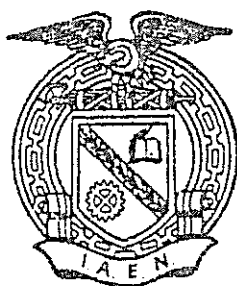


REPUBLICA DEL ECUADOR
SECRETARIA GENERAL DEL CONSEJO
DE SEGURIDAD NACIONAL
INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS
NACIONALES



XXII CURSO SUPERIOR DE SEGURIDAD NACIONAL
PARA EL DESARROLLO

TRABAJO DE INVESTIGACION INDIVIDUAL

ANALISIS DE LA SALUD EN EL ECUADOR EN LOS ULTIMOS
CUATRO AÑOS

DR. RAMON BORJA VILLACRES

1994 - 1995

A G R A D E C I M I E N T O

A Mery, mi hija, por su ayuda oportuna

Al IAEN por la oportunidad ofrecida

A la Cooperativa 8 de Septiembre, por su apoyo irrestricto.

C O N T E N I D O

1. MARCO LEGAL

- 1.1. La constitución
- 1.2. El Código de Salud
- 1.3. Decretos

2. LA POLITICA DE SALUD Y MODERNIZACION DEL ESTADO

- 2.1. Antecedentes
- 2.2. La nueva política de desarrollo institucional del Ministerio de Salud
 - 2.2.1. Enfoque general
- 2.3. El concepto de modernización en el sector de salud
 - 2.3.1 La modernización de la gestión y lineamientos básicos para el desarrollo institucional del Ministerio de Salud Pública
 - 2.3.2. Política de Desarrollo de la Gestión de Recursos Financieros y Materiales
 - 2.3.3. Política de Desarrollo del Sistema de Información del Ministerio de Salud Pública.

3. DESCONCENTRACION Y DESCENTRALIZACION

- 3.1.1. Nuevo concepto de la situación Hospitalaria
- 3.1.2. Antecedentes
- 3.1.2. Causas del problema
- 3.1.3. Plan de rehabilitación definitiva de los Hospitales
- 3.1.4. Objetivos específicos
- 3.1.5. Acciones operativas
- 3.1.6. Conclusiones

4. PARTICIPACION DE LAS ONG

- 4.1. Las ONG en el Ecuador
- 4.2. Las ONG en salud en Ecuador
- 4.3. Conclusiones

5. PRINCIPALES INDICADORES DE SALUD

- 5.1. Morbilidad y mortalidad prevalentes
 - 5.1.1. Fecundidad y Natalidad
 - 5.1.2. Mortalidad
- 5.2. Causas de morbi-mortalidad
 - 5.2.1. Características de mortalidad
 - 5.2.2. Inseguridad alimentaria a nivel de Hogar
 - 5.2.3. Servicios de Salud
 - 5.2.4. Recursos de Salud
- 5.3. Enfermedades inoprevenibles

6. BAJA COBERTURA Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

- 6.1. Descripción del problema : manifestaciones
- 6.2. Causas que identificaron el problema en 1992
- 6.3. Consecuencias
- 6.4. Operaciones propuestas
- 6.5. Resultados esperados, escenario medio

7. CONCLUSIONES

8. RECOMENDACIONES

INTRODUCCION

Salud supremo bien. La defensa del capital humano es crítica y mucho más en países subdesarrollados en que requerimos un capital óptimo en las esferas físicas, intelectual e incluso moral.

Las condiciones a nivel mundial se han deteriorado determinando que todos los países incluso los más desarrollados se vena en la necesidad de realizar "ajustes", determinando que se sacrifique la inversión en el terreno social, de educación y de salud, entre otros, y se dé prioridad a los compromisos económicos.

En nuestro país ha existido un manejo macroeconómico más o menos adecuado pero las medidas económicas implementadas han impactado negativamente en la capacidad adquisitiva de la población, han incrementado los costos de la vida, medicinas, consultas estatales y privadas, todo lo cual ha determinado una disminución en la cobertura de salud. Según informaciones periodísticas que han determinado un incremento en la desnutrición (50 – 7–%) en la población menor de 5 años.

Esta patología tendrá repercusiones negativas, a veces definitivas en el desarrollo físico e intelectual del futuro ciudadano ecuatoriano.

El identificar la magnitud del problema, las causas e incluso dar las soluciones de una manera prioritaria a las más importantes, justifica el presente estudio.

El desequilibrio en el intercambio comercial entre los países desarrollados y nosotros exacerban las condiciones negativas para nuestra sociedad y tienden a perennizar y determinando las consecuencias mencionadas por carencia de recursos.

La falta de conciencia clara de que el mayor capital de los países y naciones es el capital de desarrollo de estos van a depender de la calidad de sus ciudadanos.

En segundo término, los presupuestos asignados para salud son insuficientes y necesariamente su alto porcentaje, hasta el 70% de ellos son utilizados en el pago de recursos humanos y solo en un mínimo porcentaje, entre el 20 y 30% para la compra de equipos, reactivos, lencería alimentación mantenimiento, etc. Esto determina en el supuesto no consentido de que la autoridades de turno realizaran un manejo administrativo óptimo, aún diagnosticando y priorizando problemas y recursos ante la insuficiencia de estos una incapacidad real de solución.

Debemos anotar, sin embargo que el manejo político que se caracteriza por improvisación de las máximas autoridades del Ministerio de Salud, falta de un plan nacional de salud, instituciones que hacen salud, Ministerio de salud, Municipios, Ministerio de Defensa, Consejos Provinciales, IESS, determinan que la utilización de los escasos recursos, sea absolutamente ineficaz, pues existen muchas interferencias en e ciertos programas de salud y por el contrario no se realiza nada en otra áreas.

1. MARCO LEGAL

El marco legal de la salud está dado por distintas normas que se crearon frente al desafío del desarrollo de la gestión de salubridad a cargo especialmente del Ministerio de Salud Pública que hoy se debate en una continua lucha por la modernización de sus estructuras, para cuyo objetivo dispone de una amplia legislación que solamente espera su correcta aplicación para efectivizar las políticas y estrategias de salud basadas en principios de justicia social, equidad y en el autogestión. El Ministerio de Salud Pública con la participación de las distintas instituciones como el Ministerio de Previsión Social, de Trabajo que lo precedió se encarga de las actividades de control, prevención, fomento de la salud y la recuperación de la población afectada por las enfermedades.

Es necesario dejar anotado que la legislación en salud debe adecuarse a la dinámica de los cambios sociales, económicos, políticos y epidemiológicos del país para que sirva de apoyo a la gestión del Ministerio de Salud Pública.

1.1. LA CONSTITUCION

La Constitución Política de la República del Ecuador como norma Suprema del Estado garantiza a todos los individuos, hombres y mujeres, el libre y eficaz ejercicio y goce de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales enunciados en las declaraciones, pactos, convenios y más instrumentos internacionales vigentes.

La Función Ejecutiva contemplada en el Título II, sección I de la Constitución se encarga de ejecutar las políticas sociales a través de sus ministerios cuyo número y denominación son determinados por el señor Presidente de la República de conformidad con el Art. 87 de la Carta Magna del Estado en cuanto a las necesidades de creación de otros organismos, debe hacerse también con apego a la Constitución que faculta la expedición de leyes secundarias, decretos, acuerdos o reglamentos y disposiciones regladas según el caso, con lo que se ha estructurado el Ministerio de Salud Pública (Decreto Ejecutivo No. 684-A, y publicado en el Registro Oficial No.154 del 30 de junio de 1967, mediante el cual se expide el primer Reglamento Orgánico Estructural del Ministerio de Salud Pública determinando además las funciones de los ministerios de Salud Pública y de Previsión Social) frente a la

necesidad de una Secretaría de Estado que se dedique exclusivamente a aspectos de salud como son sanidad, asistencia social y otros.

1.2. EL CODIGO DE SALUD

Mediante Acuerdo No. 712 de 1968 - 02 - 15, se conformó una comisión encargada del estudio del anteproyecto del Código Nacional de Salud el mismo que fue aprobado por el Gobierno de Velasco Ibarra, que lo expidió con Decreto Supremo No. 188 el 04-02 de 1971 y se promulgó en el Registro Oficial No. 158 de 08-02 del mismo año. Este código ha sufrido muchas reformas, se incrementaron leyes reformativas como las siguientes:

- Ley No. 114, 1982 - 12-16 publicada en el Registro Oficial No. 396, 1982-12-24
- Ley No. 64, 1987-06-10 publicada en el Registro Oficial No. 707, 1987-06-15. (Ley Otorgada por la Ley No. 58, publicada en el Registro Oficial No. 492-27-08-94
- Ley No. 95, 1988-05-18 publicada en el Registro Oficial No. 945-1988-05-30, esta Ley fue suspendida por el TRIBUNAL DE GARANTÍAS CONSTITUCIONALES el 6-IV-93
- Ley No. 100. 1990-08-07 publicada en el Registro Oficial No. 506 1990-08-23
- Ley No. 65 1994-08-03 publicada en el Registro Oficial No. 509-1994-08-22
- Ley No. 57 1981-03-05 publicada en el Registro Oficial No. 414 1981-04-07

La legislación ecuatoriana en este campo se recoge en las Leyes de Salud, Decretos, Resoluciones, jurisprudencia que el codificador ha ido clasificándolas hasta estructurar este cuerpo legal que se encuentra dividido en tres libros:

El Libro I, trata de la Salud en General, a su vez se subdivide en dos capítulos para tratar en sus cinco primeros artículos sobre definiciones y terminología, así como de los órganos competentes en el ámbito de la salud, encargando al Poder Ejecutivo a través de Ministerio de Salud, su organismo y la Dirección Nacional de Salud de Guayaquil así como las Jefatura provinciales para la parte administrativa.

El Libro II que trata de las acciones en el campo de la protección de la Salud, tiene 14 títulos referidos del Ministerio de Salud Pública y otros organismos públicos y privados que tengan relación o estén vinculados en forma directa o

indirecta con la salud humana, su influencia en las actividades del hombre, en su medio ambiente, los elementos que conforman este medio ambiente, el control de animales domésticos y de otros animales considerados nocivos para el ser humano, la influencia o ataque de enfermedades, control, medicina, drogas, plagicidas, etc. etc.

El Libro III, trata de la Jurisdicción, de la competencia, del procedimiento y de las penas. En la aplicación de las políticas de salud y la explicación de las leyes de sanidad como en la aplicación de toda ley es necesaria la autoridad, cuyo poder nace de las propias leyes, con jurisdicción y competencia para el cumplimiento por parte de administradores y administrados, procedimientos a seguirse en cada caso y las penas aplicables para el caso de transgresión o inobservancia de las Leyes y disposiciones de este código y las de sus Reglamentos. El último título habla sobre las disposiciones Generales relativas al presupuesto, revisión a otras leyes y códigos, facultades de las autoridades de salud, permisos que concederá el Director Nacional de Salud, los Directores regionales o Jefes Provinciales de Salud.

1.3. DECRETOS

La evolución de la legislación en Ecuador, especialmente en lo que se refiere a salud está dada fundamentalmente por Decretos Supremos, Decretos Leyes, Decretos Legislativos, Acuerdos Ministeriales y Reglamentos, Resoluciones, Acuerdos Interministeriales, Convenios y Ordenanzas dictadas por el propio ministerio.

En este trabajo trataremos de compilar los principales decretos y más actos administrativos propios de la Función Ejecutiva que tienen que ver con la actividad reglamentada del Ministerio de Salud Pública y su funcionamiento.

El Ministerio de Salud Pública tuvo su antecedente también en las Juntas de Asistencia Social las mismas que tenían atribuciones y facultades para decidir su propia política en Salud lo que dio lugar a múltiples descordinadas y variables disposiciones que propiciaron un manejo antitécnico de recursos y aún el desperdicio de bienes o duplicidad en la prestación de servicios, puesto que algunas instituciones tales como las facultades de Medicina, la Sociedad de Salubristas y la Federación de Médicos en intensas movilizaciones consiguieron que la Asamblea Nacional constituyente, mediante Decreto Ejecutivo No. 684-A, publicado en el Registro Oficial No.159 del 30 de junio de 1967 se creara el Ministerio de Salud Pública con su primer Reglamento Orgánico Estructural. Desde esta fecha, se han dictado aproximadamente 600

acuerdos ministeriales que hacen referencia al aumento de la infraestructura, implementación de unidades operativas a nivel nacional, creación de comités de licitaciones, adquisiciones, formas de contratos, transferencias, recepciones, donaciones, comodatos, etc. La dotación de insumos y equipos para las unidades operativas se la ha realizado a través de 800 disposiciones regladas. La designación de delegados, representantes y el manejo de recursos humanos, manejo y expendio de medicamentos, cosméticos y alimentos, aprobación de manuales de procedimientos administrativos y técnicos etc., se los ha efectuado en cerca de 4000 acuerdos, lo que es evidencia de una basta legislación en este campo en la gestión ministerial desde 1967.

2. LA POLITICA DE SALUD Y MODERNIZACION DEL ESTADO

2.1 ANTECEDENTES

El Estado, cualquiera sea la concepción que se tenga de él, sufre una de las crisis más profundas de su historia, desde fines de la década de los ochenta.

Esta crisis, fácilmente ha sido relacionada con factores coyunturales recientes de índole financiera o de política internacional, pero en realidad, la evolución del modelo de Estado vigente hasta finales de la década de los ochenta, se parece más a la "Crónica de una muerte anunciada", parafraseando el conocido libro de García Márquez.

En efecto, el denominado Estado "burocrático-autoritario" que es común la gran mayoría de países latinoamericanos y tercer mundistas desde las décadas de los treinta y cuarentas, y que se consolida y expande a partir de 1960 con las teorías "cepalinas" de sustitución de importaciones y del "Estado protagonista y principal motor del desarrollo económico y social", muestra en los últimos años y de manera ya insoslayable, sus grandes falencias para resolver los problemas cada vez más graves de todos los sectores sociales, especialmente de la creciente pobreza urbana y rural. Este modelo de Estado pretendió, con éxito variable intervenir directamente en las más diversas actividades públicas y aún privadas, y se caracterizó por un mal entendido paternalismo que le llevó, en el campo productivo a proteger la ineficiencia de muchas industrias nacionales, y en el campo social a subvencionar de manera indiscriminada los servicios básicos, como salud, educación, transporte, etc.

Un estado de estas características sólo podía sostenerse en el contexto de una economía externa que pague elevados precios para las materias primas que venden nuestros países, al tiempo que la tecnología importada se mantenga en

precios razonables, y todo ello sin la presión continua del pago de la deuda externa, que se contrató precisamente en estas épocas de bonanza con el supuesto propósito de financiar un "desarrollo autosostenible".

Tal situación varía radicalmente desde fines de los setenta y en la llamada "década perdida de los ochenta". El resultado es obvio. Los presupuestos estatales destinados a financiar los programas sociales descienden "en picada" y los servicios correspondientes se deterioran tanto en términos cuantitativos como especialmente cualitativos.

Para demostrar lo anterior, basta con recordar que, de acuerdo con el informe oficial del Ministerio de Salud para el período 1988-1992, "si los presupuestos del Ministerio se traducen a dólares de los Estados Unidos para observar los efectos inflacionarios, se tiene que, al año 1981 el presupuesto total de la institución bordeaba los 170 millones de dólares, en tanto que, a 1991 se había reducido a 127 millones, con una disminución equivalente al 25%. Igualmente, el gasto en salud por habitante, al año 1980, era de aproximadamente 12 dólares, en tanto que, a 1991, sólo alcanzaba 8 dólares"¹

Sin embargo, sería injusto responsabilizar de este deterioro solamente al factor de la disminución de los recursos disponibles. Probablemente tenga mucho más importancia en la práctica diaria de la prestación de los servicios sociales, particularmente en los de salud, la grave insuficiencia de los sistemas administrativos vigentes para enfrentar los retos de manejar unidades que se agrandaron y multiplicaron en pocos años, junto con una demanda que, precisamente por el empobrecimiento de la población, cada vez recurre con más frecuencia a los servicios "gratuitos" del Estado.

Esta última situación, sumada a la ya innegable corrupción que está agrietando por sus bases la propia estructura del Estado, ha llevado a la conclusión empírica de que, la primera causa de muerte en los países en vías de desarrollo, es la denominada "subadministración".

¹ *Ministerio de Salud Pública del Ecuador: Nuevos Esfuerzos en Salud. Informe del Ministerio a la Nación. Agosto 1988 - Agosto 1992. Imprenta del Ministerio de Salud. Agosto 1992, pp 110-11*

2.2. LA NUEVA POLITICA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DEL MINISTERIO DE SALUD.

2.2.1. Enfoque General

El gobierno Constitucional que inicia su gestión el 10 de agosto de 1992, planteó desde sus inicios la transformación del aparato estatal con el objetivo de tornarlo más eficiente, y al mismo tiempo mejorar la calidad de los servicios que está obligado por ley a prestar a la población.

Concretando esta política, la AGENDA PARA EL DESARROLLO del Plan de Acción del Gobierno para el período 1993-1996, define claramente el nuevo rol del Estado, al proponer como filosofía fundamental del Plan de Desarrollo "el respeto a la libertad y a la racionalidad del individuo, en la que el Gobierno asume un papel fomentador de iniciativas, coordinador de esfuerzos y regulador de procesos".²

El mismo documento señala que, este "cambio requiere la participación de todos los agentes sociales en tres contextos: político, social y económico"; precisando en el campo social que, "se deben atender los requerimientos de la comunidad en forma eficiente y considerar, en primer lugar, a quienes menos tienen".

Más adelante, la Agenda para el Desarrollo señala entre los principios fundamentales para encauzar el "nuevo rumbo" del Estado, que para una mayor participación de la sociedad, el Plan actúa entre otras líneas a través del "incentivo al sector privado para que participe o se haga cargo de la prestación de servicios", " concentrando la actividad directa del Gobierno a lo que estrictamente le compete".

En cuanto a la eficiencia del sistema, la Agenda es enfática en que "el Gobierno debe mejorar la calidad y eficacia de la administración pública... para ello se requiere un Estado moderno y fuerte, capaz de establecer reglas de juego claras, simples y estables y hacerlas cumplir:. Para este objetivo, entre otras líneas de acción se propone:

- Descentralización y desconcentración e las actividades operativas del Gobierno para reducir costos, agilizar trámites y lograr una mayor oportunidad en la atención al público; y,

² Consejo Nacional de Desarrollo "Agenda para el Desarrollo. ppv

- Racionalización del manejo de los recursos públicos mediante mejoramiento de las técnicas de planificación, programación, ejecución y evaluación.

En resumen, la estrategia de modernización del Estado se basa en tres lineamientos básicos:

1. La redefinición del papel del sector público, concentrando sus esfuerzos en actividades conaturales a sus fines.
2. Fortalecimiento del papel normativo del sector público, concentrando sus esfuerzos en actividades conaturales a sus fines.
3. Racionalización del sector público, mediante la simplificación de la estructuras institucionales y de los procesos administrativos, descentralización de funciones e incorporación de métodos y tecnologías modernas de gestión.

A partir de los lineamientos de política general del Gobierno Nacional antes reseñados, la presente administración del Ministerio de Salud elaboró el documento de "Políticas y Lineamientos Básicos para los Programas de Salud - Período 1993 - 1996", los mismos que fueron legalmente expedidos mediante Acuerdo Ministerial No. 114, de 16 de julio de 1993.

En este documento se comienza por reconocer la verdad por todos conocida, pero no siempre aceptada de que, ³"la problemática de la salud del país no es responsabilidad única ni puede ser abordada unilateralmente por el Ministerio de Salud", por lo cual se impone una acción conectada con otros organismos del Estado, con los gobiernos seccionales y "en particular con los distintos componentes de la sociedad civil, como es el caso de las organizaciones populares, los gremios profesionales, los sindicatos y asociaciones de trabajadores y con las organizaciones no gubernamentales (ONG), de tal manera de ir creando el sistema Nacional de Salud".

En el mismo documento se reconoce que existe un estancamiento en las coberturas poblacionales de algunos programas de salud, el recrudecimiento de ciertas enfermedades infecciosas endémicas, y sobre todo, un real deterioro en las condiciones de atención a los pacientes y usuarios en las unidades del Ministerio, particularmente las de tipo hospitalario.

³ Políticas y lineamientos básicos para los programas de salud. Período 1993 -- 1996. Ministerio de Salud Pública

Para explicar - no justificar- este panorama de la salud pública en el Ecuador, se puntualiza entre otros factores, los siguientes:

- Crónico déficit financiero de los servicios, que corre paralelo y se agrava debido a una obsoleta administración de los recursos humanos, materiales y financieros, que utiliza inadecuada e ineficientemente los disponibles y limita severamente el aprovechamiento de los recursos externos.
- Ausencia de sistemas modernos de gerencia de servicios, que tengan como punto de partida el conocimiento real de los costos de producción e incluyan modelos de utilización máxima de los recursos disponibles.

Para hacer frente a esta situación la Política de Salud de la presente administración del Ministerio, propone algunas medidas concretas y alcanzables en el área de desarrollo institucional, las mismas que pretenden superar el clásico discursos teórico que en el pasado ha sido la característica común de las estrategias de este tipo. Entre otras se anota:

- Compartir responsabilidades y acciones en el desarrollo de los programas de salud, con instituciones gubernamentales, municipios, organizaciones no gubernamentales, organizaciones populares y otras entidades, bajo el liderazgo del Ministerio de Salud.

Se incluye la suscripción de convenios con estas instituciones, para la administración compartida de determinados servicios, unidades y Areas de Salud; así como también, la apertura de la posibilidad de que los pequeños hospitales incorporen a recursos de la práctica privada en la atención a los pacientes.

- Poner en marcha, de manera efectiva, el proceso de descentralización administrativo - financiera del sistema de prestación de servicios del Ministerio de Salud, por medio de la creación y fortalecimiento de las Areas de Salud y el desarrollo de la programación y administración local de las acciones correspondientes.

Este proceso comprende la descentralización de un buen numero de decisiones que actualmente se toman en los niveles central y provincial, y la dotación de la infraestructura mínima administrativo-financiera a las Areas de Salud.

- Reglamentar el funcionamiento de la red integrada de servicios de salud que enlace efectiva y eficientemente la atención primaria, secundaria y terciaria de salud.
- Desarrollar instrumentos de gestión para mejorar la eficiencia y eficacia de los distintos tipos de unidades del Ministerio.
- Automatizar, de manera progresiva, el funcionamiento técnico, administrativo y financiero de las unidades del Ministerio, con el objeto de agilizar la atención a los pacientes y usuarios, optimizar los sistemas de control particularmente los referentes a la utilización de insumos, y contribuir al proceso de modernización de estas unidades.
- Diseñar e implantar modelos de autogestión de los servicios y unidades del Ministerio, particularmente los de tipo hospitalario, con el objeto de garantizar la recuperación parcial de costos de producción de las diferentes atenciones que se brindan, por medio de contribuciones directas de los usuarios, venta de servicios a instituciones públicas y privadas y búsqueda de donaciones de organismos nacionales o internacionales.

Se exceptúan de este mecanismo de recuperación de costos las actividades preventivas, que continuarán ofertándose de manera gratuita.

- Introducir los conceptos de "calidad y de "calidad total", en la atención a los pacientes y usuarios de los servicios de salud del Ministerio.
- Iniciar un proceso de transferencia a la empresa privada de determinados servicios hospitalarios especialmente ineficientes, como los de mantenimiento, limpieza, guardianía, cocina, lavandería, etc., dando preferencia a las microempresas conformadas por extrabajadores de los mismos servicios.

Resulta evidente que los lineamientos de acción para el desarrollo institucional del Ministerio de Salud que se esbozan en las líneas anteriores, no sólo que responden con precisión a las políticas generales de modernización del Estado, sino que, representan la única alternativa viable, en términos administrativos y financieros, para mejorar de manera radical la calidad técnica y humana de las atenciones de salud dirigidas particularmente a los sectores poblacionales de menores ingresos; vale decir, aquellos que no pueden pagar los costos de los servicios privados.

2.3. EL CONCEPTO DE MODERNIZACION EN EL SECTOR DE LA SALUD

2.3.1. MODERNIZACION DE LA GESTION Y LINEAMIENTOS BÁSICOS PARA EL DESARROLLO INSTITUCIONAL DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA.

I. POLÍTICA DE DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS DEL MINISTERIO DE SALUD

El desarrollo de los recursos humanos ha sido considerado por diversos autores tanto como causa o como efecto de la evolución en la administración de las instituciones y de las empresas. Sin embargo, en la actualidad, puede afirmarse que, los dos desarrollos interactúan o se integran en la vida diaria de todas las organizaciones humanas.

Es así como, en una revisión rápida de la historia de las organizaciones en los últimos 100 años, se encuentra el paso del gerente-propietario de la antigua empresa al gerente-profesional de principios de siglo; luego, la influencia de las teorías de Taylor y Fayol referentes al "mando y control", en las décadas de los veinte y treinta, diferenciaron al personal ejecutivo del personal asesor, de los formuladores de políticas y de los operativos en un modelo estructural que, a pesar de su envejecimiento, subsiste hasta la presente. Sin embargo, hoy en día, la denominada "revolución científico-técnica", que ha cambiado radicalmente no sólo las instituciones sino aún el comportamiento mismo de los seres humanos, en tan sólo los últimos veinte años, está imponiendo un cambio en la organización de la empresa privada y pública, que supera en magnitud a la Revolución Industrial de fines del siglo pasado y a la transformación de los talleres artesanales de fabricación de automóviles en grandes complejos industriales, impulsados por la invención de la "banda continua" de Henry Ford a principios del siglo XX.

Las empresas y las instituciones dependen cada vez más de la información y de la informática, y esta situación, como sostiene Peter F. Drucker,⁴ afecta de inmediato la estructura de las mismas. El autor plantea que, "de aquí a 20 años, la gran empresa típica tendrá menos de la mitad de los niveles de administración que tiene hoy y no más de la tercera parte de los

⁴ Drucker Peter F. Profesor de Ciencias Sociales y Administración de la Escuela de Comercio, California, USA. Es autor de múltiples libros y los sobre el tema.

administradores"⁵; precisando más adelante que, "el centro de gravedad del empleo se está desplazando rápidamente de los trabajadores manuales y de oficina a los trabajadores del conocimiento que se oponen al modelo de mando y control que la empresa adoptó de los militares hace 100 años.

Cuál es la explicación para esta drástica reducción que se propone? Según el mismo autor, "hay estratos enteros de administradores que ni toman decisiones ni dirigen, más bien su función principal, si no única, es servir de 'relevos': refuerzos humanos para las débiles e imprecisas señales que hacen las veces de comunicación en las organizaciones tradicionales anteriores a la información."⁶

La conclusión es entonces que, si mejora radicalmente la producción, procesamiento, análisis y utilización de los datos e información, o más simplemente se incorporan a la gestión de las instituciones y empresas procedimientos y modelos informáticos, se requerirá mucho menos personal que suele denominarse como "administrativo de apoyo" y seguramente menos asesores y coordinadores en el sentido clásico de estas palabras, es decir sin responsabilidades directas en la operación.

Pero, simultáneamente se requerirán más especialistas o personal con buen entrenamiento y estímulo en los niveles operativos, debiendo notarse que, estos "especialistas" son los mejores productores y mejores utilizadores de la información. En otras palabras, la empresa moderna se basa en un número reducido de gerentes y administradores centrales y en un número racional de gerentes locales con gran autonomía.

La consecuencia es obvia, el nuevo modelo de empresa refuerza el papel normativo y regulador de los niveles centrales, tanto como la capacidad de los niveles operativos para adoptar esas normas y reglas a las condiciones de cada región y para transformarlas en programas locales con alta probabilidad de cumplimiento.

En tales condiciones, el requisito "sine qua non" para los gerentes y especialistas locales, es su elevado compromiso con los objetivos y metas institucionales.

En resumen, los lineamientos concretos para el desarrollo de los recursos

⁵ Drucker PF: Advenimiento de la Nueva Organización. Facetas 1988;82:4

⁶ De acuerdo a lo dispuesto en el Art. 71, literal d. de la Ley de Presupuesto, publicada en el Registro Oficial No. 76 del 30/XI/92

humanos del Ministerio de Salud durante los próximos años, serían los siguientes:

A. DETERMINACION DE NECESIDADES DE PERSONAL, EN BASE AL NUEVO PAPEL DEL ESTADO EN EL DESARROLLO SOCIAL

Hasta la época presente, la determinación de los recursos humanos necesarios para el funcionamiento de los distintos niveles del Ministerio - al igual que la mayoría de las instituciones del Estado- se la realiza en respuesta a demandas coyunturales de autoridades y directores, en base a plantillas de personal generalmente desactualizadas, en especial en el caso de los hospitales o simplemente tomando en cuenta la costumbre o más exactamente las tradicionales rutinas de trabajo en cada departamento o sección

Si a lo anterior se suman las insoslayables presiones políticas, generalmente de tipo clientelista, para incrementar puestos de trabajo y nombrar personal de manera indiscriminada, se entiende el clásico cuadro de la oficina burocrática con personal apiñado y montañas de papeles, frecuentemente desordenados contrastando con otras oficinas en las que se observa múltiples escritorios vacíos. En la nueva concepción del desarrollo de los recursos humanos, la determinación de su número y perfiles profesionales depende directamente de cada tipo de función que desempeña una determinada Dirección o Departamento. Esto implica una profunda revisión previa de las funciones de cada dependencia, a la luz de la misión del Ministerio y de las sub-misiones de cada Dirección.

En este punto se debe tener en cuenta que, la falta de objetivos institucionales claramente definidos ha dado pie a la tendencia inveterada en el sector público de multiplicar sus respectivas funciones, aparentemente por que esto proporcionaba mayor "estatus" o importancia a la correspondiente dependencia. En cualquier caso, la gran extensión de la lista de funciones de una dependencia, en la práctica inutilizaba a estos instrumentos como orientadores de la acción.

Por lo tanto, las funciones que se determinen para cada Dirección o Departamento, a más de responder a las misiones y submisiones correspondientes, deben ser lo suficientemente cortas y precisas para que realmente se conviertan en instrumentos de gestión, para así facilitar la determinación del personal necesario, en tipo y número, para ejecutar cada función.

Bajo el modelo descrito, es posible que la determinación de los recursos humanos necesarios requiera un estudio previo de tiempos necesarios para ejecutar tareas, en el mejor estilo "tailoriano", sin embargo, y dada la urgencia de implementar cambios radicales en la estructura de personal de la Institución, se puede recurrir a la experiencia de los directivos y al propio criterio del personal involucrado, siempre y cuando justifiquen debidamente las necesidades planteadas y confronten su opinión con la de sus otros compañeros.

Uno de los resultados inmediatos de este proceso podría ser - y de hecho así ha ocurrido en la historia reciente del personal de las Plantas Centrales del Ministerio de Salud y de algunas Direcciones Provinciales - la reducción de un buen número de funcionarios que se han acogido al sistema de supresión de las correspondientes partidas y de indemnización.⁷

Sin embargo, debe tenerse en cuenta que , la salida de funcionarios de la Institución no constituyó ni puede constituir el objetivo fundamental de este proceso.

En primer lugar, por que puede darse el caso de que, luego de realizado el estudio de las funciones de cada dependencia del Ministerio y establecido el personal necesario para cumplir con las actividades correspondientes, se determine que existe una deficiencia de personal, la misma que podría cubrirse mediante el traslado de funcionarios desde otras dependencias en que haya exceso.

En segundo lugar, y esto es lo más importante, por que la finalidad o propósito básico del proceso planteado es alcanzar la mayor eficiencia administrativa que sea posible, mejorando simultáneamente la calidad de la atención a los usuarios.

B. FORMACION DE VERDADEROS EQUIPOS DE TRABAJO ENFOCADOS AL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES

Constituye lugar común en las estructuras de las dependencias el Estado, incluyendo el Ministerio de Salud, la frondosidad de los reglamentos orgánicos y de los correspondientes organigramas, en los que aparecen largas listas de divisiones, departamentos, secciones, etc.

⁷ De acuerdo a lo dispuesto en el Art. 71, literal d, de la Ley de Presupuesto, publicada en el Registro Oficial No. 76 del 30/XI/92

Más allá de las motivaciones personalistas de muchos funcionarios públicos que siempre quieren ser jefes de "algo" aún cuando sólo sea en nombre, es claro que esta epidemia administrativa, contrariamente a lo que se espera, no favorece la formación de grupos de trabajo, especialmente los de tipo polifuncional.

Lo anterior lleva a diferenciar los denominados "departamentos estanco" en que se han convertido muchas dependencias del Ministerio, de los verdaderos equipos de trabajo, cuyas características principales serían las siguientes:

1. Orientación directa al cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.
2. Definición precisa de actividades y tareas, que no se contraponen a la capacidad de cada miembro del equipo de tomar decisiones que permitan el mejor cumplimiento de las tareas.
3. Multifuncionalidad, es decir que el personal de una misma Dirección puede ejecutar indistintamente las diferentes actividades que le corresponden a la misma dependencia, lo que permitirá conformar equipos más pequeños o más grandes, o concentrar todo el personal en una sola actividad, de acuerdo con las necesidades.

En esta nueva concepción del desarrollo de los recursos humanos en salud, el personal médico, de enfermería, de las profesiones no relacionadas con la salud, etc. e inclusive el personal técnico auxiliar, no actúan como simples cumplidores de tareas o proporcionadores de opinión, sino como corresponsables de la ejecución de las actividades y del logro de los correspondientes objetivos y metas, lo que implica la creación de fuertes compromisos en todos los miembros del equipo, punto del que se volverá a tratar cuando se hable de los estímulos al personal.

C. IMPLANTACION DE SISTEMAS AGILES DE RECLUTAMIENTO, SELECCION, NOMINACION Y MOVILIZACION DEL PERSONAL.

Seguramente, el problema más grave y más visible que afrontan los departamentos de recurso humanos de todos los niveles del Ministerio, es el referente a la lentitud de los trámites de reclutamiento, selección, nominación y para diferentes acciones de movilización del personal (incluyendo, traslados, vacaciones, permisos, sanciones, etc.), el mismo que está afectando

gravemente al funcionamiento de la gran mayoría de los servicios de salud, particularmente los más lejanos respecto a la ciudad de Quito o a las respectivas capitales provinciales.

En este punto cabe notar que la responsabilidad de este "tortuguismo", según la versión de los directivos de los departamentos de recursos humanos del Ministerio, le corresponde especialmente a la Secretaría Nacional de Desarrollo Administrativo y a la Dirección Nacional de Personal, entidades que no dependen del Ministerio de Salud. Sin embargo, en el marco de la presente política de desarrollo institucional, es posible introducir modificaciones en las actuales rutinas de trámites internos del Ministerio que agilicen los procesos antes mencionados. En primer lugar, es necesario automatizar todos los procesos relacionados con la administración de recursos humanos, teniendo en cuenta que, no se trata simplemente de instalar computadoras en los departamentos de recursos humanos, con el objeto de hacer un poco más rápidamente los procedimientos que se han venido realizando de manera tradicional o por costumbre. Se requiere previamente rediseñar los actuales procedimientos, suprimiendo los pasos innecesarios y determinando con precisión los puntos críticos o "cuellos de botella", en los cuales se detienen más frecuentemente los trámites. La sola ejecución de este punto permitirá disminuir de manera notable el tiempo de tramitación de los distintos procesos de recursos humanos. Una vez que se rediseñe estos procedimientos, el desarrollo de los sistemas de procesamiento de datos (software y la adquisición de los equipos de computación (hardware), se torna en una secuencia lógica, que puede ser resuelta sin mayores inconvenientes.

Los resultados que se esperan de esta automatización, pueden resumirse en los siguientes:

- Existencia de bases de datos sobre "bancos de recursos humanos" para las diferentes posiciones del Ministerio.
- Calificación automática de los candidatos a ocupar diferentes puestos o cargos.
- Conformación de bases de datos sobre el personal existente en las diferentes dependencias del Ministerio según regímenes, tipos, clases o niveles, con datos completos de identificación y clasificaciones, y registros de los movimientos o acciones de personal individuales, desde el ingreso del personal hasta su salida de la Institución.

Esta información resulta clave para fomentar el desarrollo de otros procesos del Ministerio, iniciando desde la toma de decisiones en el nivel del Despacho del Titular de Salud, pasando por los trámites financieros, en especial de pago de sueldos y bonificaciones, e incluyendo la conformación de la base de datos necesaria para la formulación de todos los programas y planes de salud.

- Mantenimiento de archivos históricos del personal que ha servido a la institución en diferentes épocas y lugares. En cuanto al proceso de nombramiento o contratación de nuevo personal, se establecerá un sistema de seguimiento de los trámites que se realizan tanto dentro como especialmente fuera de la institución. De esta manera se podrá evitar que los procesos en mención demoren largos meses o se detengan indefinidamente en cualquier oficina.

D. CAPACITACION, PREFERENTEMENTE EN SERVICIO, ORIENTADA A LA FORMACION DE GERENTES PARA TODOS LOS NIVELES DEL MINISTERIO:

Constituye lugar común en las evaluaciones de los diferentes eventos de capacitación realizados por las dependencias del Ministerio, el hecho de que, el personal capacitado o entrenado, cuando retorna a su puesto de trabajo, le resulta muy difícil aplicar los conocimientos adquiridos, ya sea porque las condiciones específicas de su trabajo difieren notablemente del modelo ideal al que se refirió la correspondiente capacitación o incluso, en el caso de que las condiciones fuesen similares, el capacitado o entrenado carece del poder suficiente para cambiar procedimientos establecidos muchos años atrás o perennizados por la costumbre.

Esta situación no solamente que ha limitado severamente los efectos e impactos de la enorme cantidad de eventos de capacitación que se han realizado en el Ministerio en los años anteriores a un costo elevado, sino que ha desprestigiado a este tipo de actividades al punto de convertirlas en una especie de "tecno-turismo" nacional o internacional o en el mejor de los casos, en foros abiertos para que los participantes expresen puntos de vista que generalmente no pueden exponerlos en su trabajo diario.

La nueva política para el desarrollo de los recursos humanos plantea un modelo de capacitación para los funcionarios y trabajadores de la salud que tenga al menos las siguientes características:

- Realización de análisis previos sobre las necesidades de capacitación expresada por los propios trabajadores, y respecto de las falencias en los procedimientos y métodos utilizados.
- Desarrollo de la capacitación en los mismos departamentos o servicios en los que labora el personal de salud, adaptando los contenidos de la capacitación a las condiciones específicas de trabajo.
- Participación activa y razonada del funcionario o trabajador en el desarrollo de su propia capacitación, dando énfasis a la identificación de problemas y búsqueda de soluciones desde la realidad local.
- Seguimiento de la capacitación, entre otros métodos mediante un sistema de capacitación a distancia que funcione de manera permanente para todas las unidades del Ministerio, e incluya un modelo de autoevaluación.
- Supervisión de los resultados inmediatos de la capacitación y evaluación de los efectos e impactos en el mediano y largo plazos.

E. PROGRAMACION DEL TRABAJO DEL PERSONAL EN BASE A LOS OBJETIVOS Y METAS INSTITUCIONALES

La programación de actividades a nivel de las unidades locales no es nueva en el Ministerio de Salud y en este sentido se han experimentado una serie de modelos, el último de los cuales ha sido diseñado y rediseñado dentro del Proyecto de Ampliación y Fortalecimiento de los Servicios Básicos de Salud en el Ecuador (FASBASE), financiado por el Banco Mundial.

Sin embargo, no ha ocurrido lo mismo en los niveles administrativos provincial y nacional, donde las actividades se desarrollan clásicamente de manera espontánea, por costumbre, o más frecuentemente, en respuesta a necesidades o requerimientos de diversa índole, muchos de ellos con el carácter de coyuntural o incluso "clientelista". Por otra parte, los modelos de programación local que se han implantado hasta la presente no se han arraigado como actividad común y básica en la gran mayoría de unidades operativas ambulatorias y prácticamente no existen a nivel hospitalario.

En resumen, no se puede reconocer una cultura institucional de programación de las actividades que se ejecutan en cada dependencia o unidad, lo que podría deberse, entre otros factores a la complejidad de los modelos y formularios utilizados hasta ahora, y seguramente a que nunca se demostró claramente al

personal de los distintos niveles del Ministerio, las ventajas de la utilización de estos métodos. La consecuencia es obvia. Se trata de desarrollar metodologías simples y prácticas de programación local y de concientizar al personal, especialmente de las unidades de servicio, respecto de la forma cómo, la utilización de estos modelos puede facilitar su trabajo y mejorar las posibilidades de alcanzar las metas propuestas.

Se debe comenzar por la formulación de una programación anual, tanto técnica como económica, adecuadamente justificada, la misma que puede ser monitorizada mensualmente en reuniones del equipo de cada dependencia o unidad.

Los resultados de este monitoreo serán remitidos al nivel inmediato superior, el cual se encargara de procesar los datos, analizarlos y establecer comparaciones entre las diferentes unidades de una misma Area de Salud o nivel administrativo. Tales análisis y comparaciones deberán ser devueltos a cada unidad, las que, al observar el cumplimiento de sus metas en relación a otras unidades, se espera que se estimulen a superarse, en una sana competencia por algo que en la administración moderna se denomina: "LA EXCELENCIA".

F. CREACION DE AMBIENTES DE TRABAJO ADECUADOS:

Generalmente se otorga poca importancia a las condiciones de infraestructura de los locales en los que ejecutan sus tareas los funcionarios y trabajadores de la salud, lo que podría considerarse como un mal común a todas las dependencias del sector público.

Sin embargo, en el caso específico de las unidades de este Ministerio, es necesario tener en cuenta que se está atendiendo a personas en condiciones de afectación de su salud e inclusive con peligro de sus propias vidas, lo que requiere contar con todos los elementos infraestructurales en niveles óptimos, y el personal de estos servicios debe tener la tranquilidad necesaria para ejecutar su trabajo de la mejor manera.

A parte de esta situación específica para las instituciones de salud, es importante otra que, las deficientes condiciones de trabajo, por un lado inciden directamente sobre la salud de los trabajadores, deteriorando tempranamente sus facultades y limitando su supervivencia, y por otro, el bajo rendimiento del personal del sector público con respecto a sus similares del sector privado bien podría explicarse por las condiciones en que laboran los primeros.

El mejoramiento completo de la infraestructura laboral podría requerir, en algunos casos, la inversión de importantes capitales que actualmente no dispone el sector público, particularmente el Ministerio de Salud; no obstante, se pueden implementar de manera inmediata algunas medidas que no significan grandes egresos presupuestarios. Entre ellas se pueden mencionar las siguientes:

- Venta de algunos edificios y bienes inmuebles que posee el Ministerio, con cuyo producto se puede financiar la adecuación de la actual infraestructura, incluyendo el mejoramiento o adquisición de mobiliario y equipo.
- Redistribución de espacios, particularmente en las oficinas administrativas, por ejemplo mediante la utilización de divisiones modulares, aprovechando la coyuntura de la disminución del personal administrativo de muchas dependencias.
- Ejecución de estudios sobre iluminación, ruidos, y en general sobre contaminantes ambientales en los sitios de trabajo.

Estos estudios debe incluir la proposición de soluciones factibles y preferentemente de bajo costo, las mismas que puedan ser aplicadas en el corto y mediano plazos.

- Educación al personal de los distintos niveles del Ministerio, respecto de las normas elementales para la conservación y mejoramiento de los ambientes de trabajo, y en general sobre aspectos generales de la convivencia en grupos humanos.

G. ESTIMULOS AL PERSONAL EN BASE A PRODUCCION Y CALIDAD DE SERVICIOS PRESTADOS

Son conocidos los bajos salarios que pagan a sus funcionarios y trabajadores un buen número de instituciones del Estado, particularmente las comprendidas en el sector servicios, entre ellas el Ministerio de Salud, en especial si se comparan estos emolumentos con los correspondientes a niveles y calificaciones de ciertas instituciones privilegiadas del sector público y obviamente con el sector privado.

Esta situación ha traído como secuela general la desmotivación de un buen número de funcionarios y trabajadores del Ministerio, en especial aquellos que

reciben menores ingresos o que no tienen posibilidades de incrementar los mismos en trabajos paralelos; además, y lamentablemente, se ha constituido en el pretexto para "justificar" un número no pequeño de inmoralidades en el manejo de los bienes y de los fondos públicos. En el caso más frecuente, este personal desmotivado incumple sus horarios labora con lentitud, o lo que es peor, no da a los pacientes y usuarios el trato humano y de calidad que ellos se merecen.

Clásicamente se habla de estímulos morales y económicos, incluyéndose entre los primeros los reconocimientos de todo tipo y los ascensos.

Sin embargo, y dentro de la visión de la moderna administración, se plantea como estímulo moral más importante el compromiso del funcionario o trabajador con los objetivos y metas de la Institución o cuando menos con la mejor atención a los usuarios. Igualmente, resulta fundamental el trato directo y amigable del inmediato superior con sus correspondientes subordinados. Es clave que cada gerente averigüe sobre los problemas que tienen los funcionarios para ejecutar las tareas y actividades, busque las mejores soluciones con ellos mismos y reconozca y felicite aun los pequeños logros o éxitos.

En cuanto a los estímulos económicos, determinadas regulaciones financieras para la mayoría de las instituciones del Estado impide por completo el premiar la mayor producción o productividad de los trabajadores y limita severamente el pago de horas extras. Por otra parte, los ascensos que podrían significar pequeñas mejoras salariales, se los realizan de manera tardía y en muchos casos no corresponden a los esfuerzos realizados.

El problema más grave que se presente aquí es el hecho de que, la continuación de políticas restrictivas en el gasto público que se preveen para los próximos años, dificultarán o tornarán poco significativos los incrementos en los salarios de los empleados del Estado, y prácticamente anulará la posibilidad de conceder estímulos económicos individuales por un mejor trabajo.

En estas condiciones una de las pocas soluciones viables para mejorar los salarios y conceder estímulos económicos está representada por la denominada **Autogestión de los Servicios de Salud**, que puede obtener los fondos necesarios, a partir de contribuciones directas de los propios usuarios y de donaciones nacionales o internacionales.

Es claro que, como se plantea más adelante, este mecanismo solamente se puede realizar en términos legales, contando con la intermediación de alguna organización privada sin fines de lucro (ONG) previa la suscripción del correspondiente convenio con el Ministerio.

H. PARTICIPACION DEL SECTOR PRIVADO EN LA ADMINISTRACION DE LOS RECURSOS HUMANOS DE SALUD

En la introducción a esta política de desarrollo de recursos humanos se habían mencionado algunas de las distorsiones en la distribución del personal necesario para el funcionamiento de las distintas unidades de salud de esta Secretaría de Estado, lo cual ha dado como consecuencia un exceso de personal en determinados servicios y unidades, en tanto que en otros es palpable la deficiencia de los mismos.

Sin embargo, el problema va más allá de un error en el cálculo matemático. Y es que, con el avance del desempleo y subempleo en nuestros países, cada vez con mayor fuerza, el Estado se convirtió en un absorbedor de recursos humanos no calificados, o que no podían ser utilizados por el desarrollo de la empresa privada, lo que de alguna manera explica las grandes presiones políticas que se han ejercido en los años anteriores sobre los Ministros y más autoridades, para ubicar personal en todos los niveles del sector público. Para analizar adecuadamente este problema debe tenerse en cuenta en primer lugar que, numéricamente esta "solución alternativa" del desempleo y subempleo, que según cifras del CONADE⁸, alcanza a 1992, el 14.8% y 51.3% respectivamente, puede considerarse apenas como un paliativo, ya que los funcionarios y trabajadores del Estado en una cifra cercana a los 400.000, representan menos del 10% de los 4'920.000 de ecuatorianos que forman parte de la población económicamente activa. De esa burocracia, el Ministerio de Salud aporta 35.000 empleados y trabajadores.

Por otra parte, y lo que es más grave, el congestionamiento burocrático en determinadas unidades del Ministerio, no se ha traducido en un mejoramiento de los servicios correspondientes, sino por el contrario se ha constituido en una de las causas para su deterioro y en una de las trabas más importantes para el incremento de los salarios.

La propuesta es entonces, determinar con precisión el personal mínimo necesario para el adecuado funcionamiento de las distintas unidades, pero

⁸ Consejo Nacional de Desarrollo: Agenda para el Desarrollo. pp IV

simultáneamente este personal deberá ser remunerado de manera atrayente y tener un alto compromiso con los objetivos institucionales, entre ellos y particularmente, el proporcionar una atención de alta calidad técnica y humana a los usuarios.

En este contexto se hace indispensable la participación del sector privado sin fines de lucro (ONGs) en la administración de los recursos humanos en las unidades del Ministerio, ya que los mecanismos estatales para el incremento de los salarios se caracterizan por su largo tiempo de tramitación y, finalmente, sus niveles serán siempre inferiores a los del sector privado.

Adicionalmente, la participación del sector privado permitirá la inclusión de otras modalidades de incorporación, especialmente de profesionales calificados, a los servicios de salud del Ministerio. Entre ellas cabe mencionar el sistema de "riesgo compartido" y la atención de pacientes privados en estas mismas unidades.

Igualmente, se puede introducir en los servicios del Ministerio, las modalidades de pago por mayor producción o productividad y horas extras o estímulo por incrementos probados en la calidad de la atención a los usuarios.

Es claro que estas modalidades de relación laboral son inéditas en el sector público, pero su éxito en el sector privado, no solo en términos económicos sino fundamentalmente en la calidad humana de la atención de salud, obligan a incorporarlas, basándose en el principio de la equidad y del derecho de todos los estratos de la población, especialmente de los más pobres, de tener acceso a servicios similares a los que disfrutaban los sectores de mejores ingresos.

I. INTEGRACION DE LOS PROGRAMAS DE FORMACION UNIVERSITARIA DE RECURSOS A LOS PROYECTOS Y PROGRAMAS DE SALUD

La denominada "coordinación docente asistencial", ha constituido una de las líneas estratégicas fundamentales del trabajo especialmente en los hospitales del Ministerio de Salud, y los resultados de su aplicación han contribuido de manera notable a elevar el nivel científico y técnico de la atención en estas unidades.

Sin perjuicio de lo anterior, y a pesar de múltiples reuniones y esfuerzos conjuntos entre el Ministerio y las universidades, no se ha logrado hasta la presente una verdadera coincidencia entre los programas que desarrolla esta

Secretaría de Estado y los programas o pénsums de formación de los profesionales de salud.

Los resultados de esta situación son conocidos. Por una parte la mencionada coordinación se reduce en la mayoría de los casos a una utilización funcional de los servicios hospitalarios para el desarrollo de las cátedras clínicas y quirúrgicas, y por otro, los nuevos profesionales, particularmente cuando deben cumplir su año obligatorio de salud rural, carecen de los conocimientos y actitudes necesarias para ejecutar los programas del Ministerio particularmente en el nivel de comunidad.

La política de desarrollo de recursos humanos del Ministerio de Salud, requiere un nuevo modelo de concertación con las universidades, particularmente con las facultades y escuelas de ciencias de la salud. Esta concertación podría tener al menos las siguientes características:

- Reordenamiento de los pénsums de formación de los profesionales de la salud, de manera que los estudiantes inicien sus prácticas en la comunidad y en las unidades de menor complejidad y concluyan las mismas en los niveles hospitalarios.
- Incorporación de contenidos de los programas de salud del Ministerio en las correspondientes cátedras de materias básicas, del área clínica y del área quirúrgica.
- Participación de docentes universitarios en el diseño, ejecución y evaluación de los programas de salud del Ministerio, de acuerdo con sus correspondientes áreas de interés.
- Diseño de programas conjuntos de educación continua para todos los niveles del Ministerio, incluyendo de manera particular el año obligatorio de salud rural.
- Revisión de los programas de formación de especialistas y en general de las actividades de post-grado, con el objeto de que respondan a la necesidades de los servicios de salud del Ministerio, y reglamentación definitiva de los compromisos de devengación de las becas que otorga el Ministerio a los estudiantes post-grado, con el objeto de fomentar el desarrollo científico y técnico de los hospitales provinciales y cantonales (centros de salud-hospital), e inclusive de los centros de salud.

2.3.2. POLITICA DE DESARROLLO DE LA GESTION DE RECURSOS FINANCIEROS Y MATERIALES

A. SISTEMAS FINANCIERO-PRESUPUESTARIOS

Tradicionalmente, el presupuesto del Ministerio de Salud, al igual que la mayoría de los presupuesto de las entidades del sector público, se determinan por el sistema de "objetivo del gasto", y la justificación de las diferentes partidas se la realiza en base a lo ejecutado en el año inmediatamente anterior (gasto histórico).

En estas condiciones, los presupuestos del Ministerio no pueden reflejar las verdaderas necesidades de los distintos programas y de las unidades de salud, ni pueden constituirse en herramientas de apoyo directo a los procesos de planificación, ejecución y evaluación de esos mismos programas y unidades.

A lo antes expuesto se suma la insuficiencia de indicadores de seguimiento contable y financiero de los presupuestos del Ministerio, así como, la carencia de sistemas para determinar los costos de las atenciones o servicios producidos para programar las inversiones en base a prioridades técnicas y políticas.

La punta visible de este "iceberg" está constituida por la desesperante lentitud en los trámites financieros que se han tornado en verdaderas trabas para la ejecución de los programas y actividades de salud, la misma que se ha tratado de mejorar mediante la creación de unidades financieras paralelas (por ejemplo para la administración de fondos provenientes de ciertos programas de cooperación internacional), o mediante la automatización de algunos procedimientos. Como era de esperarse, tales medidas han tenido resultados modestos o parciales.

Por otra parte, las deficiencias en los sistemas de control y evaluación, tanto contables como presupuestarios, particularmente la falta de sistemas de control de la utilización de insumos, abrió la puerta para que se produzcan casos de corrupción, de los que sólo un porcentaje indeterminado son establecidos y sancionados por la Contraloría General del Estado.

Como probables causas de esta situación se puede señalar, en primer lugar, la grave descoordinación entre las estructuras técnicas y las estructuras financieras de los distintos niveles del Ministerio, lo que de hecho ha contribuido a debilitar enormemente la capacidad de este Portafolio para sustentar sus incrementos presupuestarios anuales frente al CONADE y el Ministerio de Finanzas.

Sin embargo, y a la luz de las experiencias recientes dirigidas a mejorar el trabajo en los departamentos financieros de los distintos niveles del Ministerio, se puede ubicar el problema fundamental en el subdesarrollo administrativo que presentan todas estas unidades, caracterizado por la persistencia de largos trámites, muchos de cuyos pasos resultan en la actualidad totalmente innecesarios.

Resulta obvio que el procesamiento a computadora de estos mismos trámites, no solamente que no resolvió el problema, sino que en muchos casos lo agravó, especialmente por la falta de capacitación y motivación de los funcionarios más antiguos o por la confusión entre procesos manuales y automatizados.

Frente a esta situación es necesario, en primer lugar, definir la misión de los departamentos financieros de los niveles del Ministerio, la misma que podría expresarse en los siguientes términos: Asegurar la asignación y utilización oportuna y suficiente de los recursos financieros del Ministerio, de manera tal que se posibilite el cumplimiento eficaz y eficiente de los programas y actividades de salud; garantizando al mismo tiempo que, los recursos disponibles sean asignados de acuerdo con las necesidades variables de los distintos niveles y unidades, con la plena participación de los responsables de la ejecución de las acciones y dentro de los lineamientos del proceso de descentralización administrativa-financiera, que debe traspasar progresivamente las responsabilidades a los niveles más periféricos o locales.

De manera específica, la modernización de la gestión financiera debe comprender al menos los siguientes puntos:

- Reformular la estructura presupuestaria del Ministerio con la finalidad de integrar la programación técnica y la financiera; y determinar las etapas del proceso de formulación presupuestaria en todos los niveles de la Institución con sus características, responsables y participantes, tipos mínimos y, sobre todo, identificando los puentes críticos del proceso.
- Diseñar sistemas de seguimiento contable y presupuestario para todos los niveles administrativos del Ministerio, con características de sensibilidad y oportunidad, que permitan la realización de controles adecuados de ingresos y egresos, así como de ajustes presupuestarios, en concordancia con las condiciones variables de ejecución de los programas y actividades de salud.

- Diseñar e implantar sistemas de cálculo de costos unitarios de los servicios que producen las distintas unidades del Ministerio, y para priorizar inversiones. Estos sistemas, a más de constituirse en instrumentos clave para la toma de decisiones en todos los niveles administrativos, deberán constituirse en insumos para la elaboración y negociación de los presupuestos del Ministerio.
- Diseñar e implantar sistemas para la determinación de necesidades básicas de insumos en los distintos niveles y unidades de servicio del Ministerio, los cuales deben partir de la programación local de actividades.
- Establecer y reglamentar una red de adquisiciones por niveles, que de preferencia a las compras en grandes volúmenes que permitan abaratar los costos, sin descartar las compras locales para surtir ciertas emergencias.
- Diseñar e implantar una red de distribución de insumos, que garantice la provisión oportuna aun a las unidades más alejadas, y que incluya sistemas de control adecuados para impedir desperdicios, caducación de productos y desvíos dolosos.
- Establecer sistemas de almacenamiento de productos y de inventario para los distintos niveles y tipos de unidades del Ministerio, que se complementen con la red de distribución de insumos y que también incluya sistemas de control con similares características a las mencionadas en el punto anterior.

Todos los sistemas señalados anteriormente deben manejarse tanto de manera manual como automatizada, la primera modalidad en las pequeñas unidades que no dispongan de equipos de computación y la segunda en todos los niveles administrativos a partir del Area de Salud. Las principales características de los mismos se describen en el punto correspondiente al desarrollo de los sistemas de información.

B. FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Tomando como base las transformaciones que está sufriendo el Estado precisamente desde finales de la década de los ochenta y sobre todo en la de los noventa, se puede afirmar que la etapa del Estado paternalista, intervencionista y sobreprotector de los agentes sociales y económicos se ha

agotado por su propia dinámica, en una especie de "feed-back" social que está ejerciendo ya sus efectos.

Precisamente, la actitud sobreprotectora del antiguo Estado, rutinizó a los diferentes actores sociales, incluso a los más "revolucionarios", restringió la capacidad creadora de nuevos modelos de acción social y desmotivó la competencia leal entre los ejecutores de políticas sociales.

En todo caso, el antiguo modelo de Estado, como se anotó en la introducción a esas políticas, sólo era viable en las condiciones de bonanza económica de las décadas de los sesenta y setenta, cuyos excedentes podían pagar con cierta holgura los crecientes gastos sociales.

El brusco descenso de los precios de nuestros productos de exportación en los mercados internacionales, el deterioro de los términos del intercambio entre los países pobres y ricos, las exigencias del pago de los intereses de la deuda externa y, sobre todo, el imparable crecimiento del costo de los servicios sociales, devolvió a todos los países del tercer mundo a la dura realidad de la grave insuficiencia de los recursos del Estado para solventar los múltiples gastos del funcionamiento de estos servicios.

Los efectos inmediatos de esta situación en los servicios de salud son conocidos: deficiencia o carencia de insumos básicos como medicamentos, materiales de curación, etc., deterioro de la infraestructura por efectos de la falta de mantenimiento y el mal uso, dificultades para contratación de nuevo personal y, en suma, mala calidad de la atención a los pacientes y usuarios; los cuales, en muchos casos, se ven obligados a comprar los insumos para su atención, inclusive en casos de emergencia, y hasta el menaje de cama y los utensilios para la alimentación.

En estas condiciones se elimina prácticamente el principio de la equidad de los servicios de salud, en razón de que, hasta los pacientes más pobres deben conseguir de alguna manera los recursos para su atención, lo que de hecho a puesto en peligro y ha costado muchas vidas de personas que no pudieron reunir tales recursos.

Se trata entonces de enfrentar el problema en su contexto real. La exigencia indiscriminada de importantes incrementos de recursos para el Ministerio de Salud, siendo plenamente justificable en términos sociales, carece de viabilidad en las condiciones de la economía global de nuestros países.

Por tanto se deben buscar nuevas alternativas de financiamiento para los servicios de salud, algunas de las cuales se usaron con éxito en años anteriores o son de uso común en la práctica privada. Debiendo quedar claro desde un primer momento que, no se plantea ni se pretende renunciar a la obligación del Estado de velar por la salud de los habitantes del país, sino de abrir las puertas para que la sociedad civil, a través de sus correspondientes organizaciones, pueda contribuir de manera directa a la solución de un problema que está afectando fundamentalmente a los más pobres, que no pueden pagar los costos de los servicios privados.

En la bibliografía reciente, a nivel internacional, se pueden encontrar múltiples ejemplos de financiamientos alternativo de los servicios de salud, valiendo destacar entre ellos a la denominada "Iniciativa BAMAKO", auspiciada por el UNICEF, precisamente para los países más pobres del Africa.

En las condiciones específicas del Ecuador se pueden considerar, entre otras, las siguientes alternativas de financiamiento para los servicios de salud:

- Cobros directos a los usuarios por servicios prestados en la unidades del Ministerio. Estos fondos serían administrados por una organización de la sociedad civil sin fines de lucro, la misma que, previa convenio con el Ministerio pueda utilizar dichos fondos de manera inmediata (sin las trabas burocráticas típicas de la gestión estatal), para la compra de insumos, mantenimiento y reparación de equipos e instrumental, adquisición de algunos equipos, o para la contratación de personal ocasional.

Estas mismas organizaciones no gubernamentales tramitarían y canalizarían de manera rápida una serie de ayudas internacionales que se ofrecen permanentemente, y que no han sido aprovechadas por el sector estatal, debido a sus mismas limitaciones.

- Administración conjunta entre el Estado y las organizaciones de la sociedad civil de determinadas unidades y Areas de salud.

A diferencia de la anterior alternativa, en este caso la organización no gubernamental asume directamente una parte de la administración total de la unidad o Area de salud, inclusive el personal, la infraestructura física y la operación. Para ello, la ONG puede recibir el fondo que el presupuesto del Estado destina para el funcionamiento de la correspondiente unidad o AREA, debiendo conformarse un Consejo de

Administración con la participación de las comunidades beneficiarias del servicio.

Igualmente, esta alternativa incluye la recuperación de costos a partir de contribuciones de los usuarios, pero siempre en base a un tarifario establecido por el Ministerio de Salud. En caso de que se oferten servicios no incluidos en el tarifario, los costos de los mismos deberán ser aprobados por la autoridad de salud.

Es muy importante anotar que, en todos los tarifarios que se mencionan anteriormente, se establecerán varias categorías de pago, que corresponden a los diferentes niveles socio económicos de los usuarios y a su capacidad de contribución para el servicio. A modo de ejemplo se puede establecer las siguientes categorías:

A	=	Pago del 100% del valor del servicio
B	=	Pago del 75% del valor del servicio
C	=	Pago del 50% del valor del servicio
E	=	Exoneración Total de pago

Resulta evidente que, la asignación de una categoría de pago por servicio a un determinado usuario, debería depender de un pequeño estudio socio económico realizado por el personal de trabajo social; sin embargo en algunas experiencias desarrolladas recientemente, esta asignación la realiza una persona de la misma comunidad, debidamente entrenada, cuya principal ventaja es el conocimiento directo que tiene de los usuarios.

- Venta de servicios de las unidades del Ministerio a otras instituciones del sector público y privado.

Este sistema ya ha sido utilizado en años anteriores, mencionándose como un buen ejemplo el convenio de prestación de servicios entre el Ministerio y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS).

Se trata ahora de expandir este sistema a todas las instituciones que requieran comprar servicios de salud, entre de "riesgo compartido", mediante el cual profesionales no dependientes del Ministerio pueden atender sus pacientes en las unidades de la Institución, recibiendo un porcentaje variable de los costos que se recupere de la misma. Estos profesionales tendrían posibilidades, inclusive, de ubicar en las unidades estatales sus propios equipos e instrumental, en caso de que estos no existan o se encuentren en malas condiciones.

Igualmente, y en el caso de que un determinado recurso humano especializado no exista en una unidad de salud, particularmente en las de tipo hospitalario, se puede establecer un sistema de "llamada" de estos profesionales, los mismos que recibirían un pago directo por atención, financiado con una parte del costo recuperado. Esta alternativa resulta muy útil en aquellos hospitales alejados de las principales ciudades del país, y que en la actualidad presentan una baja ocupación de sus camas y servicios debido precisamente a la falta de estos recursos, ellas especialmente las Fuerzas Armadas, los gobiernos seccionales, etc.

Sin embargo, esta extensión, en especial a la demanda por parte de la práctica privada, tiene como condición previa el mejoramiento radical de las condiciones en las que ofrecen sus servicios las unidades del Ministerio. Aquí debe incluirse la optimización de la infraestructura física, la reparación o complementación de equipos e instrumental, la dotación de insumos necesarios y, particularmente el mejoramiento de la calidad técnica y humana del personal encargado de la atención.

El último punto requiere a su vez, elevar la motivación del personal existente del que se pueda contratar, lo que implica, entre otras medidas, la implantación de un sistema de estímulos económicos y morales directamente ligado a la mayor productividad y calidad de atención que brinde el personal.

- Otras alternativas de menor volumen que pueden contribuir directa o indirectamente al financiamiento de los servicios de salud del Ministerio, son entre otros, el sistema de información.

2.3.3. POLITICA DE DESARROLLO DEL SISTEMA DE INFORMACION DEL MINISTERIO

El actual sistema de información del Ministerio, calificado en muchos estudios financiados por distintas agencias internacionales, como incompleto, poco confiable y sobre todo sin cohesión y coordinación entre sus componentes, se encuentra desde hace varios años en un largo proceso de reestructuración que aún no muestra sus primeros resultados.

La situación es especialmente preocupante, si se recuerda que los grandes avances de la tecnología de información y comunicación y el manejo mismo de las empresas tanto privadas como públicas, está basado cada día más en bases de datos e información, estructuradas de manera piramidal, de fácil consulta en cualquier nivel que permiten tomar decisiones fundamentadas en la ponderación racional de una serie de variables.

Las falencias del sistema de información del Ministerio están provocando la persistencia del modelo clásico de toma de decisiones basadas en la inspiración de algún directivo o en el mejor de los casos en las presiones provenientes de diferentes grupos.

En este contexto, la misión del sistema de información se puede claramente definir como el conjunto de instrumentos, interrelacionados y organizados en forma coherente, que fundamentan de manera racional la toma de decisiones en todos los niveles administrativos y que sirven de base para el monitoreo, supervisión y evaluación de todos los programas, proyectos y actividades de salud.

A partir de esta misión, resulta clave establecer con precisión, las principales características del sistema de información, las cuales deberán orientar las fases de diseño, implantación, utilización y evaluación del mismo. Entre esas características se pueden anotar las siguientes:

- El sistema debe estar estructurado de manera piramidal, es decir que, los conocimientos se concentrarán principalmente en la parte inferior, a nivel de los especialistas que desempeñan diferentes tareas y pueden dirigirse solos. Los niveles superiores deberán disponer de información concentrada, que les permita una visión global del funcionamiento de toda la institución.
- Cada funcionario o trabajador debe contar con la información necesaria y suficiente para cumplir adecuadamente sus tareas, por lo tanto, cada funcionario debe determinar constantemente (y no solo una vez al inicio de su trabajo), la información que necesita.

De este punto se puede deducir fácilmente que, los componentes y elementos del sistema de información no pueden ser definidos aisladamente por los responsables de los departamentos de estadística o informática, para luego ofrecerlos a los usuarios como los productos que se exhiben en las estanterías de un supermercado.

- El sistema de información debe funcionar como una red, en la cual la información producida por un departamento es utilizada parcialmente por otro para crear sus propios indicadores, y viceversa.
- Se debe seleccionar con precisión los datos que se procesan y los indicadores o tablas de salida que se producen, en razón de que la sobrecarga de datos puede bloquear o al menos dificultar el mismo procesamiento y utilización de la información, o impedir que resalten los datos o indicadores claves para la toma de decisiones perdidos entre un bosque de cifras y ecuaciones.

A más de la observancia de las características antes expuestas, para que el sistema de información cumpla con la misión que se le ha atribuido, es indispensable que la institución defina con precisión sus objetivos y metas y cuente con un plan de actividades para los distintos niveles. Sin embargo, como señala el citado autor Peter F. Drucker, "las organizaciones basadas en la información necesitan concentrarse en un objetivo o, cuando mucho, en unos cuantos"⁹ Y, más aún, la misma organización "debe estructurarse en torno a metas que den a conocer con toda claridad las expectativas de desempeño que tenga la gerencia para la empresa y para cada especialista, y en torno a una retroalimentación organizada que compare los resultados con estas expectativas de desempeño para que cada miembro pueda ejercer un autocontrol". Finalmente, el desarrollo del sistema de información tiene como requisito "sine qua non", que todos los funcionarios asuman la responsabilidad sobre la información, desde la fase de recolección hasta la fase de utilización y almacenamiento; lo que implica un cambio muy importante de actitudes, especialmente en el personal tradicional de las instituciones de salud, así como la capacitación y educación continua, tal como han sido descritas en los capítulos anteriores.

⁹ Drucker PF: Advenimiento de la Nueva Organización. Facetas 1988;82:4

3. DESCONCENTRACION Y DESCENTRALIZACION DE LA GESTION DE LOS SERVICIOS DE SALUD COMO PRIMER COMPONENTE DEL PROCESO DE MODERNIZACION.

La interrogante de por qué la descentralización es un elemento clave en la modernización del Ministerio de Salud se despeja cuando se replantea el quehacer Institucional en torno a dos líneas estratégicas que se complementan mutuamente en la **misión** de garantizar a la población el derecho a disfrutar adecuados niveles de salud:

- El fortalecimiento del liderazgo en el sector; y,
- El desarrollo local como eje básico del accionar encaminado al abordaje de los problemas de salud de la población.

Liderar el sector salud no solo implica formular políticas que orienten adecuadamente a los diversos organismos que lo conforman, aplicar estrategias para utilizar coordinadamente recursos intra y extra sectoriales, regular y controlar eficazmente todas las actividades relacionadas con la salud de las personas y el medio ambiente, y evaluar en forma permanente la situación global de salud; sino también canalizar equitativamente los recursos nacionales y la cooperación técnico-financiera externa, privilegiando a los grupos de población más deprimidos por sus condiciones biológicas, sociales y económicas.

El desarrollo local posibilitará un mejor acceso de la población a atenciones integrales y de calidad, gracias a una mayor capacidad de los servicios para tomar decisiones - técnicas y gerenciales - de los servicios y a la participación y apoyo de la sociedad en el logro de objetivos de mejoramiento de la calidad de vida de sus integrantes. Esta línea estratégica es el contexto que da consistencia y sentido a los esfuerzos por descentralizar los servicios de salud del Ministerio.

Cabe, en mérito a su evidente importancia, algunas consideraciones en cuanto al alcance y direccionalidad de la descentralización en el Ministerio de Salud del Ecuador.

En apego estricto a la doctrina sería necesario establecer diferencias entre desconcentración y descentralización. La primera se limita a delegar, por parte del titular de la institución, a los funcionarios u órganos subalternos, el ejercicio de funciones y la ejecución de trámites que le son legalmente encomendadas (excepto las que por disposición expresa debe ejercer personalmente), la transferencia de recursos presupuestarios y la capacitación para el desempeño de las nuevas responsabilidades administrativas. La descentralización implica, el desprendimiento de la autoridad y del poder central a fin de otorgar a sus organismos amplia

autonomía administrativa y autodeterminación (como es el caso de la "municipalización" de los servicios de salud).

En la práctica, esta podrían ser las situaciones "mínima" y "máxima" de un mismo proceso. El análisis de cual de las dos es más conveniente o adecuada para el país no es trascendente, sin embargo, cabe señalar que, experiencias en algunos países, demuestran que la descentralización de los servicios de salud, mediante su adjudicación a organismos de jurisdicción local, pueden hacerlos más proclives al clientelismo o volverlos menos solidarios que cuando formaban parte de un sistema centralizado. Como contrapartida, una simple reforma administrativa, es decir que no aborde en forma seria y efectiva cambios importantes en las relaciones de poder con la población beneficiaria, sería tan solo un remedo de descentralización cuyo mayor peligro -a más de la pérdida de credibilidad en el proceso- sería contribuir al debilitamiento de la responsabilidad social y de la capacidad reguladora del sector que tiene el Ministerio de Salud.

Por tal razón la descentralización debe ser un proceso **conducido** a fin de asegurar a quienes va dirigido (la población) la recepción de sus beneficios; en otros términos, debe ser una acción negociada que permita establecer con claridad, entre los que ceden y los que reciben, las condiciones, mecanismos, reglas de juego y sobre todo las consecuencias de la nueva redistribución del poder.

También es importante advertir que si bien en la mayoría del sector público puede ser válido analogar la descentralización a la privatización -como mecanismos que regulen el rol regulador del Estado- el sector de la salud podría verse seriamente afectado con este enfoque, pues los servicios públicos (prácticamente monopólicos para los más pobres), bajo el argumento de ineficiencia y/o escasez de recursos estatales, bien podrían abandonar su misión de satisfacer las necesidades básicas de la población y ceder su espacio a operadores privados del ámbito local, cuyos objetivos claramente lucrativos conllevan la discriminación del acceso en función de la capacidad de pago de los usuarios.

Por otro lado, la descentralización -como mecanismo que redistribuye el poder de decisión del Estado hacia los ámbitos locales- no es sostenible si está ausente la sociedad civil receptora del proceso, no solo en la definición sino también en el centro y seguimiento de las acciones.

Luego del análisis de algunos aspectos conceptuales y hasta ideológicos del proceso descentralizado que está impulsando el Ministerio, es pertinente abordar en forma sucinta su instrumentación, en términos de los procedimientos necesarios para concretarlo.

Con fines prácticos, el desarrollo del proceso puede sistematizarse en tres etapas básicas. La primera corresponde a la definición de un **marco legal** claro que permita tanto la descentralización territorial como el otorgamiento a los niveles locales de la autoridad suficiente para ejercer la gerencia, especialmente en lo relativo a las decisiones sobre el manejo de los recursos (para algunos aspectos puede ser suficiente reforzar o ampliar las responsabilidades preexistentes).

La segunda etapa se refiere a la precisión de las **competencias y funciones** de las instancias descentralizadas y de lo que se debe conservar en la administración central, pues la descentralización no puede implicar fractura ni debilitamiento del Ministerio, ni tampoco disminuir su responsabilidad reguladora y su capacidad para conducir y evaluar globalmente al sector. Por el contrario la redistribución de competencias y funciones (del poder, en último término) deberá estar orientada a fortalecer significativamente su presencia en el sector y en el país.

La tercera etapa aborda los **procedimientos e instrumentos** -técnicos y administrativos- que deben ser desarrollados e implantados para garantizar que el proceso de descentralización se mantenga dentro de los cauces establecidos y supere las trabas burocráticas que se puedan presentar. Esta etapa debe comprender también la capacitación necesaria para asegurar el correcto desempeño de los funcionarios en las instancias descentralizadas.

Finalmente, es importante señalar que en el país el tema de la descentralización fue abordado con bastante retraso a la mayoría de países de América Latina y que, siendo el Ministerio de Salud uno de los mayores impulsores, algunas decisiones político - administrativas y disposiciones legales que atañen a otros ámbitos de la administración pública, obstaculizan todavía los cambios propuestos al interior de la institución, especialmente en el manejo de los recursos humanos y financieros.

Sin embargo, más allá de estas dificultades que retardan los avances del proceso, lo importante es que en los niveles directivos está presente una firme decisión de llevarlo adelante y el convencimiento de su coherencia con los auténticos objetivos de modernización del Estado.

3.1. NUEVA CONCEPCION DE LA ATENCION HOSPITALARIA

3.1.1 ANTECEDENTES

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, para el año 1992 contó con 125 Hospitales, de los cuales 87 son Cantonales, 22 Provinciales, 15 Especializados y

1a de Especialidades. Cuenta con 7.537 camas lo que corresponde alrededor del 60% del total de las camas hospitalarias del país. El porcentaje de ocupación en el 92 fue de 66.5% y un promedio de 4.5 días de estadía.

En los años precedentes ha sido muy evidente el deterioro tanto en la capacidad como en la calidad de atención brindada por los Hospitales del Ministerio de Salud Pública de la República del Ecuador, lo que se ha constituido en uno de los elementos más importantes para que por parte de la opinión pública se haya tomado como un elemento de juicio para justificar el concepto atribuido al Ministerio de Salud Pública, como a otros organismos estatales, de su poca operatividad y capacidad administrativa.

3.1.2 CAUSAS DEL PROBLEMA

Todas las causas que han llevado a las unidades hospitalarias del Ministerio de Salud Pública al estado actual de postración, pueden integrarse dos grupos: causas de orden político y causas de orden operativo.

Dentro del primer grupo citaremos como el elemento fundamente, una dedicación hipertrofiada a programas de atención primaria, con un total descuido de la atención secundaria y terciaria. Consideramos que este concepto ha sido de orden regional y no exclusivamente local, prácticamente todos los proyectos y programas se orientaban hacia el área de atención primaria de salud y cuando se consideró la problemática de la atención secundaria y terciaria, se orientó básicamente al aspecto presupuestario, el cual ha sido postergado por los diferentes gobiernos frente a las aspiraciones del Ministerio de Salud, sin iniciativas de alternativas de funcionamiento. Todo esto ha llevado al actual estado calamitoso de los hospitales, que en definitiva constituyen la imagen del Ministerio de Salud. Dentro de las causas de orden operativo, consideramos que se presentan dos fenómenos que han contribuido al agravamiento de la situación, por un lado deficiencias de orden normativo-administrativo y por otra una deficiente racionalización del presupuesto y la nula capacidad de recuperación de costos.

Como componentes de los problemas de orden normativo-administrativo se pueden citar los siguientes:

1. Falta de una implementación reglamentaria general y particular y una desactualización de los existentes. Incluyen el reglamento general de Hospitales, reglamentos internos, sus respectivos orgánicos funcionales, normas de atención, niveles de complejidad, etc.

2. Mala definición de funciones de ciertos elementos claves dentro del esquema administrativo-técnico, como el caso especial del llamado administrador o subdirector administrativo.
3. Sistemas desactualizados de manejo administrativo, técnico y financiero, lo que ha llevado a una total falta de control de la producción y productividad de los servicios hospitalarios, incapacidad de control de insumos, lo que conlleva la imposibilidad para implantar sistemas de reducción de costos.
4. Falta de estímulos al personal como a los servicios hospitalarios, lo que ha llevado a una desmotivación a la que se suma una falta total de educación continua tanto en servicio como académica, con la consiguiente desactualización de conceptos de calidad y calidad total en servicios médicos. Todo esto tiene como consecuencia una constante declinación en la eficiencia y eficacia de atención total que el usuario percibe, lo que es parte del proceso de desconfianza hacia el sistema hospitalario y la proliferación de servicios médicos privados de claridad similar y menor capacidad técnica y de infraestructura pero que han sido capaces de absorber un buen porcentaje de los usuarios de los hospitales estatales.
5. Proliferación y mala orientación del sindicalismo a nivel hospitalario, que en muchos casos se ha convertido en un refugio de encubrimiento de situaciones anómalas de toda índole, que han producido un verdadero desmantelamiento físico y de valores como los éticos y en algunos casos hasta morales.

Dentro de las causas de orden operativo se pueden mencionar las siguientes:

1. Progresivo aislamiento del sistema hospitalario del Ministerio de Salud frente a la vida comunitaria local y nacional, lo que ha llevado a un estado de desconocimiento de los servicios que brindan los diferentes hospitales y el consiguiente estado de subutilización de los mismos.

Este hecho ha contribuido además al fenómeno de exigencia de calidad de atención, sin un involucramiento en la problemática y vida misma del hospital local por parte de la comunidad.

2. Graves deficiencias en prestación de servicios generales como limpieza, dietética, mantenimiento, etc, con el consiguiente deterioro de la misma infraestructura y el equipamiento, aparte de la baja calidad de estos servicios, todo lo que contribuye a la imagen actual del sistema hospitalario.

3. Falta de racionalidad en la distribución presupuestaria, con un alto porcentaje destinado al pago de personal, en detrimento de los servicios técnicos, adquisición de insumos, mantenimiento, reequipamiento y equipamiento, etc.
4. Nula capacidad de recuperación de costos, debido a la disposición de gratuidad de los servicios médicos, la misma que por lo mencionado anteriormente, no se ha cumplido a cabalidad. Esto ha llevado a un desconocimiento total del costo de la prestación de servicios y en consecuencia una falta de elementos claves para una adecuada programación presupuestaria.

La necesidad de los centros hospitalarios de ceñirse a un presupuesto, que dadas las actuales circunstancias no es suficiente, impide que se puedan adquirir elementos indispensables para una atención de calidad aceptable que caen dentro del grupo de insumos, sin tomar en cuenta equipos o material de alto costo, además de un déficit grave en la capacidad de mantenimiento del equipamiento hospitalario.

5. Falta de implementación de sistemas de mejoramiento de la calidad y de la calidad total en la prestación de servicios, y de control de calidad en los procedimientos hospitalarios.
6. Falta de racionalización en la atención, debido a la falta de un verdadero sistema de referencia bidireccional, con un descontrol en el nivel de complejidad que debe atender cada unidad, se presentan hospitales con un alto nivel de demanda y sobresaturación de muchos servicios, mientras otros con niveles bajos de rendimiento, provocando un enorme desperdicio de recursos con los consiguientes problemas que esto trae para las dos clases de hospitales. En definitiva no ha existido un verdadero sistema de salud con incursión de los hospitales en la regionalización local o Areas de Salud.

3.1.3. PLAN DE REHABILITACION DEFINITIVA DE LOS HOSPITALES

1. *Marco Conceptual:* Frente a la situación actual del sistema hospitalario, el reconocimiento de sus causas, se han planteado objetivos y se ha puesto en marcha un plan operativo para cumplir con los mismos. Como parte de las políticas del Ministerio de Salud Pública y de la orientación dada por la actual administración, tanto el planeamiento como las acciones que se vienen tomando, obedecen a objetivos globales y sobre todo técnicos.

2. **Objetivos del Plan:** Se han planteado los siguientes objetivos generales:

- a. La rehabilitación integral de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública, tanto en sus áreas administrativas, financiera y técnica.
- b. Coordinar acciones con el Comité de Atención Primaria, de acuerdo al desarrollo de las actividades de los dos comités al igual que con otros entes del Ministerio de Salud Pública y de otras instituciones públicas o privadas.

3.1.4. **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- a. Realizar un estudio sobre el funcionamiento administrativo y financiero que debe dar como resultados concretos e inmediatos el diseño y prueba de instrumentos de gerencias en las dos áreas mencionadas.
- b. Automatizar el funcionamiento técnico, administrativo y financiero de los hospitales del Ministerio, con el objeto de agilizar la atención a los pacientes y usuarios, optimizar los sistemas de control, particularmente de la utilización de insumos.
- c. Diseñar e implantar modelos de autogestión de los servicios hospitalarios que garanticen la recuperación parcial de costos de producción de los distintos tipos de atenciones, a través de contribuciones directas de los usuarios, venta de servicios a instituciones públicas y privadas y búsqueda de donaciones de organismos nacionales o internacionales.

Este sistema de recuperación de costos mantendrá diferencias dependientes de aspectos como la situación geográfica, realidad socio-económica de la comunidad usuaria del servicio, categorización de pacientes por su capacidad de pago, etc.

- d. introducir términos como calidad total que garanticen eficiencia en la atención al paciente y además en el área administrativa.
- e. Suscribir convenios con entidades gubernamentales, municipales, privadas (ONG) y organizaciones comunitarias o populares, para la administración compartida de determinados servicios de los hospitales y en algunos casos, del hospital en su conjunto.

- f. Normatizar la estructura y funcionamiento de los hospitales:
- Normatización de la atención hospitalaria de las principales patologías;
 - Reglamentación e implantación de nuevos conceptos de atención médica con los denominados "Hospitales de Día", y nuevas técnicas quirúrgicas y médicas;
 - Definición e implantación del Sistema Nacional de Acreditación de Servicios de Salud;
 - Normatización de la participación de la práctica médica privada en la atención a pacientes en hospitales del sistema del Ministerio de Salud.
- g. Normatizar la estructura y funcionamiento de los hospitales bajo esta nueva concepción del papel que deben desempeñar en la red de servicios de salud, en relación al sistema de referencia bidireccional, bajo la condición de un desarrollo integral del sistema de salud, desde el nivel de atención primaria hasta la atención terciaria.
- h. Mantener un proceso de rehabilitación de la infraestructura y equipamiento, optimización de lo existente y la dotación de nueva infraestructura y equipos de acuerdo al criterio de racionalización del sistema.
- i. Nueva concepción de la prestación de servicios hospitalarios generales, en base a la conformación de microempresas por los trabajadores, quienes de esta manera se convertirán en entes jurídicos que bajo un esquema de contratación de prestación de servicios, ejecutan las acciones en relación a las exigencias de calidad del establecimiento.

5.3.1.5. ACCIONES OPERATIVAS

En primer lugar se ha conformado un comité interdepartamental e interinstitucional para la rehabilitación hospitalaria, que bajo los parámetros mencionados ha venido dando pasos dentro de un cronograma establecido, con el propósito de cumplir todos los planteamientos.

Se ha considerado que la operación será más efectiva realizándola de una manera progresiva, tomando con bases geográficas y de complejidad, los hospitales que ingresarán de manera progresiva en este programa de rehabilitación. Esto no impide que operaciones como la normatividad, capacitación en calidad, procesos como la acreditación, se realicen de una manera más generalizada.

Al momento, seis hospitales del país se encuentran en el proceso y es notorio el cambio de la imagen de estos centros.

3.1.6. CONCLUSIONES

Por el hecho de haber priorizado el nivel de Atención Primaria de Salud, se descuidó el nivel de Atención Secundaria y Tercera que prestan los hospitales del país. Esta falta de atención originó que no se hicieran nuevas inversiones en equipamiento, manteniendo y sobre todo no se busque nuevas alternativas de funcionamiento de los hospitales. Todo esto generó que los hospitales al cabo de una o más décadas de descuido, se reconocen en un estado verdaderamente calamitoso, hecho que, origina a nivel de los usuarios y de la prensa nacional, las más severas críticas al Ministerio de Salud, ya que sin lugar a dudas los hospitales constituyen la imagen del Ministerio de Salud.

En esta nueva etapa, se pretende emprender en la rehabilitación definitiva de los hospitales, con nuevas alternativas de desarrollo y con la participación más activa de los usuarios y de otras entidades y organizaciones que constituyen el sistema de salud. Se harán esfuerzos para que los hospitales, en el futuro, funcionen totalmente integrados a las Áreas de Salud, en donde, muchas de las cuales actúan como Jefaturas de Área y constituyen el nivel básico y fundamental para lo que es la referencia y la contra referencia. La rehabilitación hospitalaria no estará completa sino se capacita al personal, si los funcionarios del MSP no entienden que tienen que trabajar para el bien de los usuarios y no para los jefes (calidad total).

4. PARTICIPACION DE LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES (ONG'S) EN EL CAMPO DE LA SALUD

El Ministerio de Salud Pública (MSP), en el marco de la modernización del Estado se encuentra desarrollando la reforma del sistema nacional de salud que pretende ampliar la atención primaria de salud, incorporando los cambios institucionales que le permitan fortalecer su capacidad de gestión y de rector del sector salud.

Es intención del MSP, por tanto, buscar los mecanismos adecuados para involucrar a los distintos actores sociales e institucionales en la estructuración de un sistema nacional de salud, para lo cual formula los siguientes lineamientos, en relación a los Organismos No Gubernamentales (ONG's)

4.1. LAS ONG EN EL ECUADOR

El concepto de ONG (organización no gubernamental) comienza a utilizarse en los documentos de las Naciones Unidas alrededor de la década de los cuarenta, como un concepto que abarca todo aquello que no es gubernamental (gremios, organizaciones populares, sociedades científicas, empresas privadas con fines de lucro, organizaciones de voluntarios, etc).

Sin embargo, surgen en América Latina y particularmente en el Ecuador, a partir de la década de los 70, un tipo de organizaciones que se diferencian de las organizaciones gremiales o de intereses de distintos sectores sociales, que dirigen sus acciones a procurar el desarrollo de los sectores más empobrecidos de la sociedad. Son estas las que juegan un rol cada vez más importante en la sociedad civil de los países de América Latina y que se han dado en llamar ONGD (organizaciones no gubernamentales de desarrollo) para distinguirlas de aquellos otros actores no gubernamentales. En este sentido, se podría definir una ONGD como "un tipo particular de organización que no depende ni económica y institucionalmente del Estado, que se dedica a tareas de promoción social, educación, comunicación e investigación-experimentación, sin fines de lucro y cuyo objetivo final es el mejoramiento de la calidad de vida de los sectores más oprimidos"

Son organizaciones relativamente pequeñas, que tienen ámbitos de trabajo específicos, tanto temáticos como geográfico- poblacionales, formadas por grupos de profesionales que comparten un compromiso y una visión de sociedad ideal y como acercarse a ella.

Las ONG en el Ecuador como en otros países de América Latina, surgen como producto de dos procesos concomitantes en la sociedad, por un lado la crisis de un modelo de desarrollo basado en una estatización de la vida de la sociedad, en donde el Estado es el que tiene a su cargo todo, sin tener una historia de haber cumplido tal función, y por otro, surgen instancias no formales que dejan de sentirse representadas en las organizaciones de carácter gremial y en los partidos políticos. De manera que si bien hace 15 años había una cantidad pequeña de ONG's que actuaban basadas en un discurso del desarrollo alternativo y vinculadas estrechamente a movimientos sociales principalmente del campo, hoy existe una gama grande de ONG, que representan sectores sociales diversos y que se identifican con diversas tendencias.

Las ONG's "tradicionales" del Ecuador, es decir, aquellas con más de 15 años de historia, a mediados de la década de los 80 dejan de ser las únicas protagonistas del mundo ONG en el país. En los últimos cinco años se da un fenómeno, casi explosivo, de surgimiento de ONGs de los más heterogéneas. Esta heterogeneidad

ha impedido procesos importantes de coordinación entre las ONG. La CEOP (Corporación Ecuatoriana de Organizaciones Privadas sin fines de lucro) es, tal vez, la instancia institucional de coordinación de ONGs más consolidada, aunque dista mucho de tener una representatividad amplia de las ONG del país.

4.2. LAS ONG EN SALUD EN EL ECUADOR

En razón de la heterogeneidad que se observa en el mundo de las ONG, la misma que se replica en las ONG que desarrollan acciones de salud, es difícil conceptualizar lo que serían una ONG en salud, sin embargo, tomando en cuenta la concepción de salud entendida en términos amplios y para fines del presente trabajo se define a una ONG de salud en los siguientes términos:

"Es una organización jurídicamente constituida, privada, sin fin de lucro, con finalidad social que usando medios como investigación y/o capacitación y/o acción, se dirige a la atención del medio ambiente y a las personas (nivel personal familiar o colectivo) en la promoción o fomento de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación o rehabilitación".

Al tratar de delimitar las ONG's en salud y operacionalizar el concepto en este sentido, se presentan dos problemas..

Uno tienen que ver con la definición de salud y de los campos de acción en salud. Y el segundo, con la existencia de numerosas ONG que actúan en varios campos, sea en forma independiente o interdisciplinaria, es decir, no exclusivamente en actividades referidas a salud.

Para afrontar el primer problema y poder operacionalizar los conceptos, se adoptaron algunas definiciones.

Campo de la Salud

Cuando hablamos del campo de la salud, implicamos en el análisis a los componentes del proceso salud-enfermedad que se pueden distinguir (no separar) de otros campos o áreas-componentes del todo social, por ejemplo: de educación, trabajo, recreación, etc.

Por campo de la salud entendemos entonces, el conjunto de situaciones que determinan la producción y reproducción de los fenómenos de salud-enfermedad y

sus diferentes manifestaciones en los sujetos y grupos sociales, así como los recursos destinados para la atención de sus problemas.

Problema de salud

Los problemas de salud no son vistos como afecciones individuales, sino en su dimensión colectiva (problema de salud pública); no se limitan al abordaje de las enfermedades, sino también al fomento de una vida sana (promoción y preservación de la salud) y por último, incluyen también la problemática de su resolución, es decir, son también problemas de salud pública, la formulación de las políticas, la asignación de recursos y otros medios para su atención, que en este caso ya no es atención médica sino atención de salud.

Atención de Salud

Comprende el conjunto de medios (incluyendo políticas y recursos) que se aplican para la resolución de los problemas de salud colectiva. Como tal constituye un proceso que integra conocimientos y prácticas que abarcan los siguientes aspectos:

- a. Promoción o fomento de la salud.- Orientada a generar condiciones favorables para el desarrollo vital del sujeto, tanto en el plano físico, psíquico como social. Ejemplo de estas medidas serían la educación en salud, promoción de alimentación apropiada, saneamiento del medio, etc.
- b. Prevención de la enfermedad.- Implica la aplicación de diversos recursos de atención orientados a evitar la ocurrencia de enfermedades. Ejemplos característicos de estas medidas son las vacunaciones, rehidratación oral, control prenatal, etc.
- c. Recuperación o tratamiento.- Constituye la etapa de mayor desarrollo tecnológico en la atención de salud y su objeto es tratar la enfermedad en sus causas inmediatas a fin de recuperar el nivel de salud precedente o con menos secuelas posibles.
- d. Rehabilitación. Es la fase más crítica de la atención, en tanto enfrenta las consecuencias o secuelas de las enfermedades no prevenidas y que disminuyen la constitución física o psíquica del sujeto.

La rehabilitación, como última etapa del proceso de atención, trata de estabilizar los efectos del deterioro provocado por las afecciones y aprovechar la máxima

capacidad funcional del sujeto, mediante procedimientos médico-quirúrgicos, fisioterapéuticos, de psicorrehabilitación, terapia laboral y reinserción social.

Para el segundo problema, se establecieron tres criterios que nos permite incluir a las ONG en el campo de la salud:

- a. Permanencia Se refiere a la continuidad de las actividades de salud. Este criterio está basado en el hecho de que muchas ONGs asignan fondos temporalmente ante la presencia de problemas críticos: inundaciones, terremotos, epidemias, como es el caso del cólera, y cuando se termina la emergencia canalizan los fondos a otras actividades. A las instituciones que no tienen una actividad permanente, no se les incluye como ONG's en salud.
- b. Importancia del trabajo en salud, hace referencia a la importancia, entre las actividades de la ONG, que tienen las del campo de salud. Aquellas actividades puntuales, como por ejemplo un botiquín, que no tiene relación con otras acciones de salud, no son consideradas.
- c. Las áreas de salud: se refiere a aquellas áreas identificadas como acciones dentro del campo de la salud (definidas previamente).

Es interesante destacar además, un tipo de ONG especial como la Iglesia. Si bien la católica es la más antigua y prolífica en actividades de salud, no se debe dejar de mencionar por lo menos otras diez instituciones religiosas que están operando actualmente en el Ecuador en la rama de salud.

Otro grupo de ONG's que presentan dificultades de clasificación, son las gremiales y especialmente las constituidas por aquellos grupos de profesionales en las especializaciones relacionadas con el quehacer de salud como son los Colegios de Médicos, Odontólogos, Enfermeras, Nutricionistas Bioquímicos, etc., que se agrupan y tienen personería jurídica otorgada por el Ministerio de Salud Pública (MSP), pero que en su absoluta mayoría no tienen actividades de atención de salud. En efecto la mayoría de colegios tienen como objetivos fundamentales la defensa de sus asociados y la relación de actividades sociales y culturales. Existen casos especiales de estas ONGs que realizan actividades permanentes en el área de la salud sea en investigación, capacitación atención médica o rehabilitación, y en ese caso son considerados como ONGs en salud.

Por otro lado, existen otro tipo de ONGS relacionadas con salud que no son gremios profesionales, pero también entran en la categoría ONG adaptada para el presente estudio. Ejemplos de estas son la asociación de farmacias, asociación de pacientes oncológicos, etc.

El Ministerio de Salud

En el transcurso de los últimos lustros y pese a los esfuerzos institucionales, los servicios del sistema nacional de salud pública han sufrido un significativo deterioro. Esto ha dado como ausencia una limitada atención estatal a las demandas sociales, principalmente de los sectores más necesitados.

La cada vez menor asignación de recursos presupuestarios y su inadecuada e ineficiente utilización han incidido de manera directa en esta situación. Ello se ha traducido en elevados índices de morbi-mortalidad que afectan a un importante porcentaje de la población. Una de las causas para que se produzca este deterioro responde a su debilidad institucional, caracterizada por actuar con una orientación restrictiva, asistencialista y predominantemente curativa.

A ello se suma el hecho de que el MSP no ha fortalecido su papel como ente rector, coordinador y supervisor de las acciones que en el campo de la salud se realizan en el país. Las políticas y planes por éste diseñados se cumplen parcialmente dentro del MSP y débilmente en el resto de instituciones u organizaciones vinculadas al campo de la salud.

A pesar del deterioro de los servicios del sistema de salud pública como de otras actividades vinculadas a la salud, es necesario considerar que el MSP cuenta con infraestructura social y experiencia, que en cualquier reformulación del sistema de salud, debe reconocerse al MSP por la importancia que tiene.

El MSP cuenta con una red nacional amplia de servicios constituida por hospitales, centros, subcentros, puestos de salud, dotados de edificaciones, equipamiento y fundamentalmente de recursos humanos, que mal o bien tienen una práctica que les ha permitido elevar su conocimiento técnico y científico; mantienen una relación con la comunidad por su permanencia y tienen una experiencia institucional acumulada. El MSP es una Institución líder en el sector social.

Aunque persisten varios problemas, muchos de ellos relacionados fundamentalmente con la calidad de los servicios brindados, por un lado, por la limitada capacidad administrativa que en muchos casos desperdicia, subutiliza, duplica y encarece los recursos materiales y los equipos y, por otro, por el maltrato y subestimación del que a veces es objeto el usuario.

De otra parte el MSP, por su responsabilidad general, cuenta con una visión que le permite concebir el problema de la salud como un problema nacional. Ello le ha permitido planificar y diseñar políticas generales que han pretendido responder a la demanda nacional.

Su responsabilidad en la formulación de la política nacional, le ha permitido constituirse en una instancia depositaria de la información de lo que acontece en el país en el ámbito de la salud, a pesar de que se reconozcan deficiencias en su sistema de información. El papel que se plantea el MSP en la relación con los esfuerzos de las ONG, no es el de desaparecer de la escena encargando sus responsabilidades, como garante de las condiciones sociales, a las instancias organizadas de la sociedad, reafirma más bien su papel de instancia institucionalizada que comanda la coordinación de las políticas que deben sintetizar las necesidades surgidas, identificadas y formuladas desde lo local, con la participación democrática de la población, los funcionarios de base del sistema, las diversas instancias del MSP y los esfuerzos del sector privado.

Se reafirma su papel de dirigente y supervisor del cumplimiento de la políticas acordadas y entregadas para su ejecución a las organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro. Políticas que deberán reflejar los logros y aportes del conjunto de la sociedad.

Se perfila un MSP que deje de ser el principal prestador de servicios de salud y más bien se convierta en rector y garante de la salud de la sociedad.

Potencial de Cooperación de las ONG en las Políticas de Salud

El papel de las ONG's y otras instancias de acción en el campo de la salud, deberá inscribirse dentro de las prioridades definidas por la política de salud acordada conjuntamente con el MSP.

Una de esas prioridades, que aparece como la más abarcativa en términos de armonizar una propuesta, tiene que ver con el desarrollo de las áreas de salud, asumiendo una concepción común en torno al proceso de salud-enfermedad, a la relación servicios-población, al modelo de atención y a una forma de organización adecuada.

En el nivel local las ONG's y otras instancias de acción de la sociedad pueden jugar un rol importante, que irían entre otras desde:

- La participación de la prestación misma de los servicios (en la perspectiva de la atención integral) y en el desarrollo de las mencionadas áreas;
- Participación en actividades específicas de educación permanente al personal, a la población,
- Investigación;
- En comunicación social y en la producción de materiales educativos;
- Participar en el desarrollo del modelo de atención primaria de salud;

- En el fortalecimiento de los servicios;
- En el desarrollo institucional de las organizaciones;
- En la promoción del saneamiento básico y dotación de agua segura;
- En el mejoramiento de la alimentación y nutrición;
- En el apoyo al Programa Nacional de Medicamentos Genéricos (boticas populares);
- En la búsqueda de alternativas para la participación en el financiamiento de las intervenciones de salud y enfermedad;
- En el desarrollo de modelos de atención integrados para ser replicados en otros sectores de características similares y en el apoyo al desarrollo del sistema nacional de salud;
- En la implantación de la programación local con participación comunitaria;
- En desarrollar estándares de calidad de los servicios locales.
- En asegurar la capacidad resolutive de las unidades operativas.
- En identificar los riesgos ambientales para la salud;
- En rescatar la medicina tradicional, popular e indígena;
- En apoyar al desarrollo de las organizaciones populares en el ámbito de la salud;
- En organizar la red de servicios a nivel local;
- En desarrollar sistemas y metodologías de evaluación continua;
- En buscar mecanismos adicionales de financiamiento de los servicios de salud;
- En crear mecanismos de coordinación intra e inter institucionales, en difundir estrategias y experiencias a nivel general;
- En participar en la co-administración de las áreas de salud
- En participar en la co-administración de servicios hospitalarios y ayuda en la participación de los usuarios en la financiación de los servicios de salud.

Estas intervenciones deben ser muy bien definidas ya que el Estado no se va a desatender de aquellos ámbitos que asigne a las ONG's y otras instancias de acción de la sociedad, puesto que en ellos se ejecutan políticas por él diseñadas.

Cada uno de los elementos de la política de salud deber ser analizados a fin de determinar los espacios específicos en los cuales las ONG's y demás instancias de acción de la sociedad, pueden intervenir, como también los aspectos legales que requieran ser reformadas para armonizar dicha intervención.

4.3. CONCLUSIONES

En los distintos foros las ONG han demandado un espacio de concertación con el Estado con una doble intencionalidad para hacer eficiente el trabajo, aunar esfuerzos y también porque esto les permitiría una continuidad en su trabajo.

En los actuales momentos, el Ministerio de Salud plantea una política clara de apertura para con las iniciativas que le son presentadas por las ONG's.

El MSP, se encuentra en un proceso amplio de reestructuración, en el cual la implantación de las Areas de Salud es el eje fundamental para los siguientes años.

Al interior de las Areas de salud se posibilita la concertación entre todos los actores de este sector y en el cual las ONG's, sin duda, tienen un rol protagónico.

Las propuestas del MSP presentadas a consideración de todos los actores del Sector Salud, permiten que las iniciativas que plantean las ONG's sean discutidas, para lograr mecanismos concertados, teniendo siempre presente la búsqueda de la salud de los habitantes del Ecuador.

Afortunadamente, las experiencias de cooperación entre el MSP y las ONG's han sido bastantes positivas, habiéndose inscrito en el marco de la legalidad y la claridad que este proceso de cooperación requiere. En el caso de acciones conjuntas en ciertos hospitales, se ha contado con el visto bueno de la Contraloría del Estado, en cuanto se refiere a los mecanismos que regulan su interrelación, especialmente a través de convenios suscritos para el efecto.

El MSP aspira a que en lo posterior, las ONG que no han acudido aún al llamado de este Ministerio, presente iniciativas sólidas, concretas y determinantes dentro de los lineamientos y políticas institucionales, para cristalizar objetivos que ya se están cumpliendo con organismos similares.

5. PRINCIPALES INDICADORES DE SALUD

Uno de los aspectos más difíciles de evaluar es la actividad en salud desde la óptica de las políticas sociales. De una parte, porque los efectos no son inmediatos y, especialmente, porque el deterioro de las condiciones económicas tiene un impacto que puede tornar infructuosos los esfuerzos en el ámbito de la salud de manera aislada.

Varios analistas de las políticas de salud estiman que las causas de las enfermedades hay que buscarlas no tanto en los procesos biológicos, ni en la pura trilogía agente-huésped-medio, sino también en los procesos sociales; la salud colectiva es el reflejo de la realidad socio-económica del país y está influida por las concepciones dominantes en cuanto al papel del Estado. La vida y la salud se desarrollan en el mundo del trabajo, en el ámbito del consumo y en la cotidianidad familiar (Breihl 1990).

Las contradicciones del estilo de desarrollo del Ecuador se han hecho visibles. Por un lado, se extienden con rapidez las aglomeraciones suburbanas que rodean a las grandes ciudades, con graves carencias de infraestructura sanitaria; se incrementa las muertes por accidentes de tránsito y por homicidios y, por otro lado, se registra disminución de la tasa de mortalidad, especialmente infantil, aumento de la esperanza de vida, etc.

En los años ochenta, la mayoría de los países en desarrollo, incluyendo al Ecuador, se vieron obligados a establecer programas de ajuste. Estos ajustes, generalmente han afectado a los más pobres (incremento del precio de los alimentos, reducción del poder adquisitivo y disminución del gasto social) y sus efectos pueden llegar a ser severos (Pinstrup-Andersen 1988), pues ellos venían siendo sujetos de privaciones, producto de la misma condición de pobreza.

El estado de salud y nutrición de los niños menores de cinco años y de las madres parece ser uno de los efectos más críticos. Estas variables, relacionadas con el estado de salud y nutrición, son indicadores de las condiciones sociales y de los cambios que pueden operarse por efecto de intervenciones en el campo económico y/o social.

Estos indicadores son: las tasas de mortalidad materna, las de morbilidad y mortalidad infantil y de los niños de uno a cinco años, las tasas de desnutrición, las condiciones de la vivienda, el nivel de instrucción de las madres y las condiciones

de inserción social de la familia, entre otros. Algunos de estos elementos son abordados en otros capítulos, lo que no significa que ellos no estén en relación con la situación general de salud.

Por ejemplo, de acuerdo al análisis de Pinstруп-Andersen (1988), la tendencia decreciente de la mortalidad de los niños menores de cinco años observada en Brasil, se revirtió en 1982, haciéndose particularmente evidente en los Estados más pobres. Este cambio estuvo acompañado de un incremento de la prevalencia de bajo peso al nacer, indicador que también refleja un deterioro de las condiciones de salud y nutrición de la madre. Igualmente, Pinstруп-Andersen analiza el caso de México en donde, al hacerse presente la recesión económica, se observó un decremento del consumo de energía en un 13% entre 1983 y 1984. En Bolivia, un tercio de todas las muertes infantiles estuvieron relacionadas con la mala nutrición, que se deterioro en un 66% entre 1972 y 1982.

El Ecuador no es ajeno a esta situación. Las malas condiciones de salud y nutrición de la población ecuatoriana, particularmente entre mujeres y niños, constituye uno de los problemas más agudos evidenciando que la crisis supera el ámbito económico.

Haremos un análisis de la situación de salud y nutrición de la población ecuatoriana, en especial de las mujeres en edad fértil y de los niños, por ser los grupos más vulnerables. También se hace referencia a situaciones generales de salud que afectan a toda la población.

Conceptos e Indicadores de salud.

La elección de los indicadores aquí presentados y su estructura corresponde aproximadamente a lo señalado por Vanormenlingen y Narváez (1992) para la realización de investigaciones en administración de servicios de salud.

Algunos de los indicadores mencionados en ese documento no son analizados porque corresponden más bien a necesidades relacionadas con el diseño de políticas en salud. No obstante, es pertinente hacer un resumen de ellos y agregar algunas definiciones básicas que serán utilizadas en este capítulo.

I n d i c a d o r e s

1. **Accesibilidad:** geográfica, económica y cultural.

2. **Características geofísicas:** Ubicación regional, accidentes geográficos, vías de comunicación, facilidades de transporte y comunicaciones.

Estos dos indicadores ayudan esencialmente a la focalización de los servicios, razón por la cual no se analizan en este capítulo.

3. **Características ecodemográficas:** potencial ecológico, flora y fauna y factores contaminantes. Población, distribuciones geográficas y grupos poblacionales vulnerables. En este documento se privilegió exclusivamente a mujeres (especialmente en su condición de madres) y niños.

En este mismo grupo de indicadores se incluye:

MIGRACIONES: cambios permanentes o temporales en los lugares de residencia de los individuos.

TASA DE NATALIDAD: el cociente entre el número de nacimientos ocurridos durante un período determinado (generalmente un año calendario), y la población media del mismo período.

TASA DE MORTALIDAD GENERAL: el cociente entre el número de defunciones ocurridas en toda las edades en un período determinado (generalmente un año calendario), y la población media del mismo período.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL: La probabilidad que tiene un recién nacido de morir antes de cumplir un año de vida. También puede definirse como el cociente entre las defunciones de menores de un año durante un año calendario y los nacimientos ocurridos en el mismo período.

TASA DE MORTALIDAD NEONATAL: el cociente entre las defunciones ocurridas antes de 28 días de nacido y los nacimientos ocurridos en el mismo período.

TASA DE MORTALIDAD NEONATAL TEMPRANA: el cociente entre las defunciones ocurridas antes de una semana de nacido y los nacimientos ocurridos en el mismo período.

TASA DE MORTALIDAD POSTNEONATAL: el cociente entre las defunciones de los menores que tienen entre 28 días y un año y los nacidos en el año de referencia. La mortalidad neonatal sumada a la postneonatal equivalen a la mortalidad infantil.

Estos indicadores se presentan en la primera sección del capítulo a los cuales se han agregado factores demográficos tales como:

TASA DE FECUNDIDAD: número de hijos que, en promedio, tendría cada mujer de una cohorte hipotética de mujeres, que durante el período fértil tuvieran los hijos de acuerdo con la tasa de fecundidad por edad de la población en estudios y no estuvieran expuestas a riesgos de mortalidad, desde el nacimiento hasta el resto del período fértil. A su vez, la tasa de fecundidad por edad es el cociente entre el número de nacimientos provenientes de madres de una edad determinada y la población femenina de esa misma edad, estimada a mitad de período.

De acuerdo al ordenamiento de este documento los indicadores demográficos son variables que influyen en el conjunto de los temas tratados. Más bien constituyen una variable exógena a las políticas sociales; se incorporan en este capítulo porque es el más próximo al tema general demográfico.

4. **Indicadores de estado de salud:** incluyen tendencias de las tasas de mortalidad; estructura y características de la mortalidad; condiciones características de la morbilidad (que estudia los casos de una enfermedad en relación con la tasa de población en un período de tiempo); estado nutricional y saneamiento ambiental.
5. **Servicios de salud,** que comprende la mayor parte de los indicadores que reportan los Anuarios de estadísticas hospitalarias publicados por INEC¹⁰. El único indicador de este grupo que se analiza en este documento es la proporción de partos con atención profesional.
6. **Información de programas de salud** que incluye a los materno-infantiles, de vacunación y de nutrición. Estos son tratados en este documento de manera parcial por falta de información sistematizada.

¹⁰

Para consultar series sobre este tema véase Estadísticos de la mujer. ILDIS-UNIFEM, 1992

7. **Información sobre recursos de salud:** agrupa a las unidades operativas, al personal y a los recursos financieros que no fueron tratados.
8. **Indicadores socioeconómicos generales.**

5.1. MORBILIDAD Y MORTALIDAD PREVALENTES

5.1.1. FECUNDIDAD Y NATALIDAD

El descenso, tanto de la fecundidad como de la natalidad en el país (cuadro I) responde a múltiples circunstancias entre las cuales se destaca: el aumento en años de escolarización de la mujer y su incorporación creciente al mercado de trabajo; la migración del campo a la ciudad y los programas de planificación familiar.

Cuadro 1			
Tasas Globales de fecundidad y natalidad			
Años: 1980-1991			
	Natalidad		Fecundidad
Años	Número	Tasa (a)	Tasa (a)
1980	262778	32.3	5.0
1981	264963	31.7	5.0
1982	262102	30.5	4.8
1983	253990	28.7	4.5
1984	257044	28.2	4.2
1985	262260	28.0	4.0
1986	257234	26.7	3.9
1987	261312	26.3	3.8
1988	267652	26.7	3.8
1989	262652	25.5	3.6
1990	263612	25.0	3.6
1991	196576(b)	18.2 (b)	3.6

(a) Tasa por mil habitantes

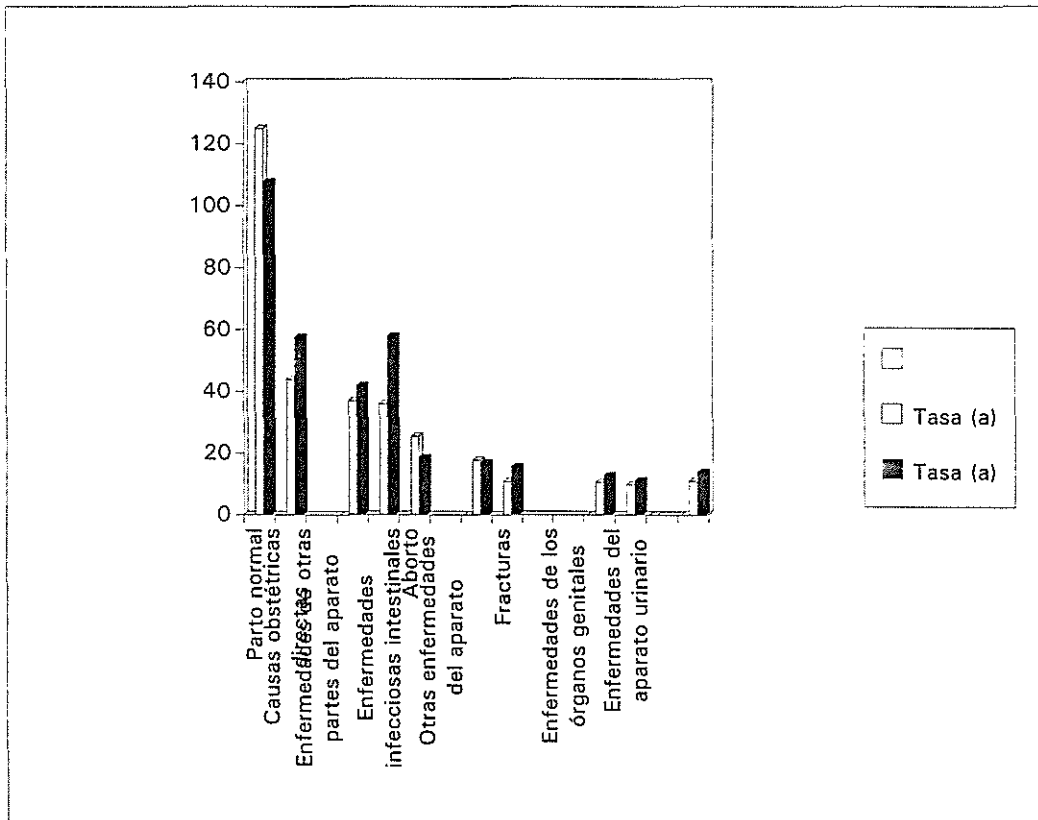
(b) Excluye las inscripciones tardías de nacimientos ocurridos en 1991.

Fuente: INCE. Anuario de estadísticas vitales. Nacimientos y defunciones, 1991. Para fecundidad de 1980 a 1988; CEPAR. Transición de la fecundidad en el Ecuador, los años siguientes son proyecciones en hipótesis baja.

CUADRO 38
Primeras causas de egresos hospitalarios
Años: 1980 y 1991

Causas	1980 Tasa (a)	1991 Tasa (a)
Parto normal	125	107.8
Causas obstétricas directas	43.9	57.7
Enfermedades de otras partes del aparato digestivo	36.9	41.9
Enfermedades infecciosas intestinales	36	57.9
Aborto	25.5	18.6
Otras enfermedades del aparato respiratorio	17.8	17
Fracturas	10.9	15.5
Enfermedades de los órganos genitales femeninos	10.6	12.8
Enfermedades del aparato urinario	9.8	11.2
ciertas afecciones originadas en el período perinatal	10.8	14.1

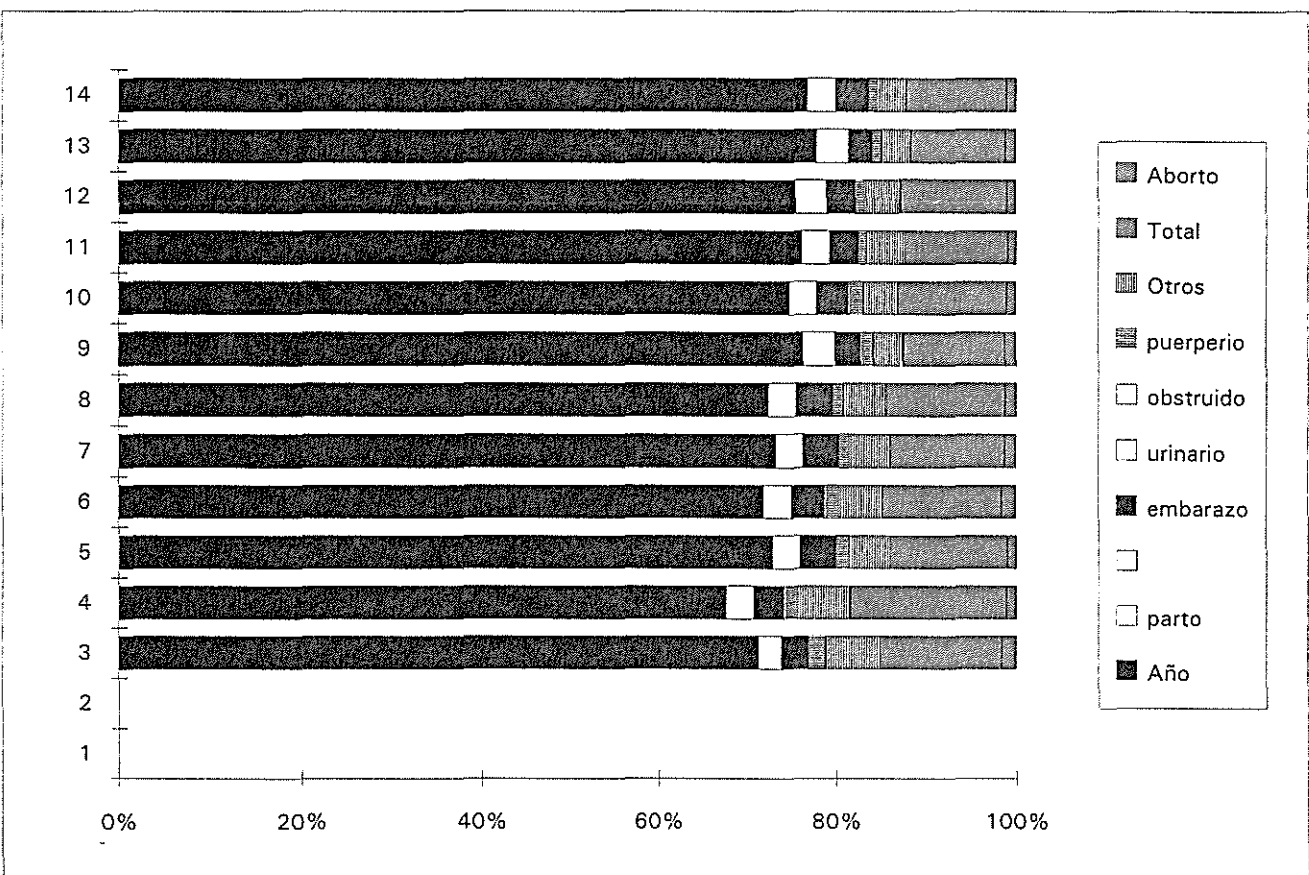
Fuente INEC. Anuario de estadísticas vitales. Nacimientos y defunciones, 1980 y 1991



CUADRO 36
Número de casos de defunciones maternas por causas obstétricas directas
años : 1980 - 1991

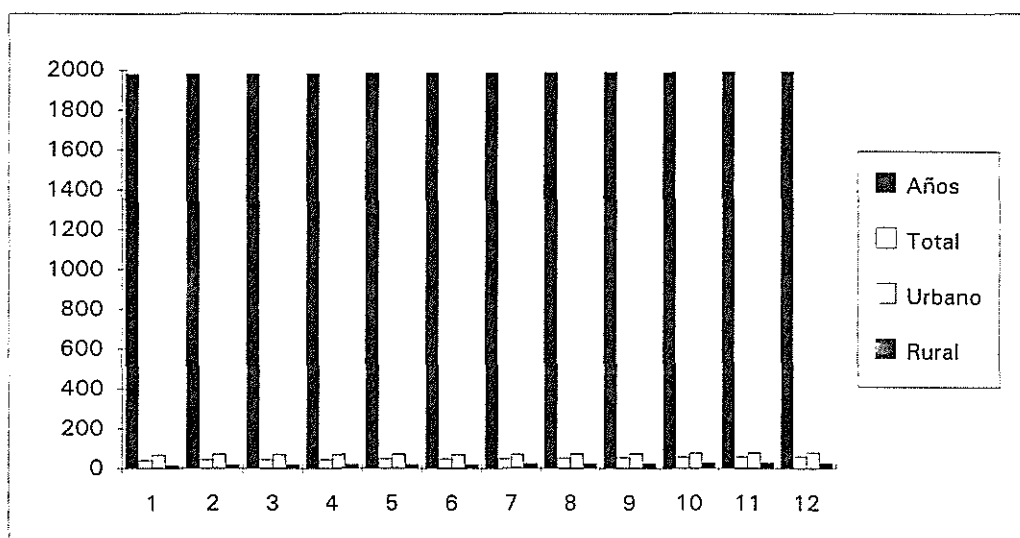
Año	Hemorragia del embarazo y parto	Toxemia del embarazo	Infección del aparato genito-urinario	Parto obstruido	Complicaciones del puerperio	Otros	Total	Aborto
1980	71	81	1	2	52	169	376	44
1981	90	101	-	7	40	170	508	31
1982	84	108	-	2	40	122	356	27
1983	87	101	1	6	39	132	365	44
1984	82	107	-	2	33	121	345	34
1985	85	111	-	1	33	131	361	34
1986	92	76	-	4	31	89	292	31
1987	80	94	1	5	39	102	321	27
1988	81	82	1	1	24	110	299	24
1989	91	82	-	2	28	107	310	25
1990	91	65	1	1	26	84	268	30
1991	82	94	1	-	26	83	289	27

Fuente: INEC. Anuario de estadísticas vitales. Nacimientos y defunciones, 1980 - 1991.



CUADRO 42 Proporción de partos con atención profesional por área Años: 1980 - 1991			
Años	Total	Urbano	Rural
1980	40.7	69.3	16.3
1981	44	72.9	18.9
1982	45.4	73.2	20.2
1983	45.8	73.2	20.4
1984	47.7	73.1	21.5
1985	48.1	72.2	21.9
1986	51.5	71.7	24
1987	52.9	75.2	24.9
1988	55.3	77	26.3
1989	56.6	77.5	27.7
1990	58.3	79.4	29.6
1991	59.4	80.2	29.2

Fuente: ILDIS/UNIFEM. Estadísticas de la mujer, 1992. INECN, Cuadro de estadísticas vitales. Nacimientos y defunciones, 1990 y 1991.



Se observa un impacto favorable en la década del 1980-1990, tanto en el área urbana como rural de partos con atención profesional con un incremento de casi un 50% de promedio. Sin embargo, reportes extraoficiales a nivel de servicios hospitalarios de referencia (HBO-Unidad de Neonatología) señalan que esos pacientes casi el 80% nacen sin atención profesional, lo cual podrá deberse fundamentalmente a:

- 1 Mayor demanda que la oferta en camas para parientes. Por todos es conocido las circunstancias dramáticas que ha constituido la caída del techo de la maternidad Isidro Ayora y que ha obligado a restringir el número de camas. Las unidades de obstetricia de los Hospitales Enrique Garcés y Pablo Arturo Suárez no son una oferta importante en camas obstétricas.
- 2 también un efecto negativo en el acceso de los pacientes a éstos.
- 3 No ha existido una política de difusión a nivel de medios de comunicación con referencia a la importancia de la atención profesional e indudablemente hospitalaria.

5.1.2 MORTALIDAD

En el Ecuador la tasa general de mortalidad en los últimos 20 años ha disminuido notablemente, en especial, en el período de auge petrolero la curva de decrecimiento es más pronunciada que en el período posterior. La disminución de la mortalidad también se debe al uso de nuevas tecnologías (fármacos) y, sobre todo, a la masificación del uso del suero oral.

Un indicador que conviene analizar simultáneamente es el de la mortalidad infantil. La información que se proporciona establece una clara tendencia a la reducción de la mortalidad infantil (hasta un año) y de los niños de uno a cinco años, durante el decenio.

La reducción de la mortalidad infantil se debió a la reducción de la mortalidad postneonatal. En contraste, la neonatal solo decreció a una tasa de 0.6 muertes por mil por año.

Estos datos revelan que la mortalidad neonatal ha experimentado, en el período en cuestión, un descenso menor que la mortalidad postneonatal y la de uno a cinco años, con diferencias importantes a nivel regional.

La encuesta ENDEMAIN (CEPAR 1989) reporta diferencias importantes en las tasas de mortalidad infantil y de la niñez que dependen de varios factores. Se observa (Cuadro 34) una diferencia en relación a la ubicación geodemográfica. Las tasas de mortalidad son más altas en las áreas rurales que en las áreas urbanas en todos los grupos de edad. Esta diferencia es mayor en la mortalidad postneonatal y la de la niñez. Por otro lado, la mortalidad es más alta en la Sierra que en la Costa. En la sierra, Quito presenta las tasas más bajas de las áreas urbanas, pero en la Costa, las diferencias no son significativas.

Con relación a la mortalidad materna, es importante anotar que, en 1991, el 59% de las mujeres ecuatorianas recibieron atención prenatal por personal entrenado. De allí que, aun tomando en consideración los subregistros de muertes y nacimientos, la mortalidad materna tiende a bajar aunque sigue siendo alta en comparación con otros países.

Las causas obstétricas directas de defunciones maternas están dadas por hemorragias del embarazo y del parto, toxemias del embarazo y complicaciones el puerperio, a cuya lista hay que agregar como causa importante los abortos (cuadro 36). Con excepción de éstos, el resto de causas pueden prevenirse con una atención adecuada durante el período prenatal, durante el parto y el postnatal.

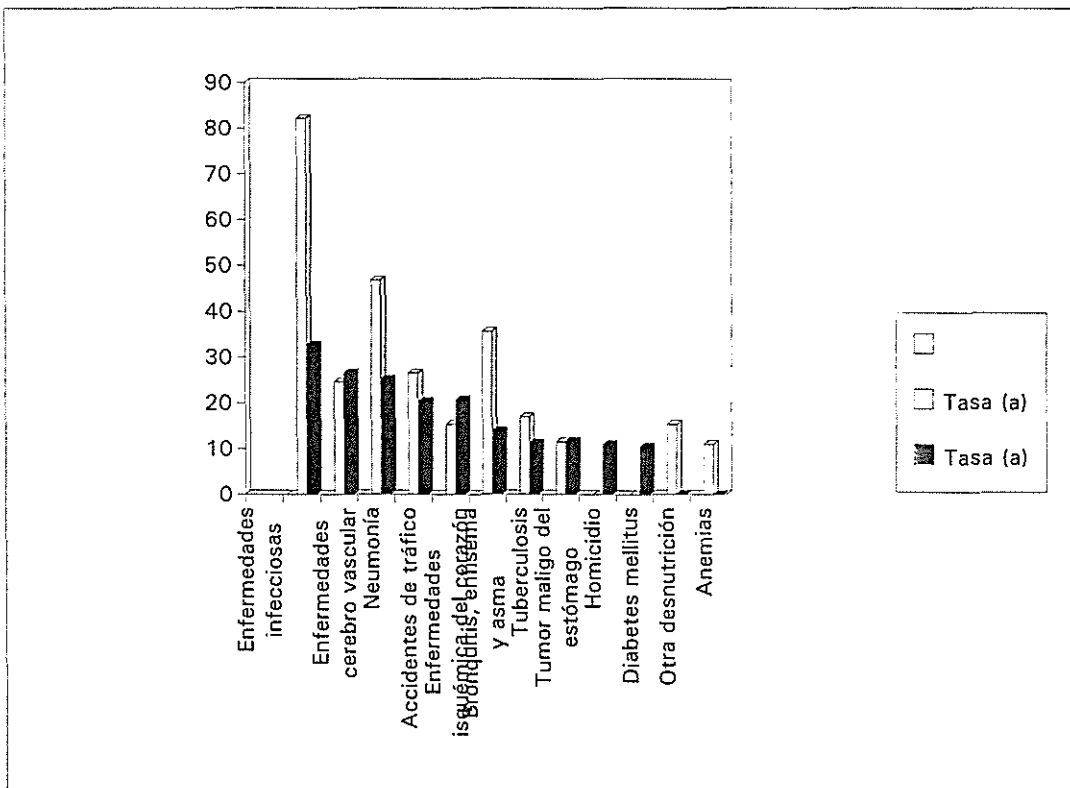
CUADRO 37
Las diez principales causas de muerte
Años: 1980 y 1991

Causas	1980 Tasa (a)	1991 Tasa (a)
Enfermedades infecciosas		
intestinales	82.2	32.7
Enfermedades cerebro vascular	24.7	26.7
Neumonía	46.8	25.2
Accidentes de tráfico	26.6	20.4
Enfermedades isquémica del corazón	15.4	20.8
Bronquitis, enfisema y asma	35.7	13.9
Tuberculosis	17	11.3
Tumor maligno del estómago	11.6	11.7
Homicidio	*	11.1
Diabetes mellitus	*	10.6
Otra desnutrición	15.4	*
Anemias	11.1	*

(a) Tasa por 100.000 habitantes

*= no estaba registrada entre la 10 causas este año

Fuente: INEC. nuario de estadísticas vitales. Nacimientos y Defunciones 1980.



5.2. CAUSAS DE MORBI-MORTALIDAD

5.2.1. CARACTERISTICAS DE LA MORTALIDAD

El perfil epidemiológico del Ecuador atraviesa por una fase de transición en estos últimos años. En esta etapa persisten muertes causadas o relacionadas con el deterioro de la calidad de la vida o con la pobreza, en contraposición con aquellas muertes relacionadas, más bien, con la situación de la vida moderna. Un ejemplo clásico es la gran cantidad de muertes por diarrea aguda, o tuberculosis, frente a escasos episodios de derrames cerebrales o infartos cardíacos.

La morbilidad en el país presenta un aumento de las enfermedades infecciosas vinculadas, en ciertos casos, a las deficientes condiciones de trabajo.

Al observar el cuadro 38 existen por la menos cinco categorías de egresos relacionadas con la mujer y entre seis y siete relacionadas con la dupla mujer-hijo.

Este fenómeno llama la atención porque, a lo largo de los últimos diez años, los programas prioritarios de los gobiernos han sido el binomio madre-hijo, esfuerzo que parece no lograr los éxitos esperados ya que este grupo humano sigue entre los más vulnerables de la sociedad.

Una causa inmediata de la desnutrición y la mala salud en los niños pequeños es la ingesta inadecuada de alimentos, particularmente en el primer año de vida. Aún cuando se practica la lactancia materna, se entrega a los niños alimentos y bebidas adicionales a la leche materna mucho antes de la edad recomendada de seis meses y se le suministra cantidades inadecuadas de alimentos con una frecuencia menor a la deseable y con una densidad calórica disminuida (a veces, además con alimentos contaminados). En conjunto estos factores conducen a una alta incidencia de diarrea, combinadas con cuadros agudos de desnutrición que afectan a los niños a partir del sexto mes de vida que persiste hasta los 35 meses.

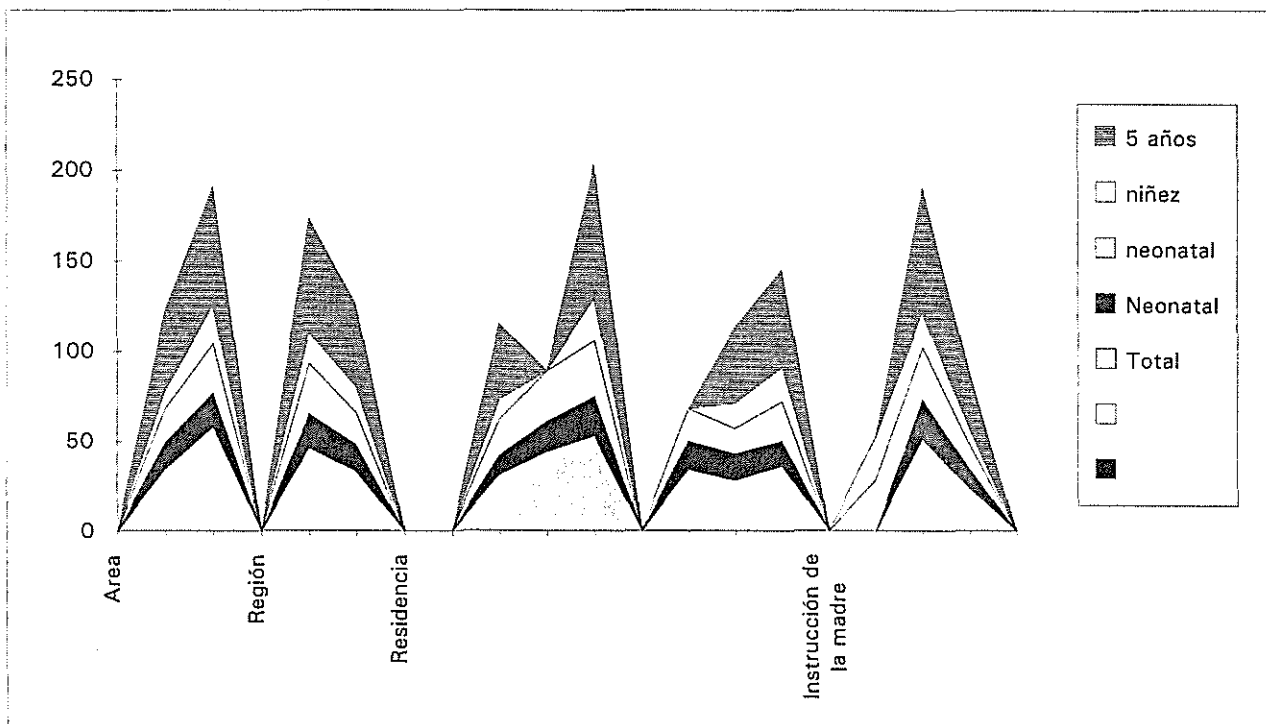
La última encuesta nutricional realizada en Ecuador (Freide et al. 1988) caracterizó los cinco problemas de más alta de prevalencia en los niños menores de cinco años.

CUADRO 34
Mortalidad infantil y de la niñez según características seleccionadas
año : 1989

	Infantil		Post - neonatal	De la niñez	Menores de 5 años
	Total	Neonatal			
Area					
Urbana	34	15	19	10	44
Rural	58	19	27	21	66
Región					
Sierra	46	19	28	17	63
Costa	33	15	18	14	46
Residencia					
Sierra					
Quito	31	11	20	11	42
Resto urb	44	17	28	*	*
Rural	53	22	31	23	74
Costa					
Guayaquil	34	16	18	*	*
Resto urb	28	15	14	14	42
Rural	36	14	22	19	54
Instrucción de la madre					
Ninguno	*	*	28	24	*
Primera	51	22	29	19	69
Secundaria	24	11	14	8	31
Superior	*	*	*	*	*

* Menos de 10 muertes en la categoría

FUENTE CEPAR (19889 . 128)

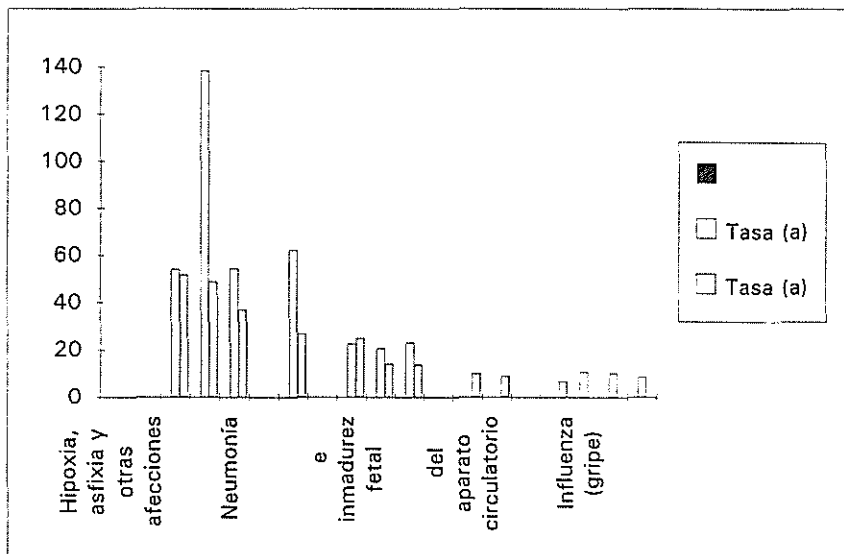


Cuadro 40
Las diez principales causas de mortalidad infantil
Años: 1980 - 1991

Causas	1980	1991
Causas	Tasa (a)	Tasa (a)
Hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del feto o del recién nacido	54	51.7
Infección intestinal mal definida	138.2	48.8
Neumonía	54.4	37
Bronquitis crónica y la no especificada		
enfidema y asma	62.3	26.8
Crecimiento fetal lento, desnutrición e inmadurez fetal	22.5	24.9
Bronquitis y bronquiolitis agudas	20.6	14.1
Otra desnutrición proteinocalórica	23.1	13.8
Anomalías congénitas del corazón y del aparato circulatorio	*	10
Pirexia de origen desconocido	*	8.9
tétanos neonatal	*	6.7
Influenza (gripe)	10.7	*
Tos ferina	10.2	*
Sarampión	8.5	*

(a) Tasa por 10.000 nacidos vivos.

*= no estaba registrada entre las 10 causas en este año.



La desnutrición es la quinta causa de mortalidad infantil, aún cuando existe un importante subdiagnóstico. Se observa que en la década la desnutrición postnatal ha disminuido. Recordemos que es etapa crítica de crecimiento el tercer trimestre del embarazo y el primer trimestre postnatal, por lo tanto debemos presuponer de un alto riesgo de afección neurológica en los pacientes sometidos a desnutrición intrauterina. Todo esto nos hace presuponer que incluso la madre embarazada no ha recibido una alimentación adecuada pese a los planes de suplementación alimentaria para esta población, lo que sugeriría que los programas no han tenido la continuidad del caso o el cálculo de las raciones alimentarias no han sido adecuadas o posiblemente la madre ante la necesidad de alimentar a sus hijos por las condiciones económicas, decide compartir con el resto de su familia : "Dilución".

1. La desnutrición proteico-energética o crónica, expresada en una talla disminuida para la edad, afecta al 50% de la población pre-escolar, es decir, a aproximadamente 600.000 niños menores de cinco años.
2. El bajo peso para la edad o desnutrición global, que afecta al 37% de los niños menores de cinco años, esto es, a aproximadamente 470.000 niños.
3. El bajo peso para la talla o desnutrición aguda, que afecta al 4% de la población pre-escolar, de la cual el 1% esta en franco riesgo de muerte.
4. La deficiencia de hierro y las anemias por falta de hierro, que afecta al 70% de los niños de 11 a 23 meses de edad y al 45% de los niños de 12 a 24 meses (aproximadamente 200.000 niños).
5. La deficiencia de vitamina A, que afecta al 13% de la población pre-escolar (alrededor de 160.000 niños menores de cinco años).

Por otra parte, el estudio realizado por Freire (1989) complementa los indicadores anteriores, determinando que el 60% de las mujeres embarazadas sufren de anemia por falta de hierro; que la deficiencia de yodo afecta particularmente a la población rural de la Sierra, en la que aproximadamente el 11% presenta un riesgo moderado; y que, el bajo peso al nacer afecta aproximadamente al 14% de los recién nacidos (según registros a nivel hospitalario, desconociéndose la incidencia del bajo peso al nacer de los partos domiciliarios).

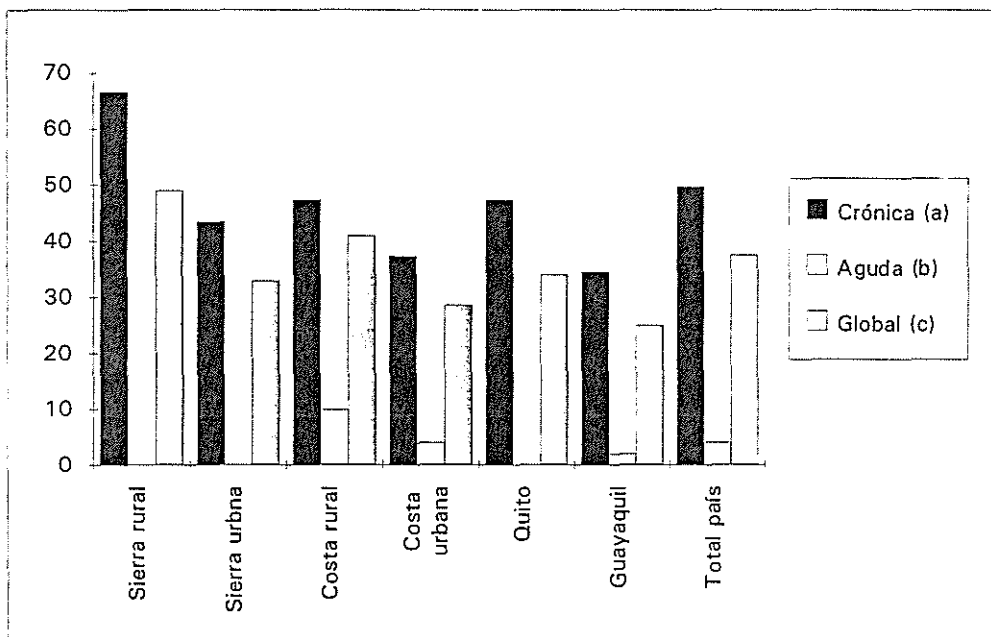
Todos estos problemas se distribuyen en forma muy heterogénea al interior del país, siendo la población del área rural de la sierra la más afectada. Como ejemplo, se observa en el cuadro 39, la distribución de la desnutrición proteico-calórica a nivel nacional y por subregión geográfica.

Los estudios de caso realizados en la década de los ochenta confirmaban la existencia del problema nutricional aunque los datos no pueden compararse porque se utilizaron diferentes metodologías.

Entre las causas posibles más importantes de la muerte de los niños menores de cinco años figuran las diarrea y las enfermedades de vías respiratorias (CEPAR 1989). Una proporción muy importante de esta población sufre de frecuentes episodios de diarrea y de enfermedades de vías respiratorias. Freire et al. (1988) establecen que entre los seis y 25 meses de edad (que coincide con el período de alimentación complementaria a la leche materna) los niños experimentan cuadros muy frecuentes de diarrea (7.1 episodios por niño, por

CUADRO 39 Prevalencia de desnutrición crónica, aguda y global en los niños menores de 5 años Año : 1987			
Región	Crónica (a)	Aguda (b)	Global (c)
Sierra rural	66.6	-	49
Sierra urbana	43.5	-	32.9
Costa rural	47.3	9.9	40.9
Costa urbana	37.3	4	28.6
Quito	47.3	-	34
Guayaquil	34.5	2	25
Total país	49.6	4	37.5

- (a) Talla baja para la edad.
 (b) Peso bajo para la talla.
 (c) Peso bajo para la edad.



El impacto es mayor a nivel de la sierra que en la costa, que que el mar facilita el acceso a proteínas y mayor trabajo, aún a nivel rural y urbano y grandes unidades como Quito y Guayaquil

año, para el segundo semestre de vida y 6.5 episodios por niño, por año, para el segundo año de vida). Ello va generalmente acompañado de afecciones respiratorias, lo cual pone a los niños en condiciones de alta vulnerabilidad a la desnutrición. De acuerdo a los datos de la encuesta ENDEMAIN (CEPAR 1989) la diarrea es la causa principal de muerte en el Ecuador entre los niños menores de cinco años y es causa secundaria para otro 20% de las muertes.

La incidencia de las diarrea es mayor en el área rural que en la urbana; en la Costa que en la Sierra; y, entre los niños de seis a 23 meses que en los menores de esa edad, lo cual confirma la importancia de la lactancia materna.

De igual modo, hay una diferencia muy importante en la incidencia de diarrea asociada al nivel de instrucción de la madre y las condiciones socioeconómicas. A mejor nivel de instrucción y condiciones sociales, se observa incidencias más bajas de diarrea (CEPAR 1989).

De acuerdo a la información de la encuesta ENDEMAIN (Cepar 1989), la diarrea es la causa mayor de morbilidad y la segunda causa de muerte entre los niños menores de cinco años. En general, los niños experimentan de cinco a 10 episodios de enfermedad respiratoria aguda cada año, de los cuales 95% es de origen viral. En conjunto, las diarrea y las enfermedades respiratorias agudas son las principales causas de muerte infantil, como se desprende el cuadro 40.

Cuando se analiza las causas de enfermedad y muerte en el grupo neonatal, se determina que la principal causa es el bajo peso al nacer y/o prematuridad (Kramer 1987; Tangerman y Crespo 1988); factores que están directamente asociados a factores maternos, en el período prenatal, durante el parto y en los primeros meses de vida de los niños. De acuerdo a Rutstein et al. (1987), estos factores son: 1. preclansia, hipertensión y complicaciones renales; 2. mala nutrición, anemias y enfermedades crónicas; 3. embarazos tempranos y períodos intergenésicos cortos; 4. diabetes mellitus; 5. infecciones; 6. hipoxia; 7. historia previa de infertilidad, aborto, nacidos muertos y nacimientos prematuros; 8. uso de drogas; y, 9. estado socioeconómico deprimido. Un factor de riesgo adicional es que una proporción muy importante de mujeres embarazadas no recibe atención profesional durante el parto.

5.2.2. INSEGURIDAD ALIMENTARIA A NIVEL DEL HOGAR

Adicionalmente, como factor subyacente también actúa la inadecuada distribución y acceso de los alimentos a nivel del hogar. El incremento en los

precios de los alimentos de primera necesidad disminuye la posibilidad de acceso, por parte de un segmento muy importante de la población, que no cuenta con ingresos suficientes.

La coexistencia del grave problema nutricional con una disponibilidad insuficiente de alimentos en el plano general (como se deduce del cuadro 41) ubica en el centro de la seguridad alimentaria al desigual acceso a los alimentos.

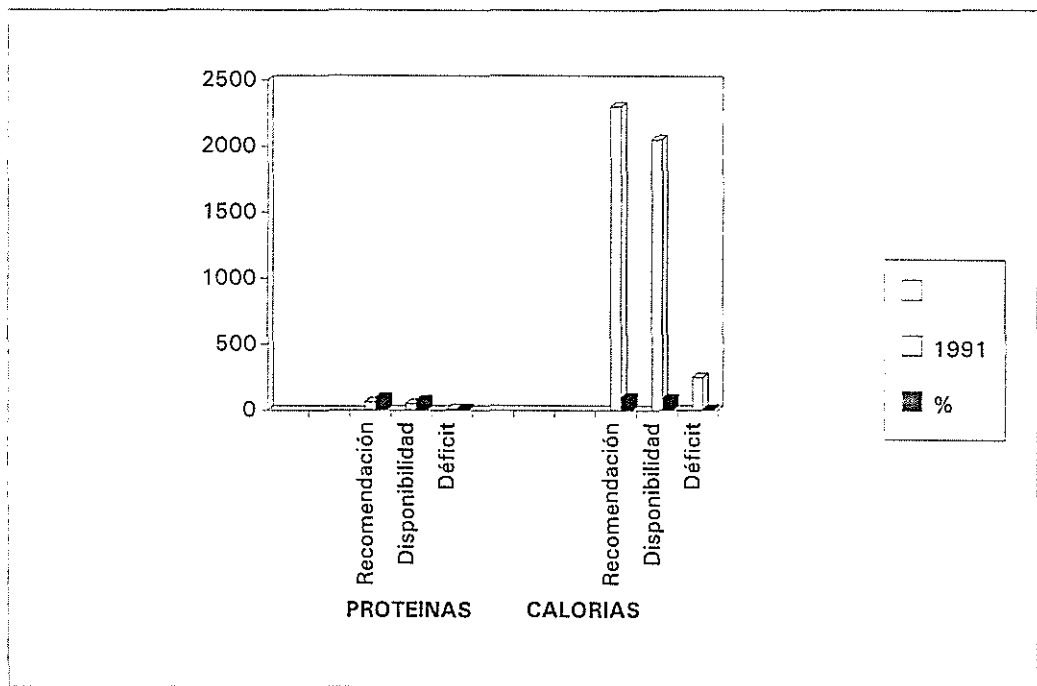
La deprivación alimentaria es tanto de cantidad y calidad. Estratos bajos igual hipercolorica e hipoproteica, incluso alimentos que estuvieron al acceso de los campesinos en la promoción del Ministro Naranjo se encarecieron.

El impacto nutricional a nivel mental se colobeara en las proximas generaciones.

Si se compara el costo de la canasta de alimentos en relación al ingreso familiar se observan las dificultades de las familias para cubrir los requerimientos nutricionales. No de otra manera se explican los resultados de la encuesta DANS (Freire et al. 1988) de los que se desprende que la población rural de uno a cinco años, tiene en promedio, una deficiencia calórica y proteica acentuada. De igual modo, los niños que habitan en viviendas cuyas condiciones las califican como de alto riesgo para la salud, no alcanzan a cubrir sus requerimientos nutricionales.

CUADRO 41 Disponibilidad de calorías y proteínas Año: 191		
	1991	%
PROTEINAS (gr)		
Recomendación	62	100
Disponibilidad	50	81
Déficit	12	19
CALORIAS		
Recomendación	2300	100
Disponibilidad	2050	89
Déficit	250	11

Fuente : Freire.W. La situación alimentaria y nutricional de l población ecuatoriana y
MAG. Hoja de Balance de alimentos, varios años.



En el Cuadro 41, como habíamos anotado, demuestra la deprecación calórico-proteica, la misma que es más acentuada en proteínas que en calorías, que confirma nuestra anterior afirmación. El déficit proteico es casi el 20% de los requerimientos.

5.2.3. SERVICIOS DE SALUD

ATENCION EN EL PARTO

La asistencia o no asistencia de profesionales de la salud en el parto es un factor que está fuertemente relacionado con la morbilidad y mortalidad, tanto de la madre como del infante. De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), una mujer latinoamericana tiene entre 50 a 100 veces mayor riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo (antes, durante y después del parto) que una mujer de América del Norte o de Europa Septentrional. Asimismo, la mortalidad de los niños es 10 veces mayor en América Latina que en los países desarrollados.

Aunque la atención de partos con asistencia profesional ha aumentado en 18% entre 1980 y 1991, aún es netamente mayoritaria la atención en las áreas urbanas. El área rural sigue desprotegida de este servicio y, según el informe de UNICEF y DYA (1992), tendrían que pasar 50 años para que el área rural alcance la cobertura de atención que hoy existe en las zonas urbanas, aunque entre 1980 y 1991 pasó de 16.3% a 29.2%.

Los promedios nacionales, en muchos casos, esconden realidades particulares como la de la provincia de Cotopaxi en que el 92% de los nacimientos ocurridos en 1990 no tuvieron asistencia profesional siendo la tasa de mortalidad materna para esta provincia de 1.7 por 1.000 nacidos vivos, mientras que el promedio nacional para 1990 es de 1.2 por 1.000 nacidos vivos.

SERVICIOS DE Salud INSUFICIENTES Y AMBIENTE INSALUBRE

La inadecuada prestación de servicios de salud a la madre y al recién nacido es producto de la baja cobertura y mala calidad de los servicios de salud que ofrecen las instituciones oficiales, en particular, el Ministerio de salud. A pesar de haberse incrementado las unidades de atención, éstas no cubren amplios sectores de la población rural ni de las áreas marginales del sector urbano. En los últimos años, se ha privilegiado el crecimiento de los servicios urbanos frente al de los rurales. La atención prenatal presenta baja cobertura, con menos de la mitad de las consultas esperadas, a pesar del ligero incremento que se ratifica en la década. Mientras en 1980 la cobertura a nivel nacional fue de 41.4%, en 1990 fue de 57.9%. En cuanto al número de visitas por embarazo, en el mismo período se incrementó de 0.9 a 1.6 en promedio, a pesar de haberse programado cinco visitas.

En lo atinente a la atención del parto se observa en la década un incremento importante. Mientras en 1980 la atención a mujeres embarazadas en el momento del parto fue del 40.7%, en 1991 alcanzó al 59.4%, observándose grandes diferencias subregionales (INEC 1980-1990), en perjuicio de las áreas rurales en comparación con las áreas urbanas.

La cobertura de atención postparto es mucho más baja, aunque ha mejorado,. En 1980, 4.8% de las mujeres recurrieron a la atención médica, mientras que en 1985, esta cifra alcanzó al 8.6% y en 1990 al 13.7%.

Entre los factores que influyen en la insuficiencia de servicios de salud cabe, por ahora, solo mencionar el déficit de enfermeras graduadas y de personal auxiliar. La relación médico/enfermera cambió entre 1980 de 4.3 a 2.7 (por 10000 habitantes) en 1990. Lo que se recomienda es una relación inversa, puesto que los problemas de salud de más alta prevalencia pueden perfectamente ser atendidos por personal no médico.

5.2.4 RECURSOS DE SALUD

UNIDADES OPERATIVAS

En el período comprendido entre los años 1980-1991 la oferta de servicios hospitalarios por parte del sector público aumentó, especialmente, en los establecimientos sin internación; el 95% de los establecimientos de salud ubicados en el área rural y urbano marginal son públicos (UNICEF_DYA 1992:200). Al mismo tiempo, las clínicas particulares se han casi duplicado.

El deterioro de los servicios hospitalarios y de atención primaria de salud ha tenido como contrapartida un aumento de la cobertura de atención privada. Ciertamente, los servicios privados exigen pagos que, normalmente, superan las posibilidades de los sectores mas pobres, por lo que se produce un efecto de exclusión. En este sentido, la mala calidad de los servicios públicos perjudica con mayor fuerza a los más pobres porque éstos no pueden optar por pagar servicios, en principio, de mejor calidad.

En una encuesta realizada por la Fundación Espejo de evidencia que el 30% de la población acude a centros privados de salud. Estas decisiones tomadas por las familias ponen en cuestión, por si solas, la calidad de los servicios públicos en salud.

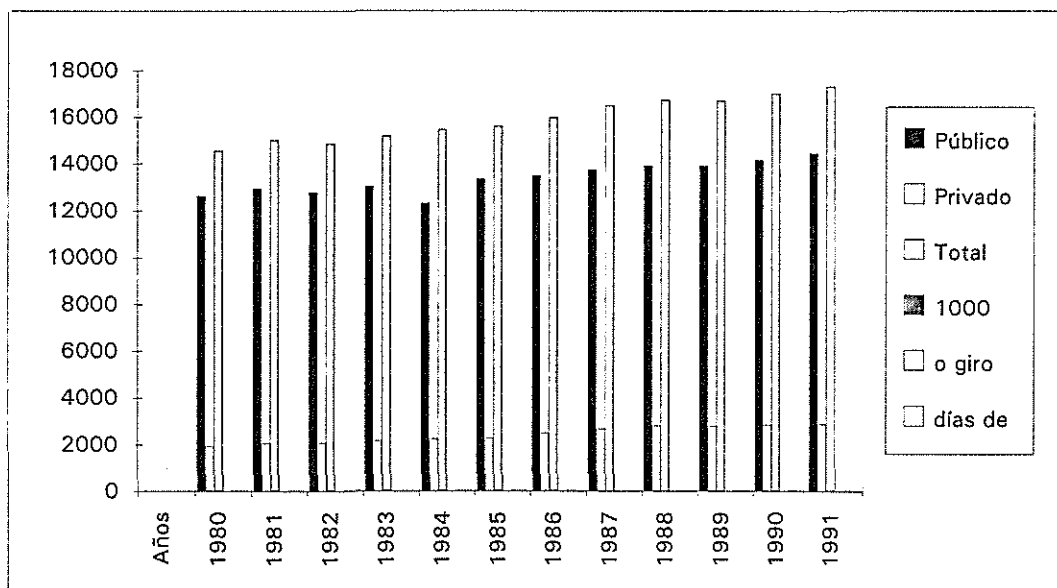
DISPONIBILIDAD DE CAMAS/HOSPITAL

La relación internacional aceptada como adecuada es de 2.5 camas por 1.000 habitantes. En el Ecuador esa relación ha tendido a empeorarse ya que pasa de un promedio de 1.8 camas por 1.000 habitantes en 1980 a 1,6 en 1991.

A pesar de la disminución en el sector público del número de camas por habitante se nota una mejoría en el promedio de días de estadía de los pacientes que se reduce de 8.1 días en 1980 a 6.2 en 1991. El giro de cama, que indica el número de pacientes egresados por cada cama en el período de investigación (un año en el caso del cuadro 45) pasa de 26 a 31 entre esas fechas. Ambos indicadores manifiestan un mejor rendimiento en los servicios prestados.

CUADRO 45
Camas Hospitalarias disponibles
Años: 1980 - 1991

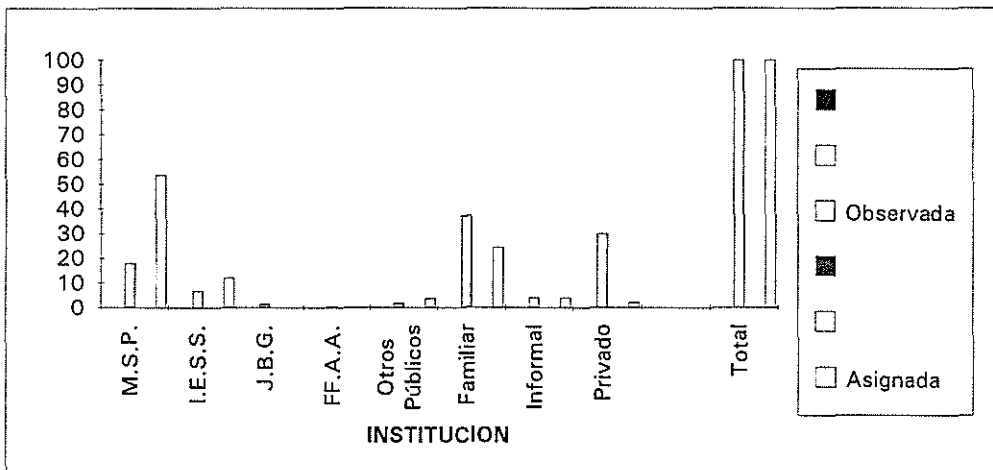
Años	Camas hospitalarias disponibles			Camas por 1000 habitantes	Rendimiento o giro de camas	Promedio días de estadía
	Público	Privado	Total			
1980	12636	1924	14560	1.8	26	8.1
1981	12951	2051	15002	1.8	26	7.7
1982	12789	2078	14867	1.7	27	7.7
1983	13030	2159	15189	1.7	27	7.7
1984	12311	2244	15455	1.7	28	7.9
1985	13345	2271	15616	1.7	28	7.5
1986	13489	2498	15987	1.7	29	7.4
1987	13757	2669	16486	1.7	29	7.2
1988	13921	2805	16726	1.6	29	7.3
1989	13903	2795	16698	1.6	29	7.3
1990	14153	2851	17004	1.6	30	7.0
1991	14442	2882	17324	1.6	31	6.2



Nos muestra un incremento de las camas en la década de aproximadamente un 10% en las instituciones públicas y un 30% en las instituciones privadas, pese a lo cual el número de camas por 1000 habitantes ha disminuido y se observa un mayor giro de camas y un menor porcentaje de días de estadía, pese a lo cual probablemente las camas hospitalarias son insuficientes; lo que confirma también que la calidad en la prestación médica institucional ha mejorado

CUADRO 44 Cobertura porcentual observada y asignada al sector salud Porcentajes Año: 1986		
Institución	Observada	Asignada
M.S.P.	18.0	53.8
I.E.S.S.	6.8	12.0
J.B.G.	1.5	-
FF.A.A.	0.5	-
Otros Públicos	1.8	3.8
Familiar	37.3	24.3
Informal	4.1	4.1
Privado	30.0	2.0
Total	100.0	100.0

Fuente: Fundación Eugenio Espejo: Oferta y demanda de los servicios de salud en el Ecuador, 1986 - 1987.



La investigación tiene una diferencia de una década pero nos sirve de orientación para confirmar la profunda brecha que existe entre la planificada (asignada) y la real (observada). Observándose además que existe una hipertrofia relativa en las instituciones privadas con detrimento del Ministerio de Salud Pública, lo que posiblemente se justifique por el pobre presupuesto que se asigna a la salud en el país y que impide cumplir con las metas del Ministerio de Salud Pública.

5.3. ANÁLISIS DE PRESUPUESTOS DE LOS AÑOS 1991 - 1994

5.3.1. RECURSOS HUMANOS

En el período 1988-1992 el Ministerio enroló a 1442 nuevos profesionales a sus servicios ambulatorios que se incorporaron al nuevo modelo de atención familiar y comunitaria. Sin embargo, cabe notar que también crecen, y en mayor medida, los recursos humanos de otro tipo, como se demuestra en las siguientes tablas:

T A B L A N O. 1

EVOLUCION DE LOS RECURSOS HUMANOS DEL MINISTERIO DE Salud

1979 - 1992

AÑOS	No. EMPLEADOS	CRECIMIENTO
1979	16.347	---
1981	17.960	9.9%
1984	18.832	4.8%
1988	25.476	35.3%
1990	37.957	49.0%
1992	39.732	4.7%

FUENTE: DIRECCION DE RECURSOS HUMANOS M.S.P.

Se ve un incremento de 1 al 100% de personas entre 79 - 92, con un importante influjo en 1990.

TABLA No. 2

RECURSOS HUMANOS DEL M.S.P. SEGUN TIPO
1988 - 1990

TIPO DE PERSONAL	1988			1990			CRECIMIENTO 88 - 90
	NUMERO	%	TASA	NUMERO	%	TASA	
TOTAL	25476	100.0	24.9**	37957	100.0	35.2**	49.0
PERSONAL DE PLANTA	24232	95.1	23.7**	32553	35.3	30.2**	34.3
MEDICOS	3364*	13.2	3.3**	4756	12.5	3.0***	41.4
ODONTOLOGOS	765*	3.0	0.7**	915	2.4	1.5***	19.8
OBSTETRICES	293*	1.2	0.4	302	0.8	0.5***	3.1
ENFERMERAS	1537*	6.0	1.5**	2102	5.5	3.5***	36.8
AUX. ENF.	6018	23.6	5.9**	6178	16.3	5.7**	2.6
PERSONAL SERV. CIV.	3069	12.0	3.0**	3300	8.7	3.1**	7.5
PERSONAL CONT. COL.	8000	31.4	7.8**	12668	33.4	11.7**	58.4
OTROS (SERV. CIV. Y CONT. COL.)	1187	4.7	1.2**	2332	6.1	2.2**	96.4
SALUD RURAL				2493	6.6	5.3+	---
MEDICOS				1065	2.8	2.3+	---
ODONTOLOGOS				636	1.7	1.4+	---
OBSTETRICES				177	0.5	1.4+	---
ENFERMERAS				615	1.6	1.3	---
OTROS	1244	4.9	2.2***	2911	7.7	2.7**	134.0
SALUD FAMILIAR				1334++	3.5	1.2**	---
INTERNOS ROTATIVOS				657	1.7	1.1***	---
DEVENGANTES POSTG.				250	0.7	0.4***	---
SERV. OCASION				670	1.8	1.1***	---

* INCLUYE PERSONAL DE SALUD RURAL

** TASAS POR 10.000 HABITANTES

*** TASA POR 10.000 HABITANTES DEL AREA URBANA

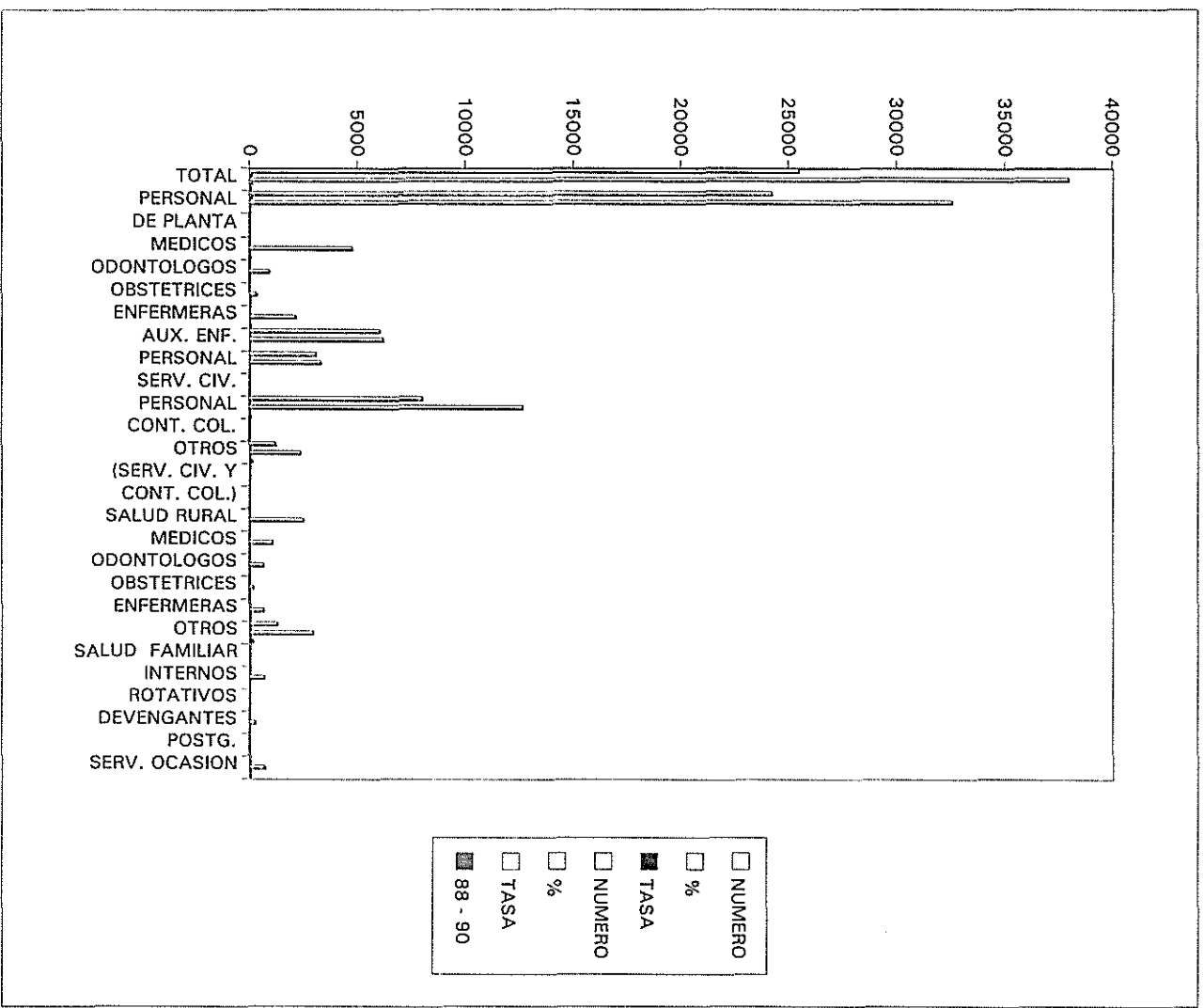
+ TASAS POR 10.000 HABITANTES DEL AREA RURAL

++ INCLUYE MEDICOS, ODONTOLOGOS, OBSTETRICES Y ENFERMERAS

FUENTES: Encuestas de Recursos y actividades de Salud, INC., DRH/MSP.

ELABORACION: División Nacional de Estadísticas, MSP

RECURSOS HUMANOS DEL M.S.P. SEGUN TIPO



El incremento ha beneficiado especialmente en 1985 - 1990 a nivel de médicos y enfermeras; un incremento nuevo en odontólogos y tan solo 2, 6, para obstetras y auxiliares de enfermería. El incremento cualitativo de personal médico y paramédico posiblemente ha determinado la mejoría ya anotada con la mortalidad para el desenso o disminución de camas por paciente como mencionamos con anterioridad.

Sin embargo el mayor incremento se ha realizado en el personal de contrato colectivo y otras con el 58.4% y 96.4% respectivamente. Este es el estrato burocrático en el que cualquier política de optimización de recursos humanos se deben dar. Si bien el número de personal médico, de enfermería y auxiliar de enfermería podrían considerarse como un gasto corriente consideramos que por ser personal técnico-científico indispensable han justificado los recursos que reciben con una mejoría estadística en la mortalidad y optimización en la utilización de los servicios médicos.

En efecto, el crecimiento acumulado de los recursos humanos en el último período de gobierno 1988 - 1992 es del 53.7%, mucho más alto que los crecimientos registrados en los períodos anteriores, y que se relacionan de manera directa con el incremento de las unidades de salud, no sólo ambulatorias sino hospitalarias; y obviamente, mucho más alto que el crecimiento acumulado de la población en los mismos años.

Este crecimiento se produce fundamentalmente a expensas del ya mencionado personal de salud familiar; pero también han crecido en proporciones considerables, durante este período, los médicos, las enfermeras y los trabajadores de contrato colectivo. Debe notarse el pequeño crecimiento de los funcionarios nombrados bajo la Ley de Servicio Civil y Carrera administrativa, que especialmente ocupan puestos administrativos.

5.3.2. RECURSOS FINANCIEROS

El presupuesto asignado al Ministerio de Salud Pública, tradicionalmente ha significado alrededor del 7.0% del presupuesto general del Estado. En la Tabla No. 3, se observa la evolución de este presupuesto durante el último período constitucional; pudiendo destacarse que, a pesar de la crisis financiera que afecta al Estado ecuatoriano y que se agravó precisamente en esta etapa, el Ministerio de Salud alcanzó al año 1992, el 8.2 % del presupuesto general, lo que significa uno de los porcentajes más altos de su historia.

Sin embargo, este crecimiento en términos absolutos, no se equipara al deterioro del poder adquisitivo de la moneda por efectos de la inflación, no ha sido concordante con el crecimiento de la población, con la evolución del producto interno bruto. (PIB)

En cuanto a lo primero, si los presupuestos del Ministerio se traducen a dólares de los Estados Unidos, para observar los efectos inflacionarios, se tiene que, al año 1981 el presupuesto total de la institución bordeaba los 170 millones de dólares, en tanto que, a 1991 se había reducido a 127 millones, con una disminución equivalente al 25 %.

Igualmente, el gasto en salud por habitante, al año 1980 era de aproximadamente 12 dólares por habitante, en tanto que, a 1991 sólo alcanzaba a 8 dólares.

A similares conclusiones se puede llegar analizando la participación porcentual de los gastos fiscales en salud en relación al producto interno bruto (PIB).

El resultado concreto de esta evolución de los presupuestos del Ministerio de Salud ha sido la insuficiencia para cubrir los gastos que son requeridos para brindar servicios de salud preventivos a la totalidad de la población, y para ofrecer servicios de recuperación a un alto porcentaje de la misma; en razón de que las otras instituciones del sector, solo abarcan aproximadamente un 40% de la demanda de servicios de salud.

Además, debe anotarse que los incrementos en sucesos corrientes que se dan cada año en estos presupuestos no logra superar la elevación de los

costos de operación debido a los varios aumentos salariales que se han dado en el período y al continuo crecimiento de los costos de los insumos (Equipos y materiales médicos), lo que explica las dificultades que el Ministerio de Salud afronta actualmente para mejorar sus servicios.

Esta situación se agrava por la crónica falta de correspondencia entre los planes y programas nacionales de salud y los presupuestos anuales del Ministerio, así como, por la obsoleta estructura administrativo-financiera de la institución que entorpece, especialmente, los trámites referentes a movimiento de recursos humanos y a la adquisición y provisión oportuna de recursos materiales indispensables para la ejecución de las actividades de salud.

También debe sumarse la incapacidad de gasto de los recursos disponibles en todos los niveles del Ministerio, con el que todavía se manejan la mayoría de esos recursos, el limitado desarrollo del proceso de regionalización y descentralización administrativo-financiera hacia los niveles locales y la escasa coordinación y supervisión en el desarrollo de este proceso.

A pesar de todas estas limitaciones, y precisamente como una respuesta inmediata y viable a ellas, el Ministerio de Salud decidió durante este período orientar sus recursos humanos, materiales y sobre todo financieros, al desarrollo de un nuevo modelo de prestación de servicios, al que se denominó "familiar, integral y comunitario", el mismo que prioriza la atención a los sectores más pobres de la sociedad, respondiendo a la nueva concepción de la equidad y contribuyendo, de esta forma, al pago de la "deuda social", que constituyó la política social clave del Gobierno Constitucional que ejerció su mandato entre 1988 y 1992.

En este contexto político y financiero se pueden comprender con mayor precisión los esfuerzos realizados por la presente administración del Ministerio de Salud, para mantener niveles de operación aceptables en sus establecimientos, e inclusive invertir sumas apreciables en el crecimiento de la infraestructura, como se demostró en los capítulos anteriores.

T A B L A N O. 4

EVOLUCION DE LOS PRESUPUESTOS DEL MINISTERIO DE Salud Y SU RELACION CON LOS PRESUPUESTOS GENERALES DEL ESTADO (EN MILES DE SUCRES)			
AÑOS	PRESUPUESTO GENERAL DEL ESTADO	PRESUPUESTO MSP SUCRES CORRIENTES	%
1988	396.775.000	31.142.830	7.8
1989	703.000.000	47.388.398	6.7
1990	1.167.075.000	90.247.500	7.7
1991	1.706.322.000	128.558.911	7.5
1992	2.560.256.804	210.836.513	8.2
FUENTE: DIRECCIÓN FINANCIERA ELABORACION: DIR. PLANIFICACION DIV. O. Y M.			

Los incrementos del presupuesto general del Ecuador y del Ministerio de Salud Pública han incrementado importantemente en niveles numéricos, sin embargo de los cual la capacidad adquisitiva real posiblemente ha sido disminuida por la permanente inflación que hemos vivido lo que ha determinado un costo elevado de insumos médico y aportes.

Se observa que los presupuestos de salud se concentran en los dos polos de desarrollo nacional como son Pichincha y Guayas en detrimento del resto de provincias, especialmente en las orientales y limítrofes, tendencias que se mantuvieron en los diferentes años.

Posiblemente se justifique por la mayor concentración de habitantes en las referidas provincias.

En el cuadro anterior se analiza la evolución de lo presupuestos del Ministerio de Salud, entre 1989 y 1992, de acuerdo a las principales partidas presupuestarias.

Es evidente que la partida que más se ha incrementado es la denominada "coordinación sectorial" (479.1%), que corresponde a los gastos de las direcciones provinciales de salud del país, los mismos que han crecido más de cinco veces en el período analizado demostrando el interés por descentralizar el manejo de los fondos financieros hacia los niveles más cercanos a la ejecución de las actividades; además, estos presupuestos provinciales recibieron a partir del año 1992 una apreciable inyección de recursos provenientes del presupuesto de salud familiar, que en los años anteriores se manejaba centralizadamente.

Otros programas presupuestarios que se han incrementado de manera importante, son los de "cuotas y convenios internacionales" (388.2%, lo que hace referencia a la ampliación de las relaciones de cooperación técnica entre el Ecuador y otros países de América y el mundo.

También se deben destacar los crecimientos presupuestarios de los programas de fomento y desarrollo de la salud, investigaciones, control epidemiológico y de enfermedades, y capacitación de recursos; todos ellos que se han duplicado o triplicado durante este período, sin embargo de lo cual, las necesidades siempre superaron los incrementos.

Por otra parte, el Ministerio de Salud ha contado con recursos financieros provenientes de organismos internacionales y de fondos presupuestarios especiales.

Aunque esta ejecución presupuestaria es relativamente baja en relación a los fondos asignados en los correspondientes convenios y proyectos especiales, debe notarse que, el gasto de los fondos externos se incrementó de un poco más de 8 millones de sucres en 1988, a más de 617 millones en 1990 y a casi 478 millones en 1991. También los fondos de contraparte crecieron de tan solo 500.000 sucres en 1988 a 722 millones en 1991. Cifras que no dejan dudas respecto de la agilidad demostrada por el Ministerio para utilizar este tipo de recursos.

5.3.3. INFRAESTRUCTURA DE SERVICIOS Y RECURSOS MATERIALES

En la Tabla 4 se resumen los incrementos de todas las categorías de establecimientos de salud, incluyendo a aquellos que han pasado a ser administrados por este Ministerio después de que han sido construidos y/o equipados por otras instituciones, tanto del sector salud como extrasectoriales o por esfuerzo de la misma comunidad beneficiaria.

Es interesante notar la evolución del crecimiento de los establecimientos de salud en los en los últimos períodos de Gobierno:

- 1979	922 establecimientos	---
- 1983	1169 establecimientos	26.8%
- 1987	1234 establecimientos	5.6 %
- 1991	1666 establecimientos	35.0%

No hacen falta más comentarios respecto al impulso que el Gobierno y la administración del Ministerio de Salud, ha dado al crecimiento de la infraestructura de los servicios de salud, que se destina a la atención de los sectores más pobres de la población, los cuales son los verdaderos acreedores de la "deuda social".

En cuanto a la gerencia de los recursos materiales que utiliza el Ministerio de Salud para el cumplimiento de sus programas y actividades, la misma se ha visto afectada por el agravamiento de la ya citada crisis económica; pero probablemente constituya una factor de peso igual o mayor para esta afectación, la lentitud e ineficiencia de los procedimientos administrativo-financieros de adquisición, distribución e inventario de bienes y servicios.

En algunos casos, el problema alcanza caracteres dramáticos, cuando se trata de proveer de un insumo crítico y urgente a una actividad o a un programa de salud, lo que obviamente encarece los costos de estas actividades y las tornan cada vez más ineficientes.

T A B L A N O. 6

**ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR TIPO
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
ECUADOR 1987 - 1991**

TIPO DE ESTABLECIMIENTO	1987	1988	1989	1990	1991	# CAMBIO 87-91
TOTAL	1234	1318	1344	1590	1666	35.0
HOSPITALES:	124	123	124	125	125	0.8
ESPECIALIDADES	1	1	1	1	1	0.0
ESPECIALIZADOS	15	15	14	15	14	-6.7
.PROVINCIALES	21	21	21	22	22	4.8
CANTONALES	87	86	88	87	88	1.1
CENTRO DE SALUD	52	70	71	117	119	128.8
SUBCENTRO SALUD	812	877	920	1102	1186	46.1
PUESTOS Y DISPENSARIOS	246	248	229	246	236	-4.1

FUENTE: División de Estadísticas de Salud. M.S.P.

En la Tabla No. 6 se observa que el incremento en el número de establecimientos de salud en todo el país, con excepción de los hospitales, se han mantenido.

Las causas del fenómeno antes descrito son múltiples, pero se pueden considerar como las más importantes, la falta o retraso en la modernización del aparato estatal, que aún utiliza procedimientos de administración de recursos materiales que datan de hace varias décadas, la deficiente capacitación y desmotivación de muchos de los funcionarios de estas áreas y, por que no decirlo, las corrupciones pequeñas o grandes que no han podido ser erradicadas del sector público. Precisamente, el enfrentamiento técnico de esta problemática constituye uno de los componentes fundamentales del Proyecto de Ampliación y Fortalecimiento de los Servicios Básicos de Salud (FASBASE), y de la implantación del nuevo modelo de Salud Familiar y Comunitaria.

A pesar de lo antes expuesto, durante la presente administración, el Ministerio ha realizado grandes esfuerzos para proveer de insumos al gran número de programas y actividades de salud que debe desarrollar.

TABLA NO. 5

EVOLUCION DE LA ESTRUCTURA PRESUPUESTARIA MSP 1989 - 1992 (EN MILES DE SUCRES)							
PARTIDA PRESUPUESTARIA	PRESUPUESTO CODIFICADO EN SUCRES CORREINTES				PRESUPUESTO CODIFICADO EN SUCRES CONSTANTES		CRECIMIENTO
	1.989*	1.99	1.991	1.992*	1990	1992	%
							89 - 92
PROG.14.ADM.SUPE RIOR DE SALUD	32,217,416	55,520,600	134,462,644	176,800,761	39,942,877	127,194,792	294.8
SUBPROGR.01 ADM. GENERAL	10,236,874	11,506,381	1,378,597	2,089,337	8,277,972	1,683,120	-85.3
SUBPROGR.02 PLANF.FOMENTO Y DESARROLLO	43,738	57,955	80,985	211,138	47,694	151,898	247.3
SUBPROGR.03 CAPACITACION	34,121	48,003	82,144	115,107	34,535	82,811	142.7
SUBPROGR.04,05 CUOTAS Y CONVENIOS INTER.	198,896	748,493	1,154,556	1,349,560	538,487	970,906	388.2
SUBPROGR.06 COORD.SECTOR	21,703,787	43,159,768	131,766,362	174,713,069	31,050,193	125,692,855	479.1
PROGR.F1 ATENCION MAT.INF.	255,910	454,425	545,439	639,762	326,924	460,260	79.8
PROGR.F2 CONTROL ENFERMEDADES	357,951	642,712	2,647,333	1,202,031	463,383	864,771	141.6
SUBPROGR.A1 CONTROL EPIDEMIOLOG.	276,685	559,776	694,400	936,960	481,717	674,072	143.6
SUBPROGR.A2 BUCAL	47,377	40,799	57,795	75,495	29,352	54,313	14.6
SUBPROGRA.A3 SANITARIO	33,889	42,137	57,363	87,392	30,312	63,008	86.2
PROGR.F3 INVESTIGACIONES DESARR.SALUD	37,949	79,906	143,314	178,197	57,486	128,199	237.8
PROGR.14 SALUD FAMILIAR INTEGRAL		177,400		322,550	968,489		
PROGR.F7. IEOS	5,935,283	12,238,800	10,475,000	20,984,500	9,524,317	15,096,763	154.4
PROGR.F8 PREST.SERVICIOS SALUD	29,730,444	41,329,974	3,211,890	11,067,262	29,733,794	7,962,059	-73.2
TOTAL	68,534,963	112,640,417	151,485,620	210,836,513	81,036,271	151,680,945	121.3

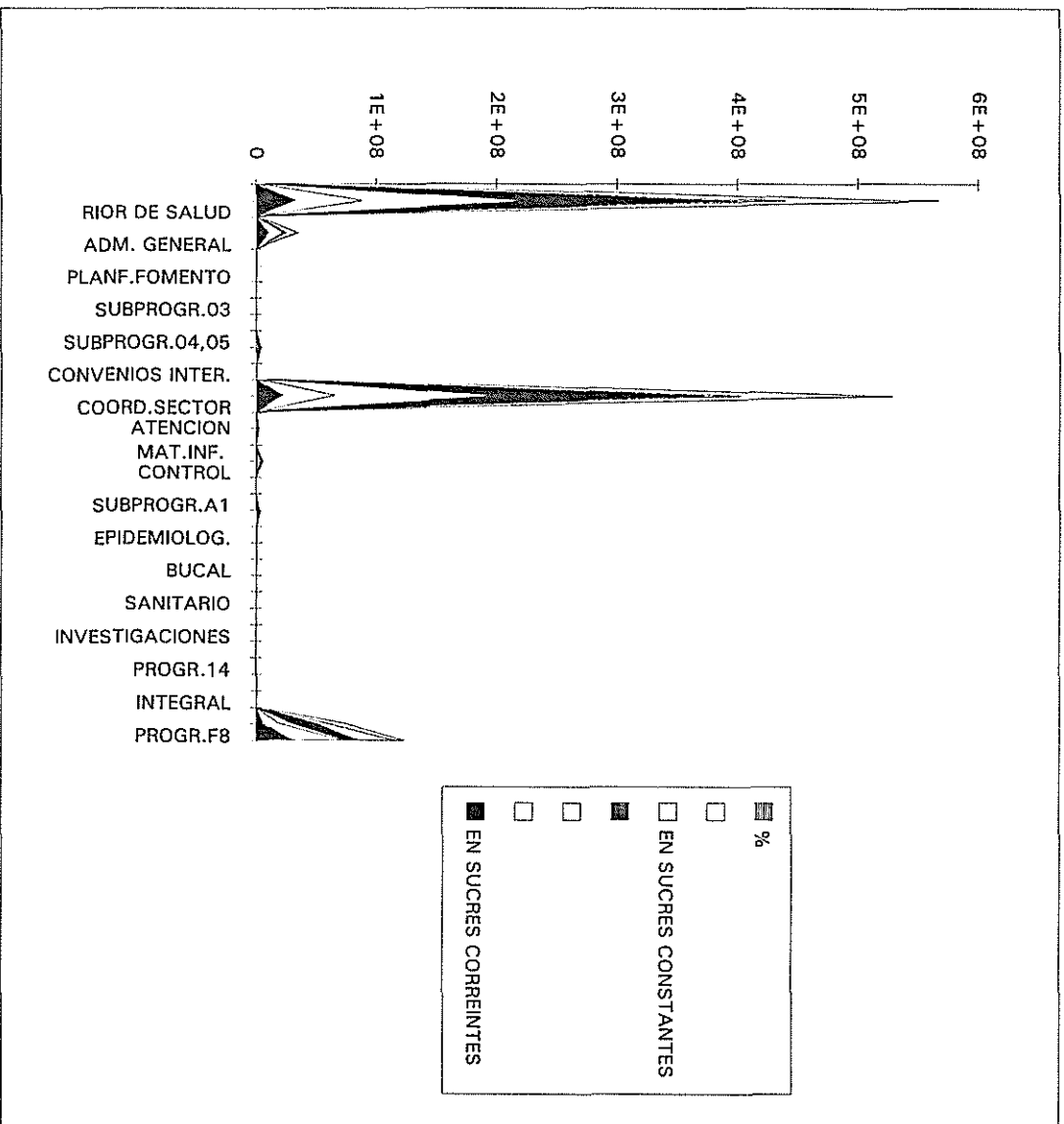
FUENTE: DIRECCION FINANCIERA Y DIV. DE PRESUPUESTO

(1989*).- CODIFICADO A JUNIO

(1992*).- PRESUPUESTO INICIAL

ELABORACION: MSP/DNP DIV. DE O Y M

EVOLUCION DE LA ESTRUCTURA PRESUPUESTARIA
 MSP 1989 - 1992 (EN MILES DE SUCRETES)



5.4 ENFERMEDADES INMUNO PREVENIBLES

DIFTERIA	CUADRO	30
TOSFERINA	CUADRO	31
TETANOS NEONATARUM	CUADRO	32
TETANOS	CUADRO	33
POLIOMIELITIS PARALITICA	CUADRO	34
SARAMPION	CUADRO	35
RUBEOLA	CUADRO	36
VARICELA	CUADRO	37
VIRUELA	CUADRO	38
FIEBRE URLEANA PAROTIDITIS	CUADRO	39

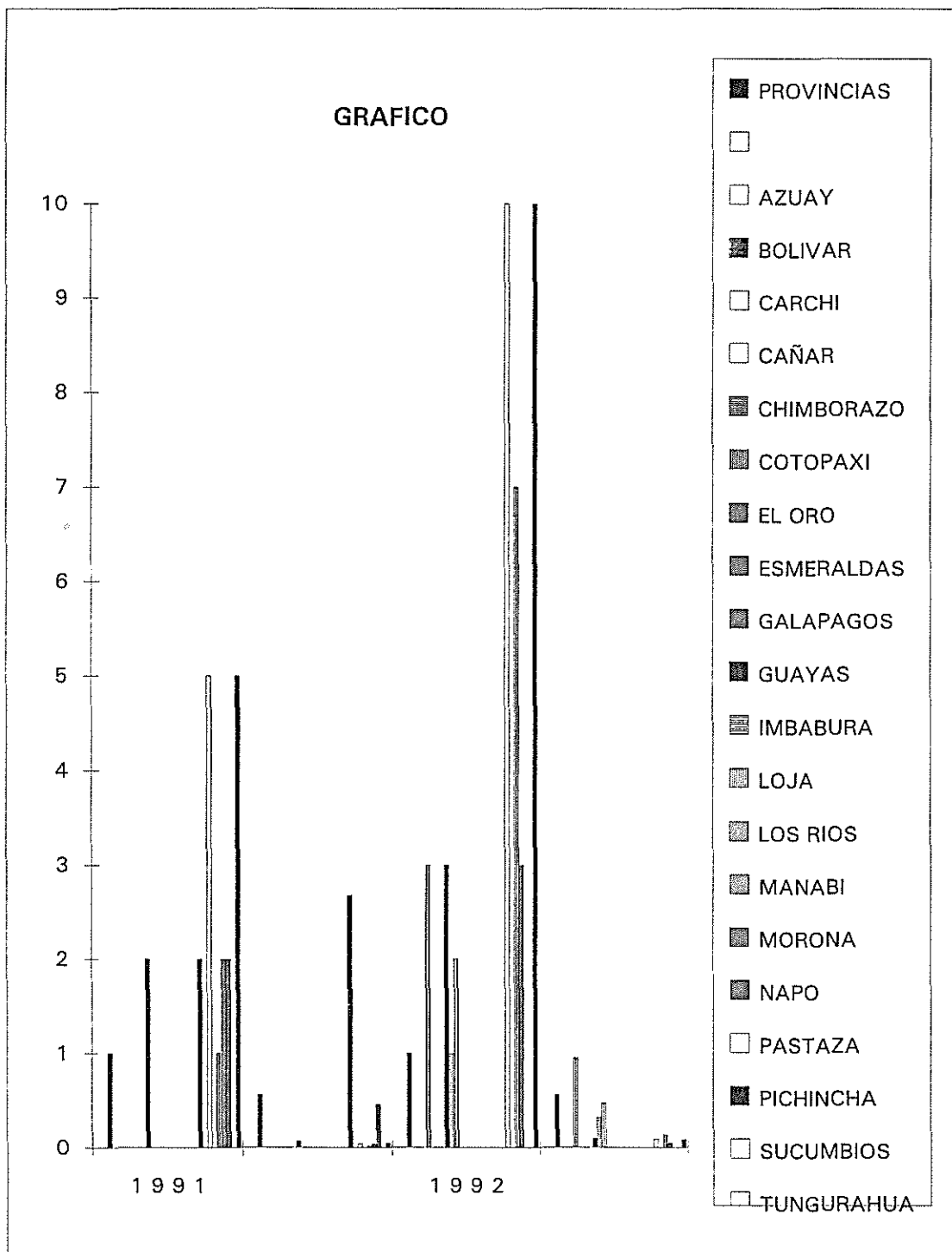
CUADRO 30
DIFTERIA

NUMERO DE CASOS Y TASAS POR 100.000 DE DIFTERIA
SEGUN PROVINCIAS Y REGIONES
ECUADOR 1991 - 1992

AÑOS	1991		1992	
PROVINCIAS	CASOS	TASA	CASOS	TASA
AZUAY				
BOLIVAR	1	0.56	1	0.56
CARCHI				
CAÑAR				
CHIMBORAZO				
COTOPAXI			3	0.95
EL ORO				
ESMERALDAS				
GALAPAGOS				
GUAYAS	2	0.07	3	0.10
IMBABURA			1	0.32
LOJA			2	0.47
LOS RIOS				
MANABI				
MORONA				
NAPO				
PASTAZA				
PICHINCHA				
SUCUMBIOS				
TUNGURAHUA				
ZAMORA	2	2.68		
TOTAL	5	0.04	10	0.09
SIERRA	1	0.02	7	0.14
COSTA	2	0.04	3	0.05
ORIENTE	2	0.46		
INSULAR				
T. PAIS	5	0.05	10	0.09

FUENTE: EPI-2 REPORTE SEMANAL DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA.

ELABORACION: UNIVAD DE ANALISIS DE EPIDEMIOLOGIA MINISTERIO SALUD PUBLICA



Debemos señalar que la población adulta se encuentra en defensas contra la Difteria lo que provocó un brote hace mas o menos un año y las provincias más afectadas son Zamora, Bolívar y respectivamente, sería recomendable una campaña de educación e inmunización de las referidas provincias

CUADRO 31

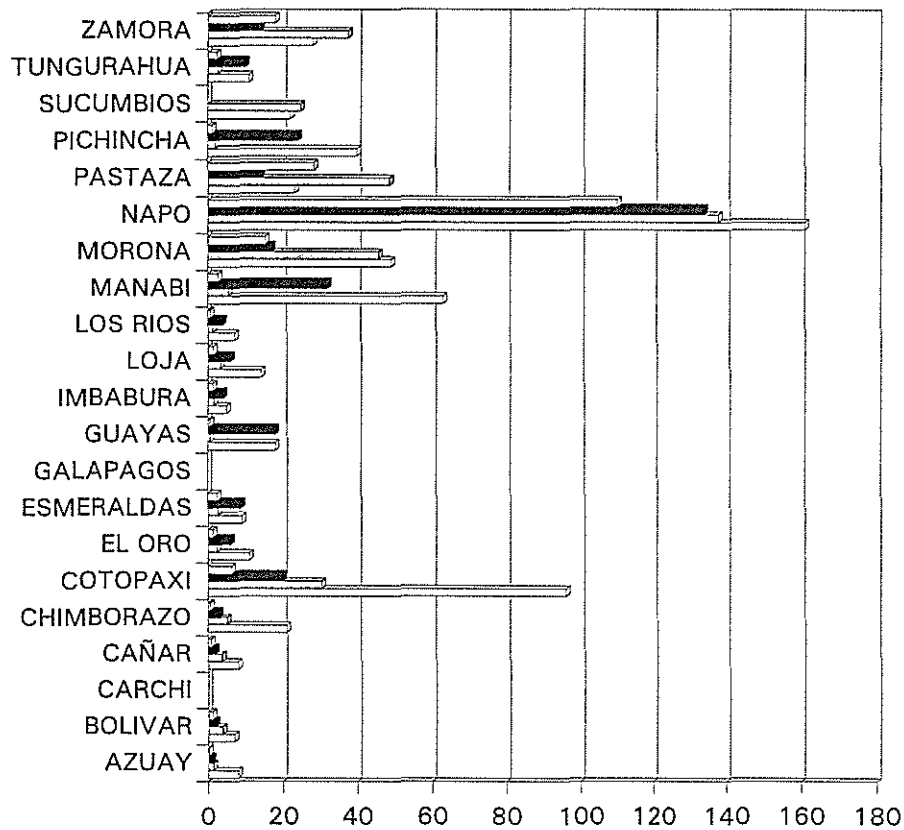
NUMERO DE CASOS Y TASAS POR 100.000 DE TOSFERINA
SEGUN PROVINCIAS Y REGIONES
ECUADOR 1991 - 1992

AÑOS	1991		1992	
PROVINCIAS	CASOS	TASA	CASOS	TASA
AZUAY	8	1.42	1	0.18
BOLIVAR	7	3.89	2	1.10
CARCHI				
CAÑAR	8	3.82	2	0.95
CHIMBORAZO	21	5.18	3	0.73
COTOPAXI	96	30.39	20	6.30
EL ORO	11	2.39	6	1.27
ESMERALDAS	9	2.63	9	2.56
GALAPAGOS				
GUAYAS	18	0.64	18	0.62
IMBABURA	5	1.64	4	1.29
LOJA	14	3.30	6	1.40
LOS RIOS	7	1.20	4	0.67
MANABI	63	5.51	32	2.75
MORONA	49	45.70	17	15.25
NAPO	161	137.91	134	109.90
PASTAZA	23	48.54	14	28.50
PICHINCHA	40	2.04	24	1.19
SUCUMBIOS	22	24.79		
TUNGURAHUA	11	2.69	10	2.41
ZAMORA	28	37.54	14	17.96
TOTAL	601	5.61	320	2.92
SIERRA	210	4.26	72	1.43
COSTA	108	2.02	69	1.26
ORIENTE	283	65.11	179	39.21
INSULAR				
T. PAIS	601	5.61	320	2.92

FUENTE: EPI-2 REPORTE SEMANAL DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA.

ELABORACION: UNIVAD DE ANALISIS DE EPIDEMIOLOGIA MINISTERIO SALUD PUBLICA

TOSFERINA



Tosferina s es una enfermedad que tiene importancia especialmente para el área oriental, la costa y sierra como provincia de Cotopaxi que tiene una tasa elevada. Es una enfermedad que puede ser controlada con una adecuada inmunización

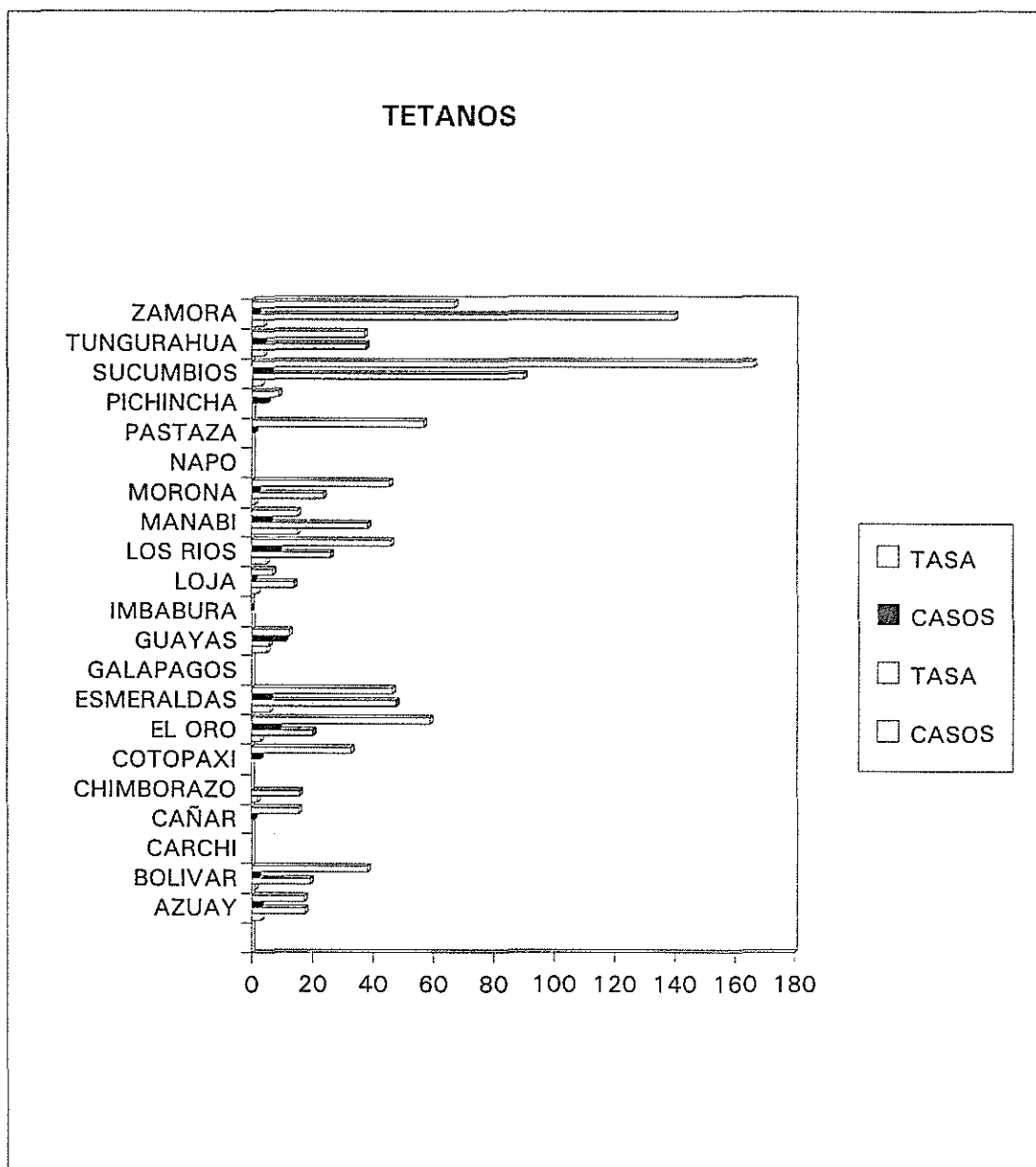
CUADRO 32

NUMERO DE CASOS Y TASAS POR 100.000 DE TETANOS NEONATORUM
SEGUN PROVINCIAS Y REGIONES
ECUADOR 1991 - 1992

AÑOS	1991		1992	
PROVINCIAS	CASOS	TASA	CASOS	TASA
AZUAY	3	17.59	3	17.29
BOLIVAR	1	19.19	2	38.07
CARCHI				
CAÑAR			1	15.61
CHIMBORAZO	2	15.92		
COTOPAXI			3	32.77
EL ORO	3	20.19	9	58.97
ESMERALDAS	6	47.63	6	46.38
GALAPAGOS				
GUAYAS	5	5.73	11	12.27
IMBABURA				
LOJA	2	14.14	1	7.01
LOS RIOS	5	26.01	9	45.94
MANABI	15	38.33	6	15.07
MORONA	1	23.60	2	45.39
NAPO				
PASTAZA			1	56.72
PICHINCHA			5	8.73
SUCUMBIOS	3	89.69	6	165.93
TUNGURAHUA	4	37.69	4	37.10
ZAMORA	4	140.06	2	66.98
TOTAL	54	16.14	71	20.73
SIERRA	12	8.31	19	12.90
COSTA	34	19.65	41	23.13
ORIENTE	8	47.65	11	62.39
INSULAR				
T. PAIS	54	16.14	71	20.73

FUENTE: EPI-2 REPORTE SEMANAL DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA.

ELABORACION: UNIDAD DE ANALISIS DE EPIDEMIOLOGIA MINISTERIO SALUD PUBLICA



El tétanos neonatal no debería existir en el país sin embargo, la falta de inmunización a la madre embarazada y las condiciones primitivas en que se atienden muchos partos en las provincias de la costa con las más afectadas.

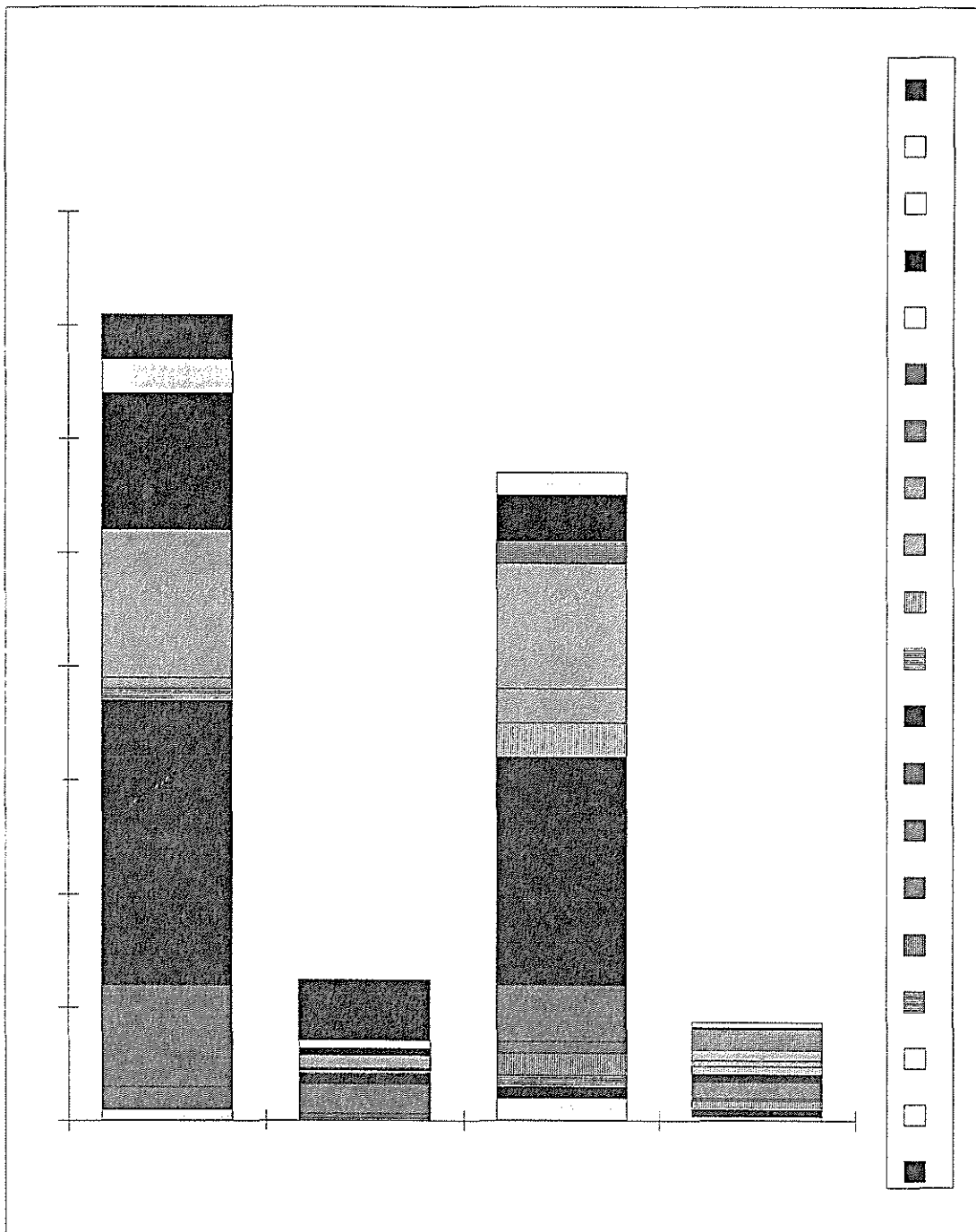
El tétanos neonatal encuentra las mismas tendencias que se han señalado con predilección a presentarse en la costa y el oriente; lo que justificaría una adecuada campaña de inmunización contra el tétanos.

CUADRO 33
TETANOS

NUMERO DE CASOS Y TASAS POR 100.000 DE TETANOS
SEGUN PROVINCIAS Y REGIONES
ECUADOR 1991 - 1992

AÑOS	1 9 9 1		1 9 9 2	
PROVINCIAS	CASOS	TASA	CASOS	TASA
AZUAY	1	0.18	2	0.35
BOLIVAR			1	0.55
CARCHI				
CAÑAR				
CHIMBORAZO			1	0.24
COTOPAXI			2	0.63
EL ORO	2	0.43	1	0.21
ESMERALDAS	9	2.63	5	1.42
GALAPAGOS				
GUAYAS	25	0.89	20	0.69
IMBABURA	1	0.33		
LOJA			3	0.70
LOS RIOS	1	0.17	3	0.50
MANABI	13	1.14	11	0.95
MORONA			2	1.79
NAPO				
PASTAZA				
PICHINCHA	12	0.61	4	0.20
SUCUMBIOS				
TUNGURAHUA	3	0.73	2	0.48
ZAMORA	4	5.36		
T O T A L	71	0.66	57	0.52
SIERRA	17	0.34	15	0.30
COSTA	50	0.94	40	0.73
ORIENTE	4	0.92	2	0.44
INSULAR				
T. PAIS	71	0.66	57	0.52

FUENTE: EPI-2 REPORTE SEMANAL DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATOR
ELABORACION: UNIVAD DE ANALISIS DE EPIDEMIOLOGIA MINISTERIO SALUD PUBLICA



El tétanos neonatal no debería existir en el país sin embargo la falta de inmunización a la madre embarazada y las condiciones primitivas en que se atienden muchos partos en las provincias de la costa son las más afectadas

El tétanos neonatal encuentra las mismas tendencias que se han señalado con jurisdiccióna presentarse en la costa y el oriente; lo que fortifica una adecuada campaña de inmunización contra el tétanos.

CUADRO 34

NUMERO DE CASOS Y TASAS POR 100.000 DE POLIOMIELITIS PARALITICA
SEGUN PROVINCIAS Y REGIONES
ECUADOR 1991 - 1992

AÑOS	1991		1992	
PROVINCIAS	CASOS	TASA	CASOS	TASA
AZUAY				
BOLIVAR				
CARCHI				
CAÑAR				
CHIMBORAZO				
COTOPAXI				
EL ORO				
ESMERALDAS				
GALAPAGOS				
GUAYAS				
IMBABURA				
LOJA				
LOS RIOS				
MANABI				
MORONA				
NAPO				
PASTAZA				
PICHINCHA				
SUCUMBIOS				
TUNGURAHUA				
ZAMORA				
TOTAL				
COSTA				
ORIENTE				
INSULAR				
T. PAIS				

FUENTE: EPI-2 REPORTE SEMANAL DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA.

ELABORACION: UNIVAD DE ANALISIS DE EPIDEMIOLOGIA MINISTERIO SALUD PUBLICA

Es un orgullo para el país la erradicación, lo que demuestra que con una campaña adecuada se puede conseguir este tipo de éxito.

CUADRO 35

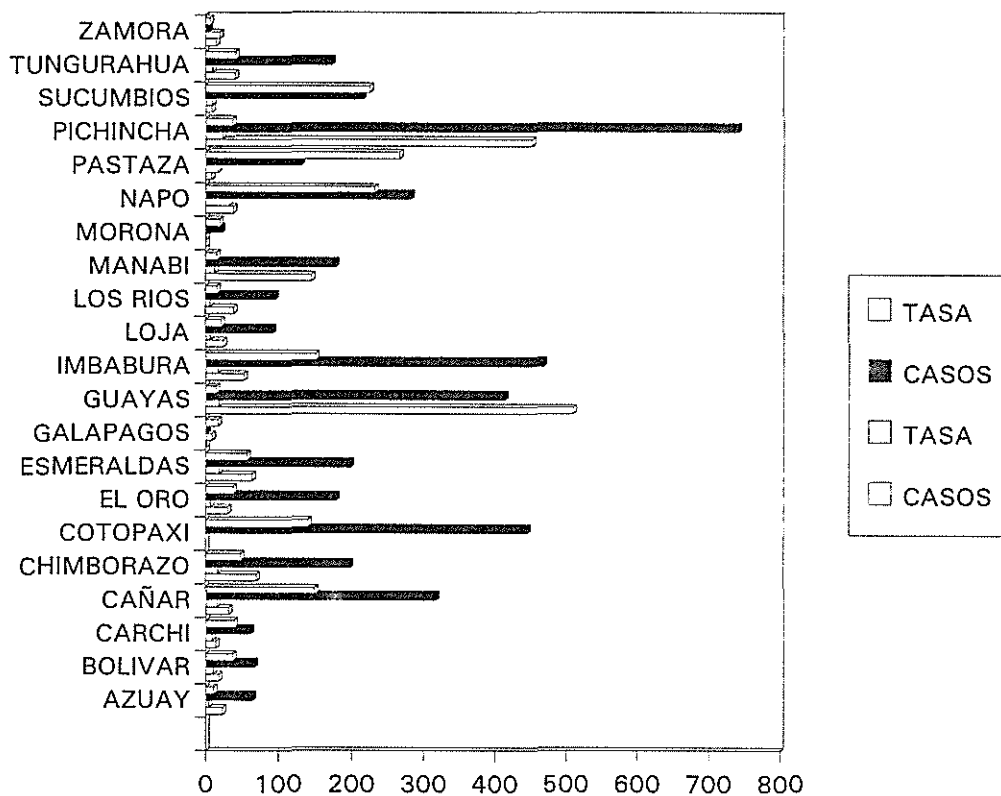
NUMERO DE CASOS Y TASAS POR 100.000 DE SARAMPION
SEGUN PROVINCIAS Y REGIONES
ECUADOR 1991 - 1992

AÑOS	1991		1992	
PROVINCIAS	CASOS	TASA	CASOS	TASA
AZUAY	23	4.10	64	11.20
BOLIVAR	18	10.00	67	36.91
CARCHI	14	8.94	61	38.38
CAÑAR	31	14.82	317	149.88
CHIMBORAZO	70	17.27	198	48.24
COTOPAXI			446	140.52
EL ORO	30	6.52	179	37.87
ESMERALDAS	64	18.70	199	56.62
GALAPAGOS	1	8.98	2	16.93
GUAYAS	510	18.18	414	14.36
IMBABURA	52	17.02	468	150.99
LOJA	24	5.65	93	21.72
LOS RIOS	39	6.66	96	16.10
MANABI	146	12.76	179	15.38
MORONA	1	0.93	22	19.73
NAPO	38	32.55	283	232.09
PASTAZA	8	16.88	131	266.63
PICHINCHA	452	23.02	741	36.60
SUCUMBIOS	8	9.01	217	226.16
TUNGURAHUA	41	10.04	174	41.95
ZAMORA	15	20.11	5	6.41
TOTAL	1585	14.79	4356	39.73
SIERRA	725	14.70	2629	52.28
COSTA	789	14.78	1067	19.52
ORIENTE	70	16.10	658	144.15
INSULAR	1	8.98	2	16.93
T. PAIS	1585	14.79	4356	39.73

FUENTE: EPI-2 REPORTE SEMANAL DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA.

ELABORACION: UNIVAD DE ANALISIS DE EPIDEMIOLOGIA MINISTERIO SALUD PUBLICA

SARAMPION



Sarampión, continúan presentandose casos y curiosamente con un incremento importante entre 1991 - 92 afecta principalmente a provincia de Guayas y Pichincha, lo que obligó al gobierno a una campaña de revacunación a los menores de 15 años durante el presente año. Esto podría justificarse porque el Ministerio de Salud Pública inmuniza a los 9 meses y no al año que es lo optimo con el afan de completar las vacunas. Sin embargo, los niños menores de 9 meses pueden ser portadores de anticuerpos en un 15% que inactivan el virus de la vacuna y la dejarían sin inmunización al paciente

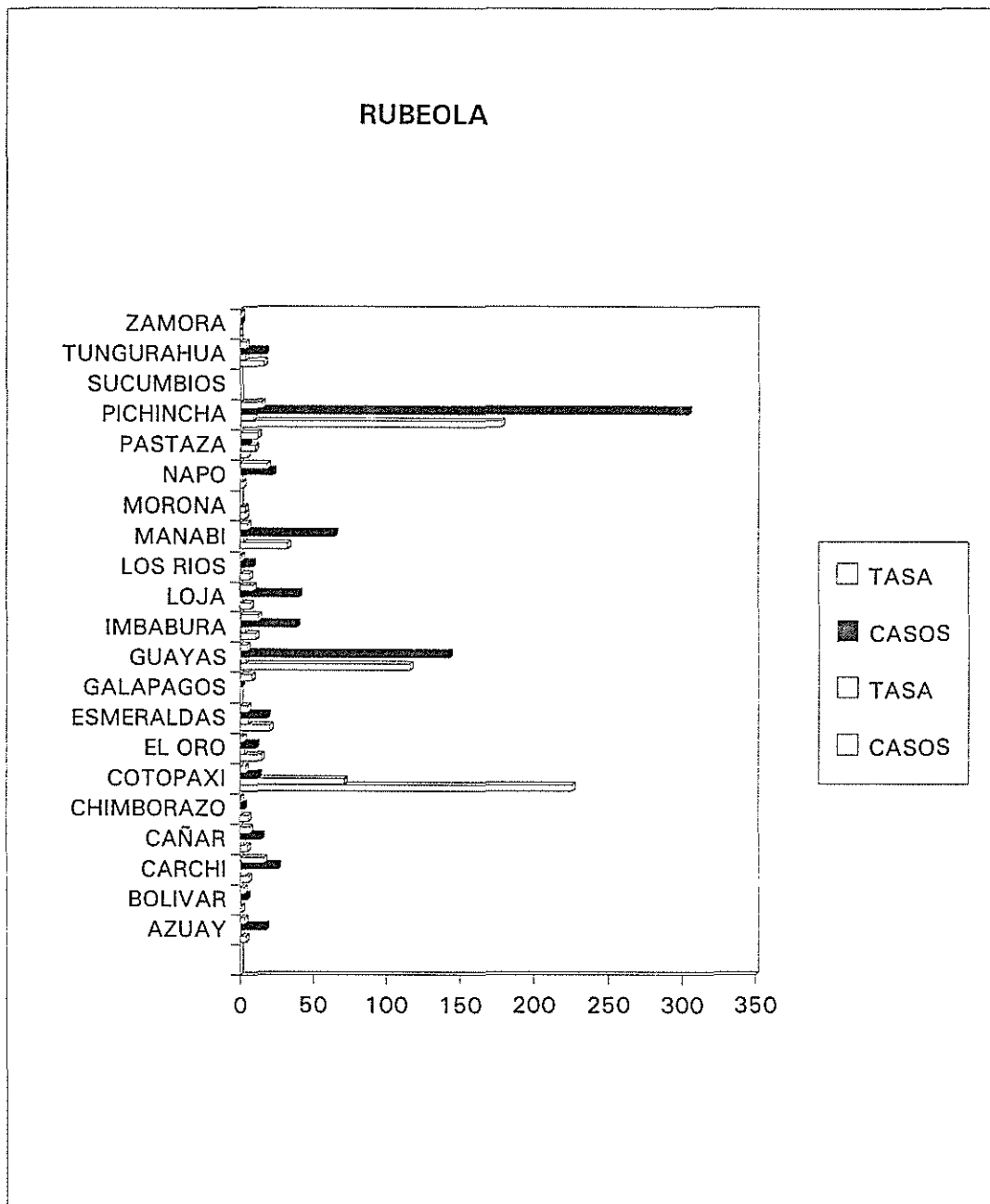
CUADRO 36

NUMERO DE CASOS Y TASAS POR 100.000 DE RUBEOLA
SEGUN PROVINCIAS Y REGIONES
ECUADOR 1991 - 1992

AÑOS	1991		1992	
PROVINCIAS	CASOS	TASA	CASOS	TASA
AZUAY	4	0.71	18	3.15
BOLIVAR	1	0.56	5	2.75
CARCHI	6	3.83	26	16.36
CAÑAR	5	2.39	15	7.09
CHIMBORAZO	6	1.48	3	0.73
COTOPAXI	226	71.55	13	4.10
EL ORO	15	3.26	11	2.33
ESMERALDAS	21	6.14	19	5.41
GALAPAGOS			1	8.47
GUAYAS	116	4.13	143	4.96
IMBABURA	11	3.60	39	12.58
LOJA	7	1.65	41	9.57
LOS RIOS	7	1.20	9	1.51
MANABI	33	2.88	65	5.59
MORONA	4	3.73		
NAPO	2	1.71	23	18.86
PASTAZA	5	10.55	6	12.21
PICHINCHA	178	9.07	304	15.01
SUCUMBIOS				
TUNGURAHUA	17	4.16	18	4.34
ZAMORA			1	1.28
TOTAL	664	6.20	760	6.93
SIERRA	461	9.35	482	9.58
COSTA	192	3.60	247	4.52
ORIENTE	11	2.53	30	6.57
INSULAR			1	8.47
T. PAIS	664	6.20	760	6.93

FUENTE: EPI-2 REPORTE SEMANAL DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA.

ELABORACION: UNIVAD DE ANALISIS DE EPIDEMIOLOGIA MINISTERIO SALUD PUBLICA



No existe inmunización a nivel estatal. Lo peor de todo es que las madres embarazadas pueden padecer esta enfermedad, lo cual provocará importantes deformaciones en el feto, un mayor concepto ameritaría una campaña de vacunación en los estudiantes que terminan la escuela y en el personal femenino que laboran en instituciones de salud.

CUADRO 37

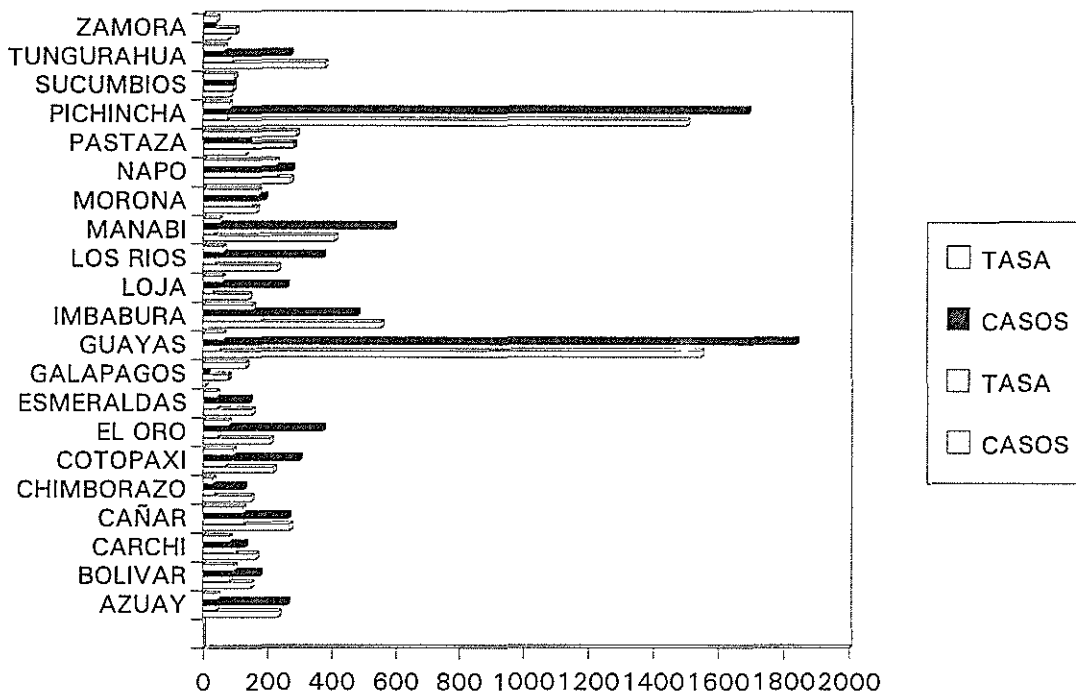
NUMERO DE CASOS Y TASAS POR 100.000 DE VARICELA
SEGUN PROVINCIAS Y REGIONES
ECUADOR 1991 - 1992

AÑOS	1991		1992	
PROVINCIAS	CASOS	TASA	CASOS	TASA
AZUAY	235	41.86	262	45.85
BOLIVAR	151	83.89	178	98.07
CARCHI	166	105.97	131	82.43
CAÑAR	270	129.06	266	125.77
CHIMBORAZO	150	37.00	127	30.94
COTOPAXI	219	69.33	300	94.52
EL ORO	209	45.41	370	78.27
ESMERALDAS	152	44.42	144	40.97
GALAPAGOS	9	80.86	16	135.47
GUAYAS	1550	55.24	1841	63.87
IMBABURA	555	181.65	481	155.18
LOJA	143	33.69	260	60.72
LOS RIOS	232	39.61	372	62.38
MANABI	410	35.93	595	51.13
MORONA	166	154.81	192	172.21
NAPO	270	231.28	275	225.53
PASTAZA	133	280.70	143	291.06
PICHINCHA	1505	76.65	1692	83.57
SUCUMBIOS	84	94.65	94	97.97
TUNGURAHUA	379	92.81	271	65.33
ZAMORA	77	103.24	33	42.33
TOTAL	7065	65.94	8043	73.36
SIERRA	3773	76.52	3968	78.90
COSTA	2553	47.82	3322	60.77
ORIENTE	730	167.94	737	161.46
INSULAR	9	80.86	16	135.47
T. PAIS	7065	65.94	8043	73.36

FUENTE: EPI-2 REPORTE SEMANAL DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA.

ELABORACION: UNIVAD DE ANALISIS DE EPIDEMIOLOGIA MINISTERIO SALUD PUBLICA

VARICELA



Continua manteniendo vigencia en el país con un incremento en su incidencia. No existen vacunas sino para casos especiales (leucemia) y en muchas ocasiones se tienen los servicios hospitalarios y se fumigan sin resultado y la única medida científica y práctica es movilizarlos antes que se presenten enfermedad clínica intrahospitalaria y mantener altos riesgos por lo menos durante un mes, lo que debería ser comunicados a nivel de las unidades operativas para evitar cierres injustificados de los servicios.

La varicela es una enfermedad que continúa manteniendo vigencia en el país con un incremento en su incidencia. No existen vacunas sino para casos especiales (leucemia) y en muchas ocasiones se cierran los servicios hospitalarios o se fumigan sin resultados y la única medida científica y práctica es movilizar a los pacientes que tuvieran varicela y a sus contactos antes que presenten enfermedad clínica intrahospitalaria y mantener altas proceces por lo menos durante un mes, lo que debería ser comunicado a nivel de las unidades operativas para evitar cierres injustificados de los servicios.

CUADRO 34

NUMERO DE CASOS Y TASAS POR 100.000 DE POLIOMIELITIS PARALITICA
SEGUN PROVINCIAS Y REGIONES
ECUADOR 1991 - 1992

AÑOS	1991		1992	
PROVINCIAS	CASOS	TASA	CASOS	TASA
AZUAY				
BOLIVAR				
CARCHI				
CAÑAR				
CHIMBORAZO				
COTOPAXI				
EL ORO				
ESMERALDAS				
GALAPAGOS				
GUAYAS				
IMBABURA				
LOJA				
LOS RIOS				
MANABI				
MORONA				
NAPO				
PASTAZA				
PICHINCHA				
SUCUMBIOS				
TUNGURAHUA				
ZAMORA				
TOTAL				
COSTA				
ORIENTE				
INSULAR				
T. PAIS				

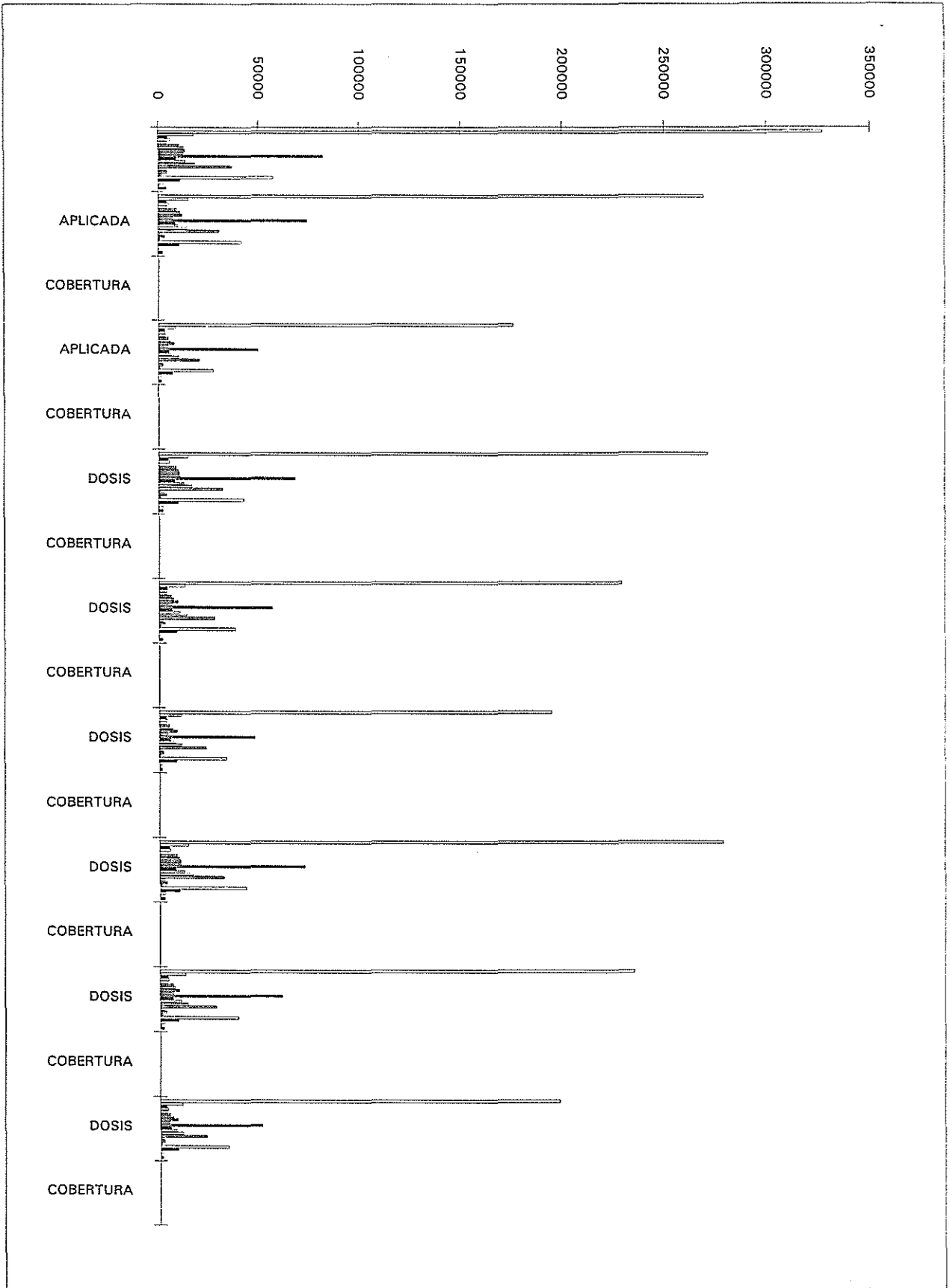
FUENTE: EPI-2 REPORTE SEMANAL DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA.

ELABORACION: UNIVAD DE ANALISIS DE EPIDEMIOLOGIA MINISTERIO SALUD PUBLICA

Es un orgullo para el país la erradicación, lo que demuestra que con una campaña adecuada se puede conseguir este tipo de éxito.

DOSIS APLICADAS Y COBERTURAS OBSERVADAS DE VACUNACION A NIÑOS MENORES DE UN AÑO POR TIPO Y DOSIS. SEGUN PROVINCIA
ECUADOR 1991

AS	POBLACION ESPECIFICA	ANTITUBERCULOSA (BCG)		ANTISARAMPIONOSA		DIPTERIA TOSFERINA TETANOS (D.P.T.)						ANTIPOLIOMIELITICA					
		DOSIS	%	DOSIS	%	PRIMERA	%	SEGUNDA	%	TERCERA	%	PRIMERA	%	SEGUNDA	%	TERCERA	%
		APLICADA	COBERTURA	APLICADA	COBERTURA	DOSIS	COBERTURA	DOSIS	COBERTURA	DOSIS	COBERTURA	DOSIS	COBERTURA	DOSIS	COBERTURA	DOSIS	COBERTURA
	327138	269427	82.4	175779	53.7	271033	82.8	229129	70.0	194507	59.5	278491	85.1	235078	71.9	198332	60.6
	17713	14789	83.5	8523	48.1	14414	81.4	12863	72.6	11344	64.0	14456	81.6	12857	72.6	11319	63.9
	4858	4226	87.0	3074	63.3	4871	100.3	3991	82.2	3446	70.9	4817	99.2	3999	82.3	3373	69.4
	6139	5446	88.7	2992	48.7	5280	86.0	4475	72.9	4035	65.7	5421	88.3	4428	72.1	4074	66.4
	4318	4091	94.7	3286	76.1	3999	92.6	3836	88.8	3459	80.1	4015	93.0	3846	89.1	3463	80.2
1	10679	9129	85.5	4761	44.6	8564	80.2	6386	59.8	5066	47.4	8865	83.0	6626	62.0	5158	48.3
20	12790	10964	85.7	5923	46.3	9754	76.3	7501	58.6	6797	53.1	9863	77.1	7507	58.7	6817	53.3
	13278	11859	89.3	7884	59.4	10305	77.6	9530	71.8	8863	66.7	10665	80.3	9709	73.1	8810	66.4
AS	12442	7375	59.3	4982	40.0	10505	84.4	6730	54.1	4506	36.2	10994	88.4	7051	56.7	4772	38.4
	82007	74369	90.7	49959	60.9	68013	82.9	56862	69.3	47989	58.5	72744	88.7	61355	74.8	51351	62.6
V	9062	8656	95.5	5423	59.8	8196	90.4	6855	75.6	5760	63.6	8215	90.7	6883	76.0	5784	63.8
	13393	9909	74.0	6443	48.1	12865	96.1	10360	77.4	8187	61.1	12865	96.1	10360	77.4	8187	61.1
	18380	14694	79.9	10010	54.5	16607	90.4	13878	75.5	11254	61.2	16760	91.2	13766	74.9	11275	61.3
	36749	30291	82.4	20444	55.6	32161	87.5	27922	76.0	23430	63.8	32365	88.1	27941	76.0	23163	63.0
	4107	2176	53.0	1636	39.8	2685	65.4	2234	54.4	1704	41.5	2733	66.5	2224	54.2	1671	40.7
	4445	3368	75.8	2261	50.9	3960	89.1	2954	66.5	2113	47.5	3951	88.9	2937	66.1	2119	47.7
	1620	1067	65.9	794	49.0	1340	82.7	1108	68.4	761	47.0	1342	82.8	1114	68.8	767	47.3
V	57206	41752	73.0	27414	47.9	42671	74.6	38418	67.2	33828	59.1	43264	75.6	39202	68.5	34311	60.0
JA	10939	10508	96.1	7048	64.4	9933	90.8	9043	82.7	8870	81.1	9910	90.6	9047	82.7	8872	81.1
1.	2790	2210	79.2	1093	39.2	2631	94.3	2036	73.0	1518	54.4	2703	96.9	2066	74.1	1496	53.6
S	322	199	61.8	233	72.4	232	72.0	243	75.5	245	76.1	233	72.4	247	76.7	235	73.0
S	3901	2349	60.2	1596	40.9	2337	59.9	1904	48.8	1332	34.1	2310	59.2	1913	49.0	1315	33.7



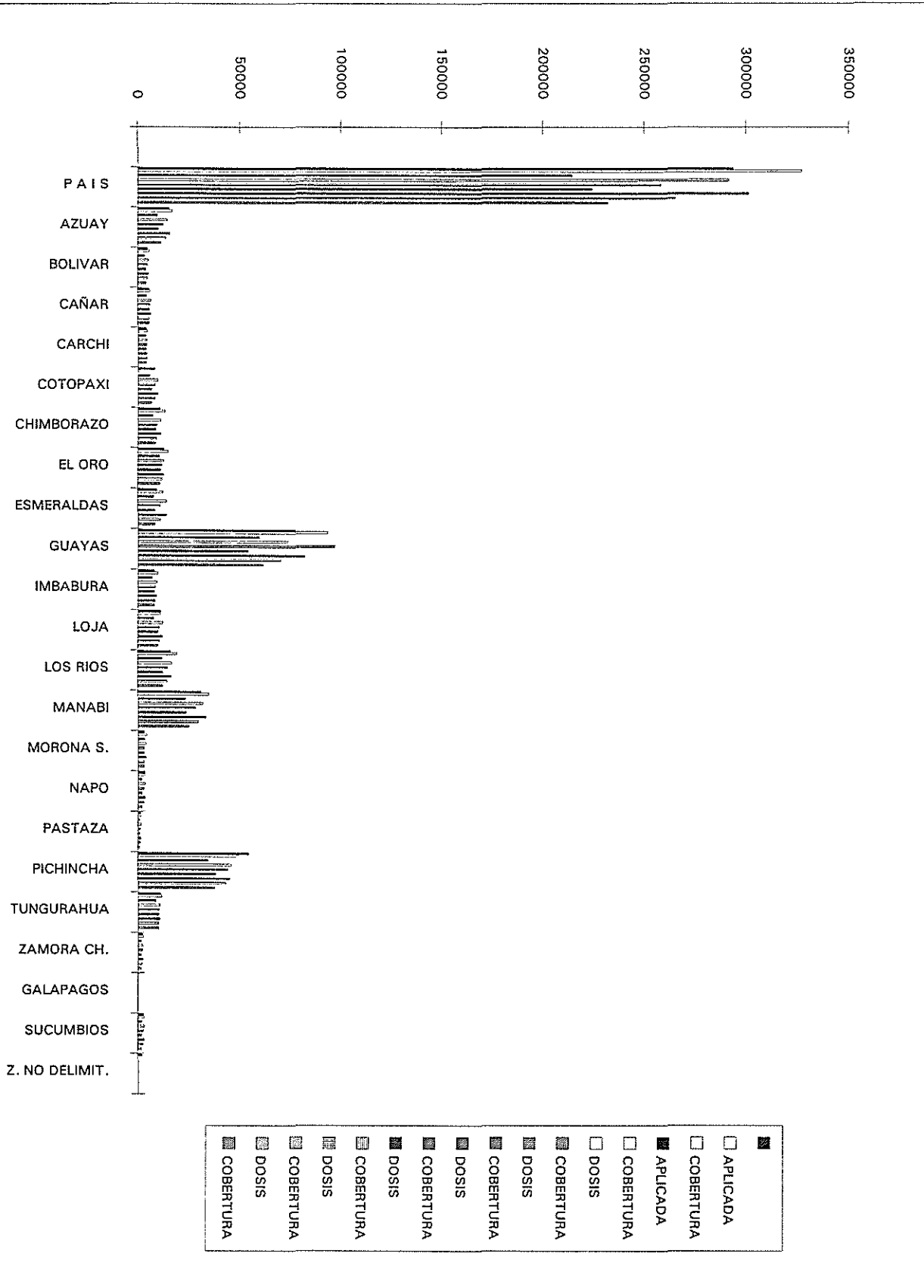
**DOSIS APLICADAS Y COBERTURAS OBSERVADAS DE VACUNACION A NIÑOS MENORES DE UN AÑO POR TIPO Y DOSIS. SEGUN PROVINCIA
ECUADOR 1992**

PROVINCIAS	POBLACION ESPECIFICA	ANTITUBERCULOSA (BCG)		ANTISARAMPIONOSA		DIFTERIA TOSFERINA TETANOS (D.P.T.)						ANTIPOLIOMIELITICA					
		DOSIS	%	DOSIS	%	PRIMERA	%	SEGUNDA	%	TERCERA	%	PRIMERA	%	SEGUNDA	%	TERCERA	%
		APLICADA	COBERTURA	APLICADA	COBERTURA	DOSIS	COBERTURA	DOSIS	COBERTURA	DOSIS	COBERTURA	DOSIS	COBERTURA	DOSIS	COBERTURA	DOSIS	COBERTURA
P A I S	266437	315220	118.3	184480	69.2	291045	109.2	258713	97.1	230951	86.7	298696	112.1	269483	101.1	230307	86.5
AZUAY	13502	16327	120.9	9507	70.4	14994	111.1	14203	105.2	13153	97.4	14995	111.1	14206	105.2	13159	97.4
BOLIVAR	4087	5869	143.6	3003	73.5	5035	123.2	4059	99.3	3376	82.6	5082	124.3	4021	98.4	3349	82.6
CAÑAR	4984	5289	106.1	3129	62.8	5578	111.9	4563	91.6	4612	92.5	5417	108.7	4594	92.2	4550	92.5
CARCHI	3846	4491	116.8	3853	100.2	4487	116.7	4336	112.7	4156	108.1	4487	116.7	4338	112.8	4154	108.1
COTOPAXI	7122	10742	150.8	4546	63.8	9116	128.0	7390	103.8	5967	83.8	9455	132.8	7478	105.0	6032	83.8
CHIMBORAZO	9895	12684	128.2	7309	73.9	11519	116.4	9228	93.3	8174	82.6	11485	116.1	9237	93.4	8177	82.6
EL ORO	11873	16110	135.7	11201	94.3	14344	120.8	13673	115.2	12656	106.6	13894	117.0	13188	111.1	12082	103.4
ESMERALDAS	10066	12147	120.7	6598	65.5	12632	125.5	10106	100.4	7669	76.2	12847	127.6	10101	100.3	7690	76.2
GUAYAS	69735	86943	124.7	43997	63.1	74854	107.3	67586	96.9	62181	89.2	80653	115.7	67763	97.2	62159	89.2
IMBABURA	7109	9158	128.8	5995	84.3	9031	127.0	7692	108.2	7210	101.4	9032	127.1	7681	108.0	7210	101.4
LOJA	11101	9615	86.6	6772	61.0	12341	111.2	10509	94.7	9069	81.7	12341	111.2	10509	94.7	9069	81.7
LOS RIOS	15241	18203	119.4	1154	7.6	16560	108.7	14811	97.2	12962	85.0	16404	107.6	14763	96.9	12753	85.0
MANABI	30963	32734	105.7	22667	73.2	32296	104.3	28621	92.4	24410	78.8	32924	106.3	28778	92.9	24443	78.8
MORONA S.	3427	3843	112.1	2159	63.0	3677	107.3	2779	81.1	2276	66.4	3659	106.8	2755	80.4	2218	66.4
NAPO	3780	3866	102.3	1940	51.3	3718	98.4	2883	76.3	2003	53.0	3718	98.4	2883	76.3	2003	53.0
PASTAZA	1371	1299	94.7	716	52.2	1194	87.1	1057	77.1	926	67.5	1186	86.5	1049	76.5	918	67.5
PICHINCHA	44566	49130	110.2	28320	63.5	43399	97.4	40445	90.8	36249	81.3	44535	99.9	41283	92.6	36523	81.3
TUNGURAHUA	8374	11297	134.9	8173	97.6	10339	123.5	9693	115.8	10044	119.9	10331	123.4	9764	116.6	9966	119.9
ZAMORA CH.	2323	2539	109.3	1226	52.8	2695	116.0	23100	994.4	1804	77.7	2666	114.8	2304	99.2	1794	77.7
GALAPAGOS	259	195	75.3	205	79.2	221	85.3	257	99.2	238	91.9	224	86.5	262	101.2	238	91.9
SUCUMBIOS	2813	2739	97.4	2010	71.5	3015	107.2	2512	89.3	1816	64.6	3371	119.8	2526	89.8	1820	64.6

ente: INFORMES DE PRODUCCION
laboración: DIVISION NACIONAL DE ESTADISTICA

DOSIS APLICADAS Y COBERTURAS OBSERVADAS DE VACUNACION A NIÑOS MENORES DE UN AÑO POR TIPO Y DOSIS. SEGUN PROVINCIA
ECUADOR 1993

PROVINCIA	POBLACION ESPECIFICA	ANTITUBERCULOSA (BCG)		ANTISARAMPIONOSA		DIPTERIA TOSFERINA TETANOS (D.P.T.)						ANTIPOLIOMIELITICA					
		DOSIS APLICADA	% COBERTURA	DOSIS APLICADA	% COBERTURA	PRIMERA DOSIS	% COBERTURA	SEGUNDA DOSIS	% COBERTURA	TERCERA DOSIS	% COBERTURA	PRIMERA DOSIS	% COBERTURA	SEGUNDA DOSIS	% COBERTURA	TERCERA DOSIS	% COBERTURA
		AS	293708	327076	111.4	214291	73.0	291443	99.2	258171	87.9	224368	76.4	301252	102.6	265082	90.3
AY	15111	16735	110.7	9530	63.1	14040	92.9	12274	81.2	10082	66.7	15446	102.2	13567	89.8	11207	74.2
VAR	4756	5626	118.3	3425	72.0	5213	109.6	4735	99.6	4080	85.8	5197	109.3	4715	99.1	4077	85.7
AR	5556	6073	109.3	4484	80.7	6504	117.1	5879	105.8	5809	104.6	6448	116.1	5852	105.3	5778	104.0
CHI	4189	4404	105.1	3798	90.7	4282	102.2	4315	103.0	4006	95.6	4271	102.0	4312	102.9	4001	95.5
PAMI	8286	1157	14.0	5869	70.8	9819	118.5	8361	100.9	6791	82.0	9772	117.9	8316	100.4	6760	81.6
ORAZO	10797	13218	122.4	7516	69.6	11165	103.4	9275	85.9	8761	81.1	11347	105.1	9199	85.2	8629	79.9
RO	12616	14541	115.3	10581	83.9	12498	99.1	11827	93.7	11254	89.2	12515	99.2	11731	93.0	10793	85.6
ALDAS	9381	12240	130.5	7906	84.3	13722	146.3	11008	117.3	8447	90.0	13552	144.5	10841	115.6	8295	88.4
YAS	76947	93074	121.0	59296	77.1	73755	95.9	96652	125.6	53863	70.0	81952	106.5	69807	90.7	61178	79.5
URA	8171	9713	118.9	7024	86.0	9243	113.1	8449	103.4	8086	99.0	9223	112.9	8405	102.9	8063	98.7
IA	11224	10897	97.1	7843	69.9	12071	107.5	10521	93.7	9919	88.4	12071	107.5	10521	93.7	9919	88.4
IGOS	15807	19038	120.4	11905	75.3	16432	104.0	14284	90.4	12240	77.4	16225	102.6	14097	89.2	12163	76.9
ABI	30752	34763	113.0	22820	74.2	31627	102.8	27854	90.6	23312	75.8	33107	107.7	29162	94.8	24579	79.9
NA S.	3012	4231	140.5	3207	106.5	3827	127.1	3057	101.5	2976	98.8	3818	126.8	3052	101.3	2961	98.3
DO	3309	3498	105.7	1848	55.8	3577	108.1	2907	87.9	1997	60.4	3577	108.1	2907	87.9	1997	60.4
AZA	1324	1441	108.8	854	64.5	1512	114.2	1154	87.2	913	68.0	1516	114.5	1141	86.2	907	68.5
ICHA	54245	48973	90.3	34079	62.8	45585	84.0	43778	80.7	37951	70.0	44738	82.5	42622	78.6	37220	68.6
LAHUA	10948	11479	104.9	8722	79.7	10693	97.7	10134	92.6	10132	92.5	10628	97.1	10030	91.6	10039	91.7
A CH.	2117	2619	123.7	1509	71.3	2484	117.3	2105	99.4	1616	76.3	2421	114.4	2014	95.1	1555	73.5
AGOS	326	197	60.4	186	57.1	224	68.7	272	83.4	254	77.9	235	72.1	269	82.5	245	75.2
IBIOS	2695	3159	117.2	1889	70.1	3170	117.6	2630	97.6	1879	69.7	3193	118.5	2549	94.6	1828	67.8
ELIMIT.	2139																



DOSIS APLICADAS Y COBERTURAS OBSERVADAS DE VACUNACION A NIÑOS MENORES DE UN AÑO SEGUN PROVINCIA

ECUADOR 1994

PROVINCIA	POBLACION ESPECIFICA	ANTITUBERCULOSA (BCG)		ANTISARAMPIONOSA		DIPTERIA TOSFERINA TETANOS (D.P.T.)						ANTIPOLIOMIELITICA					
		DOSIS APLICADA	% COBERTURA	DOSIS APLICADA	% COBERTURA	PRIMERA DOSIS	% COBERTURA	SEGUNDA DOSIS	% COBERTURA	TERCERA DOSIS	% COBERTURA	PRIMERA DOSIS	% COBERTURA	SEGUNDA DOSIS	% COBERTURA	TERCERA DOSIS	% COBERTURA
CANAR	295727	152186	51.5	112232	38.0	139115	47.0	132853	44.9	127048	43.0	139324	47.1	130688	44.2	123908	41.9
JAY	15130	3578	23.6	3759	24.8	6211	41.1	2990	19.8	5870	38.8	6253	41.3	5993	39.6	5867	38.8
IVAR	4718	2750	58.3	1675	35.5	2321	49.2	1888	40.0	1860	39.4	2354	49.9	1921	40.7	1878	39.8
ÑAR	5525	2674	48.4	1947	35.2	2677	48.5	2645	47.9	2559	46.3	2690	48.7	2657	48.1	2547	46.1
UCHI	4181	2106	50.4	1863	44.6	2071	49.5	2012	48.1	1976	47.3	2071	49.5	2012	48.1	1976	47.3
PAZI	8191	5556	67.8	3126	38.2	4707	57.5	3986	48.7	3590	43.8	4703	57.4	3988	48.7	3599	43.9
ORAZO	10753	5963	55.5	3678	34.2	4809	44.7	4510	41.9	4194	39.0	5163	48.0	4481	41.7	4270	39.7
ORO	12748	6909	54.2	6141	48.2	6464	50.7	6611	51.9	6724	52.7	6315	49.5	6444	50.5	6667	52.3
ALDAS	9479	5331	56.2	3543	37.4	5748	60.6	5078	53.6	4679	49.4	5582	58.9	5003	52.8	4410	46.5
YAS	77764	41512	53.4	31935	41.1	36898	47.4	35039	45.1	35200	45.3	36683	47.1	33949	43.7	32838	42.2
BURA	8154	4517	55.4	3382	41.5	4370	53.6	4141	50.8	4020	49.3	4363	53.5	4131	50.7	3974	48.7
UA	11138	5059	45.4	3495	31.4	5380	48.3	4851	43.6	4613	41.4	5380	48.3	4861	43.6	4613	41.4
RIOS	15848	9045	57.1	5982	37.7	7556	47.7	8460	53.4	6912	43.6	7653	48.3	7667	48.4	6732	42.5
VABI	30767	16467	53.5	13061	42.5	14910	48.5	14398	46.8	13599	44.2	14862	48.3	14328	46.6	13380	43.5
NA S.	3081	2128	69.1	1363	44.2	1639	53.2	1361	44.2	1386	45.0	1639	53.2	1346	43.7	1365	44.3
PO	3400	1832	53.9	945	27.8	1736	51.1	1350	39.7	1019	30.0	1736	51.1	1350	39.7	1019	30.0
LAZA	1350	775	57.4	545	40.4	669	49.6	615	45.6	465	34.4	768	56.9	644	47.7	529	39.2
NCIA	55026	24491	44.5	19263	35.0	23033	41.9	22538	41.0	21085	38.3	23189	42.1	22889	41.6	21009	38.2
RAHUA	10940	5469	50.0	4563	41.7	4959	45.3	4745	43.4	5156	47.1	4935	45.1	4736	43.3	5124	46.8
RA CHI.	2177	1265	58.1	766	35.2	1230	56.5	1063	48.8	891	40.9	1272	58.4	1055	48.5	903	41.5
PAGOS	340	136	40.0	130	38.2	123	36.2	153	45.0	139	40.9	129	37.9	151	44.4	137	40.3
MBIOS	2867	1623	56.6	1070	37.3	1604	55.9	1420	49.5	1111	38.8	1614	56.3	1412	49.3	1071	37.4
ELIMIT.	2153																

DOSIS APLICADAS Y COBERTURAS OBSERVADAS DE VACUNACION A NIÑOS MENORES DE UN AÑO POR TIPO Y DOSIS, SEGUN PROVINCIA ECUADOR 1991

En los cuatro cuadros anteriores de vacunación global, tanto del país y de sus provincias en los últimos cuatro años, se observa que en todas las provincias y el país existe mejoría en las coberturas del 92 respecto al 91; una relativa estabilidad en el 92 - 93 y un descenso en el 94 muy importante para todas las provincias y para todas las vacunas.

Existe un buen porcentaje de la población que inicia la vacunación con la primera dosis y relativamente existen cantidades variables que no completan la segunda dosis y nuevos la tercera de triple y polio, lo que podría justificarse por factores culturales o dificultades en el acceso a la vacunación en los centros de salud, subcentros y hospitales.

6. BAJA COBERTURA Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

6.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA : MANIFESTACIONES¹¹

- a. Alta incidencia de morbi-mortalidad de enfermedades prevenibles que se refleja en altas tasas de mortalidad materna e infantil (1.7 y 52.0 por mil nacidos vivos).
- b. Insuficiente utilización de recursos humanos e infraestructura existentes, medibles en porcentaje de ocupación (67.9%) y alto promedio días estancia (8.3).
- c. Alto número de servicios que no responden a las necesidades socio-culturales de la población reflejado en la baja cobertura de la atención del parto (Ministerio de Salud Pública 23%).
- d. Baja productividad en la capacidad instalada de los servicios de salud: giro cama 41.9, número consultas Hab/año 0.7, número egresos hab/año 24.8 por mil.
- e. Baja confianza de la población en los servicios del Ministerio de Salud Pública: concentración en control prenatal 2.4 consultas en promedio, y en control menores de 1 año 2.2 consultas.
- f. Elevada incidencia de las infecciones intrahospitalarias.

6.2. CAUSAS QUE IDENTIFICARON EL PROBLEMA EN 1992

- a. Desorganización de los servicios del Ministerio de Salud y deficientes procesos administrativos.
- b. Falta de capacidad de las entidades estatales para manejar eficientemente los hospitales y los centros de salud.
- c. Planificación centralizada y no participativa.
- d. Descoordinación entre las unidades operativas ubicadas en una misma zona geográfica que funcionan sin control y eficiencia.

¹¹ Agenda para el Desarrollo año 1993

- e. Deficiencias en el control de calidad de los servicios.
- f. Deficiente sistema de información para la evaluación y toma de decisiones.
- g. Mala distribución, instalación y mantenimiento de los equipos que, en conjunto, hace que en muchos hospitales el equipamiento sea obsoleto o no funcione.
- h. Insuficiencia de recursos económicos que ocasiona falta de medicamentos e insumos médicos, inexistencia de fondos para capacitación o para desplazamiento de control, supervisión y evaluación.
- i. Ausentismo de los profesionales.
- j. Exceso de sindicalización que da lugar a reiteradas paralizaciones de los servicios como mecanismo de presión de los distintos gremios.

6.3. CONSECUENCIAS

- a. Alta mortalidad en enfermedades prevenibles.
- b. Alta incidencia de mortalidad e infecciones intra-hospitalarias.
- c. Deterioro del bienestar y el nivel de vida de la población.
- d. Deterioro y desaprovechamiento de la potencialidad de los recursos humanos del país.

6.4. OPERACIONES PROPUESTAS

- a. Creación de una entidad única que oriente el manejo de todos los hospitales públicos del país en base a criterios de autogestión.
- b. Rehabilitación hospitalaria mediante la reorganización y modernización de los hospitales del Ministerio de Salud y un cambio en su enfoque de gestión.
- c. Redistribución de los equipos existentes y actualización de normas para la adquisición complementaria de equipos.
- d. Rehabilitación y mantenimiento de equipos con mayor participación de la empresa privada.
- e. Establecer un sistema de planificación en los hospitales y en las áreas de salud con participación del equipo de salud y de la comunidad y establecer mecanismos de administración gerencial descentralizada y participativa.
- f. Establecer sistemas para el abastecimiento de medicamentos e insumos que incluya la posibilidad de adquirirlos directamente a proveedores privados.
- g. Fortalecer el proceso de desarrollo de las "Áreas de Salud", que son agrupaciones de unidades operativas ubicadas en una misma zona geográfica, mejorando su coordinación y alentando la autogestión. Profundización de los programas de medicación rural con participación de la comunidad.
- h. Promover el incremento de cobertura en las unidades mediante un programa de comunicación, educación y de proyección del hospital a la comunidad. Estos programas deben poner especial énfasis en la mujer que es la principal usuaria de los servicios, para sí y su familia.

- i. Racionalizar el uso de los recursos humanos al interior de las Areas de Salud para servicios hospitalarios.
- j. Desarrollar sistemas de financiamiento alternos para el Ministerio de Salud mediante el cobro de los servicios en función del nivel de ingreso de los beneficiarios, de suerte que se mejore el nivel de autogestión de los hospitales.
- k. Realizar estudios para definir políticas de privatización de ciertos servicios de salud.
- l. Actualizar la estructura orgánico-funcional del Ministerio.
- m. Modernizar los sistemas de carrera y de incentivos con políticas de control descentralizado.
- n. Jerarquizar el Consejo Nacional de Salud para mejorar la coordinación interinstitucional. Establecer comisiones interinstitucionales permanentes para elaborar un Plan Nacional de Salud y determinar acciones y compromisos conjuntos.

6.6. RESULTADOS ESPERADOS, ESCENARIO MEDIO

- a. Reducir las tasas de mortalidad infantil de 52 a 46 y de mortalidad materna de 1.7 a 1.4 por mil nacidos vivos.
- b. Mejorar en el porcentaje de ocupación hospitalaria de 67.9 a 75%.
- c. Reducir el promedio de días estancia de 8 a 6.3.
- d. Alcanzar un rendimiento promedio de 4.5 consultas por hora médico.
- e. Incrementar el número de consultas anuales de 0.7 a 1.0 por habitante.
- f. Incrementar la cobertura de atención institucional del parto del 23 al 30%.
- g. Aumentar el índice de utilización anual de la cama hospitalaria (giro de cama) de 41.9 a 50.
- h. El aumento de la confianza de la población en los servicios de salud se reflejará en el incremento del control prenatal cuya concentración se elevará de 2.4 a 4 consultas por embarazo, y en el control de menores de un año de 2.2 a 5 consultas.

7. CONCLUSIONES

Las políticas y estrategias para todas las instituciones del sector de la salud, y para este Ministerio en particular, deben guardar coherencia con la estrategia global de desarrollo del país planteada por el gobierno del Presidente Arq. Sixto Durán Ballén.

Estos lineamientos generales, expresados en el documento "Estrategias y Políticas Sociales de Ecuador", elaborado por el CONADE¹², fijan los ejes de esta política social en los siguientes puntos:

- Modernización del Estado,
- Racionalización y eficiencia en el gasto público,

¹² CONADE. Unidad de Políticas Sociales. Abril, 1993

- Descentralización y fortalecimiento institucional,
- Adecuada focalización de los proyectos y programas,
- Participación de los sectores organizados de la sociedad civil, incluyendo al sector privado.

El Ministerio de Salud, como la principal de las instituciones de este sector, debe liderar la definición de políticas específicas y la aplicación de las mismas en programas y acciones concretas, que tengan como gran objetivo el mejorar tanto cuantitativa pero en especial cualitativamente, las condiciones de salud y de vida de la población ecuatoriana, en especial de los estratos más vulnerables, en términos sociales y económicos.

La política de desarrollo social antes esbozada es, además concordante con las políticas sugeridas por los organismo internacionales, entre ellos a OPS/OMS, la misma que en un reciente documento oficial señala que: el desarrollo ha de fundamentarse en una política de unidad defendida por el Estado, el cual debe reducir su función directa como productor, con el fin de liberar la aptitud creadora de individuos y grupos, orientándola hacia los objetivos establecidos,... debe también regular la distribución de los beneficios, interviniendo directamente en la promoción, organización, e incluso en la prestación de servicios sociales básicos como los de salud.

Por otra parte, la misma política planteada apunta a la creación y fortalecimiento de los sistemas locales de salud (SILOS), como la forma más idónea para descentralizar la gerencia de los servicios de salud, llevando la decisión operativa hacia los ejecutores y beneficiarios de los mismos, pero consolidando la capacidad normativa y de supervisión de los niveles centrales.

Debe quedar claro desde el principio, que la problemática de la salud del país no es responsabilidad única ni puede ser abordada unilateralmente por el Ministerio de Salud. Por lo tanto se impone una acción concertada con los otros Ministerios e instituciones del Estado, con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, con los gobiernos seccionales, y en particular con los distintos componentes de la sociedad civil, como es el caso de las organizaciones populares, los gremios profesionales, los sindicatos y asociaciones de trabajadores y con las organizaciones no gubernamentales (ONG), de tal manera de ir creando el Sistema Nacional de Salud.

Esta concertación permitirá enfrentar con posibilidades de éxito algunos de los problemas más graves que están afectando no solo a la salud sino a la calidad de vida de los ecuatorianos. Entre ellos cabe destacar la desnutrición, en especial en los niños menores de 5 años, y la protección del ambiente, particularmente de las agresiones del desarrollo urbano incontrolado y de los desechos industriales.

- e. Desarrollar campañas publicitarias, utilizando todos los medios de comunicación, respecto de las ventajas de la atención primaria, incentivando a la población a acudir oportunamente a las unidades ambulatorias de salud.
- f. Priorizar efectivamente, en el desarrollo de los programas de atención primaria de salud, a los grupos poblacionales sometidos a mayores riesgos económicos y sociales, en particular a la población indígena del país, en coordinación con sus propias organizaciones.

8.3. Nueva concepción de la atención hospitalaria

- a. Desarrollar instrumentos para mejorar la eficiencia y eficacia de los distintos tipos de hospitales del Ministerio, los mismos que estén en capacidad de ser implantados de manera progresiva en todos los hospitales de esta Secretaría de Estado.
- b. Automatizar, de manera progresiva, el funcionamiento técnico, administrativo y financiero de los hospitales del Ministerio, con el objetivo de agilizar la atención a los pacientes y usuarios, optimizar los sistemas de control particularmente de la utilización de insumos y contribuir al proceso de modernización de estas unidades.
- c. Diseñar e implantar modelos de autogestión de los servicios hospitalarios, que garanticen la recuperación parcial de costos de producción de los distintos tipos de atenciones, a través de contribuciones directas de los usuarios, venta de servicios a instituciones públicas y privadas y búsqueda de donaciones de organismos nacionales o internacionales
- d. Suscribir convenios con entidades gubernamentales, municipales y privadas (ONG), para la administración compartida de determinados servicios de los hospitales, y en algunos casos, del hospital en su conjunto; y abrir la posibilidad de que los pequeños hospitales incorporen a recursos de la práctica privada en la atención a los pacientes.
- e. Normatizar la estructura y funcionamiento de los hospitales, bajo esta nueva concepción del papel que deben desempeñar en la red de servicios de salud:

- Patologías grados de complejidad de las mismas que deben ser atendidas en los diferentes tipos de hospitales.
 - Normatización de la atención hospitalaria de las principales patologías.
 - Normatización de equipos, instrumentos y lencería de los hospitales, por niveles.
 - Reglamentación e implantación de las secciones hospitalarias denominadas: "hospitales de día" "centros de diagnóstico especializado sin camas".
 - A mediano plazo, definición e implantación del Sistema Nacional de Acreditación de Servicios de Salud.
 - Normatización de la participación de la práctica médica privada en la atención a pacientes, en los hospitales del Ministerio de Salud.
- f. Normatizar y supervisar el funcionamiento del sistema de referencia bidireccional, así como la función del hospital como centro de capacitación permanente, en especial para el personal de las unidades de menor complejidad de su área de influencia.
- g. Introducir los conceptos de "calidad" y de "calidad total" en la atención a los pacientes y usuarios de los servicios de salud del Ministerio.
- h. Acciones inmediatas:
- Iniciar un proceso de transferencia a la empresa privada de determinados servicios hospitalarios especialmente ineficientes, como los de mantenimiento, limpieza, guardiana, cocina, lavandería, etc., dando preferencia a las microempresas conformadas por extrabajadores de los mismos servicios.
 - Ubicar y poner en funcionamiento los equipos hospitalarios actualmente embodegados, o que están sin uso en las unidades operativas.

8.4 Dotación de medicamentos genéricos de eficacia terapéutica comprobada y de precios accesibles para todos los estratos sociales, garantizando simultáneamente el uso racional de los mismos:

- a. Expedir una política y legislación únicas sobre medicamentos, que orienten y normen las actividades en esta área de la prestación de servicios de salud.
- b. Operativizar el Programa Nacional de Medicamentos Genéricos, incluyendo:
 - Definición de mecanismos concretos para garantizar la distribución de estos productos en todas las unidades de salud del Ministerio, así como, su puesta a disposición de los estratos más pobres de la población.
 - Determinación de mecanismos factibles y viables para garantizar un adecuado nivel de recuperación de costos de los medicamentos; tanto a nivel de las unidades del Ministerio, como en las farmacias de medicamentos básicos.
- c. Transformar las Boticas Populares en empresas comunitarias autónomas, manejadas por las organizaciones populares locales, que recibirán un fondo inicial reembolsable por parte del Ministerio de Salud y deberán autofinanciar su funcionamiento. El Ministerio brindará la capacitación necesaria a los miembros de la comunidad que administren estas boticas.
- d. Precisar la estructura y funciones del CEMEIM, orientándolo hacia la conformación de una verdadera empresa estatal de adquisición y comercialización de medicamentos e insumos médicos. Esta nueva estructura garantizará el autofinanciamiento parcial del CEMEIM.

Se incluyen, entre otras las siguientes acciones:

- Estudio integral sobre la actual estructura administrativa y económica del CEMEIM.
- Definición e implantación de una estructura de empresa estatal o semiestatal.

8.5.2 Programa de saneamiento básico y de protección del ambiente:

Este programa se ejecutará en coordinación estrecha con el Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda, con las entidades oficiales encargadas del control del medio ambiente, con los consejos provinciales y municipales, y con las organizaciones populares y ONG's.

Dará énfasis a los siguientes puntos:

- a. Definir, conjuntamente con el CONADE y el Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda, una política nacional única de saneamiento básico, por medio de la concertación de todas las instituciones estatales involucradas en esta área, los gobiernos seccionales y con la participación de las ONG's que desarrollan actividades de este tipo.
- b. Dotación preferencial de agua segura y sistemas alternativos de disposición de excretas en aquellas localidades en las que se cree o se fortalezca una unidad de atención primaria de salud.
- c. Educación comunitaria y participación activa de las organizaciones populares en la generación e implantación de soluciones alternativas a los problemas de saneamiento básico, así como en la administración directa de los sistemas terminados.
- d. Control efectivo de la contaminación de productos de uso humano, como el agua y los alimentos, por desechos industriales o urbanos, a través de los Inspectores Sanitarios y Comisarios de Salud, en coordinación con las otras autoridades pertinentes.

8.5.3. Coordinación operativa de las acciones de salud desarrolladas por todas las instituciones entidades de salud, tanto públicas como privadas, a través del Consejo Nacional de Salud:

- a. Definición de las áreas de competencia e interrelación de las distintas entidades que prestan servicios de salud en el País, incluyendo las de servicio, docencia e investigación, tanto públicas como privadas.

- b. Restructuración legal y funcional del Consejo Nacional de Salud, otorgándole mayor autonomía administrativa y financiera.
- c. Ampliación del número de los miembros titulares del Consejo Nacional de Salud, mediante la incorporación de representantes de la Policía Nacional, Comisión de Salud del Congreso Nacional, organizaciones no gubernamentales que desarrollan actividades de salud, clínicas y hospitales privados y otras.
- d. Generación de planes, programas, normas, reglamentos y otros instrumentos legales de aplicación en todas las instituciones o entidades del país que desarrollan actividades de salud, a través de comisiones especiales del Consejo Nacional de Salud, conformadas por representantes de las entidades interesadas; y aprobar los mismos en el pleno del Consejo presidido por el Ministro de Salud. Estas resoluciones tendrán el carácter de obligatorias y se publicarán en el Registro Oficial.

- Automatización de los procesos de determinación de necesidades de medicamentos, adquisición, control de "clientes" y de recuperación de costos.
- e. Optimizar el sistema de registro sanitario, mediante:
- Agilización de los procesos correspondientes que se efectúan en el INH, incluyendo su automatización y la descentralización de los mismos.
 - Reconocimiento selectivo de algunos registros internacionales de validez aceptada, especialmente para los casos de importación de productos genéricos requeridos para el desarrollo de los programas del Ministerio o de otras instituciones oficiales.
- d. Garantizar la calidad de los medicamentos que se consumen en el país, mediante:
- Implementación de una red de laboratorios de control de calidad comandados por el INH, con la participación de laboratorios privados de prestigio comprobado.
 - Extender el sistema de "dosis unitaria" a todas las farmacias de los hospitales del Ministerio de Salud.

En este punto, en general, se deberá buscar la concertación con la industria farmacéutica, particularmente para el desarrollo del programa de medicamentos genéricos y para garantizar la calidad de los productos que se expenden al público.

Igualmente, se deberá concertar con todas las instituciones de salud del país y con la práctica médica privada, para la adopción efectiva del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos, en especial para la adquisición y prescripción de este tipo de productos.

8.5 Programas a desarrollarse en coordinación con otras entidades públicas y privadas.

- 5.8.5.1. Programa de alimentación y nutrición, con énfasis en la prevención y control de la desnutrición de los niños menores de 5 años:

Este programa, liderado por el Ministerio de Salud, deberá ser ejecutado además, por los Ministerios de Agricultura y Ganadería, Educación, Bienestar Social y Defensa, así como por el INNFA y otras instituciones y organismos públicos y privados.

Sus principales lineamientos son los siguientes:

- a. Creación de un programa de "canasta familiar básica", que se comercialice a través de las organizaciones populares, sindicatos de trabajadores, asociaciones barriales, etc., o bajo la modalidad de convenio con organizaciones no gubernamentales.

Se dará preferencia en el acceso a esta "canasta" a las familias de los usuarios de los servicios del Ministerio que se encuentren desnutridos o en peligro de desnutrición.

- b. Difusión y promoción del consumo familiar de dietas de alto valor nutricional y de bajo costo, de acuerdo con las diferentes características regionales y climáticas del país. Para ello se utilizarán todos los medios de comunicación colectiva y se incorporará la materia de nutrición familiar a los programas educativos de todos los niveles, dando énfasis a la participación activa de las organizaciones populares en esta difusión y promoción.
- c. Fortalecimiento del programa de desayuno escolar, mejorando y balanceando la calidad nutritiva de las raciones. La distribución y control podría ser transferido a la empresa privada.
- d. Redefinición total del programa de complementación alimentaria del Ministerio de Salud, orientándolo a la entrega de productos que lleguen con mayor selectividad a los usuarios en riesgo de desnutrición. Entre estos productos se incluye: cereal fortificado para los niños menores de 5 años, harina enriquecida con hierro para las embarazadas, etc.
- e. Reestructuración funcional de la Planta Procesadora de Alimentos, incorporando a su administración a la empresa privada e introduciendo procedimientos gerenciales altamente eficientes.