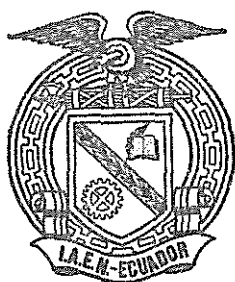


REPUBLICA DEL ECUADOR

SECRETARIA GENERAL DEL CONSEJO
DE SEGURIDAD NACIONAL

INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS
NACIONALES



CUERPO DE CURSANTES

IX Curso Superior de Seguridad Nacional y
Desarrollo

TRABAJO DE INVESTIGACION INDIVIDUAL

*LA SALUD Y LA EDUCACION RURAL MARGINAL
EN EL DESARROLLO DEL PAIS
DR. MED. HUGO SUAREZ TROYA.*

1981

LA SALUD Y LA EDUCACION RURAL MARGINAL EN EL DESARROLLO
DEL PAIS

CONTENIDO

PROLOGO

CAPITULO I

INTRODUCCION

A.	<u>ANTECEDENTES Y CONSIDERACIONES GENERALES</u>	1
B.	<u>CONCEPTO DE SALUD Y BIENESTAR</u>	1
C.	<u>EL CONCEPTO DE DESARROLLO Y SUS IMPLICACIONES EN LA SOCIEDAD.</u>	4
D.	<u>LAS RELACIONES ENTRE LA SALUD Y EL DESARROLLO</u>	7
E.	<u>ENFERMEDAD Y SUBDESARROLLO</u>	9
F.	<u>LA CONCEPCION DEL BIENESTAR</u>	15

CAPITULO II

DIAGNOSTICO DE LA SALUD RURAL

20

A.	<u>ALGUNAS CONSIDERACIONES DE LAS VARIABLES GEOGRAFICAS</u>	20
B.	<u>LA POBLACION RURAL</u>	24
1.	ANALISIS DEMOGRAFICO	
a.	TAMAÑO Y DENSIDAD DE LA POBLACION ECUATORIANA	
b.	COMPISICION DE LA POBLACION POR EDADES Y SEXO	26
c.	POBLACION RURAL Y URBANA	30
d.	MIGRACIONES RURALES	31
e.	POBLACION RURAL ECONOMICAMENTE ACTIVA	34
f.	EL EMPLEO EN EL SECTOR RURAL	38
C.	<u>NIVEL DE SALUD DEL SECTOR RURAL MARGINAL</u>	42
1.	ANTECEDENTES	
2.	ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD GENERAL	
a.	MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD	47
3.	MORTALIDAD MATERNA	48
4.	MORTALIDAD INFANTIL	49
5.	MORBILIDAD	53
6.	LOS SERVICIOS DE SALUD	
7.	RECURSOS INSTITUCIONALES	55

8.	RECURSOS HUMANOS	56
a.	RECURSO MEDICO	
b.	RECURSO ODONTOLOGICO	58
c.	RECURSO DE ENFERMERIA	
9.	RECURSOS FINANCIEROS PARA EL SECTOR RURAL	59
D.	<u>CONDICIONES AMBIENTALES DEL SECTOR RURAL</u>	65
1.	ABASTECIMIENTO DE AGUA	
2.	ELIMINACION DE EXCRETAS	66
3.	ZONOSIS	
<u>CAPITULO III</u>	<u>ESTADO NUTRICIONAL RURAL</u>	67
A.	<u>ANTECEDENTES</u>	
B.	<u>DIAGNOSIS NUTRICIONAL</u>	68
C.	<u>ALIMENTOS: SU OFERTA Y DEMANDA</u>	76
<u>CAPITULO IV</u>	<u>DIAGNOSTICO DE LA EDUCACION RURAL</u>	78
	<u>MARGINAL</u>	
A.	<u>ANTECEDENTES Y CONSIDERACIONES GENERALES</u>	
B.	<u>DEMANDAS SOCIALES EN EL AREA RURAL</u>	79
C.	<u>NIVELES DE SATISFACCION DE LAS DEMANDAS DEL SECTOR RURAL</u>	80
D.	<u>LA EDUCACION RURAL Y SU VALORACION</u>	82
E.	<u>LA OFERTA DE SERVICIOS EDUCACIONALES EN EL AREA RURAL</u>	83
F.	<u>EL NIVEL EDUCATIVO EN EL AREA RURAL</u>	85
G.	<u>DESERCIÓN Y REPETICIÓN EN EL AREA RURAL</u>	86
<u>CAPITULO V</u>	<u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u>	87
A.	<u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA SALUD RURAL</u>	
1.	LA COBERTURA Y EL SISTEMA DE SALUD	93
2.	LA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD	94
3.	LOS RECURSOS	95
4.	COOPERACION TECNICA INTERNACIONAL	96
B.	<u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL ESTADO NUTRICIONAL RURAL</u>	97

C. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROBLEMA EDUCATIVO 100
RURAL

LISTA DE CUADROS

LISTA DE GRAFICOS

BIBLIOGRAFIA

PROLOGO

Con el presente trabajo, pretendemos llamar la atención sobre tres problemas de dimensión nacional: La Salud, La Nutrición y la Educación Rural Marginal, cuyas connotaciones son verdaderamente inquietantes. Pretender realizar un diagnóstico sobre dicha temática es harto difícil, pues en un país en que las estadísticas son poco confiables y la priorización sobre los problemas esenciales del hombre se encuentra en planos inferiores la tarea se hace compleja y difícil. De otra parte, golpear el corazón de los gobernantes y políticos acostumbrados a la discusión superficial y a la insustancial lucha demagógica, constituye, en verdad un esfuerzo innegable y casi imposible.

Es de advertir que cual más, cual menos pretende impulsar la Salud y la Educación a niveles óptimos, sin embargo se opta por el camino más fácil y pronto se olvida de la promesa electoral para captar con facilidad el poder, mediante el sistemático engaño a los ecuatorianos que no disponen de los más elementales medios de subsistencia y que sin embargo entregan sus votos esperanzados en mejores días y en un porvenir más despejado.

Por nuestra parte tratamos con este modesto diagnóstico cumplir un viejo sueño del autor, sensibilizar a los responsables de la conducción de nuestra Patria para que se construya el ecuatoriano biológicamente útil y que en verdad contribuya al desarrollo socio económico del país para lograr su definitiva liberación que posibilite una vida digna para él y para sus hijos.

Al poner en consideración este trabajo quiero agradecer a quienes conforman el Instituto de Altos Estudios Nacionales, verdadera tribuna del pensamiento libre y de manera especial al distinguido Asesor Dr. René Carrasco Baquero, valioso intelectual y mejor amigo, que contribuyó decididamente a la corrección del texto definitivo.

CAPITULO I.- A.- ANTECEDENTES Y CONCEPTO DE SALUD Y BIENESTAR

La división del mundo en naciones ricas y pobres divide la asistencia en las enfermedades casi en la misma forma - tajante que en los demás aspectos de la condición humana.

En la asistencia a la salud en especial, la gran división de la humanidad está entre los ricos que cuentan con dinero y servicios clínicos en relativa abundancia, y los pobres que carecen de ellos.

B.- CONCEPTO DE SALUD

El concepto de salud es multidimensional consecuentemente tiene características cualitativas que deben inferirse en sus múltiples valores, la mayoría de los cuales pertenecen al plano de lo abstracto. Esta complejidad del concepto explica la diversidad de definiciones que van desde el simplista que dice: "La Salud es la ausencia de enfermedad" hasta la utópica que aparece en el preámbulo de la OMS "Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad".

Para Dubos, el concepto de Salud es algo que ha inspirado tediosos discursos oficiales y descripciones alegóricas, que en la mayoría de los casos se reducen a observaciones simplistas, y propone una definición que parece ser operativa: "Es la expresión exitosa que experimenta el organismo en sus esfuerzos por responder adaptativamente a su ambiente". La característica multidimensional del concepto ha permitido por un lado, que la medicina haya elegido alguno de sus componentes para montar un modelo de acción orientado fundamentalmente a corregir las expresiones no exitosas de adaptación del organismo a su ambiente, ignorando en gran parte las acciones que dinamizan equilibrio adaptativo entre el hombre y el ambiente.

La Salud al igual que otros sectores sociales, tiene gran incidencia en el desarrollo socio-económico nacional, por lo tanto no debe considerársela aisladamente de otros sectores sociales, económicos, políticos o culturales como son: empleo, recreación, alimentación, vestuario, educación, participación política, etc., este panorama nos lleva a creer que medidas aisladas en el sector Salud vayan a repercutir de manera impactante en las mayorías populares.

La Salud ha sido reconocida, en el país, como un derecho ciudadano, y el gobierno ha declarado que su política en este campo se orienta "hacia un incremento efectivo de las coberturas, para de esta manera satisfacer, en forma especial, los anhelos de una población rural permanentemente postergada".

En términos generales, se ha reconocido que la Salud constituye un elemento básico del bienestar y que el Estado tiene la obligación de conjurar al menos un nivel mínimo de asistencia médica a quienes no pueden procurársela por sus propios medios.

Sin embargo los modelos de Servicios de Salud en la sociedad occidental muestran graves defectos estructurales y funcionales: El origen mecanicista de la ciencia médica, ha precipitado la estructuración de servicios de salud alrededor de la definición simplista de que la salud es la ausencia de enfermedad y por tanto el papel fundamental de dichos servicios es tratar de "ausentar" la enfermedad más que el de lograr una interacción dinámica entre el hombre y su ambiente cuyo resultado sea la salud. Por otro lado, la mirada científica del médico ha ignorado la concepción que de la salud tiene la sabiduría popular, limitando así la posibilidad de involucrar en la definición del concepto, algunos componentes que puedan aumentar la posibilidad de medir la salud mediante características más concretas, y de estructurar los servicios para la salud de tal manera que sean más efectivos. El médico de hoy, como decía Jaspers hace varios si-

glos "se rompe la cabeza cuando piensa en lo que significa sano y enfermo" pero se resiste a creer que su concepción es tan precaria o tan valiosa como la del profano.

Los defectos estructurales y funcionales de los servicios de salud brevemente discutidos así como la elitización del esfuerzo por llegar a una definición más operativa de la salud, han impedido que la sociedad tenga otras alternativas para escoger lo que cree bueno y debe hacerse para mantener la salud. En otras palabras, la sociedad ha estado sometida a escoger equivocadamente los servicios de salud que necesita. Por eso vemos el crecimiento asombroso de la medicina nuclear, la medicina electrónica y la bioingeniería o, a un nivel más simple, la persistente proliferación de Hospitales o Centros de Salud cuya efectividad en el mantenimiento de la salud siempre ha estado en entredicho, no sólo por su escaso equipo para manipular la enfermedad, sino por la ausencia casi total de medios para promover la salud. En esta penosa situación tiene gran influencia la contradictoria consideración de la salud como un derecho y de los servicios de salud como un producto que se consume, según las leyes de la oferta y la demanda. La primera consideración presiona a la sociedad para construir una infraestructura de servicios que habitualmente carece de equipo suficiente y de costos de operación que garanticen dar el mínimo de servicios a la mayoría de la gente. Pero esa misma sociedad paradójicamente estimula la introducción y establecimiento de tecnología médica nuclear y electrónica que sólo funciona mediante la oferta y la demanda en el mercado de la salud, pues siendo una medicina de capital intensivo difícilmente puede funcionar en un esquema diferente al de la oferta y la demanda.

Estas consideraciones sobre el concepto de salud, y sus consecuencias en la estructura y función de los servicios de salud tienen doble finalidad: Primero, advertir las dificultades que pueden surgir al tratar de establecer una relación entre la salud y el desarrollo; segundo, estimular la necesidad de crear un nuevo modelo de acción para la salud que sin descartar la tecnolo-

gía médica disponible, incluye todo el armamentarium de las Ciencias Sociales para estimular ese equilibrio dinámico entre el hombre y su ambiente cuyo resultado es la Salud. Este equilibrio entre el hombre y el ambiente implica que cada individuo debe manejar un conjunto de conceptos y destrezas que en el modelo actual son privativos de las profesiones de la salud, y que las crecientes evidencias demuestran la factibilidad de transferirlos al "profano". El profesional de la salud por su parte enfrentará el reto de incorporar a su armamentario científico todas aquellas técnicas de las ciencias sociales y de la conducta que le permitan manejar la salud de un paciente más complejo: El paciente comunidad.

C.- EL CONCEPTO DE DESARROLLO Y SUS IMPLICACIONES EN LA SOCIEDAD

Para un neófito en el campo de las Ciencias Económicas no existe probablemente un término más difícil de manejar clara e integralmente que el de DESARROLLO. La dificultad estaba, al igual que en el concepto de salud, en su característica multidimensional la cual induce a describirlo con múltiples apellidos: Desarrollo económico, agrícola, social, político, etc.

El concepto de desarrollo usado en Pediatría tiene dificultades similares ya que siempre se encuentra íntimamente ligado al de crecimiento, y para propósitos prácticos, los pediatras hablan de "crecimiento y desarrollo" con las siguientes aclaraciones: crecimiento se refiere a los cambios en tamaño que resultan del aumento de sustancias celulares, mientras que desarrollo se refiere a la maduración de estructuras y funciones asociadas con el crecimiento.

Es muy probable que la Pediatría haya heredado de las Ciencias Económicas la dificultad de definir desarrollo. Por lo tanto, parece oportuno de nuevo elegir según el gusto personal una definición del DESARROLLO que tenga como base el medio y como sujeto al hombre.

En la naturaleza como en la sociedad, el desarrollo está vinculado a otros conceptos fundamentales como el de progreso, movimiento de lo simple a lo complejo, siendo estos dos últimos de carácter relativo. Es pues un proceso que se refiere al "cambio de un estado inferior a otro superior, con un progreso en el campo de las fuerzas productivas y de las relaciones sociales - (incluyendo las de producción), con el desarrollo del conocimiento científico que aumenta el dominio del hombre sobre la naturaleza y, finalmente, con el perfeccionamiento de las formas que reflejan de manera artística la realidad".¹

Myrdal involucra en el concepto de desarrollo un conjunto de condiciones para el trabajo y la vida: Producto, ingresos, nivel de vida, modos de producción, actitudes, patrones de conducta e instituciones. La evaluación de estas condiciones como favorables o desfavorables definen un estado de "desarrollo" o "subdesarrollo", el cual, en la mayoría de los casos se caracteriza por cierto grado de ambigüedad, pero permite sin embargo tomar un punto de partida operativo.

Tratando de sintetizar estos diversos elementos en una definición podríamos decir que el ESTADO DE DESARROLLO de una sociedad es el resultado de las acciones económicas, sociales, tecnológicas y políticas que el hombre realiza en un ambiente dado, para mejorar el nivel de vida y la condición social de la gente.

Aceptando las posibles imprecisiones en la diferenciación del proceso de desarrollo y del estado de desarrollo es suficiente concluir que el estado de subdesarrollo es el resultado de no elegir y/o controlar exitosamente (por el hombre) las respuestas del ambiente a través de acciones económicas, sociales, tecnológicas y políticas para mejorar su nivel de vida y su condición social.

¹S.T. Melinjin en: "El desarrollo en la naturaleza y en la sociedad"
Edit. Platina, Buenos Aires (1962) pág. 8.

Sin embargo la asignación del concepto de subdesarrollo a una sociedad puede producir y ha producido efectos negativos. Es el caso de muchos países latinoamericanos que teniendo suficiente potencial económico, indiscutible creatividad tecnológica y voluntad de cambio no han logrado la modificación de un estado inferior a otro superior mediante el progreso en el campo de las fuerzas productivas y de las relaciones sociales al menos por dos factores básicos: Primero, la denominación persistente y sediciosa de subdesarrollados por parte de otros países "desarrollados" ha llegado a crear la imagen pesimista y derrotista de que es imposible lograr los cambios que mejoren las condiciones para el trabajo y la vida, por el mismo hecho de ser subdesarrollados. Además la denominación de subdesarrollados ha traído implícito el nefasto y persuasivo mensaje de imitar el progreso tecnológico, industrial, social y político como única tabla de salvación, lo cual ha debilitado la creatividad y la cultura autóctona. Segundo, el contacto permanente de segmentos de la sociedad tradicional (que habitualmente poseen el poder económico y político), con el estilo de vida característico de las sociedades de consumo, los ha estimulado a imitar modelos de desarrollo que no sólo ignoran las características sociales y culturales del país a que pertenecen - sino que perpetúan la dependencia nacional e internacional ya establecidas.

Es necesario entonces establecer una planeación, para el desarrollo diferente, que tome en cuenta no sólo los cambios técnicos y económicos sino también los sociales y políticos. Este tipo de planeación requiere de un estímulo por parte del personal científico para el cambio de actitudes y de instituciones - en el ámbito nacional. Dichos estímulos sólo pueden inducirse racionalmente mediante la investigación rigurosamente diseñada para demostrar los efectos positivos del desarrollo en todo el sistema social.

D.- LAS RELACIONES ENTRE LA SALUD Y EL DESARROLLO

En las definiciones anteriores concluimos que un problema de salud es la expresión no exitosa de la adaptación del hombre a su ambiente y que el subdesarrollo es un estado resultante de la falla del hombre para elegir o controlar las respuestas del ambiente. Podemos aceptar que la salud y el desarrollo tienen una base común "el ambiente" y un sujeto común, "el hombre".

Esta relación común ayuda a entender el porqué - algunos académicos dicen que el desarrollo conduce a mejores niveles de Salud mientras que los médicos aseguran que sin salud el desarrollo no es factible. La hipótesis de una relación circular de causalidad puede demostrarse revisando de manera sucinta los cambios en el nivel de Salud en los últimos dos siglos y el impacto del mejoramiento de la Salud de la población en el incremento del desarrollo.

Los registros estadísticos de Inglaterra han permitido demostrar que la mortalidad en la población empezó a descender en la mitad del siglo 18 acentuándose continuamente hasta principios del siglo 20. En el mismo período la historia registró la revolución agrícola en el siglo 18, la cual a través de cambios en la tenencia de la tierra y de mejor tecnología incrementó la producción y distribución de alimentos.

Probablemente la disminución a la mitad de las muertes por T.B. durante dicho siglo se debió a mejores patrones nutricionales de la población. Luego vino la revolución industrial en el siglo 19 la cual mejoró sustancialmente el nivel de vida y los ingresos; posteriormente se registró la revolución sanitaria a finales del siglo 19 y principios del siglo 20 con su dramático impacto en el medio ambiente al mejorar el suministro de agua, disposición de excretas y la calidad de la vivienda. La reducción de la mortalidad y morbilidad por enfermedades infecciosas, especialmente por aquellas de origen hídrico fue atribuida al

mejoramiento del ambiente, aún sin tener conocimiento del mecanismo de infección que se estaba atacando. Además los descubrimientos de Pasteur y Koch a finales del siglo no habían tenido aún aplicación preventiva o terapéutica. Por otra parte, la tecnología médica no podrá reclamar como suyos estos cambios en el nivel de salud ya que sólo se introdujeron 6 medicamentos desde la época hipocrática hasta el siglo 19, de los cuales sólo dos, el Mercurio y la digital podrían explicar por lo menos la postposición de la fecha de muerte. La ineficacia de la cirugía quedó patéticamente descrita cuando un prominente cirujano al revisar 30 años de experiencias quirúrgicas en 1874 dijo: "La habilidad para hacerlas ha aventajado notablemente el éxito de sus resultados".

Para completar el cuadro, Howard escribió que en el siglo 18, cualquier paciente admitido al hospital corría el riesgo de morir por el contagio de una infección mortal, y Florencia Nightingale inició su apostolado através de los hospitales insistiendo en que "al enfermo no se le debe hacer daño".

Quizás la única acción médica que produjo un efecto substancial en la mortalidad fue la introducción de la primera vacuna, contra la viruela. Sin embargo, la reducción de la incidencia de viruela no fue lo suficientemente grande para atribuírsele a ella sola la dramática disminución de la mortalidad.

Hasta aquí hemos revisado la evidencia histórica que confirma la decisiva influencia del desarrollo en el mejoramiento del nivel de Salud. Ahora situándonos en el presente revisemos el cuadro de la salud de cualquiera de los países latinoamericanos.

La desnutrición, las infecciones agudas y las enfermedades parasitarias forman un conjunto de enfermedades responsables de las altas tasas de morbilidad y mortalidad en los niños menores de 5 años. Por otro lado, el nivel de vida de sus familias está caracterizado por una baja ingesta de proteínas, déficit habitacional, baja asistencia a la escuela, pobre utilización de los servicios de salud y bajo consumo de electricidad. Además,

la pobreza, el desempleo, el analfabetismo y la alienación describen el estado social de estas familias.

Los problemas de patología social (homicidios, - suicidios, accidentes, desorganización familiar y enfermedad mental) son los problemas de salud más prevalentes en la población - entre los 15 y los 45 años de edad y de nuevo los bajos niveles - de vida y de status social en estas poblaciones son los factores- acompañantes más frecuentes.

Las observaciones precedentes solamente sugieren una relación concomitante entre la salud y el desarrollo y conducen a la formulación de dos preguntas fundamentales, 1) es la salud el principal determinante del desarrollo? 2) es el desarrollo el principal determinante de la salud?. Las respuestas a estas - preguntas tienen que ver inevitablemente con el reverso de la moneda: La enfermedad y el subdesarrollo.

E.- ENFERMEDAD Y SUBDESARROLLO

Hay una información extensa disponible sobre las relaciones entre los factores socio-económicos y el estado de salud, pero al mismo tiempo hay críticas en la formulación del problema, deficiencias en los datos disponibles sobre la salud y los factores socio-económicos, disparidad de técnicas usadas y falta de competencia profesional "con muy pocas excepciones" para analizar este problema. El resultado de este escaso conocimiento es - el excepticismo y la especulación excesiva. Sin embargo es posible comentar algunas observaciones que pueden servir como una guía para la discusión, para investigación adicional, y tal vez para - mayor especulación sobre las relaciones entre la salud y el desarrollo.

Las ciencias económicas han tenido como elementos básicos del desarrollo económico a los factores tierra, capital y trabajo. Por lo tanto los problemas de salud en la fuerza de trabajo deben tener un impacto definitivo en el desarrollo. Por ejem

plo, varios estudios han hecho estimaciones estadísticas sobre la contribución de la reducción de la mortalidad -considerada como -mejoramiento de la salud- al producto nacional en los países desarrollados. Uno de ellos ha reportado que los sobrevivientes (personas que no estarían vivas si no hubiera descenso en la mortalidad) entre 1.900 y 1.960 han producido 12% del total del producto nacional bruto en 1.960. La fuerza activa de trabajo en Colombia tiene un promedio de 22.4 días de incapacidad por persona por año. Esto significa que se pierden 95.7 millones de días de trabajo por año como consecuencia de enfermedad, accidentes y lesiones. El im pa cto negativo en la productividad y la pérdida monetaria debido a los problemas de salud no es difícil de determinar.

Durante la construcción de la carretera Panamericana en Costa Rica la producción de los trabajadores (medida como a la cantidad de tierra removida por persona por día) se in cre men tó 4 veces durante el período de tres años por la introducción de mejores dietas y la organización de comedores colectivos para los trabajadores. Hay también evidencia creciente de los efectos de la desnutrición en el desarrollo sicosomático de los niños. El da ño cerebral y el retardo mental han sido reportados como una consecuencia de la severa desnutrición. El impacto negativo de la -desnutrición en el desempeño escolar y en el potencial futuro en -el trabajo y en la productividad intelectual de estos niños no so l a m e n t e es un problema económico y tecnológico, sino más importante aún un problema de tiposocial y político.

Otra observación frecuente en países tropicales, es la alta prevalencia de anemia de origen parasitario, la cual -disminuye notablemente la eficiencia del campesino. Este problema de salud ha generado la falacia de que el campesino del trópico es perezoso.

Las observaciones anteriores sugieren algunos de los efectos en el desarrollo que los problemas de salud pueden -

producir aunque una distinción exacta sobre cuál variable produjo efecto primario no es evidente en todos los casos. Parece entonces que la relación causal que está ocurriendo entre la salud y el desarrollo es circular. Un par de ejemplos adicionales reforzará esta apreciación.

Las enfermedades infecciosas comunes han mostrado una tendencia decreciente espectacular durante las últimas seis décadas concomitantemente con un incremento impresionante del desarrollo nacional en los Estados Unidos y en países europeos. Pero al mismo tiempo otros problemas de salud han estado creciendo en proporciones casi epidémicas, por ejemplo: enfermedad cardíaca, cáncer, accidentes y violencia. Los experimentos planeados no parecen ser factibles para demostrar estas relaciones, pero las observaciones de ciertos eventos tienen características de experimentos naturales. Por ejemplo, durante la construcción de una represa hidroeléctrica en el Valle del Cauca, Colombia, ocurrieron los siguientes eventos: Al principio de la construcción una pequeña población rural poco activa, a dos y medio kilómetros de la futura represa, se vio invadida por trabajadores de otros lugares y de la misma área. La Compañía extranjera encargada de construir la represa desarrolló varias obras públicas en la población y se observó un incremento notable en los negocios y aún el médico del pueblo tuvo más pacientes privados. Dos médicos nuevos que llegaron de una ciudad cercana se encontraron totalmente copados en un tiempo relativamente corto. Ellos notaron un incremento notable en los accidentes y en las enfermedades venéreas durante los tres primeros años de la construcción de la represa, pero no notaron cambios positivos en la población de niños mal nutridos que venían al centro. Después de cinco años la represa estaba totalmente construída formando un lago en el cual se introdujo el cultivo de una variedad de peces. Dos años después, la población de la pequeña ciudad disminuyó aproximadamente en un 12%, la prevalencia de accidentes y de enfermedades venéreas decreció drásticamente y los

dos médicos que se habían trasladado a la pequeña ciudad volvieron a emigrar. El otro médico encargado del Centro de Salud renunció poco después debido a que no tenía más que hacer, sino ver más y más problemas de diarrea y desnutrición.

Hasta ahora solamente se ha mencionado algunas observaciones caracterizadas más por evidencia anecdótica que por análisis cuantitativo. Sin embargo dichas observaciones sugieren la estrecha interdependencia entre la salud y el desarrollo, objeto de la presente discusión.

Una tendencia creciente en la medición de las contribuciones de la salud al desarrollo económico ha inundado la literatura de los servicios de salud; las técnicas econométricas y de administración son métodos de moda para evaluar los costos económicos y beneficios de los programas de salud, pero algunos informes parecen ser más que todo ejercicios intelectuales con relevancia dudosa para las políticas de decisión. Un análisis crítico de este campo y algunos ejemplos de usos constructivos de estas técnicas han sido publicadas recientemente.² Tomemos uno de ellos:

Los estudios económicos sobre el impacto de la Mal laria en el desarrollo constituyen una de las referencias clásicas para respaldar las inversiones en Salud, principalmente en proyectos de desarrollo. Uno de los estudios más recientes realizado en una Zona de Colonización del Paraguay (Alto Paraná) pudo comparar la producción, la productividad, la formación de capital y la orga nización misma de la comunidad en 3 grupos de colonos expuestos a diferentes episodios de malaria. El grupo 1 (clasificado como sano) se tomó como punto de referencia para comparar las variables mencionadas con el grupo 2 (moderadamente malárico) y el grupo 3 (con elevado nivel de malaria).

2. Perlman M. "The Economics Health and Medical. Care London Macmillan. Publ. 1.974.

En el grupo 3, la eficiencia en el trabajo disminuyó a tal nivel que el rendimiento por hectárea de algodón fue - 43% menor que en el grupo 1; el cultivo de maíz fue descuidado al intensificarse la epidemia, la cosecha fue tardía y terminaron mucho después que los otros grupos a pesar de haber recurrido a mano de obra alquilada. El rendimiento por hectárea fue 18% inferior a lo esperado. Los cultivos de menor importancia comercial, disminuyeron en un 70% con relación al rendimiento del grupo 1. - En resumen, los campesinos y las familias (del grupo 3) trabajaron mucho menos horas que de costumbre; no pudieron limpiar toda la tierra que habían planeado; plantaron una superficie menor y los cultivos que sembraron rindieron en promedio un 36% menos de lo normal. Además, tuvieron que utilizar más mano de obra remunerada que los demás.

La formación de capital (através del trabajo invertido en deforestación y aprovechamiento de nuevas superficies) fue reducida sustancialmente en los grupos dos y tres.

Por otra parte, la organización de "mingas" se vio seriamente afectada por la disrupción que las familias enfermas produjeron por su ausencia de las reuniones e imposibilidad para colaborar en las labores de las mingas.³

La evidencia hasta ahora expuesta permite hacer una síntesis de la relación circular entre la salud y el desarrollo: los economistas entre otros científicos sociales pueden argumentar que la baja producción conduce a desempleo y a salarios bajos, con un impacto negativo subsecuente en los niveles de vida y en el status social que al mismo tiempo precipitan la aparición de problemas de salud. Los profesionales de la salud ponen sus propios intereses en primer lugar afirmando que los problemas de salud en los niños y en la gente de edad son extremadamente costosos, que los niños escolares no pueden aprender y que la fuerza activa de trabajo enferma no puede aumentar su productividad.

3. Conly G.N.: "Impacto de la Malaria sobre el desarrollo económico: un estudio de casos. BOSP Vol. LXXXI No. 1 Julio 1976, pág. 1-15.

El resultado de esta situación será el aumento - de los problemas sociales, el analfabetismo, la baja productivi - dad, todos ellos constituyendo un obstáculo difícilmente superable por el desarrollo aisladamente.

Para concluir el análisis de las relaciones entre la salud y el desarrollo es importante destacar los efectos negativos potenciales que cualquier proyecto de desarrollo puede ocasionar en la salud de una comunidad:

La introducción de tecnología para incorporar nuevas tierras al proceso de desarrollo así como el uso de fertilizantes y herbicidas para mejorar el rendimiento de las cosechas aumenta notablemente los riesgos de accidentes, traumatismos y envenenamientos.

Por otra parte el grupo de inmigrantes que crean los proyectos de desarrollo puede estar expuesto a enfermedades - propios de la región para las cuales no han desarrollado inmunidad o no tienen la protección suficiente. Tal es el caso de la malaria, la esquistosomiasis, la leishmaniasis, oncocercosis, enfermedad de chagas, etc.

Otros problemas de salud de impacto más general, que pueden surgir en los proyectos de desarrollo se relacionan con los cambios en la vivienda, el suministro de agua, eliminación de excretas y estilos de vida, Las infecciones gastrointestinales - (bacterianas y parasitarias) y las respiratorias pueden aumentar - desusadamente, así como las enfermedades venéreas y los trastor - nos psicológicos en toda la población del área del proyecto.

La salud y el desarrollo expresados en el nivel - de salud, el nivel de vida, la condición social y el estilo de vida son en último término, componentes esenciales del bienestar.

F.- LA CONCEPCION DE BIENESTAR

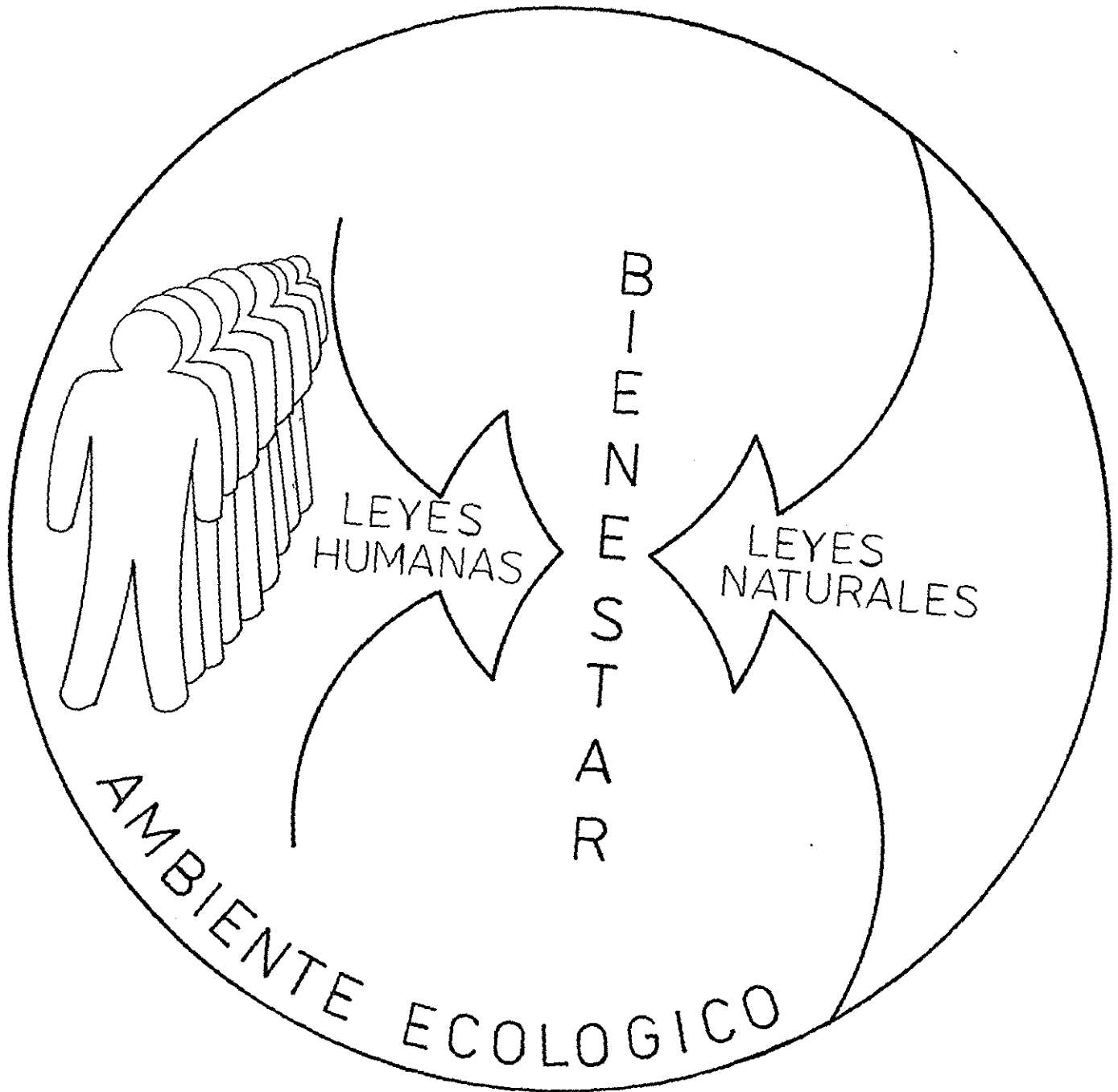
El análisis para lograr una definición del concepto de Bienestar se ubicó en el marco de un ecosistema en el cual - se producen interacciones del hombre con su medio y del hombre con sigo mismo. Las acciones generadas por el hombre (gobernadas por - leyes humanas) y las generadas por el medio (gobernadas por leyes- naturales) interactúan para producir necesidades y mecanismos para satisfacerlas. La interpretación individual y la agregación colectiva del grado de satisfacción de las necesidades son elementos básicos para la definición del concepto de Bienestar (Figura 1).

Los científicos sociales han utilizado cuatro factores fundamentales para establecer los principios y teorías que - rigen la organización, producción, distribución y uso de los recursos por el hombre. Estos factores (tierra, capital, trabajo y organización social) pueden combinarse, formando varias alternativas - de producción que según la fuente de decisión, se orientan para elaborar materias primas o productos terminados, los cuales al entrar en el mercado se denominan bienes y servicios. Un factor adicional, la tecnología, entra en juego en las formas de producción aumentando la eficiencia y la efectividad del proceso productivo.

El trabajo y el capital utilizados en la actividad de producción son intercambiados por dinero, u otros mecanismos de pago, generando el ingreso que en el sistema económico de mercado condicionan la compra de bienes y servicios, es decir, su distribución entre los consumidores a través de los mecanismos ordinarios del mercado.

Los bienes y los servicios (materiales o inmateriales) a que se refiere el presente análisis, son aquellos que se requieren para satisfacer las necesidades, preferencias y demandas del consumidor, lo cual los caracteriza como relativamente escasos desde el punto de vista económico. Los más importantes son aquellos que se requieren para la satisfacción de las necesidades primarias del hombre (alimentación, protección) y algunas secundarias -

Figura 1



(educación, ocupación, recreación).

La utilización de bienes y servicios de alimentación, vestido, vivienda, educación, empleo, transporte, seguridad social y recreación, modifican en diferente grado cuatro componentes básicos de la vida del hombre. Estos cuatro componentes son el nivel de vida, el nivel de salud, la condición social y el estilo de vida; los cuales son el resultado del ecosistema donde interactúan (según leyes humanas y naturales) el hombre con su medio. El nivel de vida es un indicador de la posesión y uso material de bienes y servicios por el hombre. El nivel de salud es la característica de la comunidad resultante del estado de salud de las personas, el estado sanitario del medio, la disponibilidad y uso de los servicios de salud por cada uno de sus miembros. La condición social es un atributo resultante del rol y del status que cada miembro de la comunidad adquiere o se le atribuye. El estilo de vida, es el comportamiento resultante de los hábitos, costumbres, actitudes y valores de cada miembro de la comunidad.

Cada uno de estos componentes ocurre en magnitud y calidad variables en cada ser humano. La experiencia de disfrutar en mayor o menor grado un determinado nivel de vida, un nivel de salud, una condición social y un estilo de vida; constituye el bienestar. Es decir, el bienestar es la expresión vivencial resultante de utilizar los recursos en la producción de bienes y servicios los cuales al ser poseídos o consumidos permiten disfrutar de un nivel de salud, una condición social y un estilo de vida en una sociedad determinada. (Figura 2).

Aunque cada uno de los cuatro componentes del bienestar es modificado directa o indirectamente por el uso de bienes y la prestación de servicios, existen relaciones claramente estudiadas como en el caso del componente nivel de salud, el cual es directamente modificado por los servicios ambientales de salud, los servicios personales de salud y la utilización de alimentos; los otros bienes y servicios lo afectan indirectamente. En el caso del

EL CONCEPTO DE BIENESTAR

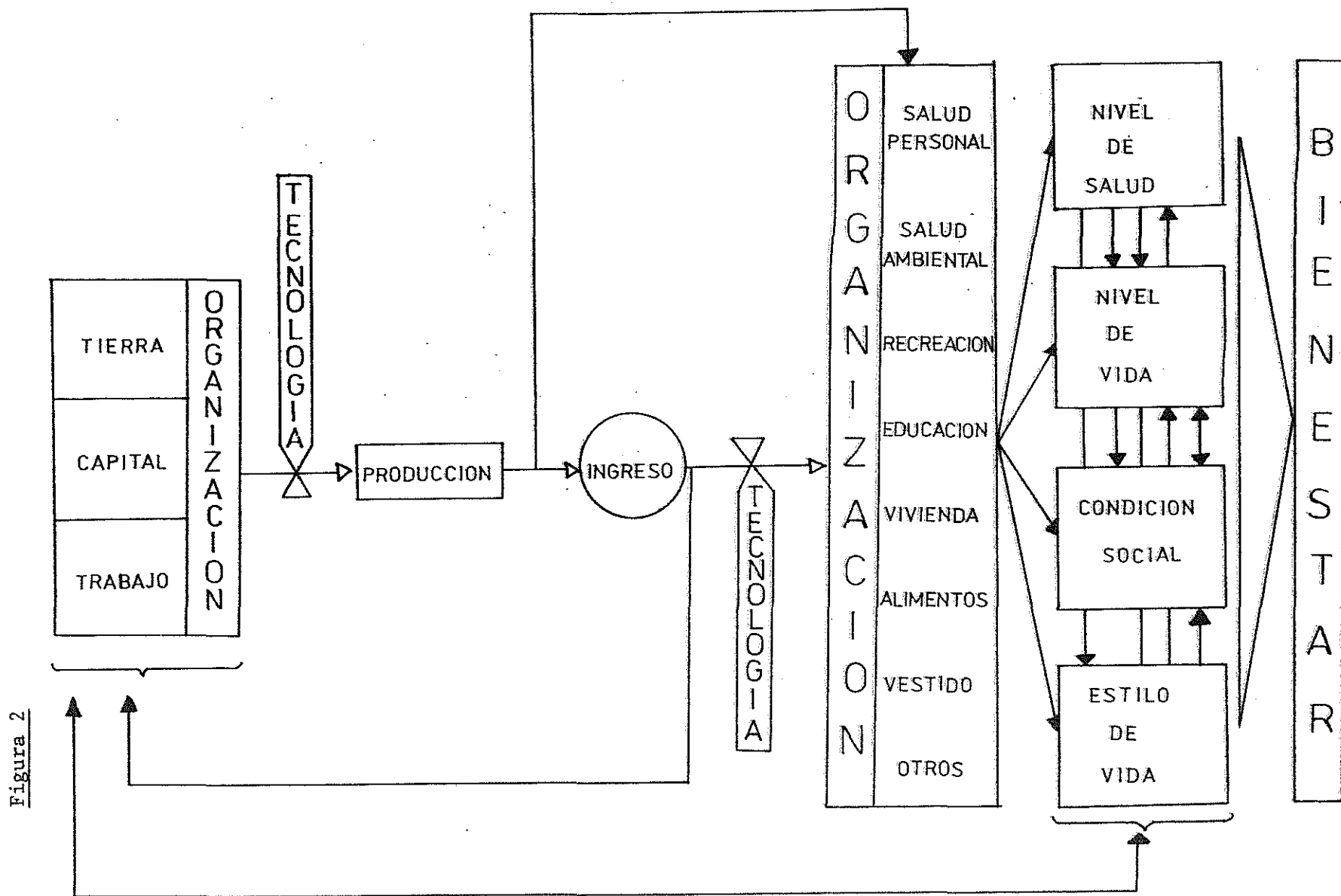


Figura 2

componente nivel de vida, éste es modificado directamente por la obtención y uso de los bienes, mientras que la condición social, es modificada principalmente por el nivel de vida, el uso de los servicios de educación y de recreación. Finalmente el estilo de vida es modificado por la educación y por los servicios de recreación, así como por la condición social.

Es importante destacar que los servicios de educación modifican directamente algunos componentes del bienestar, pero su relación fundamental se establece con los mecanismos para producir, obtener y utilizar otros bienes y servicios tales como: los alimentos, los bienes de vivienda y los servicios personales y ambientales de salud.

De acuerdo con las definiciones establecidas, los componentes se relacionan y condicionan mutuamente, y antes de producir el bienestar condicionan la combinación de los factores básicos de producción a manera de mecanismos de realimentación.

Por ejemplo, el hábito de fumar (estilo de vida), conduce a enfermedades (nivel de salud), que limitan la capacidad de trabajo (factor de producción).

El análisis propuesto anteriormente ha tomado en cuenta un conjunto de elementos que por su interrelación configuran un modelo cuyo resultado final es el bienestar.

CAPITULO II.- DIAGNOSTICO DE LA SALUD RURAL

A.- ALGUNAS CONSIDERACIONES DE LAS VARIABLES GEOGRAFICAS

La República del Ecuador, se halla situada bajo la línea Equinoccial de la cual tomó su nombre. Se extiende desde el 1° 21' de latitud norte hasta el 5° de latitud sur.

En lo que se refiere a su longitud, está comprendido entre: los 75° 13' y 81° 15'; con relación al meridiano de Greenwich, ocupa el V huso horario.

La Región Insular o Archipiélago de Galápagos, se encuentra entre las siguientes coordenadas geográficas; Latitud 0° hasta 1° sur; longitud: 92° w. hasta 89° w. Greenwich.

El Ecuador, actualmente, tiene una superficie Continental de 262.826 Km², a excepción de la zona indelimitada por efectos de la presencia del río Cenepa, que hace inejecutable la delimitación entre el "divortium aquarum" entre los ríos Santiago y Zamora.

La Cordillera de los Andes lo atraviesa de sur a norte, estableciendo tres regiones geográficas, en el Ecuador Continental: La Costa, que comprende las zonas tropicales al occidente de la Cordillera; la Sierra, comprendida por la región montañosa central, con sus valles altiplánicos localizados entre las dos ramificaciones en que se divide la cordillera; el oriente, que incluye las zonas tropicales y subtropicales que forman parte de la Hoya Amazónica, o Amazonía, al este de los Andes. Además de las regiones continentales tiene el Ecuador un territorio insular, el de Galápagos, ubicado a unas doscientas cincuenta millas de la costa, en el océano Pacífico.

Cada una de estas regiones presenta características específicas que las diferencia entre sí y son básicamente el resultado de un proceso histórico, que lógicamente afecta la situación actual. La región de la Sierra, que en época de la Conquista formaba parte del Imperio de los Incas y tenía una sólida organiza

ción productiva, evolucionó primero a una economía fabril y luego a una economía agrícola, basada en la explotación extensiva de los re cursos, incluyendo al hombre, conformando relaciones semif feudales de producción que en la actualidad se caracterizan por la dicotomía latifundio-mínifundio, siendo la agricultura el principal factor de producción, seguido por la industria artesanal y, encontrándose sólo en unas pocas ciudades un incipiente proceso de industrialización.

En la región de la costa, durante la Conquista y la Colonia, su actividad se orientó fundamentalmente a la exportación, tal vez por la relativa escasez de población durante esa época, lo que influyó posteriormente en la atracción de mano de obra proveniente de la Sierra, para incrementar la producción; la competencia en el mercado mundial indujo a la absorción de tecnología y de capital, que ha llevado a configurar las contradicciones propias de las zonas agroexportadoras, como son núcleos poblacionales marginados especialmente alrededor de las grandes ciudades y unas pocas con un relativo aceptable nivel de vida.

La Región Oriental y las Islas Galápagos, son actualmente una zona de colonización en rápido crecimiento que, a pesar de comprender aproximadamente el cincuenta por ciento de la extensión territorial del país, no tiene mayor peso poblacional.

En cuanto a la división político-administrativa, el país se subdivide en veinte provincias que se pueden ubicar claramente en cada una de las regiones geográficas descritas, así:

- Región de la Sierra, con las provincias de: Carchí, Imbabura, Pichincha, Cotopaxi, Tungurahua, Bolívar, Chimborazo, Cañar, Azuay, Loja.
- Región de la Costa, con las provincias de: Esmeraldas, Manabí, Los Ríos, Guayas, El Oro.
- Región Oriental, con las provincias de: Napo, Pastaza, Morona-Santiago, Zamora-Chinchipe.
- Región de Galápagos, constituida por el territorio insular del mismo nombre, conformando una provincia.

Ahora bien, la Junta de Planificación, hoy Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE), para efectos de programas de desarrollo del país, ha agrupado las provincias en ocho regiones-programáticas, así:

<u>REGION</u>	<u>NOMBRE</u>
1	Carchí, Imbabura, Esmeraldas.
2	Pichincha, Napo
3	Manabí
4	Cotopaxí, Tungurahua, Bolívar, Chimborazo, Pastaza.
5	Guayas, Los Ríos
6	Cañar, Azuay, Morona Santiago
7	El Oro, Loja, Zamora Chinchipe
8	Galápagos

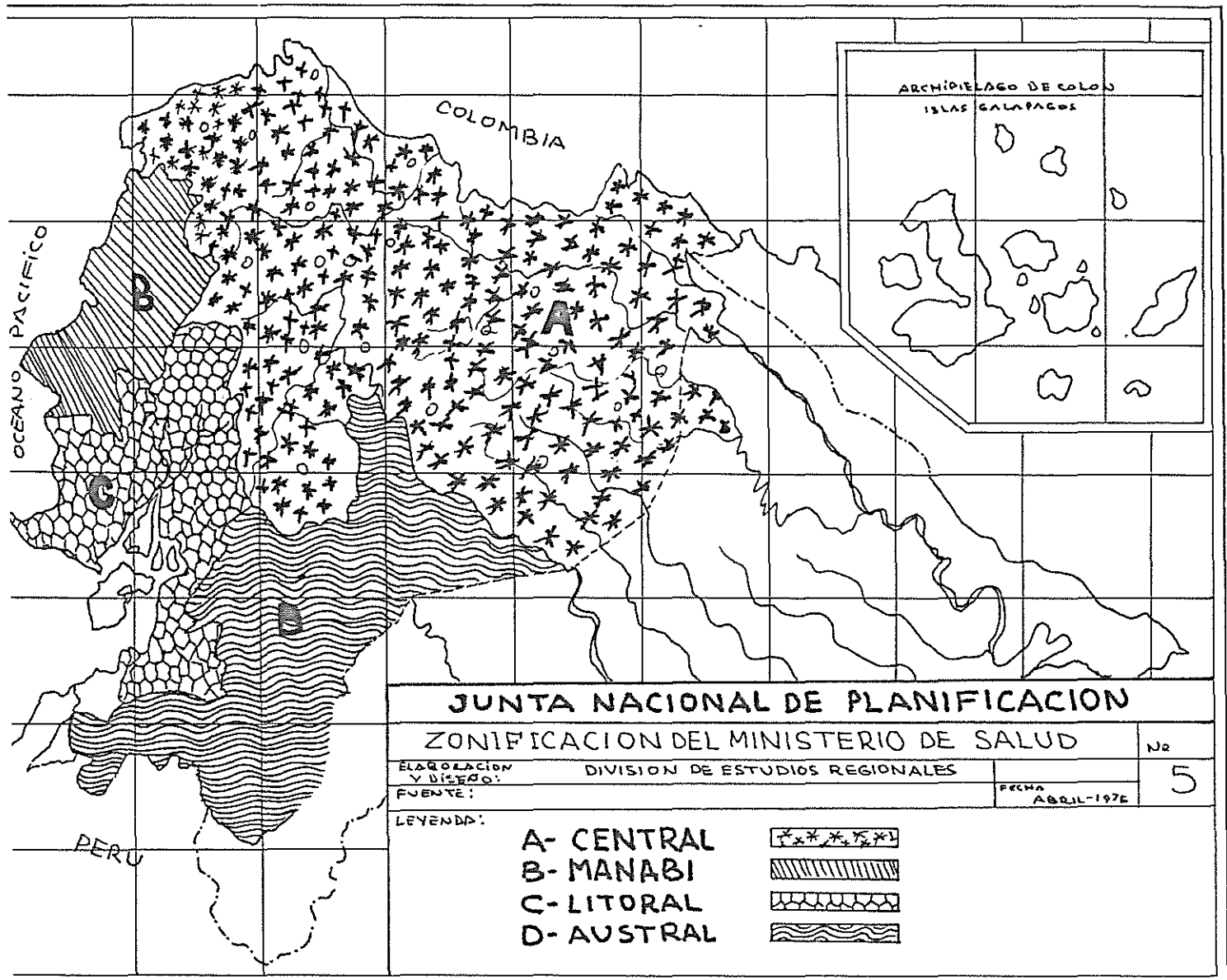
Esta regionalización se presenta a título informativo, pues la heterogeneidad de las zonas que agrupa no contribuye significativamente en la descripción y análisis de la situación de salud, para lo cual se utilizará la división por provincias y, en algunos casos, por regiones geográficas.

Esta propuesta de Regionalización, se la hizo con el propósito de contribuir al logro de un desarrollo más armónico y equilibrado que posibilite crear iguales oportunidades para todas las áreas que conforman el país, especialmente de aquellas de primidas, que no son sólo prueba de la injusticia social imperante, sino que frenan el desarrollo social ecuatoriano.

En cuanto a salud se refiere, el Ministerio de Salud en el año de 1972, tomando como base la jurisdicción de que disponía dividió al país en cuatro zonas: Central, Austral, Costa y Manabí (véase Mapa # 1). El criterio para adoptar dicha zonifi

cación fue básicamente la ubicación e importancia de los demás centros urbanos de Quito, Cuenca y Guayaquil, finalmente esta zonificación no fue posible aplicarla.

Mapa # 1



B.- LA POBLACION RURAL

1.- ANALISIS DEMOGRAFICO

a) TAMAÑO Y DENSIDAD DE LA POBLACION ECUATORIANA

El Ecuador, de acuerdo al censo de población y vivienda efectuado en 1974 tenía una población de 6'829.967 distribuída de la siguiente manera. Véase cuadro # 1.

Cuadro # 1

	<u>Total</u>	<u>Hombres</u>	<u>Mujeres</u>
Total	6'829.967	3'433.000	3'396.967
Costa	3'339.937	1'706.909	1'633.028
Sierra	3'308.849	1'627.276	1'681.573
Oriente	176.904	96.311	80.593
Galápagos	4.277	2.504	1.773
Urbana	2'810.992	1'363.000	1'447.992
Rural	4'018.975	2'070.000	1'948.975

Fuente: INEC

Elaboración: Personal

La población ecuatoriana ha evolucionado a un ritmo de crecimiento de los más altos del mundo: entre 1950 y 1962 creció un 39.2% y entre 1962 y 1974 el 46.4%, llegando al 3.3% anual en contraste al modesto 1% de fines del siglo pasado, lo que le permitirá duplicar su población en el lapso de 22 años y contar para fines del siglo XX con más de 16'000.000 de habitantes; tal aceleración se debe exclusivamente al incremento vegetativo, que en 1981 llega al 3.4% anual, sin que tenga mayor relación la migración exterior, pero si es en gran medida a los mejoras en los niveles de salud y los logros de la medicina en el tratamiento de enfermedades endémicas y la considerable disminución de la mortalidad.

dad infantil, no obstante esta realidad, estamos muy lejos de encontrar un satisfactorio bienestar para las clases menos favorecidas como ya advertiremos más adelante.

El cuadro N° 2 nos indica el crecimiento de la población ecuatoriana a partir de 1970 hasta 1980 y su comportamiento comparativo entre lo urbano y lo rural.

Cuadro # 2

POBLACION TOTAL, URBANA Y RURAL

1970 - 1980

A Junio de cada año

<u>POBLACION</u> <u>AÑOS</u>	<u>POBLACION</u> <u>TOTAL</u>	<u>POBLACION</u> <u>URBANA</u>	<u>POBLACION</u> <u>RURAL</u>
1970	5'961.700	2'331.500	3'630.200
1971	6'165.300	2'442.100	3'723.200
1972	6'377.600	2'560.000	3'817.600
1973	6'599.000	2'682.500	3'916.500
1974	6'829.967	2'810.992	4'018.975
1975	7'063.000	2.937.444	4'125.556
1976	7'306.000	3'068.825	4'237.175
1977	7'556.000	3'204.505	4'351.495
1978	7'814.000	3'345.504	4'468.496
1979	8'078.000	3'487.530	4'590.470
1980	8'354.000	3'643.471	4'710.529

FUENTE: CAD - CONADE

ELABORACION: Recursos Humanos

CONADE

El Ecuador actual arroja una densidad de 28 habitantes por Km². Por su lado la región litoral y andina, principales cocientes poblacionales del país muestran densidades de 55,5- habitantes por km²., respectivamente.

Antes de ahora, e históricamente la Sierra fue - el asiento demográfico más importante del Ecuador y la Costa un te rritorio muy poco habitado, sin embargo al transcurso de los años y por efectos de las migraciones internas las dos regiones han llega do a casi equipararse numéricamente (3.7 millones en la Sierra y - 3.9 millones en la Costa, 1978¹).

Si el análisis lo desmenuamos y lo efectuamos a nivel provincial encontraremos que se destacan por su mayor densi dad las provincias de: Guayas, Pichincha, Tungurahua y Los Ríos con índices oscilantes entre 72 y 100 habitantes por Km², provincias - que contrastan con las 4 de la región oriental (con menos de 2 ha bitantes por Km²) y Esmeraldas (con 14 habitantes por km², incre - mentada a raíz del boom petrolero), éstas provincias últimamente - mencionadas constituyen la reserva más importante para los proyec - tos de colonización agrícola, ganadera y forestal. Ya veremos, más adelante, el comportamiento de las tasas de natalidad, mantenidas - altas durante la mitad del último siglo, por encima del 40 por mil en contraste con la baja mortalidad, a pesar de la alta mortalidad - infantil que aún subsiste. Todo este panorama nos permite concluir que el elevado ritmo de crecimiento de la población constituye un - gran factor en la evolución económica, debido a que por un lado in - crementa el recurso humano y, por otro, exige la generación de es - fuerzos económicos ingentes para lograr aumentos considerables en los niveles de acumulación de inversión, de la capacidad para importar y de los bienes y servicios de consumo que permitan elevar el nivel - de vida del ecuatoriano, especialmente del marginado que tiene po - cas oportunidades de lograr mejorar sus índices de salud, educación, alimentación, vivienda, vestuario y recreación.

b) COMPOSICION DE LA POBLACION POR EDADES Y SEXO

La pirámide poblacional ecuatoriana nos demuestra una amplia base de población joven en el último censo (1974) el estrato de menos de 15 años equivalente al 44.5% de la población total con -

1. Indicadores socio-económicos.- PRONACEN - CONADE - 1981.

trastó con los moderados grupos restantes de edad: 51.7% para el tramo de 15 a 64 años y 3.8% para el de 65 y más. (Ver cuadros 3 y 4).

Cuadro N° 3

POBLACION TOTAL, URBANA Y RURAL , SEGUN GRANDES GRUPOS DE EDAD,

AÑO 1974

(En miles de personas)

<u>GRUPOS DE PERSONAS</u>	<u>TOTAL</u>	<u>URBANO</u>	<u>RURAL</u>
TOTAL	6.521.7	2.698.7	3.823.0
0-14 años	2.900.2	1.185.5	1.781.7
15-44 años	2.689.0	1.204.6	1.484.4
45-64 años	682.8	276.9	405.8
65 y más años	249.7	98.6	151.1

ESTRUCTURA PORCENTUAL

TOTAL	100.0	100.0	100.0
0-14 años	44.5	41.4	46.6
15-44 años	41.2	44.6	38.8
45-64 años	10.5	10.3	10.6
65 y más años	3.8	3.7	4.0

FUENTE: CENSO DE POBLACION DE 1974, INEC.

ELABORACION: JUNAPLA, 1979

Cuadro N° 4

PROYECCION DE LA POBLACION URBANA Y RURAL POR SEXO

(a Junio de cada año)

Cifras en miles de personas

<u>Años</u>	<u>T O T A L</u>			<u>U R B A N A</u>			<u>R U R A L</u>		
	<u>Total</u>	<u>Hombres</u>	<u>Mujeres</u>	<u>Total</u>	<u>Hombres</u>	<u>Mujeres</u>	<u>Total</u>	<u>Hombres</u>	<u>Mujeres</u>
1974	6.830	3.433	3.397	2.811	1.363	1.448	4.019	2.070	1.949
1975	7.063	3.553	3.510	2.937	1.424	1.513	4.126	2.129	1.997
1976	7.306	3.677	3.629	3.069	1.489	1.580	4.237	2.188	2.049
1977	7.556	3.804	3.752	3.205	1.556	1.649	4.351	2.248	2.103
1978	7.814	3.936	3.878	3.346	1.626	1.720	4.468	2.310	2.158
1979	8.078	4.070	4.008	3.488	1.699	1.789	4.590	2.371	2.219
1980	8.354	4.211	4.143	3.643	1.776	1.867	4.711	2.435	2.276

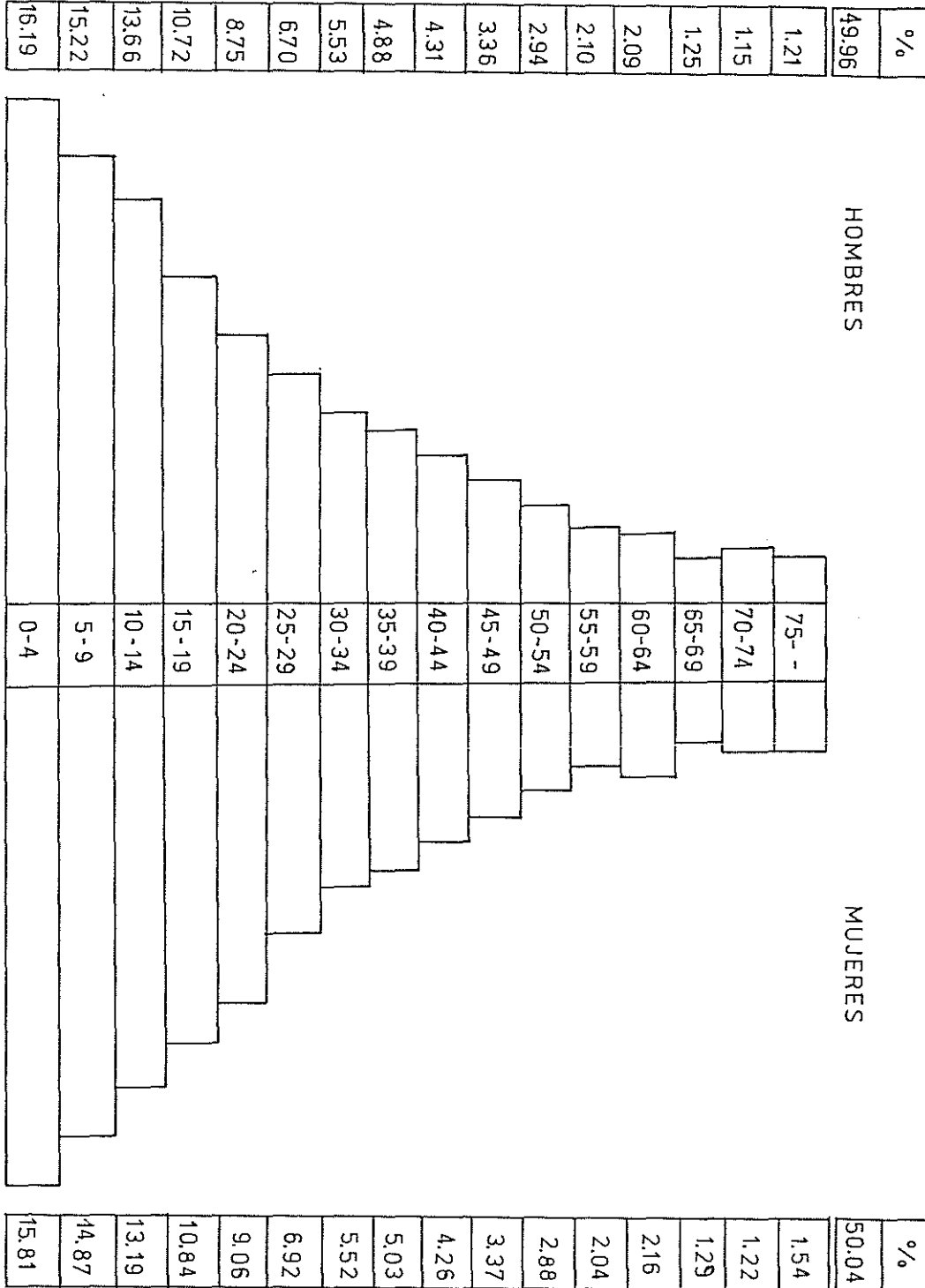
FUENTE: Recursos Humanos - CONADE

ELABORACION: PROGEN - CONADE

Estos coeficientes de diferencia producto del análisis de los cuadros precedentes nos expresan la carga que soporta la población económicamente activa, si tomamos en cuenta los estratos - menores a 15 años y mayores a 60 años, según estimaciones de JUNAPLA -1979-, el coeficiente de deficiencia en el Ecuador equivaldría a - 1.024, lo que en buen romance significa que por cada persona en edad de trabajo hay un poco más de una que dependen económicamente de él en contraste a los países desarrollados en los que: por cada dos personas que trabajan una sola depende económicamente de él. Inclusive los promedios para el resto de América Latina son menores, la explicación: el agravamiento del subempleo. En 1974 la situación varió ligeramente y el coeficiente fue de 0.983, esto por el recurso petrolero, en 1981 la situación se ha deteriorado y se teme que los índices sean peores que en los años más críticos.

Nótese claramente en los cuadros 3 y 4 la concentración ligeramente mayor en todos los estratos de edad, en el sector rural.

ESTRUCTURA DE LA POBLACION - ECUADOR - 1974.



El cuadro N° 4 que antecede, demuestra que el 50.4% de la población pertenece al sexo femenino y el 49.96% al sexo mas-

culino, vale decir que existe una ligera variable en favor del se xo femenino, de otro lado, en la población menor de 15 años el - porcentaje para las mujeres es del 45.07% ligeramente mayor a la de los hombres que suma 43.87%.², éste factor incidiría en la car ga económica que deben soportar, como ya se dijo, los estratos em pleados y que generan ingresos.

c.- POBLACION RURAL Y URBANA

La población ecuatoriana ha sido eminentemente - rural y este comportamiento continuará hasta fines del siglo, la razón: su actividad fundamental la agropecuaria, hay quienes seña lan que la desmedida migración hacia centros urbanos, constituí dos en polos de atracción como: Quito y Guayaquil hará variar esta constante, sin embargo el análisis siguiente demuestra lo contrario, en efecto en 1978 la población rural representó el 57.2% del total nacional y la urbana tan sólo el 42.8%. (Ver cuadro # 6), es más, durante los últimos 28 años (1950 a 1974*) ha habido un - proceso de migración a las ciudades, por el deterioro de las posi bilidades de bienestar que ofrece el área rural a los minifundis tas y trabajadores sin tierra, a esto añadimos el dinámico creci miento demográfico; como resultante observamos que la población - rural en 1950 significaba el 71.5% y en 1978 apenas el 57.2%, pa ralelamente lo urbano se comportó variando entre el 28.5% y el - 42.8%, esperándose para el año 2.000 que la relación sea del 45% para el área rural y el 55% para el área urbana. Respecto a la - concentración en las principales ciudades, fenómeno que indudable mente congestiona el sector marginal, Quito, Guayaquil y Cuenca - disponían de una población, en conjunto, de medio millón de habi tantes en 1950, cerca de un millón en 1962 y cerca de dos millones en 1980. Advirtamos que el sector rural se encuentr^á en un fran - co proceso de modernización en relación a décadas pasadas; las ac tividades agropecuarias en algunas áreas de grandes y medianas -

2. Censo de Población 1974 - INEC

*. Año del último censo de población y vivienda, consecuentemente datos seguros.

propiedades, en contraste se advierte cierta descomposición en la economía campesina por efecto de la concentración de la tierra y la absurda aplicación e implementación de la reforma agraria a pesar de sus 16 años de vigencia. Este fenómeno no sólo que implica desplazamiento de la mano de obra a las grandes urbes, sino que además ha nutrido en forma permanente a la economía urbana a través de los excedentes económicos que en manera alguna, vuelven al campo para revitalizar y capitalizar su economía, deteriorando la aún más, avalizando el tradicional trato discriminatorio y su retraso proverbial frente a otras actividades. Estos desplazamientos humanos han señalado tasas diferenciadas de crecimiento poblacional: 2.47% al año, en 1962 y en 1974 para el área rural; 4.48% para la urbana y 3.27% para el total nacional como lo demuestra - el cuadro N° 7, en el que advertimos las variaciones y ritmos de crecimiento poblacional en las diferentes regiones naturales,

Cuadro N° 7

TASAS ANUALES DE CRECIMIENTO DE LA POBLACION RURAL Y URBANA POR REGIONES NATURALES - 1950 - 1974

<u>REGIONES</u>	<u>POBLACION RURAL</u>		<u>POBLACION URBANA</u>	
	<u>1950-1962</u>	<u>1962-1974</u>	<u>1950-1962</u>	<u>1962-1974</u>
TOTAL NACIONAL	1.66	2.47	4.73	4.48
COSTA	3.10	2.58	5.89	4.69
SIERRA	0.90	2.10	3.56	4.17
ORIENTE	3.80	7.37	5.23	6.87
GALAPAGOS	4.80	3.10	--	--

FUENTE: CENSOS DE POBLACION DE 1950 - 1974

ELABORACION: CAD - (INEC)

d.- MIGRACIONES RURALES

Este constituye un fenómeno, verdaderamente importante para el destino y futuro del Ecuador, de su incidencia dependerá en gran medida la solución, entre otros de dos problemas muy

agudos: el primero la solución de las condiciones socio-económicas del sector marginal de las grandes urbes y el otro, parte de la solución de esta problemática en el área rural.

Hemos agrupado varios cuadros los números 8, 9 y 10 a efectos de realizar un análisis global de los mismos.

Cuadro N° 8

POBLACION TOTAL Y MIGRANTE A 1974 Y SU DISTRIBUCION POR REGIONES

	<u>NACIONAL</u>	<u>SIERRA</u>	<u>COSTA</u>	<u>ORIENTE Y GALAPAGOS</u>
<u>1. Miles de Personas</u>				
Población Total	6.521.7	3.146.6	3.179.4	177.5
Inmigrantes	873.5	379.7	434.6	59.2
Emigrantes	873.5	498.3	358.7	16.5
Migración Neta	-	-118.6	+ 75.9	+ 42.7
<u>2. En % de la Migración Total</u>				
Inmigrantes	100.0	43.5	49.7	6.8
Emigrantes	100.0	57.0	41.1	1.9
Migración Neta	100.0	- 13.6	+ 8.7	+ 4.9

FUENTE: Censo de Población de 1974

ELABORACION: Centro de Análisis Demográfico, INEC-JUNAPLA

Cuadro N° 9

PROPORCION DE LA POBLACION MIGRANTE INTERPROVINCIAL A 1974, RESPECTO DE LA POBLACION RESIDENTE

(En %)

<u>Regiones</u>	<u>Inmigrantes</u>	<u>Emigrantes</u>	<u>Migración Neta</u>
Sierra	12.1	15.8	- 3.8
Costa	33.7	11.3	+ 2.4
Oriente	28.5	7.9	+20.9
Galápagos	66.0	11.1	+ 54.9

Cuadro N° 10

PROPORCION DE LA MIGRACION INTERPROVINCIAL E INTRAPROVINCIAL EN
1962 y 1974

(En miles de personas)

<u>CONCEPTOS</u>	<u>1962</u>	<u>%</u>	<u>1974</u>	<u>%</u>
Inmigrantes Interprovinciales	551.7	93.3	873.5	54.0
Inmigrantes Intraprovinciales	36.8	6.7	747.7	46.0
Total inmigrantes ¹	548.4	100.0	1.618.0	100.0
% respecto a la población censada	12.2	-	24.8	-
Población total censada	4.476.0	-	6.521.7	-

1. Excluye inmigrantes provenientes del Exterior

FUENTE: Censos de Población 1962 - 1974

ELABORACION: CAD - INEC.

Siendo la población joven la que migra, este proceso está cambiando la estructura de la población en cuanto a edad y fertilidad se refiere. Hasta 1974 cambiaron de domicilio más de 1.6 millones de personas, que equivalen a la cuarta parte de la población censada en 1974 de los cuales, el 54% lo hicieron a nivel interprovincial y el 46% dentro de la misma provincia.

La Sierra tiene un saldo migratorio negativo (13.6%) saldo que alimentó a la Costa. Tan sólo la provincia de Pichincha, tiene un saldo positivo (de los más altos del país; más de ciento ochenta mil personas en términos absolutos, equivalentes al 20,6%

de los migrantes provinciales). El resto de provincias andinas - muestran saldos negativos especialmente Chimborazo, Azuay y Loja.

La Costa tiene un acelerado crecimiento poblacional con saldos positivos mayores, Guayas, El Oro y Esmeraldas.

La provincia del Guayas tiene un movimiento de más de 160.000 personas (18.4%). Saldo negativo tienen Manabí y Los Ríos. En las últimas décadas, por los efectos anotados se han logrado equiparar los volúmenes poblacionales en dos grandes regiones: Sierra y Costa, que significan cambios sustantivos en las relaciones socio-económicas. Otro fenómeno importante constituye el hecho de que entre 1962 y 1974 cambiaron radicalmente las proporciones de migración, inter e intraprovincial. En 1962 la migración interprovincial representó el 93.3% del volumen total y la migración intraprovincial sólo el 6.7%. En 1974 el 54% fue para la interprovincial y el 46% para la intraprovincial produciéndose en el intervalo 62-74 un cambio sustantivo.

Como gran corolario de todo lo anotado, el corazón del problema lo advertimos en factores de orden económico: de ocupación, subempleo, bajo de ingresos, existencia de mano de obra sin remuneración y dificultades de acceso a los medios de producción, por una irreal política agraria que ha configurado un dramático proceso social en el campesinado pobre del Ecuador, ha este factor de gran significación se añade el factor geográfico y ecológico relacionados con: clima, topografía, calidad y extensión de tierras de cultivo. De otro lado la falta de infraestructura y el deficiente desarrollo de vías de comunicación vecinales y finalmente los factores socio-culturales como: educación formal y técnica, servicios de salud deficitarios y falta de medios de información y recreación los que han favorecido de manera abrumante las corrientes migratorias que han perjudicado al agro.

e.- POBLACION RURAL ECONOMICAMENTE ACTIVA

Con la explotación del petróleo descubierto en la Amazonía Ecuatoriana en 1962, el país descuidó el agro, sin embargo, está fuera de toda duda que esta actividad todavía mantiene importancia capital en la economía ecuatoriana. En 1962 los -

dos tercios de la población activa total (62.6%) mantenía su actividad relacionada al agro, proporción que en 1974 decreció de manera alarmante al pasar al 52.9%*, de otro lado, la relación porcentual entre la población económicamente activa (PEA) y la población total sigue manteniéndose en niveles altos, (Cuadro N° 11).

La PEA rural crece a ritmo desacelerado, menos de la mitad de la urbana y muy por debajo de la nacional, lo hace al 1% anual, aunque se espera a estimaciones últimas que lo efectúe al 1.55% en el período 1974-1986. (Cuadro N° 12). Las proporciones de la PEA en relación a la población total (38 al 32%) pueden considerarse alta, pero en el caso nuestro la potencia productiva no corresponde al volumen de la población. En la Sierra, en niveles bajos, pues la participación de las mujeres y niños, es significativa en actividades ocasionales y de poco rendimiento como: - agricultura de subsistencias y una serie de actividades artesanales caseras.

Cuadro N° 11

PROPORCION DE LA PEA EN LA POBLACION TOTAL, AÑOS 1950, 1962 y 1974

	<u>1950</u>	<u>1962</u>	<u>1974</u>
POBLACION TOTAL	3.202.7	4.721.1	6.521.0
PEA	1.236.2	1.763.4	2.278.3
% DE LA PEA	38.6	37.3	32.7

FUENTE: Censo de Población de 1950 y Censos corregidos de 1962 y 1974

ELABORACION: Centro de Análisis Demográfico, INEC y UNDER-JUNAPLA

* De acuerdo a cifras corregidas por el CAD - INEC.

Cuadro N° 12

EVOLUCION DE LA PEA TOTAL Y AGRICOLA, URBANA Y RURAL, 1962 - 1974

(En miles de personas y % de crecimiento)

	<u>1962</u>	<u>1974</u>	<u>Tasa de crecimiento Anual</u>
<u>PEA TOTAL</u>	1.763.4	2.278.4	2.22
Urbana	525.4	835.5	4.02
Rural	1.238.0	1.442.8	1.33
 <u>PEA AGRICOLA</u>			
Total	1.104.5	1.204.8	0.75
Urbana	58.0	63.5	0.79
Rural	1.046.5	1.141.3	0.75

FUENTE: En base a cifras de los Censos corregidos de 1962 a 1974

ELABORACION: Centro de Análisis Demográfico, INEC.

Existe, de otro lado, una diferencia importante - en las actividades de Sierra, Costa y Oriente, pues en la primera, el sector campesino vive en una economía de subsistencia, en tanto que los otros sectores disponen de actividades más variadas, ejemplo: pesca, pequeña industria, etc.

En general las provincias menos adelantadas tienen los más altos por cientos de personas activas, además de lo propio en ocupación no remunerada en mujeres y niños de industria casera y en ciertas tareas agrícolas y pecuarias, este fenómeno incide en los bajos ingresos familiares del sector campesino.

En la Costa, esta problemática es menor ya sea por mejores niveles de salarios, más acceso a la tierra, mejor rendimiento de ella con menores esfuerzos, resulta de estos una población activa relativamente menor.

La discriminación que todavía sufre la mujer en el empleo¹, los niveles de fecundidad y su natural ocupación en las tareas domésticas hace que el problema desemboque en pocas oportunidades de empleo para la mujer rural.

El sector de la población económicamente activa - agropecuaria ha sufrido un acentuado descenso con relación al resto de sectores también en su participación en el producto interno bruto (PIB) como en la ocupación de mano de obra, señalado en el Cuadro N° 13

EVOLUCION DE LA PEA TOTAL Y AGRICOLA, URBANA Y RURAL, 1962 - 1974

(En miles de personas y % de crecimiento)

	<u>1962</u>	<u>1974</u>	<u>Tasa de crecimiento Anual</u>
<u>PEA TOTAL</u>	1.763.4	2.278.4	2.22
Urbana	525.4	835.5	4.02
Rural	1.238.0	1.442.8	1.33
 <u>PEA AGRICOLA</u>			
Total	1.104.5	1.204.8	0.75
Urbana	58.0	63.5	0.79
Rural	1.046.5	1.141.3	0.79

FUENTE: En base a cifras de los Censos corregidos de 1962 y 1974

ELABORACION: Centro de Análisis Demográfico, INEC.

1

Para 1974, en el área rural la tasa de actividad para el hombre era de 84.6% y de 9.4% para la mujer.

En síntesis, existe sin lugar a dudas, un proceso de proletarización de alguna importancia que se gesta en el campo y que en cierta medida se orienta a la ciudad, pero no puede señalarse como proceso acelerado, podría aprovecharse este estado embrionario para mediante una sólida acción estatal propiciar empresas u organizaciones comunitarias con cierto nivel de eficiencia productiva e ingresos aceptables, aprovechándose de las vastas zonas incultas o mal aprovechadas que aún existen en el Ecuador.

f.- EL EMPLEO EN EL SECTOR RURAL

Estimaciones efectuadas a mediados de la década presente determinan que si el volumen elevado de subocupación se tradujera en desempleo abierto, éste afectaría al 30% de la PEA rural, cifra por demás dramática y que sólo es compatible con situaciones de una aguda crisis socio-económica que se refleja en los ínfimos niveles de ingreso de nuestro campesino y trabajador rural.

La Junta Nacional de Planificación estimó en 1966, que el sector rural sobre una población de 3.4 millones de personas, habría algo más de 1.8 millones excedentarios¹ es decir, población que bien podría ocuparse de las tierras incultas dándose el contrasentido de disponer de potencial humano desaprovechado y por otro lado de tierras ociosas; se proclamaba que en la década del 70 podría emplearse esa gran masa de población excedentaria hacia la producción, lamentablemente la obnubilación del recurso petrolero hizo que tal cosa no sucediera.

1

Ecuador: bases para una estrategia de desarrollo
JUNAPLA - 1966.

El cuadro siguiente (Nº 14) nos revela la desocupación abierta.

Cuadro Nº 14

ALGUNOS INDICADORES DEL DESEMPLEO ABIERTO EN EL AREA RURAL, AÑOS

1962 - 1974

<u>INDICADORES</u>	1962	1 9 7 4		
	<u>TOTAL</u>	<u>TOTAL</u>	URBANO	RURAL
Desempleo abierto (a)	4.3	3.2	4.4	2.3
Trabajadores familiares sin remuneración	6.8	8.7	1.8	13.7
Población inactiva - que no estudia ni trabaja (b)	3.0	2.0	2.8	5.7

(a) En % de PEA

(b) En % de la Población económicamente inactiva (PEI)

FUENTE: Censos de Población 1962 - 1974

ELABORACION: GORDILLO JOSE, en "La Fuerza de Trabajo en el Ecuador", Mayo de 1979, Pág. 11

El análisis del cuadro, nos permite concluir que: Ha habido una ligera disminución del desempleo abierto total entre 1962 y 1974 y que para el sector rural es casi la mitad (2.3%), además se ha producido un crecimiento del indicador "Trabajadores familiares sin remuneración" (6.8% en 1962 y 8.7% en 1974). Finalmente a pesar de que la población inactiva total (no trabaja ni estudia) acusa disminución (3.0% y 2.0% entre 1962 y 1974), el peso mayor lleva en 1974 el área rural,

g.- EL INGRESO EN EL SECTOR RURAL

La injusta distribución del ingreso tiene multi-causalidad, una de ella es la injusta distribución en la tenencia de la tierra. En el área rural ésta llega a límites de exageración, marcando contrastes insultantes¹.

Los propietarios de tierras de menos de 5 hectáreas que significan que 68% de la población económicamente activa, perciben solamente el 30% del ingreso total rural, según lo expresa el cuadro N° 15

Cuadro N° 15

ESTRUCTURA DEL INGRESO EN EL AREA RURAL, 1974

TAMAÑO DE LAS EXPORTACIONES	Ingreso Total Millones S/.	Población Rural PEA, en miles - de personas ¹ .	ESTRUCTURA PORCENTUAL		INGRESO PER CAPITA DE LA PEA RURAL	
			Ingreso	Población	Sucres	Dólares
De 0 a 1 Has. ²	2.622	440	10.4	30.5	5.959	238
De 1 a 5 Has.	4.967	541	19.7	37.5	9.181	367
De 5 a 20 Has.	4.715	291	18.7	20.1	16.202	648
De 20 a 100 Has.	6.530	150	25.9	10.4	43.533	1.741
Más de 100 Has.	6.379	21	25.3	1.5	303.762	12.150
TOTAL	25.213	1.443 ²	100.0	100.0	17.473	699

NOTAS: ¹ Datos Censales corregidos por JUNAPLA-CAD, en 12-X-78

² Incluye trabajadores agrícolas no propietarios.

FUENTES: MAG, (Departamento de Regionalización), y JUNAPLA (División de Planificación Global)

ELABORACION: JUNAPLA

¹ La información es fruto de la investigación realizada por el Programa de Regionalización del MAG junto con la Misión ORSTOM. En ella se presentan los niveles de ingresos de acuerdo al tamaño de las explotaciones agropecuarias e incluyen diversas fuentes de generación de los mismos: auto-consumo, venta de productos, salarios recibidos fuera de las explotaciones (ingresos extra-prediales), cierto tipo de transferencias e inclusive créditos y subvenciones). Aun-

que la composición de estos ingresos incluyen valores originados en actividades no agrícolas y en algunos casos en áreas no rurales, re presentan objetivamente la situación económica y social de los esta mentos considerados.

Por otra parte, los propietarios de tierras mayores a 20 hectáreas son apenas el 11,9% de PEA rural, sin embargo - de lo cual perciben el 51.2% del ingreso total rural,

El grupo de 2 a 100 habitantes, constituyen el - 10.4% de la población económicamente activa rural con un ingreso - per cápita de 43.533 sucres anuales (1.741 US dólares). El 37% del extracto rural tiene predios de menos de 1 hectárea y su ingreso - promedio no alcanza a 6.000 sucres anuales (238 dólares), es decir algo más de 500 sucres mensuales, cantidad mucho menor al salario - mínimo vital. Es de advertir que hasta quienes disponen de predios de 5 hectáreas, su situación es crítica pues sus ingresos apenas al canzan a 9.000 sucres anuales, vale decir, que no llegan a 800 sucres mensuales, este estrato (34.4%) es asalariado.

De lo anterior podemos concluir que la economía - campesina de aquellos que menos tierras disponen, sus ingresos ape - nas les permite subsistir, inclusive aquellos que disponen de me - nor volumen de tierras, su situación de subsistencia, es precaria, y tienen que vender su fuerza de trabajo; en tanto, aquellos que - disponen de tierras, a lo que se añade créditos y subvenciones, per ciben mayores ingresos y se permiten explotar a los campesinos más - humildes.

C.- NIVEL DE SALUD DEL SECTOR RURAL MARGINAL

1.- ANTECEDENTES

La información sobre el estado de salud en la población rural es todavía escasa porque comenzó a ser recolectada en forma sistemática hace muy poco tiempo. En 1967 fue creado el Ministerio de Salud Pública, y aún muchos de sus servicios rurales funcionaban en forma rudimentaria. Las estadísticas vitales, siguen siendo poco confiables y los datos sobre datos sanitarios, están dispersos.

El plan quinquenal de Salud apenas sí menciona a la salud rural o tiene un carácter tan general que poco menos que significa una declaración de intenciones; no obstante lo anterior, se ha logrado en el último tiempo avances de significación en el campo de la salud, especialmente a partir de 1970 en el que se inicia el "Plan Nacional de Medicina Rural", que establece la obligatoriedad para los médicos, odontólogos, obstetrices y enfermeras, para antes de ejercer libremente su profesión, prestar durante un año, sus servicios en el área rural; a esta importante acción se añade la ampliación en la cobertura, el impulso a la medicina preventiva (Plan ampliado de inmunizaciones, PAI), el énfasis en la dotación de puestos y subcentros de Salud a nivel de población dispersa y cabeceras parroquiales.

A la luz de estos antecedentes examinaremos los diversos componentes de la estructura del nivel de salud.

2.- ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD GENERAL

La mortalidad general para el país en 1977 fue de 7.83 por mil habitantes y en el período 1964 a 1975 (Cuadro N° 16) que nos señala la tendencia de la mortalidad general que descendió en el 35.5%; de 12.1 a 7.1 por mil habitantes, este dato debe tomarse con ciertas reservas ya que la disminución de las tasas muestran una oscilación relativamente alta, de 9.9 a 7.8, lo que nos hace pensar que ésta última tasa está subestimada, ya sea por

las mejoras en las condiciones de salud o por el incremento del subregistro, sin embargo, al comparar la tasa de 1964 (12.1) con la de 1974 (9.9) se observa un descenso del 18.2%, cifra un tanto más - coherente con la realidad del momento, permitiendo inferir una tendencia hacia la disminución de la mortalidad general, como lo señala el gráfico 1.

Cuadro N° 16

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD GENERAL - ECUADOR 1964 - 1975

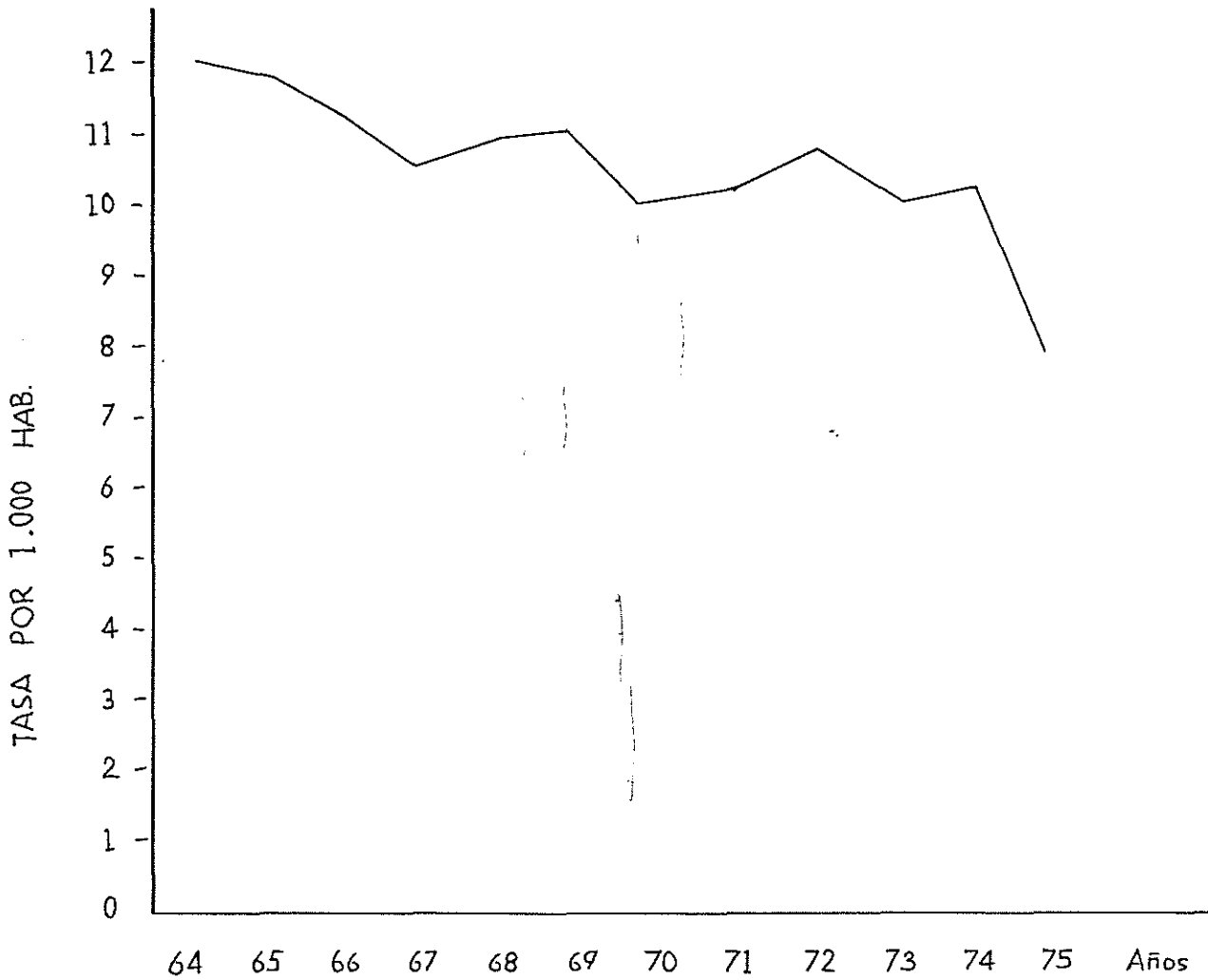
<u>AÑOS</u>	<u>POBLACION</u>	<u>DEFUNCIONES</u>	<u>TASA POR 1.000 HABIT.</u>
1964	4.880.732	58.989	12.1
1965	5.150.300	60.292	11.7
1966	5.325.900	59.618	11.2
1967	5.507.500	58.317	10.6
1968	5.695.300	61.697	10.8
1969	5.889.500	64.472	10.9
1970	6.092.900	60.495	9.9
1971	6.297.189	63.906	10.1
1972	6.608.000	67.837	10.4
1973	6.726.000	65.867	9.8
1974	6.521.710	64.278	9.9
1975	7.063.000	55.053	7.8

FUENTE: Indicadores de Salud, Departamento Nacional de Estadísticas de Salud.
Ministerio de Salud Pública, Ecuador 1977.

La mortalidad general para el país según zona urbana y rural, en el período 1970-1974 se presenta a manera informativa en el cuadro N° 17, ya que los datos existentes son incompletos y no muestran la realidad; sin embargo, puede observarse -

GRAFICO N° 1

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD GENERAL - ECUADOR 1964 - 1975



Fuente : Indicadores de Salud, Dpto Nacional de Estadísticas de Salud M.S.P.

que en todos los años de este período, la tasa de mortalidad en el área rural fue mayor que en el área urbana; así, por ejemplo, para 1974 la tasa de mortalidad para el área urbana fue de 8.3 por mil y en el área rural de 10.7 por mil habitantes cifra sensiblemente mayor.

Cuadro N° 17

TENDENCIA DE LA TASA DE MORTALIDAD GENERAL,
SEGUN ZONA URBANA Y RURAL
ECUADOR 1970 - 1974

<u>AÑO</u>	<u>URBANA</u>	<u>RURAL</u> *	<u>TOTAL</u>
1970	9.1	11.3	9.9
1971	8.9	11.8	10.1
1972	9.1	12.2	10.4
1973	9.1	11.1	9.8
1974	8.3	10.7	9.9

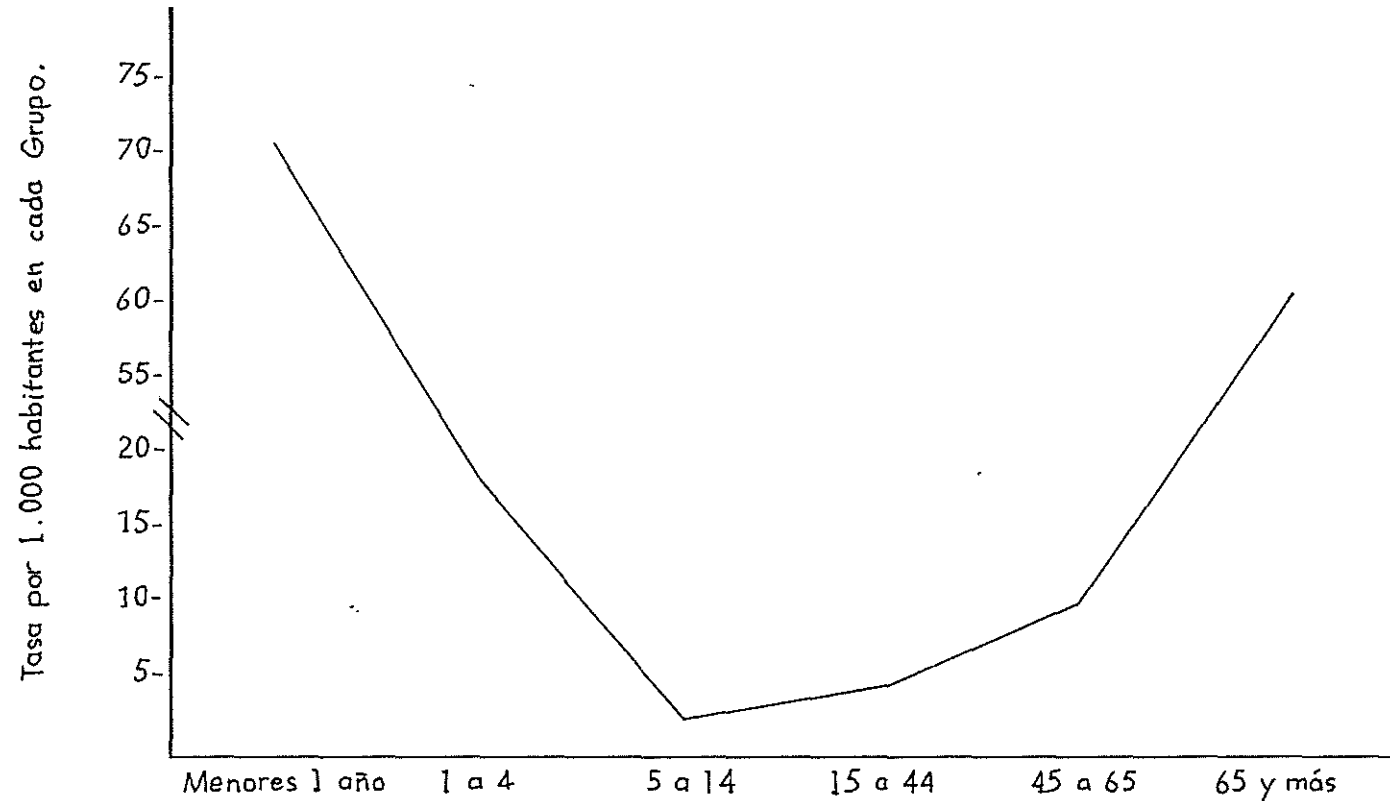
FUENTE: Indicadores Socio-económicos, JUNAPLA 1978.

* Estadística incompleta.

Con los datos anteriores puede configurarse el "perfil" de la mortalidad general del país para 1974 (Gráfico N°2), donde puede apreciarse la alta tasa de mortalidad en menores de un año, un poco menos elevada para el grupo de uno a cuatro años, punto donde desciende significativamente, para ascender luego a expensas del grupo mayor de 65 años. Esta visión permite, en primera instancia, detectar claramente los grupos etáreos de mayor riesgo de morir, para colocarlos en lugar prioritario de atención.

Gráfico N° 2

PERFIL DE LA MORTALIDAD GENERAL, SEGUN GRUPOS DE EDAD, ECUADOR 1974



Fuente: Op. cit.

Lo anterior puede ratificarse si se tiene en cuenta que del total de defunciones registradas en 1975 (55.053), el 63.4% ocurrieron en la zona rural.

Para las diferentes provincias en que se encuentra dividido el país, la tasa de mortalidad general osciló, en 1975, entre 5.1 por mil (Napó) y 13.4 por mil (Cotopaxi); en el Cuadro N° 18 pueden observarse las cifras respectivas para cada provincia y según área urbana y rural; dichas cifras se presentan

a título informativo y asumiendo, para efectos de comparación, que existe una relativa similitud en las estructuras poblacionales de las provincias; sin embargo, éstas permiten detectar en primera instancia, las provincias más afectadas.

a.- Mortalidad por Grupos de Edad

Del total de las defunciones en 1974, el 27% correspondió a menores de un año; el 48.6% a menores de cinco años. (Cuadro N° 19); cifras excesivamente altas y que adquieren mayor relevancia al compararlas con el porcentaje de población de los mismos grupos etáreos, esto es 3.37% menores de un año y 16% menores de cinco años, lo que implica que en un reducido grupo de población, que sólo representa el 16% del total, se están produciendo casi la mitad de las defunciones del país. De las defunciones de menores de un año (27%), se calcula que aproximadamente el 65% ocurrieron en el área rural, cifra que obviamente permite inferir que el mayor problema está en dicha zona.

Cuadro N° 18

MORTALIDAD GENERAL POR PROVINCIAS Y AREA URBANA Y RURAL

<u>ECUADOR 1975</u>			
<u>PROVINCIA</u>	<u>URBANO</u> *	<u>RURAL</u>	<u>TOTAL</u>
Carchí	8.8	8.8	8.8
Imbabura	11.7	13.9	13.2
Pichincha	6.2	8.6	7.0
Cotopaxí	12.4	13.9	13.4
Tungurahua	7.9	12.9	11.2
Bolívar	9.1	10.3	10.2
Chimborazo	11.0	13.0	12.5
Cañar	7.8	9.5	9.3
Azuay	8.2	11.3	10.3
Loja	6.7	6.1	6.3
Esmeraldas	8.6	6.1	7.0
Manabí	5.9	5.8	5.8
Los Ríos	8.5	5.7	6.4
Guayas	6.1	7.3	6.5
El Oro	5.2	6.0	5.3
Napo	8.8	4.8	5.1
Pastaza	6.0	6.4	6.3
Morona Santiago	8.8	6.7	7.1
Zamora Chinchipe	7.9	8.0	8.0
Galápagos	-	-	3.4
Total País	6.8	8.5	7.8

NOTA DEL CUADRO N° 18

FUENTE: JUNAPLA, Anuario de Estadísticas Vitales. 1978

* Tasas por 1.000 habitantes

Cuadro N° 19

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION Y DE LAS DEFUNCIONES SEGUN

EDAD

ECUADOR 1974

<u>GRUPOS DE EDAD</u>	<u>POBLACION</u>	<u>DEFUNCIONES</u>		<u>TASA POR 1000</u>
	%	N°	%	
Menores de 1 año	3.37	17.286	27.0	70.2*
1 a 4	12.63	13.824	21.6	16.5
5 a 14	28.48	3.780	5.7	2.0
15 a 44	41.28	8.043	12.5	2.9
45 a 64	10.53	6.853	10.6	9.8
65 y más	3.84	14.492	22.6	57.5
TOTAL	100.0	64.278	100.0	9.9

FUENTE: III Censo de Población. Indicadores de Salud. M.S.P. 1977

* Tasa por 1.000 nacidos vivos.

3.- MORTALIDAD MATERNA

La mortalidad materna en 1975 tuvo una tasa de - 2.3 por mil nacidos vivos, en el área urbana fue de 2 por mil y en la rural de 2.5, diferencia bastante grande que permite determinar la existencia de un desnivel crítico de cobertura, en la - prestación de servicios prenatales y del parto. Las cifras antes citadas son evidentemente altas y están por encima de la mayoría-

de países de América Latina, (Cuadro N° 20).

Cuadro N° 20

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA, SEGUN AREA URBANO-RURAL

AÑOS 1970- 1975

<u>AÑO</u>	<u>AREA URBANA</u>	<u>AREA RURAL</u>	<u>TOTAL</u>
1970	1.7	2.6	2.3
1971	1.7	2.2	2.0
1972	1.5	2.3	2.0
1973	1.7	2.1	1.9
1974	2.0	2.1	2.0
1975	2.0	2.5	2.3

FUENTE: JUNAPLA, INEC: Estadísticas Vitales, 1977.

En lo relacionado al porcentaje de partos atendidos institucionalmente, las cifras varían para 1975, según la fuente consultada, entre un 24% y un 34%, una y otra cifra es relativamente baja, explicando en parte, las altas cifras de mortalidad materna. En las causas de mortalidad materna para 1975 las denominadas "otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio" - constituyen un 48% del total siendo el 16% las muertes por hemorragias del embarazo y parto; las toxemias del embarazo y puerperio llegaron al 16% del total.

4.- MORTALIDAD INFANTIL

A pesar de que entre 1964 y 1975, a nivel nacional, se produjo un importante descenso en la tasa de mortalidad infantil, de 94.0 por mil a 66.4 por mil, en este último año, la mortalidad neonatal precoz fue de 7.3 por mil, la neonatal 21 por mil, y la post neonatal, 45.4 por mil. Estas cifras, a todas luces altas, permiten determinar un deficiente control neo-natal. -

Sin embargo, debe destacarse como probables causas del sensible - descenso de la mortalidad infantil, la mayor cobertura de los ser vicios de salud, especialmente en el sector rural, y las campañas de inmunización masivas realizadas en los últimos años.

Aunque las tasas resultantes son discrepantes de las cifras oficiales conocidas, el estudio de Behm y Rosero de - muestra que en el período 1969-70, mientras en las grandes ciuda- des del país la tasa de mortalidad infantil podría ser estimada - en 67 por mil, en la zona rural dispersa se llegaba a una tasa de 122 por mil.

El mismo estudio ha calculado que las probabili- dades de morir entre el nacimiento y los dos años de edad, para los niños del Ecuador en el período 1969-70, alcanzaba a 127 por cada mil nacidos vivos y difería de 98 por mil en la zona urbana a 145 por mil en la zona rural.

Enfocando la atención hacia las áreas urbana y - rural, puede observarse que la tasa de mortalidad infantil, en es ta última, muestra cifras semejantes en el período 1970-1975, a - las observadas en el área urbana (Cuadro N° 21). Sin embargo, al respecto debe anotarse que los datos presentados para la zona ru- ral están incompletos y, además, afectados por sub-registro. Con estos antecedentes puede afirmarse que la mortalidad infantil es mucho mayor en el área rural.

Este problema de las deficiencias en el registro se hace más notorio y grave cuando se trata de estudiar la morta- lidad infantil en las diferentes provincias o regiones geográfi - cas en que está dividido el país, así por ejemplo, se considera - que la tasa de mortalidad infantil en las ciudades de Quito y Gua yaquil sean correctas y que por su estado de desarrollo muestren - cifras relativamente más bajas respecto a las demás regiones del - país. Sin embargo, se observa que hay áreas con cifras similares o inferiores a las de estas dos ciudades, medidas que por este he cho reflejan su inconsistencia y no permiten analizar la verdade- ra incidencia de la mortalidad infantil en las diferentes regio- nes geográficas. (Cuadro N° 22).

Cuadro N° 21

TENDENCIA DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, SEGUN ZONA URBANA Y

RURAL

ECUADOR 1970 - 1976

<u>AÑO</u>	<u>URBANA</u>	<u>RURAL</u> *	<u>TOTAL</u>
1970	80.1	74.8	76.6
1971	80.0	77.7	78.5
1972	82.5	81.6	81.9
1973	76.4	75.5	75.8
1974	68.3	71.2	70.2
1975	62.04	67.97	66.4

* Datos Incompletos.

FUENTE: Indicadores Socio-económicos. JUNAPLA, 1978

Cuadro N° 22

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL DE LAS CIUDADES DE QUITO Y GUAYAQUIL

Y REGIONES

ECUADOR 1969 - 1970 y 1974

<u>CIUDADES Y REGIONES</u>	<u>1969 - 1970</u>	<u>1974</u>
Quito	90.9	63.0
Guayaquil	79.3	64.2
Sierra	99.1	70.2
Costa	68.7	56.6
Orientales y Galápagos	63.0	56.9

FUENTE: La mortalidad infantil en los primeros años de vida.
CELADE 1977.

Con el propósito de obtener una visión más aproximada y menos contradictoria, se presentan unas estimaciones de la tasa de mortalidad infantil para 1969-1970, según diversas subpoblaciones agrupadas con base en los criterios empleados por la investigación de mortalidad en los primeros años de vida en países de América Latina (CELADE) y los datos obtenidos al respecto. (Cuadro N° 23).

Cuadro N° 23

ESTIMACIONES DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL PARA DIVERSAS SUB-
POBLACIONES - ECUADOR 1969 - 1970

<u>SUBPOBLACION</u>	<u>TASA POR 1.000 N.V.</u>
Grandes ciudades	67
Ciudades intermedias	94
Resto Urbano	96
Rural Concentrado	109
Rural Disperso	122
Total país	104

FUENTE: La mortalidad en los primeros años de vida en países de la América Latina. Ecuador 1969-1970, por Behm y Rosero. CELADE 1977.

Para finalizar este punto y aunque no es estrictamente mortalidad infantil, existen estimaciones sobre la posibilidad de morir entre el nacimiento y los dos años de edad, para las poblaciones urbana y rural, agrupadas por regiones y provincias, durante el período 1969-1970; dichas probabilidades son parte de la investigación de mortalidad infantil en los primeros años de vida (CELADE) y muestran unas cifras muy dicientes y orientadoras para la toma de decisiones, pero que además permiten ilustrar de manera significativa la gran problemática de la mortalidad en los primeros años de vida en el Ecuador, haciendo énfasis en la población del área rural, la cual es sin duda la más deprimida y donde los menores de dos años tienen una alta probabilidad de morir (145 por mil).

5.- MORBILIDAD

Los datos disponibles sobre morbilidad en el país, provienen exclusivamente del registro de egresos hospitalarios y únicamente reflejan una fracción de la morbilidad atendida en los organismos de salud, quedando por fuera la población atendida por los servicios externos; la verdadera dimensión de la morbilidad sólo se obtendría conociendo, además de la morbilidad "atendida", la morbilidad "sentida" y la morbilidad "clínica", instrumentos que cubrirían el total de la población, incluso aquella que no tiene acceso a los servicios por su ubicación geográfica, por sus características socio-económicas o por decisión político-administrativa de los mismos servicios. Por los anteriores factores, la morbilidad que se describe en este punto no es referible al conjunto del país.

Durante 1975 se produjeron en el Ecuador 301.500 egresos hospitalarios, cifra que aproximadamente puede representar el número de personas hospitalizadas bajo el supuesto que cada persona se hospitalizó sólo una vez en el año. Con base en este planteamiento, puede decirse que el 4.26% de la población del país se hospitalizó en este año. Los egresos generados durante el período en mención por el Subsector Ministerio de Salud, alcanzan sólo el 49% del total (147.962 egresos).

Para el período 1971-1975, la relación habitante-egreso, 41 por mil y 42.6 egresos por mil, respectivamente, no ha variado en forma significativa, lo que permite suponer que la accesibilidad a los servicios permanece constante, ya sea por factores propios de la demanda o de la oferta.

6.- LOS SERVICIOS DE SALUD

"Los servicios formales" de salud en el país son atendidos por los organismos estatales y del sector privado que forman los subsectores público y privado respectivamente. El subsector privado lo constituye entidades con o sin fines de lucro - las cuales se concentran en los centros urbanos y muy pocas hacen-

acción en el campo. Dentro de las instituciones sin fines de lucro merecen citarse la Junta de Beneficencia del Guayas, que ofrece ser vicios de salud a una parte de la población de la provincia del Gua yas, esta cobertura es escasa en función de la población total del país y en cierta medida el grupo de población beneficiado podría even tualmente pagar los servicios. Existen otros sectores privados con fines de lucro, como clínicas y consultores médicos privados locali zados en el área urbana y que constituyen el sector de la medicina- "mercantilista", objeto de un agudo análisis que coparía muchas pá- ginas, por otro lado y en muy pequeña proporción existen institucio nes de servicio médico rural sin fines de lucro propiciados general mente por organismos internacionales (CARE, CARITAS, PROMOCION HUMANA, etc.) que brindan atención médica gratuita pero que lo hacen co mo anzuelo para lograr otros fines.

El subsector público está formado por el Ministe - rio de Salud Pública que es el encargado de trazar las políticas na cionales de salud, dirigir y elaborar los planes y programas, dic - tar normas, para facilitar su cumplimiento dispone de una estructu - ra piramidal en cuya base se encuentran los organismos encargados - de la ejecución de la salud rural.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS es una entidad de derecho social que cubre riesgos económicos y bio lógicos de los trabajadores, realiza acciones de salud a nivel urba - no y tiene programas rurales muy limitados a través del Seguro So - cial campesino.

Actualmente el Banco Central del Ecuador, entidad rectora del sistema monetario del país, tiene adscrita una institucio ne denominada FODERUMA (Fondo de Desarrollo Rural Marginal), que entre otras acciones efectúa labor médica en el campo a través de Promotores de Salud.

Existen otras entidades con servicios de salud rural, así mismo de cobertura limitada, de entre los principales y en su orden los que más acciones ejecutan son: Las Fuerzas Armadas, los Municipios, los Consejos Provinciales, la Policía Nacional y la Curia.

7.- RECURSOS INSTITUCIONALES

Según el Censo Actualizado de Recursos, realizado por el Departamento Nacional de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública, existían en 1977 en el país, 1.074 establecimientos de salud, de los cuales el 67% (721 establecimientos) dependían del Ministerio de Salud. (Cuadro N° 24).

Del total de establecimientos, el 23.8% contaban con servicio de hospitalización y, el 76.2% brindaban sólo atención ambulatoria.

Cuadro N° 24

RECURSOS INSTITUCIONALES, SEGUN DEPENDENCIA

ECUADOR 1977

<u>INSTITUCION</u>	<u>CON HOSPITALIZ.</u>		<u>SIN HOSPITALIZ.</u>		<u>TOTAL</u>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ministerio de Salud	101	39.5	620	75.6	721	6.7
IESS	13	5.1	82	10	95	8.8
Otros *	11	4.3	52	6.4	63	5.9
Privados sin lucro	8	3.1	64	7.8	72	6.7
Privados con lucro**	123	48.	-	-	123	11.5
TOTAL	256	100	818	100	1.074	100

* Incluye Recursos de FFAA, Policía, Solca, Soc. Protectora de la Infancia.

NOTA DEL CUADRO N° 24

** No incluye Dispensarios, ni Consultorios Médicos Privados.

FUENTE: M.S.P. Actualización del Censo de Recursos. Ecuador 1977.

Estas cifras globales para el país no reflejan la desigual distribución del recurso institucional en las diferentes localidades, ya que en el momento, un número significativo de parroquias, no cuentan con ninguna infraestructura de salud. Aún bajo el supuesto de la existencia mayoritaria de instalaciones, que generaría una buena relación de la cantidad de recursos por habitante, debe tenerse en cuenta que esta relación no significa necesariamente que exista una buena cobertura de los servicios, porque existen características de la demanda que en un momento pueden convertirse en factores de inaccesibilidad y además características de la oferta de los mismos, que son a su vez elementos de disminución de la cobertura real.

En relación al recurso cama, se observó que el 23.8% de los establecimientos prestan este servicio, mostrando una disponibilidad total de camas de 14.441, lo que equivale para la población calculada a 1977, de una disponibilidad de 1.9 camas por mil habitantes; relación que se disminuiría al tener en cuenta solamente los recursos dependientes del Ministerio de Salud (7.682 - camas, 53.2% del total) y su universo poblacional (84% del total) a 1.2 camas por mil habitantes. Este indicador no muestra el déficit de recursos en función de la distribución por provincias y menos aún la carencia del mismo en la zona rural, ya que allí sólo existen organismos tipo Centros, Sub-centros y Puestos de Salud, exceptuando algunas cabeceras cantonales donde se encuentran hospitales - Centro de Salud (64 en el país con 1.952 camas, para 1977).

8.- RECURSOS HUMANOS

a) Recurso Médico.- En 1977 el número de Médicos existentes en el país, asciende a 4.664, lo cual establece una tasa de 6.17 médicos por diez mil habitantes, o lo que es lo mismo, un médico por cada 1.621 habitantes; como referencia y para ubicar el país dentro de América, se puede observar el Cuadro

Nº 25, el cual muestra un promedio para América del Sur de 7.4 médicos por diez mil habitantes, para principios de la década del se ta nta.

Estas cifras, como todos los datos globales, por sí mismas no indican demasiado y su interpretación debe hacerse - dentro de un amplio contexto, teniendo en cuenta la distribución - geográfica del recurso, datos no disponibles en el momento, pero - que para 1974 mostraban alta concentración del recurso en las pro- vincias de Pichincha, Guayas y Pastaza, mientras que las demás pro- vincias mostraban una relación considerablemente baja, oscilando - entre 1.5 y 2.1 médico por diez mil habitantes. Esta relación pro- bablemente sería más crítica si se compararan los médicos dependien- tes del Ministerio de Salud contra su universo poblacional.

Da la impresión de que en el momento actual, por las medidas tomadas respecto al ingreso libre a las Universidades, la disponibilidad global de médicos mostrará un incremento signifi- cativo, pero deberá tenerse en cuenta la ubicación geográfica y la dependencia del recurso frente a la responsabilidad institucional, como también la calidad misma del recurso, que incide directamente sobre la calidad de los servicios.

Cuadro Nº 25

RECURSOS HUMANOS PARA DIFERENTES PAISES DE AMERICA

<u>PAIS</u>	<u>AÑO</u>	<u>MEDICOS</u>	<u>ODONT.</u>	<u>ENFERM.</u>	<u>AUXILIARES</u>
		<u>Tasa</u>	<u>Tasa</u>	<u>Tasa</u>	<u>Tasa</u>
Arentina	1969	22.4	5.4	6.0	10.7
Bolivia	1968	3.6	1.3	1.3	3.2
Brasil	1964	4.4	2.8	1.0	7.3
Canadá	1969	14.1	3.3	47.5	21.0
Chile	1969	5.5	3.4	2.5	18.1
Colombia	1968	4.3	1.3	0.6	10.0
Costa Rica	1968	5.4	0.8	5.7	14.2
Cuba	1968	8.7	1.9	5.4	9.5
Ecuador	1977	6.1	1.8	1.6	10.1
El Salvador	1969	2.6	0.2	2.3	4.9
Estados Unid.	1969	14.9	5.0	33.5	56.3
Guatemala	1966	2.2	0.6	1.4	6.0
México	1968	5.4	0.7	1.9	8.5

NOTA DEL CUADRO N° 25

Tasa por 10.000 habitantes

FUENTE: Facts on health Progress - 1971. PAHO/WHO.

b) Recurso Odontológico

Este tipo de recurso humano es uno de los más escasos en el país, encontrándose para 1977 sólo 1.368 odontólogos, lo que implica una tasa de 1.81 odontólogos por diez mil habitantes, esto es, un odontólogo por cada 5.525 habitantes. Para la América del Sur, la tasa promedio al principio de la década del setenta, era de 2.8 odontólogos por diez mil habitantes.

Como en el caso anterior, la distribución convierte en crítico este recurso, encontrándose en 1974 provincias de 0.15 odontólogos por diez mil habitantes (Esmeraldas) y otras con tasas de dos odontólogos por diez mil habitantes (Pichincha).

c) Recurso de Enfermería

Dentro de este grupo deben distinguirse las enfermeras profesionales y las auxiliares de enfermería.

En cuanto a las enfermeras profesionales, en 1977, existían sólo 1.224, lo que estructuraría una tasa de 1.62 enfermeras por diez mil habitantes, esto es, una enfermera por cada 6.173 habitantes. Este dato se disminuiría aún más, si se tienen en cuenta solamente aquellas enfermeras dedicadas a la atención directa de la población y su ubicación geográfica.

Referente a las Auxiliares de Enfermería, existían 7.660 en el país en 1977, lo que significa una tasa de 10.14 auxiliares de enfermería por cada diez mil habitantes, esto es, un auxiliar por 986 habitantes. Esta cifra debería depurarse confrontando el recurso existente en el Ministerio de Salud, frente a la población asignada.

9.- RECURSOS FINANCIEROS PARA EL SECTOR RURAL

El Presupuesto para el II Plan Quinquenal elaborado por el Ministerio de Salud Pública, en lo atinente al sector rural, refleja una aguda problemática, pues si bien el Gobierno Nacional, es consciente de que el sector rural debe tener prioridad, los recursos económicos son escasos dada la situación crítica por la que atraviesa el estado ecuatoriano por lo que dichos recursos serán probablemente mermados de manera ostensible: En el mencionado presupuesto el mayor rubro constituye los gastos corrientes, con una significativa elevación de los gastos de personal que contrasta con los rubros dedicados a otras acciones.

Si bien el Presupuesto de Inversión (construcción y equipamiento) se ha incrementado, éste no es de ninguna manera suficiente para cubrir las necesidades del sector rural, en especial del sector disperso que no posee obras de infraestructura en el que los recursos humanos son escasos. A partir de 1980 entrará en ejecución un programa financiado parcialmente por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), para construcción y reequipamiento de puestos y subcentros de salud, se teme que tal intención no pueda cumplirse por las dificultades financieras del estado, que impedirían cubrir la contraparte nacional. (Cuadro N° 26)

Cuadro N° 26

PRESUPUESTO PARA II PLAN QUINQUENAL AÑOS 80-84

PRESUPUESTO DE GASTOS CORRIENTES PUESTOS DE SALUD

<u>Pos</u>	<u>No.Puestos</u>	<u>Personal</u>	<u>Servicios</u>	<u>Suministros</u>	<u>Medicamentos</u>	<u>Otros Gastos</u>	<u>Total</u>
79	190	12'186.220	2'184.430	1'092.120	5'266.800	754.680	21'484.250
30	360	23'089.680	4'138.920	2'069.280	9'979.200	1'429.520	40'707.000
31	532	34'121.416	6'431.772	3'210.620	15'484.292	2'218.440	61'456.640
32	532	34'121.416	6'431.772	3'210.620	15'484.292	2'218.440	61'456.640
33	532	34'121.416	6'431.772	3'210.620	15'484.292	2'218.440	61'456.640
34	532	34'121.416	6'431.772	3'210.620	15'484.292	2'218.440	61'456.640

NTE: MINISTERIO DE SALUD

BORACION: CONADE-UNDER

En el Cuadro N° 26 "Presupuesto para gastos corrientes de los puestos de Salud" notamos claramente la evolución de los diferentes rubros, como personal, servicios, suministros, medicamentos y otros gastos, que totalizan una cifra global 308'810.000 para el equipamiento, en tanto el presupuesto de inversión alcanza a 78'300.000 sucres. Estas cifras hablan claramente del notable desbalance entre los gastos y la inversión; el Ministerio de Salud alcanzará a construir con el préstamo BID, esto a todas luces, no soluciona la dramática situación del sector campesino más pobre que se encuentra en el área rural dispersa y que siendo mayoritaria no dispone de servicios de salud elementales, esto determina que la situación de morbilidad continuará presentando caracteres alarmantes. Los Cuadros N°s 27, 28, 29 y 30 nos proporcionan datos respecto a los programas financieros a ejecutarse en el quinquenio en lo que se relaciona a puestos de salud, es de esperarse que las cifras se mantenga, pues de otra manera la situación de los sectores sociales menos favorecidos continuará sin cambio alguno, actualmente es preocupación del gobierno enfrentar con firmeza esta situación, única manera de crear fuentes de riqueza reales para el país.

El Cuadro N° 31 "Presupuesto de Gastos Corrientes" para los subcentros de Salud nos muestra la evolución de los diferentes rubros como, costos de personal, servicios, suministros y medicamentos, para 505 subcentros de Salud, situados en las cabeceras parroquiales y que totalizar 149'906.627,900 de sucres para el quinquenio, esta enorme cifra contrasta notablemente con las cifras globales de los cuadros N°s 32 y 33 "Presupuesto para construcción y equipamiento" que apenas alcanza en cifras globales a 103'100.000 - la construcción de 49 subcentros de salud y 120'000.000 millones para equipar 400 subcentros de salud. Esperamos que el Gobierno incremente la infraestructura sanitaria del sector rural, única manera de solucionar en parte la dramática situación social de estos campesinos, de continuar con la tradicional política de continuos costos y lujosos hospitales en las grandes ciudades y un equipamiento sofisticado de los actuales grandes hospitales, la situación en los próximos años no variará y más bien alcanzará un mayor grado de deterioro.

Cuadro N° 27

PRESUPUESTO DE INVERSION
(Construcción y Equipamiento)

<u>AÑOS</u>	<u>No. DE HUESTOS</u>	<u>COSTO CONSTRUCCION</u>	<u>COSTO EQUIPO</u>	<u>COSTO TOTAL</u>
1980	33	16'500,000	9'600,000	26'100,000
1981	-	-	-	-
1982	-	-	-	-
1983	33	16'500.000	-	26'100.000
1984	33	16'500.000	-	26'100.000

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

ELABORACION: UNDER-CONADE

Cuadro N° 28

PUESTOS DE SALUD-PROGRAMA BID
(Reequipamiento)

<u>AÑOS</u>	<u>No. DE PUESTOS</u>	<u>EQUIPAMIENTO</u>	<u>TOTAL</u>
1983	80	4'000,000	-
1984	80	4'000.000	8'000.000

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

ELABORACION: CONADE-UNDER

Cuadro N° 29

CONSTRUCCION Y EQUIPAMIENTO

(Puestos de Salud)

<u>AÑOS</u>	<u>No. DE PUESTOS</u>	<u>CONSTRUCCION</u>	<u>TOTAL COSTO</u> <u>CONSTRUCCION</u>	<u>TOTAL COSTO</u> <u>EQUIPAMIENTO</u>	<u>TOTAL</u>
1980	300	46'162.000			
1981	300	46'162.000			
1982	300	46'162.000			
1983	300	46'164.000			
1984	300	-	160'175.000	24'475.000	184'650.000

FUENTE: Ministerio de Salud Pública

ELABORACION: CONADE-UNDER

Cuadro N° 30

SUBCENTROS DE SALUD

PRESUPUESTO DE GASTOS CORRIENTES

<u>AÑOS</u>	<u>No. DE SUBCENTROS</u> <u>DE SALUD</u>	<u>COSTO DE</u> <u>PERSONAL</u>	<u>COSTO DE</u> <u>SERVICIOS</u>	<u>COSTO DE</u> <u>SUMINISTROS</u>	<u>COSTO DE</u> <u>MEDICAMENT.</u>	<u>TOTAL</u>
1980	504	202'852.830	23'378.250	11'689.125	34'819.230	272'730
1981	505	209'844.132	25'135.360	12'567.680	42'336.400	289'883
1982	505	209'908.270	26'718.730	13'359.365	50'264.291	300'250
1983	505	210'164.822	28'342.980	14'171.490	59'021.424	311'700
1984	505	211'205.252	30'070.160	15'035.080	69'081.408	324'371

FUENTE: Ministerio de Salud Pública

ELABORACION: CONADE-UNDER

Cuadro N° 31

PRESUPUESTO PARA CONSTRUCCION Y EQUIPAMIENTO

DE SUBCENTROS DE SALUD 1980 - 1984

<u>Años</u>	<u>No. DE SUBCENTROS DE SALUD</u>	<u>INVERSION</u>	<u>TOTAL**</u>	<u>COSTO CONSTRUCCION</u>	<u>COSTO EQUIPAMIENTO</u>
1979	49	20'000.000*			
1980	49	20'350.000	40'350,000		
1981	96	25'000.000			
1982	96	25'000.000			
1983	96	25'000.000			
1984	96	28'100.000	103'100,000	61'100,000	42'000.000

* Inversión hasta Diciembre 1974

** Inversión Programada y Financiada

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

ELABORACION: CONADE-UNDER

Cuadro N° 32

REEQUIPAMIENTO DE SUBCENTROS DE SALUD-PROGRAMA BID

<u>Años</u>	<u>No. de Subcentros de Salud</u>	<u>Reequipamiento</u>	<u>Total</u>
1980	400	15'000.000	
1981	400	15'000,000	
1982	400	30'000.000	
1983	400	30'000.000	
1984	400	30'000,000	120'000.000

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

ELABORACION: CONADE-UNDER

Cuadro N° 33

<u>No. SUBCENTROS</u>	<u>COSTO CONSTRUCCION</u>	<u>COSTO TOTAL CONSTRUCCIONES</u>	BID <u>COSTO TOTAL EQUIPAMIENTO</u>	<u>TOTAL</u>
	39'369.000			
	39'369.000			
	39'369.000			
	29'369.000			
	-	127'825.000	29'650.000	157'475.000

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

ELABORACION: CONADE - UNDER

D.- CONDICIONES AMBIENTALES DEL SECTOR RURAL

Es conocida y aceptada la influencia significativa que tienen las condiciones ambientales sobre el proceso de desarrollo socio-económico, en general y en particular sobre las condiciones de salud o enfermedad de una población. El problema de la salubridad del medio es particularmente serio, tanto por su magnitud como también por las dificultades que se presentan para resolverlo, siendo la problemática más grave en el medio rural. La problemática del estado sanitario de la vivienda se toma aún más grave y específicamente para la zona rural, si se considera la existencia de servicios básicos; así, por ejemplo, sólo el 15.1% de las viviendas del área rural disponen de servicio de agua por red pública; el 84.9% debe abastecerse de otras fuentes (pozos, aljibes, ríos), con el consecuente riesgo de contaminación de las aguas. En cuanto a eliminación de aguas servidas, sólo el 9.1% de las viviendas rurales disponen de alcantarillado o pozos y el 13.2% tienen servicios higiénicos (artefactos sanitarios). El servicio de energía eléctrica, a nivel rural, sólo está disponible en el 11.6% de las viviendas.

Con sólo estos elementos, sin tener en cuenta otros como el grado de hacinamiento, puede decirse en general que el estado de la vivienda, específicamente la rural, es precario y que por ser uno de los factores asociados al estado de salud de la población, está incidiendo directamente en él, en forma negativa. Consecuentemente daremos una ligera visión de ciertas variables del ambiente como son: abastecimiento de agua, eliminación de excretas y zoonosis.

1.- ABASTECIMIENTO DE AGUA

Los datos encontrados al respecto varían un tanto, según las fuentes. Para el efecto se han tomado los presentados por JUNAPLA en el Documento "Indicadores Socio-económicos para 1978". Puede observarse que en 1976, el 37.2% de la población total del país cuenta con este servicio, teniéndolo el 69.4% de la

población urbana y sólo el 8% de la población rural. Sin embargo, debe anotarse que únicamente el 17.4% de la población total tiene conexión intradomiciliaria, 34.1% de la población urbana y 2.3% de la rural.

Esta cifras por sí solas muestran el déficit y la necesidad existente, aún sin tener en cuenta el grado de contaminación que puede existir en un momento dado, por deficiencias en el tratamiento del agua.

2.- ELIMINACION DE EXCRETAS

Al respecto, debe anotarse que mientras no exista un adecuado sistema de eliminación de aguas servidas y excretas, - el llevar agua a una población puede agudizar la problemática de salubridad, pues las aguas represadas o deficientemente evacuadas se convierten en vector de enfermedades y factor de deterioro del medio.

En el Ecuador, en 1976, se encontró que el 30.2% de la población estaba servido con alcantarillado, siendo la población urbana la más beneficiada, 54.5% en contraste con la población rural, en que sólo estaba cubierto el 8.1%.

Ante esta situación y con el propósito de mejorarla, el Gobierno del Ecuador ha proyectado invertir, durante el período 1978-1979, la cantidad de 2.893.000 sucres para obras de saneamiento.

3.- ZOONOSIS

Uno de los factores del medio, que más directamente puede incidir sobre la salud humana, es el relacionado con las zoonosis. Al respecto debe mencionarse, por sus consecuencias fatales, la rabia, daño que todos los años ha causado víctimas humanas, encontrándose que en 1974 se notificaron 23 casos, 21 casos en 1975 y 20 casos en 1976, cifras altas y un tanto alarmantes. - Desde el punto de vista animal, la incidencia de casos de rabia - es también alta, observándose en 1972, 629 casos notificados, 367 casos en 1973, 470 casos en 1974, 883 casos en 1975 y 495 casos - en 1976.

CAPITULO III.- ESTADO NUTRICIONAL RURAL

A.- ANTECEDENTES

Antes de la conquista española, la población indígena de nuestra América nativa, asentada en lo que hoy conforman diversos países latinoamericanos, tenían grandes conocimientos de la disponibilidad y utilización de los alimentos, así como de sus múltiples ambientes naturales que le rodeaban; en México y el Tahuantinsuyo se desarrolló con gran éxito, lo que más adelante varios autores lo denominaron la cultura del maíz, cultura floreciente y que empleaba esta gramínea en diversas formas y en variadas dietas que proporcionaban una cierta cantidad de proteína vegetal, para equilibrar la alimentación diaria.

Numerosos antropólogos han tratado de demostrar lo expresado anteriormente, así: John V. Murra plantea la existencia de un viejo patrón andino que le denomina "el control vertical de un máximo de pisos ecológicos"¹ que sustantivamente determinaba el intercambio y la coparticipación de los diversos modos de vida, de las poblaciones ubicadas en diversos pisos y el intercambio consiguiente de la producción animal y vegetal, este hecho aseguraba a la población de las comarcas señaladas una dieta variada y adecuada.

El antropólogo ecuatoriano H. Burgos, en su libro "Relaciones inter-étnicas en Riobamba"² cita al investigador Patiño, quien indica que antes de la llegada de los españoles "el aborigen americano consumió más verduras en la parte Equinoccial de América que la que consume la población actual", pero no sólo las especies verdes eran más usadas sino que los platos preparados eran más variados y se empleaban corrientemente,

¹Murra J.V. "Formaciones Económicas y Políticas del Mundo Andino
I.E.P.E., Lima, 1974

²Burgos H. "Relaciones Inter-étnicas en Riobamba"
I.I.I., México, 1970.

Con el sojuzgamiento, primero de los españoles y luego en la República, por la población mestiza, la tenencia de la tierra varió fundamentalmente quedando lo mejor para los grupos de poder minoritario, en tanto que las más pobres y de poco valor productivo quedaban en manos de los nativos. Si relacionamos esta problemática a lo que hoy constituye el Ecuador, ha objeto de preparar un diagnóstico sobre la situación nutricional, examinaremos la situación de la tierra en el Ecuador; el latifundio en la Sierra y la plantación en la Costa, instituciones homogéneas en cuanto se refiere a la concentración de la tierra, pero harto heterogéneas en cuanto a sus interrelaciones recíprocas, este patrón ha sido característico en la formación social del agro ecuatorial. El campesinado sumido en el atraso y la ignorancia, la falta de tecnología para el agro han caracterizado a estas instituciones y ha echado hondas raíces en el estamento económico del país; el complejo, latifundio-minifundio, base de las formas precarias de la producción ha sido signo de la problemática agraria ecuatoriana, no obstante, que en los últimos 16 años la reforma agraria ha tratado de liquidar este esquema, la estructura agraria tradicional continúa sólida e incólume.

Hoy en día, el agro está caracterizado por la concentración de la tierra, por un deficiente y bajo nivel de vida del campesinado, la salud rural es defectuosa e insuficiente, prevaleciendo la desnutrición como axioma del problema, la escolaridad tiene una pobre cobertura en el sector rural, en fin el sector agropecuario se ha mantenido con un retraso muy considerable con respecto a los otros sectores de la economía y se ha constituido en el sector más vulnerable para el desarrollo del Ecuador.

B.- DIAGNOSIS NUTRICIONAL

En el Ecuador tal como se encuentra estratificado socio-económicamente, los sectores más bajos y menos favorecidos económica y culturalmente, la desnutrición proteico-calórica ha alcanzado niveles dramáticos en el complejo madre-niño, este comportamiento nutricional se hace evidente en los sectores rurales y en

el sector urbano marginal.

En 1973, la American Technical Assistance Corporation en una investigación realizada en un millón doscientos mil habitantes en el que se incluye al complejo madre-niño demuestra que - alrededor del 16% de la población total estudiada tenía algún grado de desnutrición, se tomó en cuenta para el estudio, el ingreso familiar, los hábitos alimentarios y la pirámide demográfica como lo de muestra el cuadro siguiente.

Cuadro N° 34

POBLACION ECUATORIANA DE GRUPO MADRE-NIÑO AFECTADA POR MALA NUTRICION

AÑO 1973

<u>EDADES</u>	<u>POBLACION</u> <u>TOTAL</u>	<u>POBLACION URBANA</u>	<u>POBLACION</u> <u>RURAL</u>
Menores de 1 año	175.510	68.850	106.860
De 1 a 5 años	789.765	308.850	481.205
Embarazada/lac- tante	<u>211.110</u>	<u>82.980</u>	<u>128.120</u>
	1.176.885	460.400	716.185

FUENTE: American Technical Assistance Corporation

ELABORACION: Dr. Mauro Rivadeneira

Varias investigaciones sobre las condiciones nutricionales del niño ecuatoriano nos revelan su estado biológico precario en especial en el sector estudiado. José Varea Terán demuestra en su libro "Subdesarrollo biológico"¹ una serie de conclusiones - certeras así: manifiesta "que las condiciones socio-económicas del sector rural van produciendo una seria discrepancia entre la edad - cronológica y la edad mental", de manera que sus investigaciones de terminaron que el niño rural nace con menos peso, talla y perímetro

¹Varea Terán José Dr. "Subdesarrollo Biológico" - Quito, 1976.

cefálico. El crecimiento en su primer año es progresivamente menor en relación con el niño urbano; esta crisis es similar en el sector urbano marginal, en el cual las condiciones del habitat son probablemente más agudas que en el medio rural.

El mismo autor observó que el niño rural, a los 3 meses tiene 2 cms. menos de talla, ciento cincuenta gramos menos de peso y medio centímetro menos de perímetro cefálico. A los 6 meses la diferencia de peso va aumentando pues es de 400 gramos y la talla es de 4 centímetros menos; a los 9 meses la brecha se amplía en más de 500 gramos de peso y 4 centímetros de talla; para finalmente en el primer año de vida el niño rural mantiene un peso menor en 1.15 kilogramos y una talla inferior a 5 centímetros, a lo que se añade un perímetro cefálico de 2 centímetros menos.

Así configurada esta problemática, la desnutrición es la norma en el sector rural, la carencia de proteínas básicas, el exceso de hidratos de carbono en la dieta, los hábitos alimentarios mal orientados, la incultura y el trabajo intenso que realiza el niño rural desde tempranas edades impide un desarrollo armónico y normal con relación al niño urbano que dispone de mayores oportunidades para desarrollar su capacidad cerebral. El niño del sector urbano marginal tiene también una gran desventaja biológica mayor en la costa que en la sierra, sin embargo en esta última por las condiciones de habitat el niño es más deprimido y huraño, en la costa la parasitosis y la anemia son la norma y conforman la trilogía del niño rural y urbano marginal que aumenta significativamente la mortalidad infantil permitiendo una vida de privaciones llevadas a extremos insultantes frente a los sectores de todopoderosos que disponen hasta del exceso alimentario para alimentar a sus niños; a lo anterior se añade la madre, que generalmente padece de un alto porcentaje de desnutrición, anemia y parasitosis durante su gestación (en la sierra hay varias zonas endémicas de bocio).

La evidente correlación entre la situación socio-económica de la población rural-marginal y el estado sanitario del habitat terminan por agudizar el problema que analizamos.

Se hace indispensable, para disponer de una idea más o menos clara del problema señalar la incidencia del bocio endémico de manera especial en la región Interandina: de acuerdo a varias - investigaciones realizadas en la Escuela Politécnica Nacional¹ y el INIMIS (Instituto de Investigaciones Médico Nutricionales), se encontró que alrededor del 30% de la población de la Región Interandina estaba afectada por bocio, no obstante los programas de yodización de la sal, suponemos que las campañas de yodización han disminuído la incidencia del bocio, sin embargo, la falta de educación sanitaria especialmente del sector rural ha permitido que el problema no sea superado de manera definitiva; por otro lado, el cretinismo en ciertas zonas especialmente Tocachí y La Esperanza, localidades pertenecientes al Cantón Pedro Moncayo en la provincia de Pichincha han disminuído notablemente en virtud de los programas instaurados por un grupo de investigadores dirigidos por el Dr. Rodrigo Fierro Benítez y auspiciados por la Escuela Politécnica Nacional, pese a estos esfuerzos el problema continúa álgido.

En la zona austral, el Centro de Reconversión Económica del Austro (CREA), en una investigación realizada en 1975 llegó a las siguientes conclusiones: En la relación edad-peso se observó que el 34.8% de niños tenían peso normal, el 46% peso deficiente y el 19.2% presentaban signos de evidente desnutrición, vale decir, que el 65% de niños investigados no alcanzaban el peso normal, de acuerdo a su edad.

En la relación edad-talla, el 37% tenía talla normal y el 62.3% talla deficitaria. Los anteriores resultados sugieren - que aproximadamente un 50% de la población estudiada tenían algún grado de desnutrición, en una zona en la que las condiciones socio-económicas no son ciertamente alarmantes y en la cual actualmente la cobertura de salud es aceptable.

¹Investigación sobre bocio y cretinismo en la zona de Tocachi-Departamento de Radio Isótopos - Escuela Politécnica Nacional - 1978.

La obvia conclusión, de las investigaciones nutricionales en el país se orienta a determinar que la deficiencia proteico-calórica, proporcionada por la dieta alimentaria es bastante severa en sectores deprimidos y altamente vulnerables, especialmente el complejo madre-niño, en los cuales la incidencia produce efectos irreversibles en su conformación física y mental. El visible-agravamiento de este problema se asienta en sectores de economía depauperada sin acceso a las fuentes de trabajo y que llevan una vida de simple subsistencia, además una población numerosa sin acceso a la tierra o que dispone de minifundios cuya explotación ni siquiera puede autoabastecer su alimentación, e igualmente los estratos de población urbano-marginal producto de la gran avalancha migratoria del campo, ésta gran corriente migratoria como ya se expresó, están inmersas en el sistema injusto de tenencia de la tierra, eminentemente concentrador, expresado en el latifundio que concentra la mayor parte de la tierra y el minifundio que dispone de una superficie insuficiente para el crecido número de tenedores de la tierra¹. No obstante lo anterior la polarización de las unidades productivas ha experimentado una ligera modificación como consta en el cuadro siguiente:

Cuadro N° 35

DISTRIBUCION DE LA TIERRA SEGUN TAMAÑO

1954 - 1974

Año de las Explotaciones por (Has).	1954	%	1974	%	1954	%	1974	%
- 5	251.686	73.12	345.731	66.86	432.200	7.20	536.286	6.78
- 10	36.250	19.54	54.877	10.62	271.500	4.53	377.355	4.77
10 -100	49.142	14.27	105.466	20.40	1'433.000	23.88	3'210.000	40.66
50-500	5.787	1.68	9.548	1.85	1'156.300	19.27	1'675.132	21.20
500 y más	1.369	0.39	1.422	0.27	2'706.700	45.12	2'101.959	26.61
Total	344.234	100.0	517.044	100.0	5'999.700	100.0	7'901.140	100.0

FUENTE: Censos Agropecuarios de 1954 y 1974

Del cuadro precedente concluimos que en 20 años - la estructura de la tierra ha variado muy poco, se ha fortalecido, la propiedad mediana y subsisten las formas tradicionales de producción que han generado la marginalidad económica y social de los estratos rurales; la utilización irracional de la fuerza de trabajo y la pobreza tradicional del campesino hacen que su vida se mantengan en niveles muy bajos. La Reforma Agraria fue una medida de gran envergadura para modificar el campo, más su aplicación significó tan sólo una mínima transformación en el agro, especialmente por la liberación de la mano de obra campesina, en fin sus resultados son menos que modestos, en efecto en 1974 alrededor del 48% de la superficie investigada por el censo agropecuario de ese año, estaba constituido por unidades agrícolas mayores de 100 hectáreas, lo que daba un promedio por unidad de 344 hectáreas (en aproximación 3.8 millones de hectáreas, entre 11.000 explotaciones agrícolas). Examinemos las variaciones mínimas del tamaño medio de las propiedades especialmente las grandes, entre 1954 y 1974.

Cuadro N° 36

PROMEDIO DEL TAMAÑO DE LAS UPAS

1954 1974

<u>GRUPOS DE TAMAÑO</u>	<u>TAMAÑO PROMEDIO</u>	
	<u>1954</u>	<u>- 1974</u>
Menores de 5 Has.	1.71	1.55
De 5 a 100 Has.	19.96	22.37
De 100 a 500 Has.	199.80	175.44
De 500 a 1.000 Has.	699.84	660.21
De 1.000 a 2.500 Has.	1.476.93	1.452.34
De 2.500 Has. y más.	<u>6,459.33</u>	<u>5.465.66</u>
PROMEDIO NACIONAL:	17.42	15.28

FUENTE: Censos Agropecuarios de 1954 y 1974

ELABORACION: ERA, Evaluación de la Reforma Agraria,

De acuerdo a la Evaluación de la Reforma Agraria y en relación a las acciones del IERAC se demuestra que tan sólo ochocientos cincuenta mil hectáreas fueron distribuidas entre 64.000 familias; apenas el 43% de la superficie y el 37% de familias beneficiarias, fueron las modestas metas, de lo global propuesto. Si bien es verdad que la economía agrícola en los últimos años se ha modernizado la economía campesina se ha agravado,

La Región costanera ha consolidado el sistema de plantación, que tiene sus orígenes a inicios del siglo actual con sus productos tradicionales de exportación: banano, café y cacao, - hoy venidos a menos, esta situación tiene su correlación con los niveles de ingresos. En efecto, cálculos efectuados por el CONADE indican que había en el sector rural en 1974 un 1'441,835 de población económicamente activa, de la cual el 30%, es decir 440.065 percibieron un ingreso promedio de 5.985 sucres al año (US. 238), menos de 500 sucres mensuales (US 20). Este estrato apenas habría percibido el 10.4 de los ingresos generados por el sector.

Cuadro N° 37

DISTRIBUCION DEL INGRESO EN EL AREA RURAL - 1974

<u>GRUPO SOCIAL</u>	<u>INGRESO ANUAL</u> (millones sucres)		<u>%</u>	<u>PEA</u>	<u>%</u>
		<u>Dólares</u>			
I	2,622.2	104,888	10,4	440.065	30.5
II	4.967.0	198.720	19,7	541,063	37,5
III	4,714.8	188.592	18,7	290.876	20.16
IV	<u>12,909.2</u>	<u>516.368</u>	<u>51.2</u>	<u>170.831</u>	<u>11.84</u>
TOTAL	25.213.2	1.008.528	100.0	1'442.835	100.0

FUENTE: CAT, JUNAPLA, ORSTOM

ELABORACION: PROGEN - UNDER - JUNAPLA

Cuadro N° 38

NIVEL DE INGRESO RURAL PER CAPITA SUCRES Y (DOLARES POR

PERSONA AL AÑO) - 1974

GRUPO SOCIAL	PERCAPITA POBL. TOTAL TOTAL (SUCRES)	PERCAPITA POBLACION ECONOMICA, ACTIVA (SUCRES)	PERCAPITA POBL. RURAL TOTAL (DOLARES)	PERCAPITA POBLACION ECONOMICA ACTIVA (DOLARES)
I	2.163.4	5.958.7	86.5	238.3
II	3.222.4	9.180.1	132.9	367.2
III	5.750.5	16.209.0	230.0	648.4
IV	26.238.2	75.567.1	1.094.5	3.022.7
TOTA.	6.273.5	17.474.8	250.9	699.0

FUENTE: PROGEN - ORSTOM

ELABORACION: UNDER-JUNAPLA

Los Cuadros insertados ilustran por sí solos el problema, baste decir que: el nivel de ingreso del Cuadro N° 37 se hace objetivo comparando el costo de la dieta alimentaria mínima recomendada valorada en 2.500 calorías, para una familia promedio de 5 componentes, esto significa que dicha familia apenas podrá adquirir alimentos para una dieta del 50% de lo recomendado, en el supuesto de que todos sus ingresos los utilice en alimentación. Más dramática es la situación del estrato que involucra al 37,5% de la PEA rural, la cual tendrá un grave problema de desnutrición a esto se añade la situación de la vivienda rural: el 47% constituyen chozas, ranchos o covachas; el 85% carece de letrinas; el 91% sin servicio de eliminación de excretas y el 88% carece de servicio eléctrico. La salud rural es deficitaria como se ha demostrado en el capítulo anterior y un analfabetismo del 39% en la población menor de 15 años, la matriculación tardía y la gran deserción y finalmente la grave situación de empleo e ingreso de la población rural.

C.- ALIMENTOS: SU OFERTA Y DEMANDA

La demanda y la oferta de alimentos ha de medirse de acuerdo a los requerimientos mínimos de alimentación, al efecto la disponibilidad debe ser medida en disponibilidad neta, la que resulta de la resta de ajustes, pérdidas, propagación y reproducción, alimentación animal, consumo industrial y desperdicio.

El INIMIS ha efectuado en varias oportunidades recomendaciones respecto a la dieta alimentaria para el hombre tipo ecuatoriano, la última se establece en dos mil quinientas calorías, con una variable balanceada en sus niveles proteicos-calóricos. La dieta en el sector rural es básicamente hipo proteica e hipo-calórica.- La falta de proteínas es sustantiva en sus valores cualitativos y -cuantitativos, especialmente en el primero por su considerable predominio de proteína vegetal.

Cuadro N° 39

PROPORCIONES DE PROTEINAS DE ORIGEN ANIMAL Y VEGETAL EN LA
DIETA ALIMENTICIA ECUATORIANA, AÑOS 1968 y 1974

(En gr./día/persona)

	<u>PROTEINAS ANIMALES</u>	<u>PROTEINAS VEGETALES</u>	<u>TOTAL PROTEINAS</u>
Recomendaciones (grs).	31.0	31.0	62.0
Disponibilidades (grs.)			
1968	16.5	24.5	41.0
1974	18.93	22.3	40.1
%Disponibilidades respecto a Recomendaciones.			
1968	53.2	79.0	66.1
1974	61.0	71.9	66.8

FUENTE: INNE y UNDER-JUNAPLA

ELABORACION: UNDER-JUNAPLA

El Plan Nacional de Desarrollo elaborado por el CO NADE, para el quinquenio 1980-85 propone una serie de acciones para el sector, dichas propuestas hasta el presente, no obstante el clamor nacional por preservar el capital humano, no han podido ser implementadas, baste decir que no existe una política seria de nutrición, plasmada en lo que debe ser un Plan Nacional de Alimentación y Nutrición.

CAPITULO IV.- DIAGNOSTICO DE LA EDUCACION RURAL MARGINAL

A.- ANTECEDENTES Y CONSIDERACIONES GENERALES

Para comprender de mejor manera el proceso de la educación ecuatoriana es indispensable comprender que cualquier sistema educativo es la concreción super-estructural de una formación social específica por manera que, el aparato educativo está predeterminado por clases sociales en el poder y las luchas de sus propias fracciones, así como por las otras clases que conforman el cuerpo social en su globalidad.

Los sistemas educativos asumen formas tendenciales que no sólo representan el modelo local o regional de desarrollo económico-social sino, y sobre todo, el tipo de desarrollo nacional; por ello, lo que es observable en la educación ecuatoriana en los distintos momentos de su historia lo es también en otros lugares de América Latina.

El enfoque de la relación existente entre educación y desarrollo se la ha aplicado de diversos modos, la preocupación porque el sistema educativo guarde coherencia con el sistema social ha sido constante. El resultado de esta dinámica propia de la evolución social ha sido en gran medida esta coherencia. El sistema educativo frecuentemente y diríamos casi sistemáticamente ha tenido grandes presiones, con frecuencia, contradictoria que provienen de grupos sociales con grados diversos de poder de negociación, la respuesta a estas presiones, darán en último término, la configuración global del sistema educativo.

El actual Plan Nacional de Desarrollo contempla un programa de objetivos, metas y medios para alcanzar un buen sistema educativo que responda a la imagen que el plan societal supone, de manera que el Plan Educativo sea instrumento para negociar e incorporar las demandas que las presiones sociales exigen a todo nivel, especialmente en los sectores menos favorecidos y de signo marginal.

B.- DEMANDAS SOCIALES EN EL AREA RURAL

La mayoría de la población campesina no tiene oportunidades para obtener una sólida educación, a lo sumo se reduce a la primaria, particularmente la población dispersa es la menos favorecida, el Gobierno Democrático ha logrado en pequeña proporción incentivar la educación campesina, con el gran programa de alfabetización y de educación bilingüe.

La educación como expresión de movilidad social tiene connotaciones diferentes en lo urbano y rural, para algunos - será una vía de acceso para conseguir mejor estatus social (capas - medias rurales, por ejemplo), para la mayoría, como lo expresa Carlos Filgueira, "un papel mínimo de movilidad psicológica y ruptura de un horizonte escaso de alternativas. Probablemente se trata en gran medida de una configuración de carácter más simbólico e instrumental pero de todas formas puede constituir, para la gran masa de población rural de nivel más bajo, la única forma de apertura y orientación hacia otras pautas de organización social"¹.

Este análisis nos lleva a concluir que puede convertirse en un factor que estimule la migración campo-ciudad, - donde se justificarían las "otras partes de organización social". Es probable que la adquisición de educación y los beneficios que ella - reporta a los estratos sociales favorecidos juegue un efecto demostrativo para otros sectores (los menos favorecidos), incidiendo de este modo la elevación de la demanda.

¹ Carlos Filgueira, Expansión Educacional y Estratificación Social en América Latina (1960 - 1970), DEALC/4, UNESCO, CEPAL, PNUD, Buenos Aires, 1977, p.22.

C.- NIVELES DE SATISFACCION DE LAS DEMANDAS DEL SECTOR RURAL

Teóricamente y según consta en la Constitución vigente, la educación es gratuita a todos los niveles, concepción a todas luces utópica en el tipo de sociedad que nos desenvolvemos, la educación en definitiva, está supeditada al lugar que los individuos ocupan dentro de la estructura social, un país como el nuestro es - adscriptivo, es decir, distribuye educación discriminando en grado-elevado a los varios sectores existentes.¹

Ya se ha dicho que "teóricamente" el sistema educativo es accesible a todos los estratos y además gratuito, además la transición, de un nivel a otro depende también "teóricamente" del aprovechamiento, si de alguna manera hay alguna selección esta se la hace atendiendo a la aptitud individual. En la praxis esta "calidad" democrática del proceso distributivo de la educación se la efectúa de manera elitista, deshaciendo el criterio básico de una educación que comprenda el universo de nuestra sociedad; la obtención de la educación por una parte está ligado a la obtención de recursos económicos, por otro lado, el nivel cultural de cada sector, se vuelve hegemónico, vale decir que existen sectores sociales que son culturalmente más pobres que otros, esta realidad se objetiviza en el sector rural.²

Es evidente, entonces que, unos sectores están en seria desventaja en relación con otros para aprovecharla. El lenguaje es otro factor condicionante e incide poderosamente, sin duda, en el mantenimiento y reproducción de las amplias diferencias que por ejemplo: en rendimiento, que se registran entre la educación

¹ Lo siguiente es muy pertinente: "No es admisible sostener, como a veces se pretende explícita o implícitamente, que los grupos más - desfavorecidos carezcan de una cultura; lo que ocurre es que los - instrumentos que ella proporciona son inadecuados o dificultan el dominio de la cultura escolar y los valores dominantes", Véase Al do Solari, Desarrollo y Política Educativa en América Latina, Re vista de la CEPAL, Santiago de Chile, Primer Semestre, 1977, p. 92

rural y urbana, ambas sujetas a un lenguaje único², la situación se agrava para la población indígena porque su código cultural resulta ininteligible. Bajo estos parámetros podemos comprender como -aún- existiendo una conveniente oferta- un elevado porcentaje en edad escolar jamás ingresa a la escuela, una elevada proporción deserta y otro porcentaje enorme repite los años de escuela. Esta situación se expresa a través de un afrentoso analfabetismo: el registrado - por las estadísticas y el denominado funcional; indiscutiblemente - la población rural es la más afectada y en mayor medida, como ya se ha dicho la población indígena.

Un gran nuevo tamiz significa la educación secundaria a ella llegan muchos menos de los egresan del nivel primario y quienes, en proporciones insignificantes, llegan al nivel superior, es decir a concluir el proceso, poco o nada contribuyen al mejoramiento del ciclo educativo rural.

²Aldo Solari anota: "Es sabido que, en la práctica, los grupos sociales que ocupan posiciones inferiores en la estratificación social carecen de, o tienen en menor medida, las herramientas lingüísticas, las pautas culturales y los sistemas de valores dominantes en el sistema escolar, aunque la falta de recursos familiares y/o las necesidades de trabajar no los mantengan fuera del mismo". op. cit. p. 91.

D.- LA EDUCACION RURAL Y SU VALORACION

Las diversas formas de tenencia de la tierra y la educación en el agro, se correlacionan de manera estrecha, la posesión del medio de producción, tierra, es a no dudarlo un elemento clave en el análisis y definición de los sectores sociales rurales, los cuales de acuerdo a la vinculación que tengan con la tierra, tienen diferentes oportunidades educativas. Un análisis en el que los ingredientes sean: niveles educativos, tipo y tamaño de la tierra, siempre que tengan en cuenta "las diferencias del quantum" y el tipo de educación que se da de un contexto social a otro y las causas que conducen a su diferenciación".¹ Confirma lo expresado en este diagnóstico.

De otro lado, y a manera de simple hipótesis podemos sostener que en aquellas zonas donde persisten formas no capitalistas de producción subsisten también rasgos culturales tradicionales, vale decir que el campesino "ha desarrollado formas de conciencia particulares que lo llevan a interpretar la realidad de un cierto modo, a tener determinadas expectativas y valores e incluso a cultivar ciertas destrezas y habilidades específicas".²

¹Rodrigo Parra. Algunas hipótesis sobre el desarrollo de la desigualdad en la educación rural: el caso del café. - Ponencia presentada al primer Seminario del Proyecto "Desarrollo y Educación en América Latina y el Caribe", Quito, Septiembre 1977, pág. 11.

²Junta Nacional de Planificación - PREALC; Plan Ecuatoriano para el Desarrollo de los Recursos Humanos, Quito, Abril 1978. III, pág. 11.

E.- LA OFERTA DE SERVICIOS EDUCACIONALES EN EL AREA RURAL

La oferta de educación para el sector rural se limitó casi con exclusividad al nivel primario, el nivel escolar se caracteriza por una marcada tendencia al sobrepeso en el trabajo - del profesor, una escolarización defectuosa y una deserción alarmante, lo que afecta negativamente al rendimiento y calidad de la educación rural. Las bajas tasas de escolarización y las elevadas tasas de analfabetismo, por provincias que nos demuestra el Cuadro N° 40 son sin lugar a dudas expresiva y demuestra la verdad de nuestro análisis.

Cuadro N° 40

POBLACION DE 6 a 11 AÑOS, POR ESCOLARIZACION, SEGUN PROVINCIAS

(AÑOS 1970-71; 1973-74)

PROVINCIAS	1970 - 1971			1973 - 1974		
	Población	Matrícula	%Esc.	Población	Matrícula	%Escolar
República del Ecuador T O T A L	867.132	639.987	73.8	1'118.177	906.687	81.0
Carchi	19.789	15.255	77.0	21.114	17.072	80.7
Imbabura	32.969	22.717	68.9	35.440	25.714	72.5
Pichincha	137.890	95.476	69.2	156.287	120.680	77.2
Cotopaxi	35.681	22.813	63.9	39.960	27.516	68.8
Tungurahua	39.179	30.298	77.3	43.438	35.054	80.7
Chimborazo	49.593	29.277	59.0	51.019	32.472	63.6
Bolívar	25.404	15.560	61.2	26.662	20.133	75.5
Cañar	23.305	15.401	66.1	25.303	18.024	71.2
Azuay	58.870	36.774	62.4	64.571	46.081	71.3
Loja	62.325	44.692	71.7	65.889	48.768	74.0
Esmeraldas	34.943	23.147	66.2	39.243	27.808	70.8
Manabí	153.202	77.572	50.6	163.340	92.712	56.7
Guayas	230.907	162.014	70.1	254.857	190.392	74.7
Los Ríos	67.300	40.303	59.8	75.283	49.544	65.8
El Oro	42.630	31.223	73.2	48.895	35.988	73.6
Napo	8.579	4.852	56.5	10.688	6.994	65.4
Pastaza	3.432	2.276	66.3	4.032	2.709	67.1
Morona Santiago	7.896	4.214	53.3	9.502	5.379	56.6
Zamora Chínchipe	4.618	3.287	71.7	6.101	4.507	73.8

FUENTE: PNUD/UNESCO/JUNAPLA, Diagnóstico del Sistema Educativo, Quito, 1976
Cap. IV.

En el nivel secundario el problema es mayor, la mayoría de establecimientos técnicos de connotación agropecuaria se sitúan por lo general en el área urbana y allí reclutan sus estudiantes, por otro lado, carecen de elementos técnicos para la enseñanza¹. Existe una amplia serie de programas de educación no formal, sin embargo son incoordinados y constituyen acciones aisladas y de limitada eficacia²; la capacitación casi no existe y la que existe no responde a patrones culturales del campo. El desigual desarrollo de la educación en las diferentes provincias del Ecuador es un factor alarmante, puesto que hay provincias marginadas y especialmente las que se denominan indígenas en la Sierra, cuyo ejemplo es Chimborazo.

¹ El problema de la educación agropecuaria requiere de análisis aparte. Por ahora algunos datos, existen 38 establecimientos secundarios con esta especialización. Unos pocos realizan un reclutamiento a nivel nacional; entre estos sobresale el Luis A. Martínez de Ambato; la mayoría tiene una restringida cobertura local. Varios establecimientos no cuentan con los elementos indispensables para la enseñanza, "las prácticas se hacen de vez en cuando en los campos de una hacienda vecina". "Muchas veces y cada vez más, sobre todo en los pequeños colegios de las cabeceras cantonales, las vacantes son llenadas por egresados del mismo plantel o de planteles vecinos. De un día a otro, el alumno se encuentra de profesor frente a sus antiguos compañeros, sin ninguna experiencia". Todos estos informes constan en MAG-ORSTOM, Estudio de la infraestructura de educación, para la regionalización agrícola del Ecuador, Quito, marzo de 1976.

² Este es un tema que debería investigarse suficientemente. Dos rubros merecen especial atención: el de las escuelas radiofónicas, y el de los programas de capacitación. Existen las Escuelas Radiofónicas Populares de Riobamba (desde 1962), las Radio Escuelas de Pichincha, Tabacundo (1967) y la Radio Federación y Escuelas Radiofónicas de los Centros Shuaras (1968). Todos se dirigen "a grupos indígenas menos escolarizados" de Chimborazo, Norte de la Sierra y a los Shuaras; a la población adulta de las dos primeras y a la población en edad escolar la última. MAG-ORSTOM, op. cit. Hay una multiplicidad de instituciones públicas y privadas que imparten capacitación; pero "Todas ellas poseen sus propios programas, definen sus objetivos de manera independiente y desarrollan-

F.- EL NIVEL EDUCATIVO EN EL AREA RURAL

La información de los censos de 1962 y 1974 permite observar una favorable evolución del nivel educativo, sin embargo hay problemas de desglose de información por áreas lo que limita el análisis, desde luego, la situación es altamente heterogénea atendiendo a la distribución de la educación entre la población - analizada por áreas, en 1974. El 56.3% de la población tiene en el área rural bajo nivel de instrucción o carece de alguno.

Mucho menores son los similares porcentajes correspondientes al resto urbano (20.6), Guayaquil (14.7) y la capital - (14.2%). En el otro extremo, la población de 20 a 29 años del área rural con instrucción superior reúne apenas el 0.9%, en tanto que en resto urbano, en Guayaquil, y la capital, llega a 8.1%, 12.3%, y 16.7% respectivamente. En todo caso la capital y Guayaquil ostentan los mejores perfiles educativos del grupo de edad examinado, mientras que el área rural expresa, nítidamente, la gran exclusión con que opera el sistema educativo.

Cuadro N° 41

NIVEL DE INSTRUCCION, EDAD 20-29 AÑOS, POR AREA

1974

(Números relativos)

<u>NIVEL DE INSTRUCCION</u>	<u>PAIS*</u>	<u>CAPITAL</u>	<u>GUAYAQUIL</u>	<u>RESTO URBANO</u>	<u>AREA RURAL</u>
Sin instrucción	19.0	6.3	5.8	8.4	29.1
Primaria inferior	19.3	7.9	8.9	12.2	27.2
Primaria superior	35.6	29.0	34.0	39.2	36.1
Secundaria	20.3	40.1	39.0	32.1	6.7
Superior	5.8	16.7	12.3	8.1	0.9
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: III Censo de Población 1974

ELABORACION: Sección Investigaciones Sociales, JUNAPLA

*La discrepancia de estos datos con los correspondientes al nivel de instrucción en 1974, se debe a que en éste se excluye a la población sin instrucción para poder comparar con el censo de 1962 que no registra a esta población.

G.- DESERCIÓN Y REPETICIÓN EN EL ÁREA RURAL

La deserción y la repetición constituyen problemas realmente alarmantes en el área rural, especialmente en lo que se refiere al primer grado. En 1964-65 la deserción del primer grado en el área rural alcanzó 27,9%; en el área urbana 15,9%. En 1973-74 descendió, a 22,0% en el área rural y a 10,4% en el área urbana. La repetición del primer grado fue del 27% y 18,6% para el área rural y para el área urbana, respectivamente, en 1965-66; en 1973-74 se registraron estos datos: 20,5% para el área rural y 14,2% para el área urbana.

Las consecuencias de la deserción y la repetición son, indudablemente, graves. Cabe suponer que la mayoría de los desertores pasa a integrar la masa de los excluidos. Si se considera que en el primer grado se proporciona los fundamentos de toda la enseñanza (escritura, lectura, cálculo), quienes no la adquieren (desertores) o la adquieren en forma viciada (repetidores) están condenados a no beneficiarse jamás de la educación, en el caso de los primeros, o a beneficiarse muy parcial y defectuosamente, a riesgo de frecuentes repeticiones futuras, los segundos. Por supuesto, el rendimiento del sistema educativo en el área rural, y mucho más ahí donde existe población indígena, no pasará de ser mediocre. Al igual que en el caso de la exclusión, es doble sostener que todos estos problemas afectan en mayor medida a la mujer.

A manera de hipótesis puede decirse que aquellos problemas obedecen, más que a nada, a causas externas al sistema educativo -deficientes condiciones de vida de la población, lenguaje ajeno al escolar (caso de la población indígena)-; con ellas interactúan factores internos (vinculados con los planes y programas, el personal docente, la disponibilidad de material didáctico). Lo cierto es que se tiene una situación sumamente compleja, en la que resaltan características negativas, particularmente en relación con la población rural que es la menos favorecida por el sistema educativo.

CAPITULO V.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA SALUD RURAL

En concordancia con los criterios de integralidad en la que se inscriben las acciones de salud rural, es altamente relevante enfrentar esta problemática en la consideración de que constituye una de las carencias de los servicios básicos más fuertes que padece el sector rural y el campesino pobre del país.

Existen diversos hechos relacionados con la salud en el sector del agro ecuatoriano, el primero y más general es que si bien se han reforzado los servicios a la comunidad no operan bajo un sistema coherente de coordinación lo que implica, a menudo, la duplicación de funciones, la dispersión y desperdicio de recursos financieros y técnicos, situación que podría solucionarse mediante la creación de un Sistema Nacional de Salud, dentro del cual el Plan Nacional de Salud Rural tenga prioridad. Obviamente, deberá fortalecerse la incipiente regionalización iniciada en estos últimos años, lo que permitirá significativas mejoras en la operación de transferencias de los niveles inferiores de atención, especialmente desde los subcentros situados en el área rural hacia el sistema de hospitales localizados en el área urbana al mismo tiempo que se crearían las condiciones adecuadas para realizar evaluaciones sistemáticas de las acciones de salud en los niveles anotados. Es indispensable señalar también que a pesar de la preocupación por los problemas de salud en el área rural es todavía muy notorio el hecho de que la mayor parte del gasto nacional en salud, se dedica a fortalecer los servicios del sector urbano; cabe destacar a 1979 de una población rural del orden de las 4.3'000.000 de habitantes solamente 1.5'000.000 estaban recibiendo un tipo de atención lo que significa que alrededor de 3.0 millones de personas quedaban todavía totalmente marginadas de este vital servicio. En consecuencia se advierte, la necesidad de basar el sistema nacional de salud en los subcentros parroquiales dado su menor costo, percepción más adecuada de los problemas locales, mayor contacto con los habitan-

tes del área respectiva y posibilidad de dar mayor énfasis en la medicina preventiva.

Se reconoce también que la solución integral de los problemas de salud, especialmente en el área rural, donde casi todo está por hacerse, sólo puede alcanzarse a largo plazo y en forma escalonada, a condición de que las acciones correspondientes prosigan y se intensifiquen en los programas de corto y mediano plazo.

Uno de los mayores efectos de concepción (y aplicación) de la política de salud hasta hoy vigente ha consistido - en dar exclusivo énfasis a las acciones de fomento, recuperación y rehabilitación de la salud (medicina curativa) dejando en un lugar muy secundario a las acciones de prevención de salud (medicina preventiva) cuestión que se refleja en el porcentaje abrumador de la asignación de recursos orientados hacia la medicina curativa. De allí que resulta obvia la necesidad de imprimir un cambio sustancial en la política de salud rural, otorgando prioridad a los programas de medicina preventiva lo que exige, a la vez, que las unidades operativas básicas sean los subcentros y no los hospitales cantonales.

En definitiva, los subcentros constituyen el único tipo de unidad que puede proporcionar una efectiva posibilidad de mantener una relación equilibrada entre medicina curativa y preventiva que haga posible la inclusión de programas integrados de salud dando prioridad al fomento de la salud, al cuidado de la madre y el niño, al control de las enfermedades reducibles, a la nutrición y al saneamiento ambiental. La preferencia por los subcentros parroquiales que aquí se propone deberá constituir una política sostenida por lo menos hasta que la red de nivel inferior, en el campo se haya completado; a partir de allí los programas de construcción de hospitales cantonales podrían y deberían tener prioridad, a fin de consolidar un sistema de salud único, coherente en el área rural.

Por otra parte, no puede perderse de vista que las alternativas de solución a la problemática de la salud, especialmente en el área rural, no es sólo un asunto privativo de la medicina propiamente tal, sino que debe ser abocado por los diferentes sectores e instituciones comprometidas en el desarrollo rural, con la participación activa de la comunidad, lo cual se logra si ésta tiene poder de decisión y capacidad de acción, lo que sólo es posible promoviendo intensamente la organización de la población interesada.

En esta línea de pensamiento asume enorme importancia la ampliación de la actual cobertura, mediante programas de atención primaria de salud, en virtud de los cuales es factible poner al alcance del individuo, la familia y la comunidad una asistencia integral para satisfacer las necesidades básicas en este campo, mediante la aplicación de tecnologías simples eficientes comprobadas y estandarizadas, dirigidas tanto a las personas como al medio ambiente, a través de un programa mancomunado del sistema institucional con el sistema tradicional de la comunidad. En este contexto es perfectamente factible la participación activa de la comunidad tanto en el reconocimiento de sus problemas como en la solución de los mismos facilitándose, de paso, el seguimiento de la atención y el acceso y referencia de los pacientes a los niveles de más alta complejidad.

La atención primaria de salud debe atender preferencialmente a la población dispersa del área rural, asignando alta prioridad a la población más expuesta a riesgos de morbilidad y muerte. Así mismo amerita encarar con prioridad el problema de las enfermedades factibles de disminución, mediante la aplicación de técnicas sencillas y económicas. Este conjunto de acciones requiere obviamente de una buena coordinación intersectorial y de un cabal conocimiento de cada realidad local.

En síntesis la atención primaria de salud ha de descansar en dos pilares fundamentales: el uno, la preparación del recurso humano, mediante la formación masiva de promotores de salud que pertenezcan a las comunidades rurales y sean elegidos por ellos, cuyo rol consistiría en la aplicación de acciones bien definidas, y orientadas fundamentalmente a la promoción y protección de la salud, primeros auxilios y desarrollo de la comunidad; y el otro, el de infraestructura que se refiere básicamente a la organización del sistema regionalizado de prestación de servicios, cuya base tendría que ser la unidad operativa de salud ubicada en poblaciones rurales de menos de 1.500 habitantes. Correlativamente a las actividades de estos puestos de salud, se hace indispensable rescatar la tecnología utilizada ancestralmente por la comunidad y que, previo un análisis de su efectividad, se incorporaría a la terapéutica moderna como un auxiliar sustancial, y de bajo costo.

Paralelamente el Estado estaría en capacidad de racionalizar, en función de las necesidades del área rural, el uso del gran volumen de médicos que las universidades del país están produciendo, debido a la implementación del libre ingreso a estas instituciones, a partir de 1970, lo que provocó una expansión vertiginosa de la matrícula y egreso en las facultades relacionadas con la salud.

Habría en consecuencia, que compatibilizar los crecientes requerimientos futuros de personal médico y paramédico del área rural y el volumen correspondiente de graduados, y establecer algún sistema de incentivos que induzcan estas nuevas generaciones de profesionales a prestar sus servicios, por un más largo tiempo en el área rural.

De otro modo, se consagraría lo que ya es un hecho histórico, el sistema por el cual el médico es un profesional al servicio casi exclusivo del sector privado de las grandes y medianas ciudades, a pesar de que su preparación ha sido financiada casi por entero por el Estado. Además de no mediar esa -

compatibilidad y dada la incorporación masiva de este tipo de profesionales podría correrse el riesgo de promover la subocupación de los mismos, lo que implicaría un derroche de recurso, tan escasos en un país como el Ecuador.

Cabría por otra parte enfatizar en la necesidad de incentivar al personal médico y paramédico al servicio del área rural para no solamente un desempeño eficiente en las labores estrictamente de salud, sino también para que paralelamente, realice investigaciones relacionadas con los problemas locales de salud, promover la educación comunitaria en este campo, organizar y poner en funcionamiento los Comités de Salud Parroquiales a fin de hacer posible la participación efectiva de la comunidad y, en general, se incorpore a actividades tendientes a solucionar los problemas de orden económico social en su zona de influencia.¹

Por otra parte, sería de gran importancia incentivar a las universidades que disponen de facultades de ciencias de salud para que incrementen la formación de personal paramédico, que en la actualidad es muy escaso, enfermeras y auxiliares de enfermería pero fundamentalmente promotores de salud, cuya formación no significa un ingente gasto y que, en cambio permite ampliar en gran medida, la cobertura de la salud. La formación académica de estos promotores sería una de las mayores contribuciones que las universidades podrían hacer en beneficio de la población rural, en coordinación con los organismos ejecutores de los planes de salud del país, especialmente el Ministerio de Salud Pública.

¹Un elemento que interesa tratar con detenimiento en el corto plazo, es el referente a los fármacos en su innecesabilidad para la población marginada, especialmente para los campesinos, tanto por sus altos precios, como por sus deficientes sistemas de distribución. Hay experiencia en el país, aunque reducida, sobre la formación de cooperativas de salud y botiquines comunales. Conven-
dría instruir al personal médico y paramédico, y estimularlo para que coopere en la organización de este tipo de mecanismos comunitarios de ayuda mutua en materia de salud,

Derivada de esta concepción, las mejores oportunidades de trabajo para los grupos vinculados a la salud se dan obviamente, en las diversas áreas rurales objeto de desarrollo (proyectos basados en acciones de reforma agraria, colonización, desarrollo rural integrado, etc.) a las cuales deberían ligarse orgánicamente a fin de aprovechar las facilidades que en ellas se van creando como fruto de un trabajo interinstitucional e interdisciplinario. Esta es, de hecho una política que interesa implementar dentro de un esquema organizativo de ámbito nacional para el desarrollo rural.

Finalmente resulta a toda luces indispensable mejorar sustancialmente los sistemas de información estadística que por hoy pueden considerarse deficientes tanto por el elevado porcentaje de subregistros (del orden del 25% en el nivel nacional y mucho más en área rural) como por su calidad y grado de profundización.- La mejora de los registros estadísticos, tanto cualitativa como cuantitativamente permitirá mejorar sustancialmente los procesos de planificación, evaluación y toma de decisiones.

La estructuración de un eficiente sistema de evaluación, con componentes analíticos y causales, que no sólo describa el cumplimiento de las medidas, constituirá el elemento básico del proceso de planeación que permitirá el control de las acciones y las reiteradas incoherencias entre la toma de decisiones y la ocurrencia de los hechos.

El diseño y operación de mecanismos viables que funcionen con fluidez para articular entre sí el sistema de salud tradicional comunitario y el institucional. La articulación, apoyada por un sistema de referencia de doble vía amplía la base periférica desde la cual los individuos tienen acceso a los diferentes niveles de atención del sistema institucional, a la vez que facilita la proyección del apoyo técnico y logístico al sistema comunitario.

Un enfoque intersectorial multidisciplinario en el ámbito local comunitario tanto por parte de los miembros de la comunidad como de los miembros de la comunidad como de los agentes del sistema institucional que en ella actúan, para la identificación de problemas y la formulación de planes y programas con objetivos y metas comunes. Es de vital importancia el asegurar por todos los medios disponibles una coordinación efectiva, a nivel local, de las acciones de los trabajadores de todos los sectores del desarrollo.

La conciencia individual y colectiva de que es posible, con su propio esfuerzo y con el uso racional de los recursos disponibles, dar una atención inmediata a un considerable número de necesidades de salud. Este es un factor de confianza que estimula, la creatividad y capacita para la participación en el desarrollo global. Se requiere el establecimiento de un diálogo permanente entre el equipo de salud y la comunidad, que permita el intercambio de información y estimule la acción conjunta en la práctica de las medidas fundamentales para preservar, recuperar y mejorar la salud. Esto se logra mediante un proceso de participación capacitante; en otras palabras, mediante el desarrollo de acciones que les permita, aprender haciendo.

Se enuncian a continuación las principales acciones, que las autoridades de salud en la región de América Latina, han decidido poner en práctica, o están llevando a cabo en relación con:

1.- LA COBERTURA Y EL SISTEMA DE SALUD

- Análisis de la magnitud y características del problema de carencia de servicios de salud en el país para redefinir el concepto y la estrategia de extensión de la cobertura de servicios.
- Racionalización de la distribución, jurisdiccional y funcional, de las instituciones de salud del sector público, y fortalecimiento de los mecanismos de coordinación, como una etapa para alcanzar la integración de los servicios en un sistema único de salud.

- Fortalecimiento de la programación de servicios de acuerdo con un mejor conocimiento de las necesidades básicas y programas de salud de las comunidades. Apoyo y estímulo a cuerpos regionales y locales de programación.
- Establecimiento o consolidación de sistemas de regionalización funcional, niveles de atención y de referencia, incluyendo al diseño y aplicación de mecanismos prácticos y efectivos para articular las acciones de la comunidad con el sistema institucional de salud.
- Fortalecimiento y sistematización de las actividades de evaluación, supervisión y control en todos los niveles del sistema, especialmente en los primeros niveles de atención y en el funcionamiento del sistema de referencia.
- Racionalización de los métodos y procedimientos para el establecimiento o mejoramiento de sistemas útiles de información y comunicación.
- Fomento y desarrollo de actividades de investigación, basadas en la evaluación de los procesos nacionales de extensión de la cobertura.

2.- LA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

- Adopción de la estrategia de la atención primaria, como medio para mejorar las condiciones socio-económicas de la comunidad en las cuales la salud es un factor determinante.
- Análisis de las necesidades y problemas que reconoce la comunidad y consideración de los resultados de dichos análisis en la programación de acciones de salud en el nivel local de atención.
- Estudio y definición de la organización del sistema tradicional para producir servicios de salud en el nivel comunitario, y para vincularse con el sistema institucional.

- Adecuación y desarrollo de programas de educación para la salud y de participación capacitante de la comunidad.
- Realización de programas locales de capacitación, con miras al desarrollo de autosuficiencia personal, familiar y comunitaria, y a lograr la utilización racional de los servicios de salud disponibles.
- Definición de una política nacional sobre participación efectiva de la comunidad.
- Formulación o actualización de las políticas que apoyen el enfoque intersectorial de la problemática de salud.
- Coordinación efectiva de programas y actividades de salud y las que realicen otras instituciones en educación, vivienda, agricultura, reforma agraria, colonización, industria y de seguridad social.
- Incremento de esfuerzos concertados para vincular más estrechamente los servicios de salud con los de otros sectores del desarrollo.
- Coordinación de las actividades de servicio y las de docencia e investigación.

3.- LOS RECURSOS

- Adecuación de recursos para la salud en cuanto a su producción, distribución y utilización eficaz y eficiente.
- Definición del tipo de personal necesario para poner en práctica la estrategia de la atención primaria con participación de la comunidad.
- Estudio de los requerimientos presentes y futuros de personal y establecimiento de mecanismos de coordinación interinstitucional para su absorción y distribución adecuada.
- Actualización de contenidos y métodos de enseñanza y adiestramiento de personal de salud, incluyendo actividades de educación continua.

- Reasignación y transferencia adecuada de funciones del personal profesional, técnico, intermedio y auxiliar, y creación de nuevas categorías de personal, cuando sea necesario.
- Revisión de los recursos materiales existentes a fin de racionalizarlos en cuanto a cantidad, distribución, adecuación y funcionamiento, tanto de las instalaciones como del equipo y suministros.
- Recuperación de la capacidad instalada.
- Racionalización del uso y distribución de los recursos financieros, incluyendo estudios de inversión y costos.
- Canalización preferencial de recursos en beneficio de la población que habita en áreas rurales y urbanas marginadas.
- Adquisición de recursos complementarios de fuentes internas de financiamiento para el incremento de los programas de extensión de la cobertura.
- Formulación de políticas de gobierno que establezcan la definición nacional de la tecnología apropiada y estimulen y respalden la búsqueda de soluciones nacionales a los requerimientos tecnológicos de los programas en los niveles locales, así como la producción de equipo y otros insumos con materiales obtenibles localmente.
- Desarrollo de programas conjuntos entre países de características similares, para la evaluación, selección y adaptación de tecnologías apropiadas.

4.- COOPERACION TECNICA INTERNACIONAL

- Intercambio programado de personal especializado, de experiencias y de información sobre las estrategias y métodos empleados en los países en el proceso de la extensión de la cobertura.
- Análisis y programación de los requerimientos de cooperación externa como complemento de los recursos nacionales, y de la capacidad del país para utilizarla convenientemente.

- Orientación de las políticas y programas de los organismos internacionales de acuerdo con las necesidades reales de cada país, para acelerar el proceso de extensión de los servicios, con la estrategia de la atención primaria y la participación de la comunidad.

B.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL ESTADO NUTRICIONAL RURAL

Trataremos por nuestra parte de señalar algunos objetivos y políticas alimentarias y nutricionales, una vez que de manera muy breve, hemos esbosado un diagnóstico de la situación nutricional ecuatoriana, con el objeto de contribuir al desarrollo integral del país. Dichos objetivos y políticas deben guardar coherencia con las políticas de salud, de desarrollo agrícola y de desarrollo rural.

En el sector rural el sector agropecuario se vincula con el problema nutricional, muy estrechamente, e intentamos, señalar algunos hechos y recomendaciones que consideramos importantes.

- Incrementar la producción y productividad del sector agropecuario.
- Enfatizar la producción de alimentos vitales, preferentemente en los rubros de alimentos básicos para la dieta nutricional, tipo ecuatoriano.
- Desarrollar una racional agro-industria dotada de una eficiente estructura.
- Abastecimiento adecuado y secuente para la demanda interna de cárnicos y lácteos.

El gran enfoque de políticas deberá considerar acciones de corto, mediano y largo plazo.

En políticas de producción se considera la producción masiva de alimentos de manera de satisfacer la demanda de la

población rural marginal, evitando la creciente importación de alimentos que determinan una clara dependencia externa. Los objetivos los señalamos como los siguientes:

- Aumentar la producción de aves de corral y huevos a través de cooperativas campesinas de producción que abastezcan el sector rural-marginal.
- Elevar la pesca y procesamiento de pescado, a través de cooperativas de pescadores del área rural de la costa y de flotillas pesqueras de sectores medios y campesinos, y orientar una mayor cantidad de dicha pesca para consumo popular.
- Desarrollo, a través de un estudio, de la ganadería casera, especialmente cuyes, conejos, etc. a través de proyectos propiciados por el Estado, que además generen ingresos para la familia campesina.
- Estímulo a la producción de quinua y soya, productos de alto contenido en proteína vegetal.
- Elevar la producción de arroz y maíz para garantizar la demanda interna para el consumo humano.
- Estimular la producción de alimentos balanceados.
- Determinar áreas de prioridad en el cultivo de leguminosas, así como, producción de hortalizas y frutas que enriquezcan la dieta alimentaria.

Otra de las vinculaciones con el problema nutricional constituye las políticas de almacenamiento y comercialización - cuyos objetivos aseguran a través de varias acciones el suministro de alimentos. Las acciones propuestas son las que siguen:

- Fortalecer la empresa nacional de almacenamiento y comercialización (ENAC), especialmente en su infraestructura.
- Propiciar sistemas de almacenamiento comunal, con coordinación estatal a través de ENAC.

- Eliminar el tradicional explotador del campesino, el intermediario, implementando un real sistema de comercialización directa, y propiciar una sistemática revisión de precios máximos y mínimos para los productos de la canasta familiar.

- Fortalecer la Empresa Nacional de Productos Vitales y extender su cobertura al sector rural-marginal.

Es indispensable sustentar una adecuada política de suplementación alimentaria con un objetivo sustancial que se orienta a fortalecer la nutrición del complejo madre-niño, especialmente los de edad escolar para lograr mejores rendimientos. Para lograr estos objetivos, las acciones consideramos, son las siguientes:

- Implementar un programa serio de asistencia alimentaria escolar en por lo menos el 30% de la población escolar dispersa.
- Reforzar los programas de suplementación materno-infantil para aumentar su cobertura y mejorar su impacto.
- Desarrollar un programa de vigilancia epidemiológica de la desnutrición para mantener actualizado el diagnóstico de la misma.
- Propiciar en los centros médicos, la creación y utilización de unidades de recuperación nutricional orientados al desnutrido grado II y III para su tratamiento y recuperación.
- Establecer la investigación sistemática de los programas de acuacultura.
- Propiciar la investigación de adaptación de las especies de quinua y chocho para su producción masiva y su consiguiente consumo.
- Investigar las tecnologías intermedias para el pequeño productor para lograr el incremento en el rendimiento del cultivo de productos alimenticios.

- Identificar a través de la investigación las áreas de mayor incidencia de bocio para su tratamiento con las técnicas modernas.
- Determinar periódicamente las curvas de crecimiento del niño ecuatoriano para el diagnóstico de desnutrición.
- Actualizar la tabla de nutrientes de productos de consumo popular.
- Investigar la posibilidad de obtener cereales enriquecidos de productos alimenticios destinados a la población rural-marginal.

C.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROBLEMA EDUCATIVO RURAL

En la década de los años sesenta, el país comienza a enfrentar una serie de variados procesos y fenómenos, los mismos que tienden a configurar un nuevo modelo de desarrollo. A partir del segundo año de la presente década, el crecimiento económico se acelera gracias a la producción y exportación de petróleo. La tendencia hacia al cambio de modelo de desarrollo, o en otras palabras, el proceso de modernización del país, se acentúa. Los recursos financieros provenientes de la exportación del hidrocarburo alientan, inclusive la posibilidad de una más decisiva intervención del Estado, en la conducción del país, a través de un Plan Quinquenal. Aunque no pude aducirse una carencia de efectos relacionados con las proposiciones de dicho Plan, lo cierto es que la correspondencia entre ellas y el modelo de desarrollo que se concretiza ha sido débil. Prevalecen en gran medida las condiciones económico-sociales que tradicionalmente han obstado un real desarrollo. Coincidiendo con esto un vasto sector de la población nacional, principalmente rural, continúa marginada de los beneficios del crecimiento económico y de las decisiones políticas. En este contexto se debate la educación, y si bien es verdad que sus beneficios se han difundido más ampliamente, a través de una acelerada expansión de la escolarización, también es verdad que esta expansión ha estado viciada de graves distorsiones.

En el esfuerzo por dar una visión objetiva de la problemática educativa rural consideramos las siguientes conclusiones:

- En la gran expansión de la escolarización se destaca el esfuerzo realizado por el Estado. El acelerado crecimiento del presupuesto educativo y el hecho de que uno de tres funcionarios-públicos sea educador evidencian tal esfuerzo; éste, por lo demás, obedece a una indudable voluntad de integración nacional.
- La persistencia de las precarias condiciones de vida de la gran mayoría de la población residente en el campo condicionan severamente las demandas sociales por educación, y conjuntamente, el aprovechamiento de la oferta de servicios educacionales. Como consecuencia se mantiene la tradicional exclusión del sistema educativo, de la población campesina, particularmente de la indígena; y se da una marcada concentración de los beneficios inherentes a la expansión de la escolarización en el área urbana, aquí, ciertamente, se da una más alta valoración de la educación y una mayor utilización de los servicios correspondientes.
- La modernización del país ha apoyado la extensión de las capas medias urbanas. Estas han sido las causantes del grueso de las demandas sociales por educación y las principales beneficiarias de la expansión de la escolarización, mediante la cual han accedido más fácilmente a mejores posiciones ocupacionales y dentro de la estructura social.
- En el nivel superior del sistema educativo se revelan en forma drástica algunos de los problemas atinentes a la relación desarrollo-educación, especialmente por el lado de la preparación adecuada y calificada de los recursos humanos. Resulta evidente que, en países como Ecuador, sujetos a una dinámica de cambios imprevisibles, no se puede dar el ajuste entre demanda y oferta de tales recursos; hay desfases que bien pueden considerarse como normales.

- Existen indicios acerca de la calidad de la educación, que estarían determinando un sensible deterioro de la misma. Señalamos algunos de ellos: La educación responde a los intereses de la población - integrada y deja de lado los de la población marginada.
- Se trata de llevar a toda la sociedad una educación concebida por y para las capas medias. Los problemas atinentes a la calidad con trarrestan severamente los efectos de la expansión de la escolarización.
- Finalmente, es indudable que los vicios detectados en la expansión de la escolarización están no sólo reproduciendo sino consolidando los vicios de la sociedad toda, los cuales obstaculizan obviamente, el desarrollo del país .

LISTA DE CUADROS

Cuadro No. 1	CENSO DE POBLACION 1974.	Página No. 24
Cuadro No. 2	POBLACION TOTAL, URBANA Y RURAL.	Página No. 25
Cuadro No. 3	POBLACION TOTAL, URBANA Y RURAL SEGUN GRANDES GRUPOS DE EDAD.	Página No. 27
Cuadro No. 4	PROYECCION DE LA POBLACION URBANA Y RURAL POR SEXO.	Página No. 28
Cuadro No. 5	ESTRUCTURA DE LA POBLACION -ECUADOR- 1974.	Página No. 29
Cuadro No. 7	TASAS ANUALES DE CRECIMIENTO DE LA POBLACION RURAL Y URBANA POR REGIONES NATURALES 1950- 1974.	Página No. 31
Cuadro No. 8	POBLACION TOTAL Y MIGRANTE A 1974 Y SU DISTRIBUCION POR REGIONES.	Página No. 32
Cuadro No. 10	PROPORCION DE LA MIGRACION INTERPROVINCIAL E INTRAPROVIN CIAL EN 1962-1974.	Página No. 33
Cuadro No. 11	PROPORCION DE LA PEA EN LA POBLACION TOTAL AÑOS 1950- 1962 y 1974.	Página No. 35
Cuadro No. 12	EVOLUCION DE LA PEA TOTAL Y AGRICOLA, URBANA Y RURAL 1962- 1974.	Página No. 36
Cuadro No. 13	EVOLUCION DE LA PEA Y AGRICOLA, URBANA Y RURAL 1962-1974.	Página No. 37
Cuadro No. 14	ALGUNOS INDICADORES DE DESEMPLEO ABIERTO EN EL AREA RURAL AÑOS 1962-1974.	Página No. 39
Cuadro No. 15	ESTRUCTURA DEL INGRESO EN EL AREA RURAL, 1974.	Página No. 40

Cuadro No. 16	TENDENCIA DE LA MORTALIDAD GENERAL - ECUADOR 1974-1975	Página No. 43
Cuadro No. 17	TENDENCIA DE LA TASA DE MORTA LIDAD GENERAL, SEGUN ZONA UR- BANA RURAL. ECUADOR 1970-1974.	Página No. 45
Cuadro No. 18	MORTALIDAD GENERAL POR PROVIN CIAS Y AREA URBANA Y RURAL ECUADOR 1975.	Página No. 47
Cuadro No. 19	DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION Y DE LAS DEFUN CIONES SEGUN EDAD-ECUADOR 1974	Página No. 48
Cuadro No. 20	TENDENCIA DE LA MORTALIDAD, SEGUN AREA URBANO RURAL AÑOS 1970-1975.	Página No. 49
Cuadro No. 21	TENDENCIA DE LA TASA DE MORTA LIDAD INFANTIL, SEGUN ZONA UR BANA Y RURAL -ECUADOR 1970- 1975.	Página No. 51
Cuadro No. 22	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL DE LAS CIUDADES DE QUITO Y GUAYA- QUIL Y REGIONES, ECUADOR 1969 1970 y 1974.	Página No. 51
Cuadro No. 23	ESTIMACIONES DE LA TASA DE MOR TALIDAD INFANTIL PARA DIVERSAS SUBPOBLACIONES-ECUADOR 1969- 1970.	Página No. 52
Cuadro No. 24	RECURSOS INSTITUCIONALES, SEGUN DEPENDENCIA ECUADOR 1977.	Página No. 55
Cuadro No. 25	RECURSOS HUMANOS PARA DIFEREN- TES PAISES DE AMERICA,	Página No. 57
Cuadro No. 26	PRESUPUESTO PARA EL SEGUNDO PLAN QUINQUENAL AÑOS 1980-1984, PRESUPUESTOS DE GASTOS CORRIEN TES, PUESTOS DE SALUD.	Página No. 59

Cuadro No. 27	PRESUPUESTO DE INVERSION	Página No. 61
Cuadro No. 28	PUESTOS DE SALUD-PROGRAMA BID	Página No. 61
Cuadro No. 29	CONSTRUCCION Y EQUIPAMIENTO	Página No. 62
Cuadro No. 30	SUBCENTROS DE SALUD, PRESUPUES TO DE GASTOS CORRIENTES,	Página No. 62
Cuadro No. 31	PRESUPUESTO PARA CONSTRUCCION Y EQUIPAMIENTO DE SUBCENTROS DE SALUD 1980-1984.	Página No. 63
Cuadro No. 32	REEQUIPAMIENTO DE SUBCENTROS DE SALUD-PROGRAMA BID-	Página No. 63
Cuadro No. 33	PRESUPUESTO DE COSTO DE CONS- TRUCCION -BID-	Página No. 64
Cuadro No. 34	POBLACION ECUATORIANA DE GRUPO MADRE-NIÑO AFECTADA POR MALA NUTRICION.	Página No. 69
Cuadro No. 35	DISTRIBUCION DE LA TIERRA SEGUN TAMAÑO 1954-1974.	Página No. 72
Cuadro No. 36	PROMEDIO DEL TAMAÑO DE LAS UPAS AÑOS 1954-1974.	Página No. 73
Cuadro No. 37	DISTRIBUCION DEL INGRESO EN EL AREA RURAL 1974.	Página No. 74
Cuadro No. 38	NIVEL DE INGRESO RURAL PER CAPITA 1974.	Página No. 75
Cuadro No. 39	PROPORCIONES DE PROTEINAS DE ORIGEN ANIMAL Y VEGETAL EN LA DIETA ALIMENTICIA ECUATORIANA AÑOS 1968 y 1974.	Página No. 76
Cuadro No. 40	POBLACION DE 6 a 11 AÑOS POR ESCOLARIZACION SEGUN PROVINCIAS	Página No. 83
Cuadro No. 41	NIVEL DE INSTRUCCION, EDAD 20-29 AÑOS POR AREA 1974.	Página No. 85

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico No. 1	BIENESTAR	Página No. 16
Gráfico No. 2	EL CONCEPTO DE BIENESTAR	Página No. 18
Gráfico No. 3	MAPA DEL ECUADOR ZONIFICA- CION DE SALUD.	Página No. 23
Gráfico No. 4	TENDENCIA DE LA MORTALIDAD GENERAL, ECUADOR 1974-1975	Página No. 44
Gráfico No. 5	PERFIL DE LA MORTALIDAD GE NERAL, SEGUN GRUPOS DE EDAD ECUADOR 1974.	Página No. 46

B I B L I O G R A F I A

- KING, Maurice, Servicio Médico en la Comunidad. Traducción de José Rafael Belengro. México. Editorial Pax, 1972.
- LONGREE, Karla; BLADER Tertrude, Técnicas Sanitarias. México. Editorial Pax, 1972
- KIEV, Ari, Curanderismo. Traducción Mario Argandoña. México. Editorial Joaquín Moritz, 1972.
- MELINGIN, El desarrollo en la naturaleza y en la sociedad. Editorial Platina, Buenos Aires, 1962.
- MORALES, Gómez, Daniel A. (Comp) Educación y desarrollo dependiente en América Latina. México, D.F. Ediciones Gernika, 1979.
- GIMENO, Blat, José. La Educación en América Latina y el Caribe - en el último tercio del siglo XX. UNESCO, México, 1979.
- SOLARI, Aldo. Desarrollo y Política Educativa en América Latina, Santiago de Chile, 1977.
- MURRA, J. V. Formaciones Económicas y Políticas del Mundo Andino- I.E.P.E.; Lima, 1974.
- BURGOS, H. Relaciones inter-étnicas en Riobamba' I.I.I. México, - 1970.
- VAREA, Terán José. El Subdesarrollo biológico, Quito, 1976.

DOCUMENTOS:


- GINEBRA, Organización Mundial de la Salud, La salud por el pueblo. Editor: Kentrh Newell, 1975.
- ECUADOR, Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Salud Rural. Plan Nacional de Salud Rural. Quito, 1976.
- ECUADOR, Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Salud Rural. Atención de salud a nivel rural. Quito, 1976.
- ECUADOR, Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional de Medicina - Rural. Quito, 1969.
- ECUADOR, Ministerio de Salud Pública, Departamento de estadísticas de salud, Indicadores de salud. Quito, 1975.
- ECUADOR, Primer Seminario de Defensa Civil sobre preparativos en casos de desastres en los países de la Subregión Andina, La política nacional de alimentación y nutrición. Quito, 1974.

- ECUADOR, JUNAPLA. Alimentación y nutrición. Quito, 1973.
- ECUADOR, Ministerio de la Producción, Dirección de Planificación. Política Nacional de alimentación y nutrición. Quito, 1972
- ECUADOR, Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Investigaciones nutricionales y médico-sociales. Alimentación, nutrición y salud. Quito, 1980
- ECUADOR, Consejo Nacional de Desarrollo. Indicadores socio-económicos. Quito, 1981
- ECUADOR, JUNAPLA, División de Estudios regionales. Indicadores Básicos Sierra Central. Quito, 1979.
- ECUADOR, JUNAPLA, División de estudios regionales. Indicadores - Básicos regionales, Quito, 1979.
- VENEZUELA, Ministerio de Educación, Dirección de apoyo docente. - La revolución educativa, Caracas, 1976.
- PARIS, UNESCO. La situación educativa en América Latina, 1979.
- ECUADOR, Ministerio de Educación y Cultura, Departamento de Investigación y Estadística. Ecuador la educación en cifras. - Quito, 1976.
- COLOMBIA, Ministerio de Educación Nacional, Países signatarios - del Convenio Andrés Bello. Sistemas Educativos. Bogotá, 1974.

AUTORIZACION DE PUBLICACION

Autorizo al Instituto de Altos Estudios Nacionales la publicación de este Trabajo, de su bibliografía y anexos, como artículo de la Revista o como artículo para lectura recomendada.

Quito, a 22 de Septiembre de 1.981



FIRMA DEL CURSANTE

DR.MED.HUGO SUAREZ TROYA
NOMBRE DEL CURSANTE