicamentos en lo que se refiere a la verificación de su composición química, grado de actividad y tipo de envase utilizado para su comercialización, para cuyo objeto debe instalarse por lo menos un laboratorio.

Complementariamente es conveniente que se estudie las posibilidades de abaratar los precios, tomando en cuenta que la mayoría de la población consumidora de los productos farmacéuticos es de escasos recursos económicos por lo mismo mal alimentada, más enferma y mayor necesitada de atención médica y tratamiento terapéutico, sin embargo se ve impedida de adquirirlos debido a la elevación de los costos.

11.- INFRAESTRUCTURA FISICA

Es importante realizar un inventario registrando las características de tenencia, tipo de construcción, funcionalidad y estado de conservación de los edificios en los cuales se encuentran funcionando las unidades operativas de salud, con el objeto de proceder a la aplicación de programas similares a los que se indicó para la vivienda, es decir de construcción y de mejoramiento según las condiciones actuales.

Es conveniente considerar en las unidades rurales la necesidad de incluir la vivienda para los profesionales, en razón de que en general se trata de personal procedente de otro lugar que se encuentra transito-

riamente cumpliendo con el servicio rural obligatorio y necesita disponer de alojamiento que le ofrezca algún confort para que pueda residir en su momentáneo destino mientras cumple con este requisito de servicio a la comunidad.

12.- SUPERVISION

La necesidad de la supervisión es de tanta importancia, sobre todo en este tipo de instituciones, que se puede asegurar que sin el ejercicio correcto de esta función no es posible la obtención de resultados satisfactorios y es a esta falta precisamente a la que se debe atribuir en gran parte la inoperancia y resultados nugatorios de la organización actual. Para su funcionamiento hay que organizar los departamentos técnicos integrados con profesionales especializados en las ramas de salud pública, a nivel nacional, regional y provincial y proveer las facilidades para su movilización hacia las unidades operativas de la jurisdicción geográfica respectiva.

13.- COORDINACION

Otra importante función es la coordinación y ejercerla en el sector salud para alcanzar los objetivos propuestos, es imprescindible ya que están relacionadas o son interdependientes las acciones con los otros sectores de la actividad socio-económica.

13.1.- Así por ejemplo, con el Ministerio de Agricultura y Ganadería debe coordinar la política de producción agropecuaria, dando prioridad al desarrollo de los productos alimenticios que se encuentran en niveles deficitarios para el consumo interno de la población ecuatoriana como las leguminosas, hortalizas, carnes, leche, huevos, para combatir la malnutrición: fomentar la investigación y cultivo de plantas medicinales; la prohibición y control del cultivo de plantas tóxicas que atentan contra la salud. El cultivo de bosques madereros como materia prima para las construcciones y participación del personal de cam-

po de dicho Ministerio en los programas de las unidades operativas de salud rurales relativas al desarrollo comunitario, específicamente en la promoción de los huertos familiares, con la perspectiva de procurar el auto-abastecimiento.

13.2.- Con el Ministerio de Recursos Naturales y Energéticos en cuanto al uso adecuado de la tierra, de las fuentes de agua, de los productos del mar, lacustre y fluvial, la contaminación con los productos del petróleo, etc.

13.3.- Con el Ministerio de Educación y Cultura, en lo relacionado con la enseñanza de la higiene en los establecimientos educacionales, con los programas específicos médicos odontológicos que se realizan anualmente en beneficio de los escolares en las unidades operativas de salud y como se indicó anteriormente con la participación del magisterio como promotores en programas tales como de la letrinización, uso adecuado del agua, la instalación de los huertos familiares, etc.

13.4.- Con las Universidades, es muy importante la coordinación en lo que se refiere a la formación del personal profesional y tecnológico en ciencias de la salud, tanto en el aspecto cuantitativo como cualitativo, de tal manera que se evite el desempleo por el exceso de egresados; y en la enseñanza se de preferencia al conocimiento concreto de los problemas existentes en las diferentes regiones del País; de ahí la importancia señalada antes de disponer de la información básica y actualizada anualmente de cada una de las localidades obtenida por medio del personal de las unidades operativas que será un valioso aporte del Ministerio de Salud Pública a la enseñanza universitaria.

En el último ciclo de formación académica sería conveniente incluir la enseñanza y adiestramiento del manejo técnico y administrativo de las unidades operativas a las cuales tienen que trasladarse a cumplir con el servicio rural obligatorio y se constituyan de esta manera en un factor positivo en el perfeccionamiento y desarrollo de la jurisdicción comunitaria en la cual serán temporalmente asignados.

13.5.- Con el Ministerio de Bienestar Social, en cuanto éste dispone de servicios específicos de atención médica y otros de protección, que participan directamente del sistema nacional de servicios de salud.

13.6.- Con el Ministerio del Trabajo y Recursos Humanos en lo relacionado con la creación de fuentes de trabajo y protección higiénica de los trabajadores.

13.7.- Con el Ministerio de Defensa Nacional, que también cuenta con servicios de atención médica y de hecho participa por este motivo del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

13.8.- Con el Ministerio de Industrias, Comercio e Integración, en lo concerniente a la industrialización y comercialización de los productos alimenticios, exportación de los excedentes, e importación de los productos deficitarios y de los equipos y materiales médicos, incluyendo las medicinas que no se producen en el país.

13.9.- Con el Ministerio de Finanzas y Crédito Público, en lo relacionado con las asignaciones y transferencias presupuestarias y el control aduanero para impedir la salida de productos alimenticios de nivel de producción deficitaria y el ingreso y salida del país de productos en condiciones no aptos para el consumo.

13.10.- Con el Ministerio de Obras Públicas y Comunicaciones, en lo referente a la construcción y mantenimiento de vías de penetración a las zonas productoras de alimentos y otros productos agrícolas, vías de acceso a los establecimientos de salud y condiciones de seguridad para los usuarios en cuanto a accidentes que pudieren ocurrir por defectos de construcción vial.

14.-NUTRICION

La malnutrición es un problema de preocupación mundial, y el Ecu-

dor no es ajeno, como se ha señalado en el capítulo dedicado a al análisis. Las causas principales son: la insuficiente disponibilidad de alimentos para el consumo interno, en especial de las proteínas tanto de origen animal como vegetal; la falta de educación del pueblo sobre temas nutricionales; el costo de los alimentos en general que cada vez va restringiendo más las dietas en cantidad y calidad por los elevados precios que no están al alcance de la mayoría de la población; y las enfermedades de mayor incidencia y prevalencia como las gastroentéricas que agravan la situación.

Cabe pues recomendar que se de todo el impulso necesario a la producción agropecuaria con el objeto prioritario de alimentar adecuadamente a la población nacional, para lo cual se podría tomar como referencia la producción en las cantidades anuales que constan en el documento de CEDEGE titulado "Alimentos para el desarrollo de la población del Ecuador", que está calculado hasta el año 2000.

CURRICULUM VITAE

DR. FELIPE AROCA CAMPODONICO

-MEDICO CIRUJANO **M.P.H.**, MASTER EN SALUD PUBLICA Y ADMINISTRACION

-(CAMPO DE ESPECIALIZACION) MASTER EN SALUD PUBLICA Y ADMINISTRACION, MEDICINA TROPICAL, ENFERMEDADES VENEREAS Y TREPONEMATOSIS.

-PROFESOR DE ADMINISTRACION EN SALUD PUBLICA -UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL

-PRESIDENTE DE LA UNION ECUATORIANA CONTRA ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL (U.E.C.E.T.S.)

-PRO-SECRETARIO DE LA UNION LATINOAMERICANA CONTRA E.T.S. (U..L.A.C.E.T.S.)

CARGOS ANTERIORES:

-SUBDIRECTOR NACIONAL DE SALUD

-MEDICO DEL CONSEJO DIRECTIVO DEL SEGURO SOCIAL

-MIEMBRO DE LA JUNTA DE ASISTENCIA PUBLICA DEL LITORAL

-PROFESOR DE LA CLINICA MEDICA DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

-DIRECTOR DEL DPTO. DE HIGIENE MUNICIPAL (CARGO OBTENIDO POR CONCURSO DE MERITO).

-TESORERO DEL COLEGIO DE MEDICOS DEL GUAYAS.

-PRESIDENTE DEL COMITE EJECUTIVO DE LA SOCIEDAD ECUATORIANA DE SALUBRIDAD.

-DIRECTOR DE LA CAMPAÑA NACIONAL DEL CONTROL DE ENFERMEDADES VENEREAS.

-DIRECTOR NACIONAL DE SALUD (POR CUATRO AÑOS).

-JEFE DE LA DIVISION NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA (OBTENIDO POR CONCURSO DE MERITO)

-VICE-PRESIDENTE DE LAS PRIMERAS JORNADAS DE SALUD (NACIONA-

LES).

-ORGANIZADOR Y PROFESOR DEL CURSO PARA PROFESIONALES MEDICOS DE LA ACADEMIA DE GUERRA NAVAL.

-ASESOR JURIDICO DE LA ARMADA NACIONAL DEL ECUADOR.

-PRESIDENTE DEL VI CONGRESO LATINAAMERICANO CONTRA ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL.

EDUCACION:

-MEDICO CIRUJANO GRADUADO EN LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

-MASTER EN SALUD PUBLICA Y ADMINISTRACION, UNIVERSIDAD DE SAO PAULO BRASIL.

-CURSO DE MEDICINA SOCIAL EN LA ASOCIACION PAULISTA (SAO PAULO, BRASIL).

ASOCIACIONES INTERNACIONALES

-INSCRITO EN EL CUADRO DE EXPERTOS EN ENFERMEDADES VENEREAS Y TREPONEMATOSIS DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

-SOCIO CORRESPONDIENTE EXTRANJERO DE LA SOCIEDAD BRASILEIRA DE HIGIENE DE RIO DE JANEIRO-BRASIL.

-PRO-SECRETARIO DEL U.L.A.C.E.T.S.

DR. CARLOS VASQUEZ MORENO M.S.P.

-MEDICO SALUBRISTA DE CEDEGE

-MAESTRO EN SALUD PUBLICA Y ADMINISTRACION MEDICA

-CAPACITACION EN:

-ADMINISTRACION DE PROGRAMAS DE BIENESTAR SOCIAL; Y EN PLANIFICACION DE LA SALUD

-EX-DIRECTOR PROVINCIAL DE SALUD DE MORONA SANTIAGO

-EX-DIRECTOR DE SALUD DE GALAPAGOS

-EX-DIRECTOR DEL PROGRAMA INTEGRAL DE SALUD DE MANABI (PISMA)

-EX-JEFE DE LA DIVISION NACIONAL DE FOMENTO DE LA SALUD

-AUTOR DE 26 TRABAJOS PUBLICADOS SOBRE SALUD PUBLICA.