

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

SISTEMA UNICO DE SALUD - ECUADOR

Dr. Osman Mena O.

Quito, 19 Jun-1995

1994 - 1995

DEDICATORIA

A TODOS LOS POTENCIALES
BENEFICIARIOS DEL
SUS-ECUADOR Y EN
PARTICULAR, A LOS
HEROES DE TIWINTZA

AGRADECIMIENTO

A TODAS LAS PERSONAS E INSTITUCIONES QUE DE UNA U OTRA MANERA, CONTRIBUYERON A LA ELABORACION DE ESTA TESIS, EN ESPECIAL A LOS FUNCIONARIOS DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL.

GRACIAS AL DR. ROBERTO SEMPERTEGUI DEL PROYECTO FASBASE, Y A MI HERMANO DR. WALTER MENA POR SU AYUDA Y ASESORIA PERMANENTES.

FINALMENTE GRACIAS A LAS AUTORIDADES DEL INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS NACIONALES POR SU COMPRESION Y COLABORACION.

PREFACIO

Durante muchos años, diversos tratadistas han señalado la necesidad de racionalizar los recursos de salud para hacer factible el aumento de cobertura y mejoramiento de los servicios de salud en el Ecuador. La propuesta que presentamos a consideración quiere aportar a ese esfuerzo mediante la organización de un Sistema Unico de Salud (SUS-Ecuador) que tiene dos componentes básicos:

El primer componente hace relación al Seguro Médico Social, y el segundo al Saneamiento Ambiental. Los dos componentes a la vez están enlazados por una política común que es: el Fomento y la Protección de la Salud a través de la interacción con el Ambiente y el Desarrollo.

Para los efectos de esta propuesta, concebimos el Desarrollo en términos sostenibles, esto quiere decir: socialmente justo, económicamente viable que utiliza los recursos en forma razonable y promueve el bienestar para las actuales y futuras generaciones.

Estamos conscientes de las grandes limitaciones de nuestro trabajo; en este sentido, no pretendemos ni de lejos agotar el tema, solo queremos iniciar un debate que a la postre, mediante el concurso interdisciplinario entre médicos, economistas, matemáticos, sociólogos entre otros profesionales; podamos con la participación activa de la comunidad, cristalizar una gran aspiración como es la salud para todos.

En el primer capítulo, relativo a los aspectos introductorios y antecedentes nos permitimos explicar la relación entre la salud el ambiente y el desarrollo, pues resulta fundamental esta explicación si basamos la política general del SUS en estos tres elementos.

En los antecedentes explicamos el rol fundamental que cumplen las Fuerzas Armadas en la implantación del SUS y su contribución para ejecutarlo. En esta parte también hacemos referencia a la gran importancia que tiene para el SUS la Conferencia de la Tierra o Conferencia para el Medio Ambiente y Desarrollo, celebrada en Río de Janeiro en 1992 y particularmente hacemos referencia a uno de los documentos básicos de esta reunión como es el Capítulo 21 y dentro de el, al tema Protección y Fomento de la Salud como punto de partida para desarrollar nuestra propuesta.

A continuación nos referimos al paquete de servicios ofrecido y que viene siendo una especie de estandarizador técnico de los servicios de salud a nivel de todo el país. La viabilidad para entregar este paquete a su vez está explicada a través del modelo de prestación de servicios que permite la interacción dinámica entre los niveles primarios, secundarios y terciarios de atención.

Luego nos referimos a la planificación, esto es, a los elementos fundamentales para diagnosticar ejecutar y controlar los planes, programas y proyectos del SUS.

Finalmente en forma específica, nos referimos a los instrumentos que hacen posible el funcionamiento del SUS, esto es: a los recursos humanos, materiales económicos, financieros e informáticos.

Como anexos explicamos de modo general las políticas y las características del Software, la medicina tradicional y la lucha contra la pobreza como estrategias en la construcción del SUS-ECUADOR.

SUS - ECUADOR

CONTENIDOS

PREFACIO

CAPITULO I

ASPECTOS INTRODUCTORIOS Y ANTECEDENTES	1
--	---

CAPITULO II

DESARROLLO DE LA HIPOTESIS

- CARACTERISTICAS DEL SUS ECUADOR	20
- MODELO DE ATENCION	22
- NIVELES DE COMPLEJIDAD Y TIPOS DE UNIDADES DE SALUD	30
- EL MODELO DE ORGANIZACION	31

CAPITULO III

PLANIFICACION	35
---------------------	----

CAPITULO IV

RECURSOS Y FINANCIAMIENTO	45
---------------------------------	----

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	57
--------------------------------------	----

ANEXOS	60
--------------	----

1 POLITICAS	61
2 SOFTWARE	69
3 MEDICINA TRADICIONAL	72
4 LUCHA CONTRA LA POBREZA	75
5 GRUPOS BENEFICIARIOS Y PRESTACIONES	81
BIBLIOGRAFIA	86

CAPITULO No.1

ASPECTOS INTRODUCTORIOS
Y ANTECEDENTES

CAPITULO I

ASPECTOS INTRODUCTORIOS Y ANTECEDENTES

1.1 INTRODUCCION.

Los diversos modelos de producción capitalista llámense de libre mercado, de sustitución de importaciones o de economía social de mercado, expresan por supuesto con diversos matices dependiendo del país o región del planeta su visión sobre la salud en general. Partamos de una constatación simple, una fábrica químico-farmacéutica, supuestamente diseñada para producir remedios útiles para tratar enfermedades y garantizar la salud. Sin embargo, los efluentes de esta instalación contaminan las aguas de un río con las que riegan productos agrícolas de consumo masivo.

El Ministro de Salud reclama, su colega del medio ambiente exige se pongan filtros purificadores. El Ministerio de Industrias se opone porque el producto pierde competitividad.

El Ministro de Trabajo respalda al de Industrias porque se pierden puestos de trabajo en caso de cerrar la fábrica; los sindicatos apoyan a los dos Ministros aunque sus hijos tomen agua contaminada.

La ciudadanía en general respalda el cierre de la fábrica, a esto se adhieren las organizaciones no gubernamentales.

Finalmente el Estado sigue manteniendo la fábrica, " es que no se puede detener el desarrollo del país".

La decisión estatal se produce no obstante haber cuatro votos por la salud y solamente tres por la contaminación. Predominó el interés unilateral y desarrollista del estado frente a la salud humana.

Veamos otros ejemplos para respaldar la importancia de la salud

ambiental en su vinculación con el modelo de desarrollo. Puerto Rico produce 336.000 toneladas de contaminantes tóxicos al año sin contar con la escoria radiactiva.

Las consecuencias para la salud se dejan ver en Ciudad Cristiana sobre todo por envenenamiento por mercurio: enfermedades crónicas, mal formaciones congénitas, retraso mental y dificultades del aprendizaje. Los gases tóxicos producen polineuropatías con síntomas como: entumecimiento de varias partes del cuerpo, de la cara, de los labios, la lengua y los órganos sexuales; hay aumento considerable de las enfermedades pulmonares y de la piel, así como también pérdida temporal de la memoria. A esto se añade; ausentismo por accidentes laborales y stress.

Según la Organización Internacional de Consumidores IOCU, se estima que en 1988 "dos millones de personas se envenenaron con plaguicidas, a un nivel de tanta gravedad que requieren hospitalización. De estas un 10% muere.

Además según la misma fuente a pesar de que el tercer mundo usa solamente el 20% de la producción de plaguicidas, "aporta" con el 80% de las muertes y el 50% de los envenenamientos.

Entre las patologías crónicas más frecuentes en esta área es necesario tener en cuenta la esterilidad, las malformaciones y la cirrosis hepática. En nuestro país la Dra. Mercedes Bolaños del Ministerio de Agricultura demuestra a través de laboratorio que los 14 grupos de alimentos integrantes de la canasta familiar de Quito, están contaminados, esto es, que sobrepasan los límites permisibles establecidos por la OMS y FAO.

En el estudio están presentes los órgano-clorados como el: DDT, Aldrin, Dieldrin, Endrin, Heptacloro, Lindano y Clordano.

Según estimación de Petroecuador, en Quito existen 170.000 máquinas y automotores que producen 850.000 litros de aceite usado que son vertidos al Río Machángara convirtiéndolo en una

de las mayores fuentes de contaminación tóxica a causa de hidrocarburos, metales pesados, compuestos químicos, orgánicos e inorgánicos.

Los ejemplos locales y mundiales sobre la degradación ambiental han permitido a los economistas europeos y norteamericanos, concluir que a partir de los años 60 el crecimiento del PNB no conllevó mejoramiento de la calidad de vida sino deterioro.

Si esto es así, la pregunta es ¿porqué en el Ecuador y en el Mundo persistimos en consolidar un modelo de salud que es contraproducente para la vida?

EL MODELO DE SALUD OFICIAL

Son evidentes las relaciones del modelo oficial de salud y el modelo de desarrollo, ambos se complementan y expresan los mismos intereses. Es mas sensible la relación, cuando por sobre los reales intereses de la salud prevalecen los que supuestamente son superiores para el mantenimiento del estatu-quo y la rentabilidad económica que lo respalda. Esta equivocada jerarquización de intereses es a ojos vista causal para el deterioro del medio y la salud.

Repasemos en apretada síntesis las consecuencias de la aplicación del modelo ortodoxo de salud, a través de considerar algunas experiencias.

Desde hace algunos años, las ONGs. locales vienen realizando investigaciones en la comunidad, que han permitido arribar a importantes conclusiones en torno a esta temática; y, paralelamente proponer alternativas de solución. Los resultados de un estudio clínico y de laboratorio realizado en 1.000 niños del cordón fronterizo en la provincia de Loja, arrojan resultados francamente alarmantes, pues, solamente el 20% es normal en términos nutricionales, mientras que el 80% restante es desnutrido; 60% en primer grado, 13,3% en segundo, y 6,6 en

tercero(1). A diez años de realizado este estudio, una investigación del Consejo Nacional de Desarrollo, CONADE(2), corroboró los resultados, demostrando con ello más bien un retroceso en las condiciones de vida y salud de los ecuatorianos.

Aproximadamente por el mismo tiempo que se realizó el estudio en Loja, (1980), se efectuó otro en la Provincia de Imbabura(3), en esta oportunidad, se investigó la práctica de la medicina tradicional comparada con la oficial. El resultado fue favorable para la primera, por que fue posible constatar, la vigencia de una alternativa de salud que florecía en el marco de su cultura ancestral y que privilegiaba en el fondo una armónica relación con el ambiente natural.

Un estudio citado por Wilson Torres en su libro titulado medio Ambiente y Desarrollo señala: "a la luz de la información disponible, la mayor accesibilidad a tecnologías médicas modernas, por sobre las prácticas tradicionales, no parece traducirse en un mejor nivel de salud. Ni en una mejor expectativa de vida en las poblaciones bajo estudio".

1.2 JUSTIFICACION

Las características del Sistema de Salud actual, básicamente representado por el Ministerios de Salud Pública, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Beneficencia de Guayaquil, Gobiernos Seccionales y Empresa Privada, no han permitido llenar las expectativas de los Ecuatorianos en cuanto a salud.

Son cada vez más alarmantes las tasas de morbi-mortalidad general, materno-infantil, producidas por causas en su mayoría prevenibles vinculadas con el mal manejo de los recursos.

- | | | |
|-----|------------|--|
| (1) | W. MENA: | Situación Nutricional en Loja (80) |
| (2) | V. FREIRE: | Estado Nutricional de la Población Infantil en el Ecuador (90) |
| (3) | CAAP: | Medicina Tradicional en la Región Andina (81) |

La dispersión de servicios, es causa de duplicación de esfuerzos y mal gasto que en muchas oportunidades se torna en derroche. En síntesis, el Sistema Unico de Salud enfocado a la Seguridad Nacional, se justifica porque la forma en que actualmente se lo concibe, tiene grandes deficiencias, tanto en términos cuantitativos, referidos a las bajas coberturas de atención, así como también, por la mala calidad de los servicios.

1.3 EL PROBLEMA

Desde hace muchos años, diversos tratadistas nacionales e internacionales, han formulado propuestas teóricas sobre esta temática; sin embargo, ha faltado en ella el análisis sistemático y global, que enfoque las soluciones como un objetivo nacional en el que organizadamente intervenga todo el pueblo ecuatoriano, poniendo de sí su inteligencia y recursos.

Se insiste en que para mejorar las coberturas y la calidad de los servicios, una condición previa es el aumento de presupuesto, sin tener en cuenta que la prioridad es la racionalización y optimización de los recursos, además el establecimiento de políticas que orienten en forma clara las actividades del sector

Hipótesis.

La ampliación de cobertura y el mejoramiento de la calidad de atención médica, es posible mediante la organización de un Sistema Unico de Salud, basado en la atención primaria de salud, la medicina tradicional, la organización popular y comunitaria, la optimización y racionalización de recursos, la identificación de los grupos más vulnerables y la descentralización administrativa para la salud. Esto implica diseñar políticas claras sobre atención de la salud y saneamiento ambiental; integración de servicios mediante reformas constitucionales, y; asegurar un financiamiento adecuado.

1.4 OBJETIVOS.

1.4.1 Objetivo General

En el marco de la Seguridad Nacional aumentar la cobertura y calidad de atención de la salud, sobre todo en los sectores más vulnerables de la población: mujeres, niños, ancianos, discapacitados (físicos sensoriales y mentales), e indígenas.

1.4.2 Objetivos Específicos

1.4.2.1 Ofrecer un paquete de servicios básicos fundamentados en la atención primaria de salud

1.4.2.2 Determinación de los actores y roles que cumplirán.

1.4.2.3 Diseñar el modelo de atención, incluyendo niveles, áreas y funcionamiento.

1.4.2.4 Garantizar el financiamiento

1.5 GRUPOS VULNERABLES PRIORITARIOS PARA EL ESTABLECIMIENTO DE METAS

1.5.1 Incorporar al sistema a toda la población indígena, respetando su cultura y produciendo una adecuada articulación entre la medicina tradicional y la occidental.

1.5.2 Incorporar al sistema a todas las madres y niños, con base en diversas estrategias como son por ejemplo: el "Hospital Amigo", las inmunizaciones y la alimentación complementaria, lactancia materna y alojamiento conjunto.

- 1.5.3 Fortalecer el sistema de atención al anciano, con base en las prestaciones del IESS y un programa específico financiado por el Estado a través del Ministerio de Bienestar Social.
- 1.5.4 Fortalecer el sistema de atención al minusválido, haciendo posible una creciente incorporación de esta población al aparato productivo como estrategia básica de rehabilitación.

1.6. METODOLOGIA.

El método se basa en identificar socioeconómicamente los grupos más vulnerables de la población, y luego teniendo en cuenta sus características culturales integrarlos al sistema. Incorporación que estará precedida por un proceso de concientización.

En segundo lugar el método se fundamenta en un mensaje claro de salud, que puede ser captado fácilmente por toda la comunidad, y los que es más pueda ser aceptado, y en esa medida lograr el compromiso con sus contenidos y susceptible de llevarse a la práctica mediante la organización y la autogestión.

En síntesis, el método se basa en propiciar una activa y armónica relación entre actores y medio ambiente natural y social.

1.2 ANTECEDENTES

1.2.1 LA DOCTRINA DE LA SEGURIDAD NACIONAL APLICADA AL DESARROLLO

1.- La doctrina de la Seguridad Nacional se basa en una integración total con el pueblo. Esto quiere decir que las fuerzas castrenses se articulan con la sociedad civil y juntas constituyen el poder del Estado.

"La doctrina militar pone énfasis en la tecnificación, entrenamiento y motivación profesional de sus hombres. Se

busca crear soldados-ciudadanos que se integren a los problemas y soluciones de la Sociedad Civil, pero que al mismo tiempo sean combatientes temibles en tiempo de guerra. A la vez, las F.F.A.A. le plantean a la sociedad un ciudadano-soldado que asuma también una responsabilidad en la seguridad de la nación" 1. Blanco y Negro.- 12-02-95. En este marco los objetivos nacionales, se dividen en tres grupos:

- 1.- Seguridad del Estado y la Nación
- 2.- Bienestar del pueblo y Desarrollo Nacional.
- 3.- Prestigio Nacional.

Mientras que los Objetivos Nacionales Permanentes concebidos como "las más altas aspiraciones" son:

- 1.- La Integridad Nacional.
- 2.- La Integración Nacional.
- 3.- La Soberanía.
- 4.- El Desarrollo Integral.
- 5.- La Justicia Social.
- 6.- La Democracia.
- 7.- La Protección del Medio Ambiente (Equilibrio Ecológico).

En el análisis de los Objetivos Nacionales Permanentes, es notorio que sus interrelaciones les permite actuar como un todo, esto es, como un sistema integrado.

Vista así, la Seguridad Nacional constituye un referente idóneo para que a través de él forjemos otros subsistemas como por ejemplo el relativo a la Salud, que indudablemente esta vinculada con diferente intensidad a todos los Objetivos Nacionales, principalmente a la: Integración Nacional, el Desarrollo Integral, la Justicia Social, la Democracia y la Protección del Medio Ambiente.

1.2.2 LA AGENDA 21 RIO 92

En el planteamiento del SUS-Ecuador, resulta importante adoptar una metodología, que nos permita conducir el planteamiento. Esta metodología se basa en hacer acópis de las directrices sobre salud entregadas por la Cumbre de la Tierra, celebrada en Río de Janeiro en 1992 y conjugarla con la realidad sanitaria en el Ecuador.

El capítulo 6 relativo al Fomento y Protección de la Salud, de la Conferencia de Río 1992, fue entregada como mandato de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS a su vez, la entregó con las mismas características a la Organización Panamericana de la Salud (OPS); y por esta vía el Ecuador que asistió a la Conferencia, aceptó como mandato orientar su política de salud en torno al ambiente y al desarrollo sostenible.

Evidentemente el planteamiento de Río92, no se contrapone con los principios de la seguridad nacional y más bien se complementan uno a otro. Mientras Río 92, constituye el gran paraguas donde en forma armoniosa se juntan los países; la Seguridad Nacional en el caso del Ecuador viene siendo el basamento teórico-práctico para construir el Sistema Unico de Salud. (SUS).

1.2.3 VINCULACIONES DE LA AGENDA 21 RIO 92 CON LA REALIDAD NACIONAL.

La necesidad de explicar las diversas interacciones entre el cap. 6 de la Agenda 21, nos conduce a un modelo gráfico circular en el que interactúan con diverso grado de intensidad, Programas, Niveles y Dimensiones.

Las interacciones a su vez, tienen su basamento en tres fases, que son: Diagnóstico, Soluciones y Control.

Las principales interacciones en que se basa el SUS son:

Los cinco programas en el cap. 6: Atención Primaria de Salud, Enfermedades Transmisibles, Grupos Vulnerables, Salubridad Urbana y Anticontaminación.

Los cinco programas operativos a su vez interactúan con los niveles Comunitario o Sociedad Civil, El Estado, la Cooperación Internacional y el Medio Ambiente.

A continuación, tanto los programas operativos cuanto los Niveles actúan con las dimensiones: Socio-económica, Gestión de Recursos para el Desarrollo, Fortalecimiento de Grupos Principales y Medios de Ejecución.

Cada uno de los programas operativos principales, por ejemplo: Atención Primaria de Salud, tienen a su vez componentes para explicarlos y adaptarlos a cada una de las realidades y escenarios en donde se apliquen. En este sentido los programas tienen cuatro componentes que son: Bases para la acción, Objetivos, Actividades y Recursos.

Las interacciones, interprogramas operativos son de diferente intensidad porque de este modo permiten priorizar acciones. Esta es la razón por la que en el SUS-Ecuador preferimos hacer interactuar cinco programas y no los cien que conforman la Agenda 21.

Sin embargo, a pesar de la mayor importancia asignada las interacciones entre los cinco principales, creemos que también es necesario hacer intervenir otros programas, que sin tener la importancia de los cinco programas operativos principales, contribuyen a complementar y explicar el SUS-Ecuador en toda su magnitud y globalidad; nos referimos a las interacciones prográticas: Primarias, Secundarias y Terciarias en los diversos capítulos de la Agenda 21.

INTERACCIONES PRIMARIAS

- 1.- Lucha contra la pobreza.
- 2.- Mejoramiento de la capacidad gerencial en las empresas públicas prestatarias de servicios sanitarios básicos.
- 3.- Desarrollo de Biotecnologías apropiados por ejemplo para combatir el paludismo.
- 4.- Agua Potable
- 5.- Residuos químicos y tóxicos.
- 6.- Residuos sólidos.
- 7.- Recursos financieros.
- 8.- Información.

INTERACCIONES SECUNDARIAS

- 1.- Relaciones económicas y comerciales
- 2.- Interacciones medio ambientales y desarrollo.
- 3.- Protección de la atmósfera.
- 4.- Planificación del recurso tierra.
- 5.- Lucha contra la deforestación.
- 6.- Desarrollo agrícola y rural.
- 7.- Conservación de la biodiversidad.
- 8.- Manejo de los residuos radioactivos.
- 9.- Desarrollo de programas específicos y especiales para: mujeres, jóvenes e indígenas.
- 10.- Tecnología.
- 11.- Ciencia.
- 12.- Capacitación, educación y toma de conciencia.
- 13.- Aumento de la capacidad.
- 14.- Convenios institucionales internacionales.

INTERACCIONES TERCIARIAS

- 1.- Evolución de las modalidades de consumo.
- 2.- Demográfica.
- 3.- Desertificación y sequía.
- 4.- Ecosistema de montaña.

- 5.- Protección de océanos, mares y zonas costeras.
- 6.- Manejo de desechos peligrosos.
- 7.- Papel de las organizaciones no gubernamentales
- 8.- Rol de autoridades locales.
- 9.- Trabajadores y sindicatos.
10. Comercio e Industria.
11. Comunidades científicas y tecnológicas.
- 12.- Agricultores.
- 13.- Instrumentos y mecanismo jurídicos.

1.2.4 PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS INTERSECTORIALES DEL SUS-ECUADOR VINCULADOS AL CAPITULO 6.

Se trata de: Teniendo como referencia las Bases, Objetivos, Actividades y Recursos de cada una de los Cinco Programas Operativos Principales de la Agenda 21, desarrollar los planes, programas y proyectos intersectoriales en el Ecuador que en la actualidad y para el futuro, estarían aportando en mayor proporción al fomento y la protección de la salud y por tanto a conseguir un aumento sustancial de coberturas y a mejorar la calidad de los servicios, mediante la estrategia de racionalizar y optimizar los recursos y por otra parte hacer participar a la comunidad en forma interactiva con el Estado, en el marco de un riguroso control del medio ambiente. En otros términos se trata de diagnosticar la situación en cada uno de los programas operativos y proyectos, sugerir las soluciones más apropiadas y finalmente, establecer mecanismos de control que permitan monitorear las acciones y por otra parte retroalimentar cada uno de los planes, programas y proyectos ejecutados.

Para ilustrar mejor la situación actual y propuesta, relativa a las relaciones intersectoriales del SUS-Ecuador con el Capítulo 6, a continuación mostramos en los siguientes cuadros los programas y las instituciones responsables. Cuadro No.1 y No.2

Cuadro No.1

SITUACION ACTUAL

PROGRAMAS:	INSTITUCION RESPONSABLE
1. ATENCION PRIMARIA DE SALUD (APS)	
FORTALECIMIENTO Y AMPLIACION DE LOS SERVICIOS BASICOS DE SALUD EN EL ECUADOR (FASBASE)	MINISTERIO DE SALUD PUBLICA (MSP)
SEGURO MEDICO GENERAL	INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL (IESS)
SEGURO SOCIAL CAMPEÑO	IESS
2. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	MSP - IESS - OTROS
3. SALUBRIDAD URBANA	MINISTERIO DE DESARROLLO URBANO Y VIVIENDA.- SUBSECRETARIA DE SANEAMIENTO AMBIENTAL (MDUyV - SSA Ex-IEOS)
AGUA POTABLE Y ALCANTARILLADO	ASOCIACION NACIONAL DE EMPRESAS DE AGUA POTABLE Y ALCANTARILLADO (ANEMAPA)
DESECHOS SOLIDOS	MUNICIPIOS
SALUBRIDAD RURAL	?
4. GRUPOS VULNERABLES	
MATERNAL INFANTIL	MSP
OPERACION RESCATE INFANTIL (ORI)	MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL (MBS)
FONDO DE INVERSION SOCIAL DE EMERGENCIA	FISE
EDUCACION PARA LA SALUD E INTERCULTURAL BILINGUE	MINISTERIOS DE EDUCACION Y SALUD
EMPLEO EMERGENTE	MINISTERIO DE TRABAJO
5. ANTICONTAMINACION	?
MANEJO DE DESECHOS SOLIDOS Y LIQUIDOS	
CONTROL DE LA CONTAMINACION ATMOSFERICA	
MANEJO DE RESIDUOS QUIMICOS Y TOXICOS	
MANEJO DE DESECHOS HOSPITALARIOS	
6. VARIOS PROGRAMAS DE ATENCION DE SALUD	FUERZAS ARMADAS JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL GOBIERNOS SECCIONALES ONG's COMUNIDADES RELIGIOSAS PRIVADOS

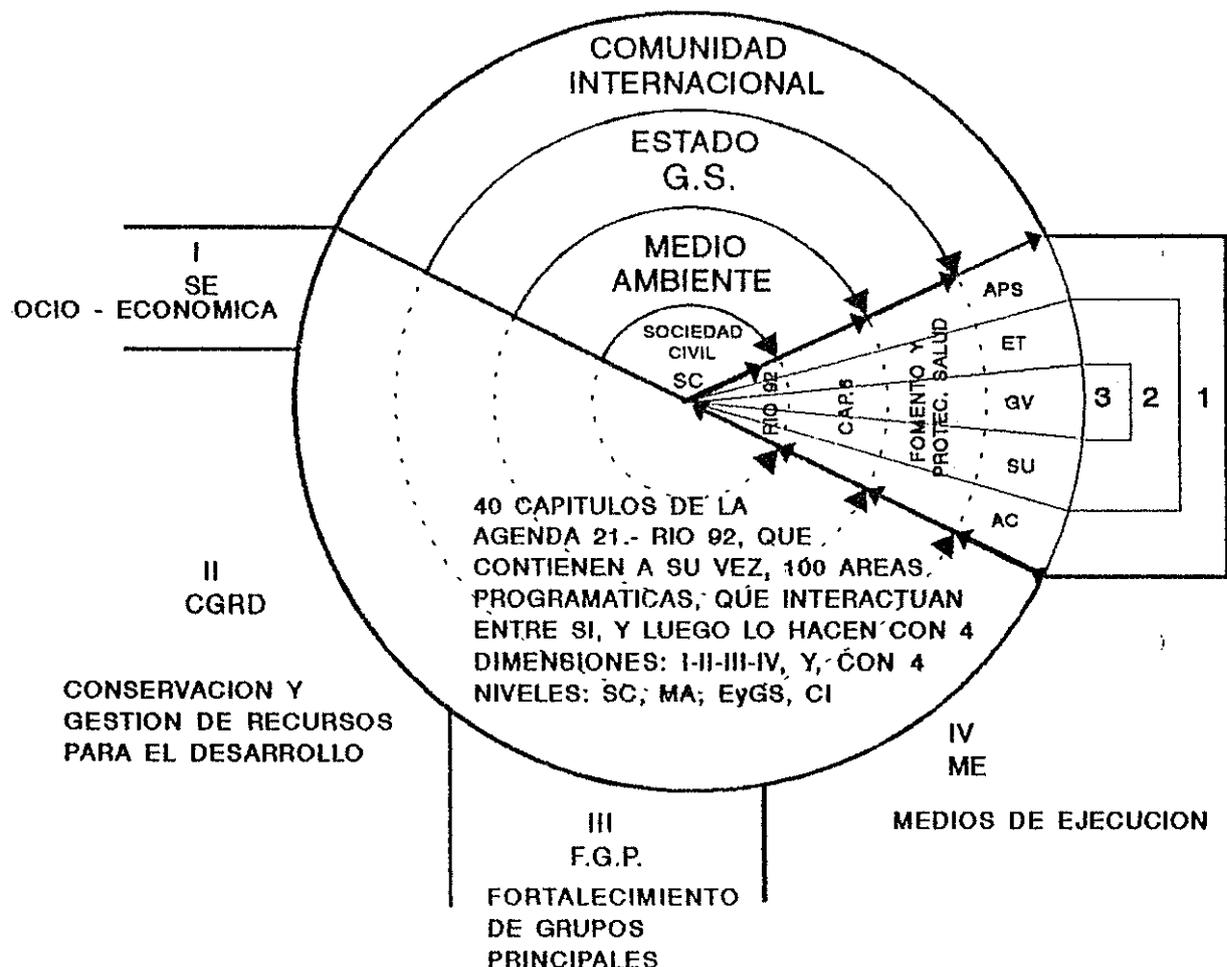
Cuadro No.2

SITUACION PROPUESTA

PLANES PROGRAMAS Y PORYECTOS	INSTITUCION RESPONSABLE
1. ATENCION PRIMARIA DE SALUD Y HOSPITALARIA. FASBASE, MAS TODOS LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS - CURATIVOS DE REHABILITACION Y FOMENTO DE LA SALUD DEL MSP.	SEGURO MEDICO SOCIAL (SMS)
SEGURO MEDICO GENERAL	SMS
SEGURO SOCIAL CAMPESINO	SMS
2. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	SMS - MSP - OTROS
3. SALUBRIDAD URBANA Y RURAL	
AGUA POTABLE Y ALCANTARILLADO	MSP - ANEMAPA
DESECHOS SOLIDOS	MSP - MUNICIPIOS
SANEAMIENTO BASICO RURAL	MSP - CONSEJOS PROVINCIALES
4. GRUPOS VULNERABLES	SMS - MSP - MBS - MT - ME - OTROS
MATERNO - INFANTIL	
INDIGENAS	
ANCIANOS	
MUJERES	
MINUSVALIDOS	
5. ANTICONTAMINACION	MSP - GOBIERNOS SECCIONALES
6. VARIOS PROGRAMAS DE ATENCION DE SALUD	MSP, EN TERMINOS TECNICO-NORMATIVOS
7. CONTROL Y AUDITORIA	SUPERINTENDENCIA SANITARIA
8. ECONOMICO - FINANCIERO	FONDO NACIONAL DE SALUD
9. INFORMATICO	SISTEMA NACIONAL DE INFORMACION
10. PLANIFICACION INTERSECTORIAL EN SALUD	DIRECCION NACIONAL DE PLANIFICACION

Sistema Unico de Salud - Ecuador

POLITICA: SALUD - AMBIENTE Y DESARROLLO



INTERACCIONES

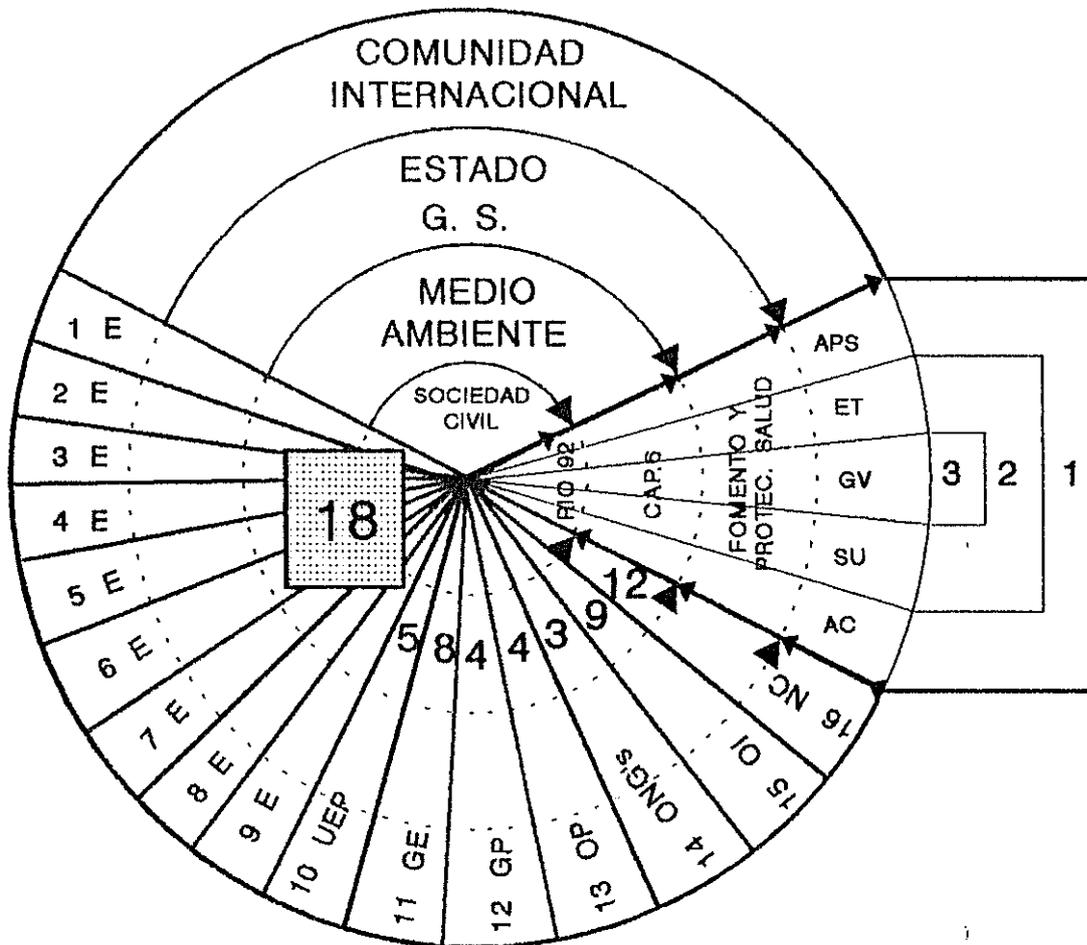
PRIMARIAS	(1)
SECUNDARIAS	(2)
TERCIARIAS	(3)

CAPITULO 6: FOMENTO Y PROTECCION DE LA SALUD

AREAS PROGRAMATICAS:

APS	ATENCION PRIMARIA DE SALUD
ET	ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
GV	GRUPOS VULNERABLES
SU	SALUBRIDAD URBANA
AC	ANTICONTAMINACION

Sistema Unico de Salud - Ecuador

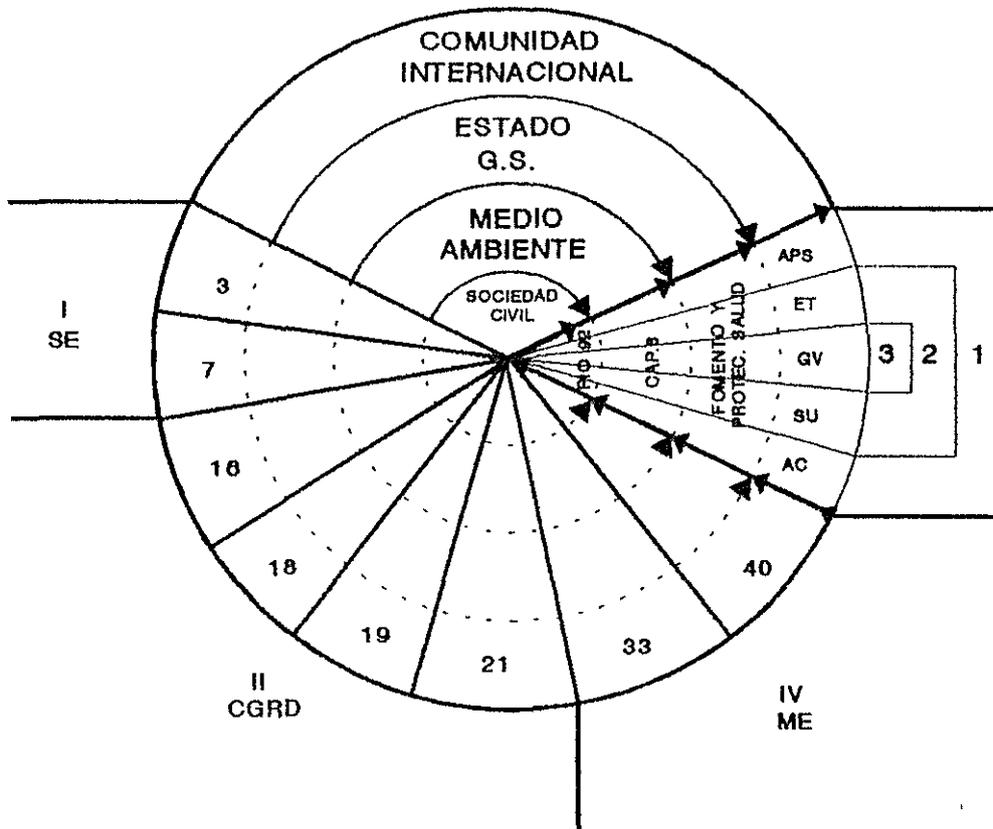


SECTORES PARTICIPANTES

- | | |
|---------------------------------------|-------|
| 1. FRENTE SOCIAL | E |
| 2. FRENTE DE LA PRODUCCION | E |
| 3. FRENTE ECONOMICO | E |
| 4. MINISTERIO DE DEFENSA | E |
| 5. CONGRESO | E |
| 6. C.S. DE JUSTICIA | E |
| 7. CONTRALORIA | E |
| 8. INSTITUCIONES ESTATALES | E |
| 9. GOBIERNOS SECCIONALES | E |
| 10. UNIVERSIDADES Y ESC. POLITECNICAS | UEP |
| 11. GREMIOS EMPRESARIALES | GE |
| 12. GREMIOS PROFESIONALES | GP |
| 13. ORGANIZACIONES POPULARES | OP's |
| 14. ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES | ONG's |
| 15. ORGANIZACIONES INTERNACIONALES | OI |
| 16. MEDIOS DE COMUNICACION | MC |

SUS - ECUADOR

Sistema Unico de Salud - Ecuador



CAP. 6 INTERACCIONES PRIMARIAS: 8 NUMERO
1 TIPO
70 PESO

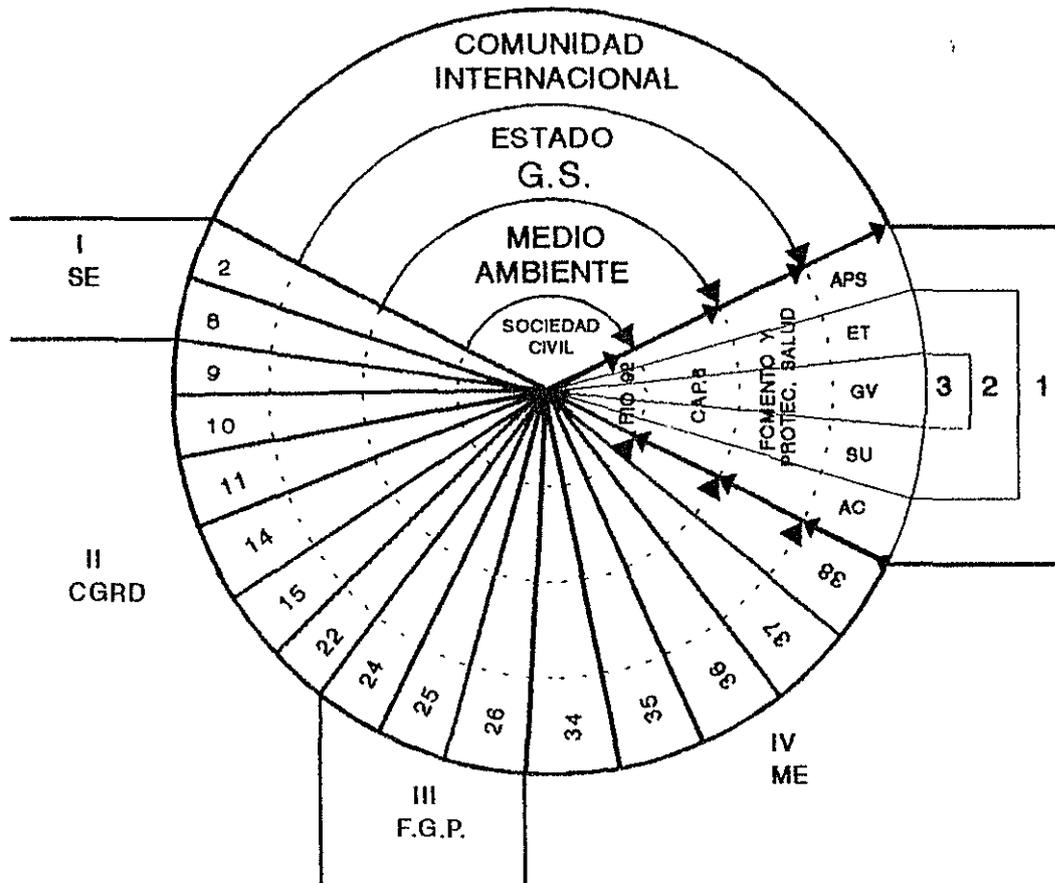
- 3. LUCHA CONTRA LA POBREZA
- 7. ASENTAMIENTOS HUMANOS
(ASPECTOS ADMINISTRATIVOS)
- 16. BIOTECNOLOGIA
- 18. AGUA POTABLE
- 19. RESIDUOS QUIMICOS Y TOXICOS
- 21. RESIDUOS SOLIDOS Y AGUAS CLOCALES
- 33. RECURSOS FINANCIEROS
- 40. INFORMACION

DIMENSIONES:

- I SOCIO ECONOMICA
- II CONSERVACION Y GESTION DE RECURSOS PARA EL DESARROLLO
- IV MEDIOS DE EJECUCION

SUS - ECUADOR

Sistema Unico de Salud - Ecuador



CAP. 6. INTERACCIONES SECUNDARIAS: 16 NUMERO
2 TIPO
20 PESO

2. RELACIONES ECONOMICAS Y COMERCIALES
8. INTERACCION MEDIO AMB. Y DESARROLLO
9. PROTECCION DE LA ATMOSFERA
10. PLANIFICACION Y DEL RECURSO TIERRA
11. LUCHA CONTRA LA DEFORESTACION
14. DESARROLLO AGRICOLA Y RURAL
15. CONSERVACION DE LA BIODIVERSIDAD
22. MANEJO DE LOS RESIDUOS RADIATIVOS
24. MUJERES
25. NIÑOS Y JOVENES
26. INDIGENAS
34. TECNOLOGIA
35. CIENCIA
36. CAPACITACION, EDUCACION Y TOMA CONCIENCIA
37. AUMENTO CAPACIDAD
38. ARREGLOS INSTITUCIONALES INTERNACIONALES.

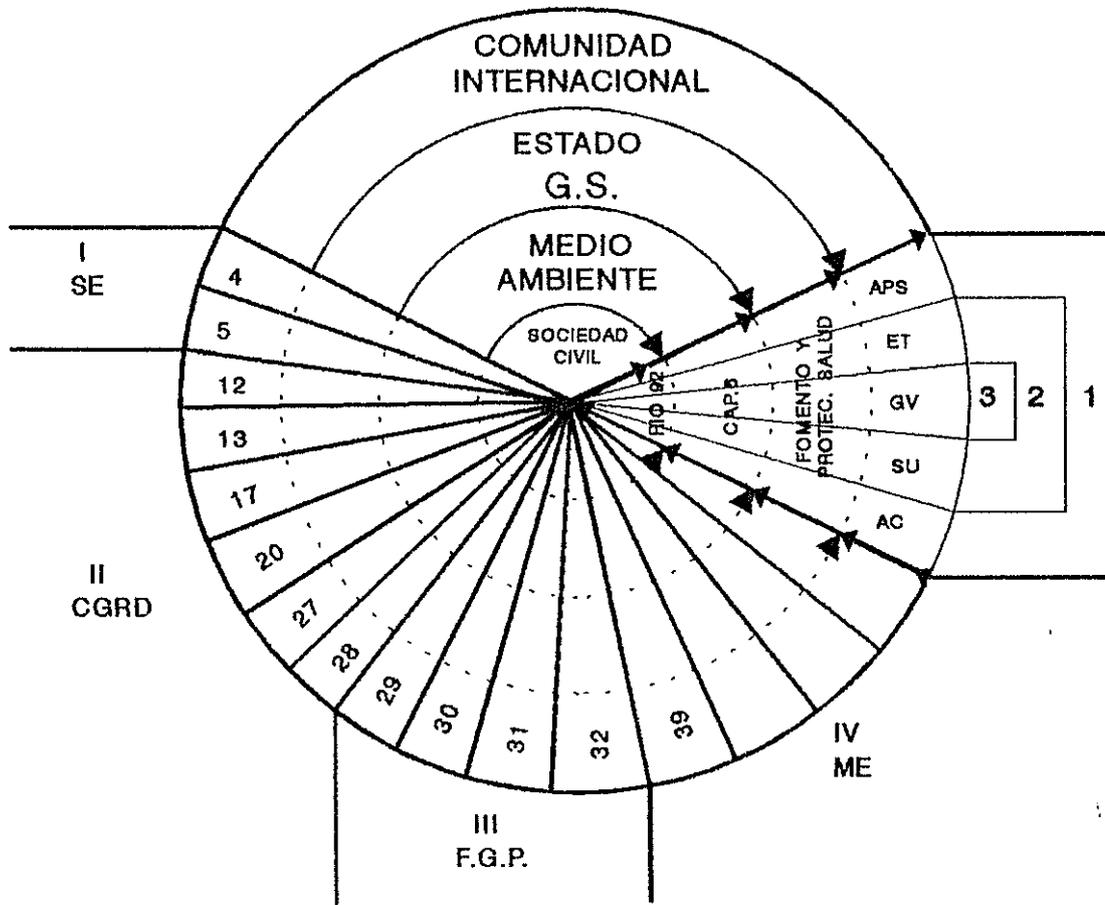
DIMENSIONES:

- I SOCIO ECONOMICA
- II CONSERVACION Y GESTION DE RECURSOS PARA EL DESARROLLO
- III FORTALECIMIENTO DE GRUPOS PRINCIPALES
- IV MEDIOS DE EJECUCION

WM/hcp

SUS - ECUADOR

Sistema Unico de Salud - Ecuador



CAP. 6. INTERACCIONES TERCIARIAS: 3 TIPO
14 NUMERO
10 PESO

- 4. EVOLUCION DE LAS MODALIDADES DE CONSUMO
- 5. DINAMICA DEMOGRAFICA
- 12. DESERTIFICACION Y SEQUIA
- 13. ECOSISTEMA DE MONTAÑA
- 17. PROTECCION DE OCEANOS, MARES Y ZONAS COST.
- 20. MANEJO DE DESECHOS PELIGROSOS
- 27. ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES
- 28. AUTORIDADES LOCALES
- 29. TRABAJADORES Y SINDICATOS
- 30. COMERCIO E INDUSTRIA
- 31. COMUNIDADES CIENTIFICAS Y TECNOLOGICAS
- 32. AGRICULTORES
- 39. INSTRUMENTOS Y MECANISMOS JURIDICOS

DIMENSIONES:

- I SOCIO ECONOMICA
- II CONSERVACION Y GESTION DE RECURSOS PARA EL DESARROLLO
- III FORTALECIMIENTO DE GRUPOS PRINCIPALES
- IV MEDIOS DE EJECUCION

WM/hcp

CAPITULO No.II

SUS - ECUADOR
MSP - SMS
CARACTERISTICAS

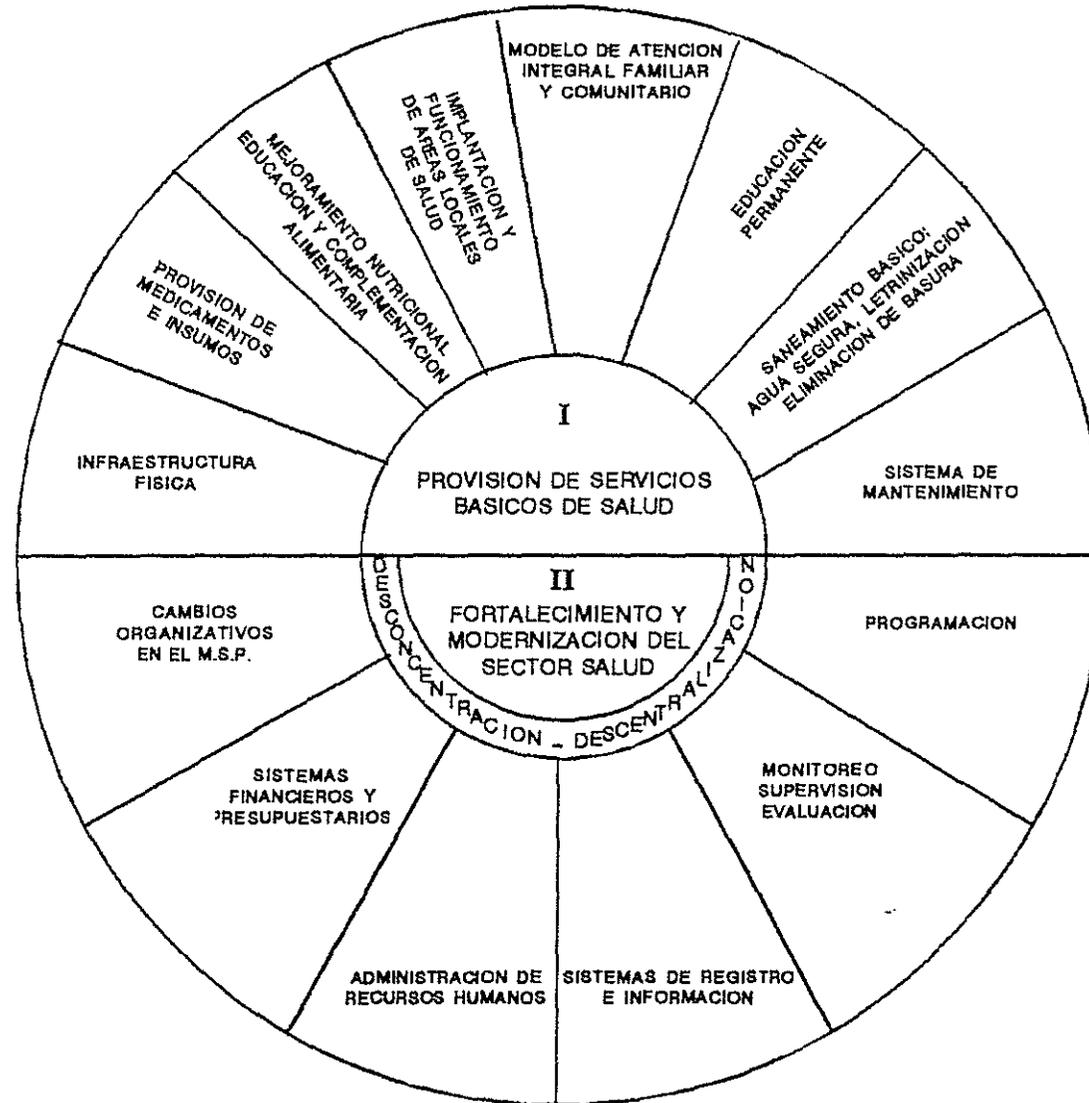
SUS - ECUADOR

MSP - SMS

CARACTERISTICAS

FASBASE: HASTA 1998

- Población a atender :
2 millones de ecuatorianos
- Areas de Salud a desarrollar :
40 áreas de salud en 18 provincias
- Construcción, ampliación o mejoramiento de unidades :
 - * 15 subcentros rurales y urbanos
 - * 22 centros de salud
 - * 23 hospitales cantonales
- Personal a incorporarse o a ser reasignado :
 - * 1300 médicos
 - * 2000 enfermeras
 - * 700 auxiliares de salud comunitaria
 - * 300 tecnólogos varios
 - * 600 técnicos administrativos varios



CAPITULO II

MODELO DE ATENCION

LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD, EL MODELO DE ATENCION Y LOS SISTEMAS LOCALES

2.1. CONSIDERACIONES PREVIAS

El punto de referencia para la atención de la salud a la población son evidentemente, los problemas de salud y entre ellos, merecen especial prioridad aquellos que son más frecuentes, los que causan mayores daños y los generan mayor demanda por parte de las personas. Para enfrentar esos problemas la medicina cuenta con un arsenal de medidas de eficacia probada, ponerlas al alcance de la población necesitada con la oportunidad que cada situación amerita es el papel de los servicios, modelos o sistemas de salud.

Este planteamiento, teóricamente simple, encuentra en la práctica variadas dificultades, con el resultado de que las medidas eficaces no llegan a los grupos que las requieren, en la cantidad y con la calidad suficientes para causar impacto, las causas son múltiples, muchas tienen que ver con los recursos humanos los cuales no poseen una formación técnica suficiente para enfrentar una amplia gama de problemas de salud ;ni han desarrollado capacidad para analizar la salud en sentido colectivo! o en muchos casos no poseen la habilidad o la disposición para comunicarse con las comunidades a las que prestan los servicios. En otro ámbito, la distribución de los servicios por parte de los planificadores no es equitativa quedando amplios sectores de población sin adecuada cobertura. Ocurre también con frecuencia que la organización de las redes de servicios deja mucho que desear indentificándose numerosas yuxtaposiciones de servicios cuya capacidad resolutive no se complementa sino que se duplica. Finalmente el estilo tradicional de administración centralizada

ha impedido que los servicios establezcan sus propios problemas y ejecuten sus propias soluciones con un grado suficiente de independencia.

La organización Mundial de Salud a través de la Declaración de Alma Alta contribuyó notablemente a focalizar la solución a los problemas de salud a través de su definición de la estrategia de atención primaria, conjunto mínimo de medidas de atención en los campos médico y social que se requieren para lograr la salud para todos. Ellas incluyen "cuando menos: la educación, la promoción nutricional, el abastecimiento de agua y saneamiento, la asistencia materno-infantil; las inmunizaciones; la lucha contra las endemias locales; el tratamiento de las enfermedades y traumatismos comunes y el suministro de medicamentos esenciales".

Estos postulados que se expresaron en 1978 orientaron los esfuerzos de los gobiernos de numerosos países y lograron resultados alentadores en principio pero poco a poco los indicadores de salud fueron estancándose hasta este momento en que se considera altamente improbable conseguir la meta de salud para todos en el año 2000.

Diez años después de Alma Alta, la reunión de Riga, evaluando esta situación destaca de manera clara que a lo largo de los años la planificación de la salud olvidó cuatro postulados esenciales sin los cuales no es viable la atención primaria de salud, ellos son:

- La participación comunitaria, concebida como la intervención popular activa, genuina y permanente de todas las etapas del proceso de desarrollo de la salud de una sociedad.
- La descentralización y desconcentración imprescindible para la toma de decisiones y la participación comunitaria.
- La acción multisectorial y la conjunción de esfuerzos, para afrontar los problemas con la máxima convergencia de

esfuerzos de todos los sectores de una sociedad; y,

- La adopción de tecnologías apropiadas para cada problema y aplicables a cada realidad.

El rescate de estos postulados fue conformando la idea de que un paquete de servicios esenciales para la atención a la salud solo podía proporcionarse a través de una organización transformada de los servicios , ello llevo a la Organización Panamericana de la Salud a plantear el desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS) expresando "La concreción de la atención primaria de salud en el nivel local a través de la participación social, la acción intersectorial, la descentralización y la tecnología apropiada, tendrán su expresión de realidad en los Sistemas Locales de Salud, los cuales tendrán como requisitos (además de los elementos básicos de la atención primaria de salud) una población determinada, una unidad técnico-administrativa de dirección con participación activa de la comunidad y un área geográfica definida".

2.2 LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD EN EL ECUADOR

Los principios hasta aquí referidos fundamentaron el planteamiento que actualmente está desarrollando el Ministerio de Salud a través de las Areas de Salud como expresión de sistemas locales. En ellas reconocerse (con fines académicos) dos modelos:

Un modelo de atención y un modelo de organización.

2.2.1 El Modelo de Atención

Constituye un modelo de atención primaria integral que orienta la prestación de los servicios a la población y el medio ambiente en base al análisis epidemiológico de los problemas locales de salud y a la formulación de soluciones eficientes e eficaces con la participación activa y deliberante de la comunidad.

2.2.1.1 Características generales

Capacidad resolutive (Científico-Técnica) Optima

Las unidades de salud (subcentros, centros y hospitales cantonales) enfrentan con solvencia los problemas que más frecuentemente afectan a la población y los que causan mortalidad temprana. Esto incluye la atención a la patología cotidiana sencilla y a la que requiere intervenciones de complejidad intermedia.

Enfoque de la Atención Integral a la Salud

Con realización de acciones de fomento y protección de la salud (de las personas y el medio ambiente) para evitar la ocurrencia de enfermedades; diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para prevenir la discapacidad o la muerte del paciente y para prevenir la difusión a otras personas.

Énfasis en la Cobertura a Grupos Poblacionales con Mayores Riesgos

De acuerdo a las condiciones biológicas, económico-sociales, culturales y ambientales.

Continuidad de la Atención

Garantizando que los casos que lo ameritan sean oportuna y eficazmente atendidos en los niveles hospitalarios secundario y terciario.

Proyección Extramural

Mediante visitas del equipo de salud a los domicilios, escuelas guarderías, lugares de trabajo y otros espacios comunitarios para cumplir, por una parte, las actividades programadas y, por otra, abordar los problemas de salud

individuales, familiares y comunitarios, relacionándolos con los procesos biológicos y los condicionantes sociales que interactúan en los diferentes ámbitos.

Participación Social

Interacción con la comunidad organizada para desarrollar aspectos relacionados con la atención y gestión de la unidad de salud y con el autocuidado de la salud individual, familiar y comunitaria; así como para apoyar la ejecución de otros programas de desarrollo local.

por otra parte la acción coordinada con otros agentes formales e informales, institucionales o privados de salud locales, es necesaria para mejorar la atención y evitar duplicaciones.

Focalización de las Acciones del Equipo de Salud

Mediante la programación local el equipo de salud responde con definición de actividades y tareas a la situación de salud de cada población, minuciosamente diagnosticada.

Los contenidos de la atención del modelo incluyen:

- a) Acciones específicas frente a problemas comunes a la mayoría de personas, familias y comunidades del país, por lo que se justifica la focalización de esfuerzos y recursos de la unidad de salud como una rutina para el control. Estas acciones comprenden:
 - * El fomento y la protección a la salud de la mujer y el niño.
 - * La atención y vigilancia de la morbilidad que a nivel nacional es más frecuente y produce mayores daños.
- b) Las acciones para los problemas adicionales detectados

y priorizados de acuerdo al perfil epidemiológico local.

Las prestaciones del Modelo (Prestaciones Esenciales, Prestaciones Ampliadas)

La capacidad resolutive de las unidades que conforman el Area de Salud tiene como referencia las principales causas de mortalidad general, mortalidad infantil, mortalidad materna y las tasas de incidencia de las enfermedades sujetas a la vigilancia epidemiológica predominantes.

**PROBLEMAS PATOLOGICOS
PRIORIDADES GENERALES
ECUADOR**

1. Enfermedades intestinales: enteritis y otras enfermedades diarreicas salmonelosis, para-tifoidea.
2. Enfermedades respiratorias: neumonía, influenza, gripe, angina estreptocócica, bronquitis, enfisema, asma.
3. Hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del recién nacido. Anomalías congénitas.
4. Emergencias: accidentados y heridos por causas internacionales, Infarto agudo del miocardio.
5. Hipertensión arterial esencial.
6. Desnutrición intra.útero e infantil.
7. Paludismo.
8. Tétanos, sarampión.

9. Varicela, parotiditis.
10. Tuberculosis pulmonar.
11. Enfermedades de transmisión sexual.
12. Leishmaniasis cutánea.
13. Hepatitis vírica
14. Tumor maligno/Tumor maligno de cuello uterino.
15. Diabetes mellitus

**PROBLEMAS PRIORITARIOS DE PATOLOGIA MATERNA
ECUADOR**

1. hemorragia del embarazo, parto y puerperio
2. Toxemia del embarazo
3. Complicaciones del puerperio
4. Abortos

Estos cuadros de prioridades generales y de problemas prioritarios de patología materna, presentan el marco general de aspectos que deben solucionar los servicios de salud. Por otro lado, estos problemas orientan hacia la capacidad mínima (o esencial) que deben alcanzar los servicios para enfrentar bien sea con actividades promocionales, preventivas, curativas, o de rehabilitación, estos problemas.

Sin embargo, los servicios no pueden soslayar la atención

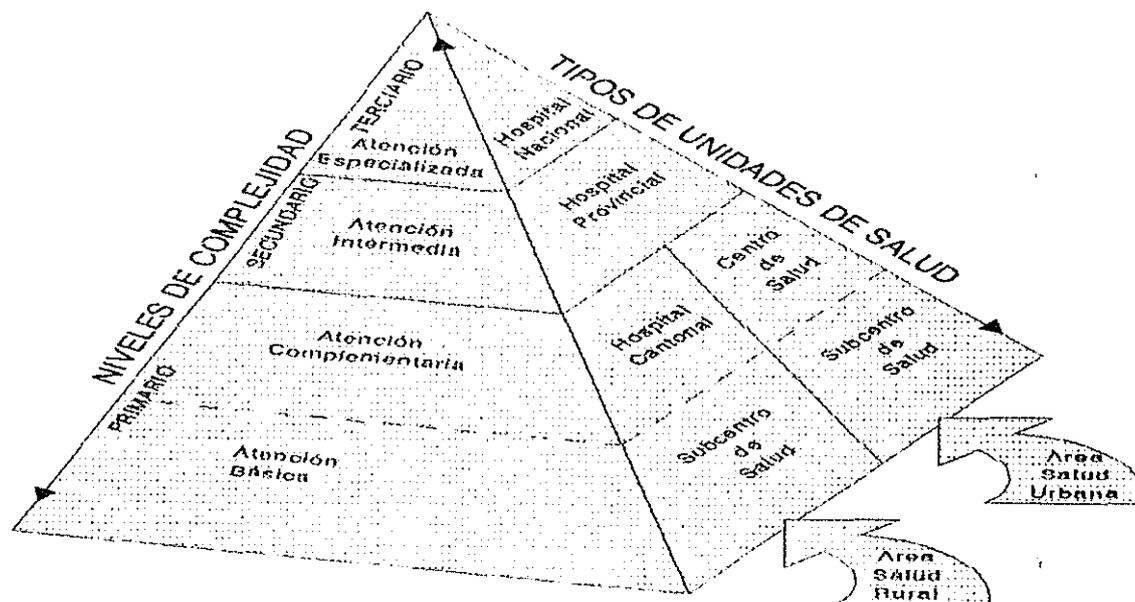
de otros problemas que sin ser muy graves suelen ser frecuentes y originan penosos desplazamientos de la población en busca de atención, resultando en un alto costo social de esas enfermedades, que podrían ser abordados, con una capacidad ampliada de los servicios de atención primaria.

Finalmente la filosofía del modelo identifica como grupos beneficiarios de las prestaciones no solamente a los individuos sino también a las familias y las comunidades con cuidados que van más allá de lo estrictamente asistencial en salud .

En cuadro que viene a continuación pretende sistematizar la capacidad resolutive mencionada:

SUS - ECUADOR

Niveles de Complejidad y Tipos de Unidades de Salud



Fuente: MSP-BIRF-OMS/OPS

El personal, equipamiento y planificación de atención básica permiten resolver un 80% de los problemas de salud más frecuentes, y que no requieren especialización en hospitalización.

El restante 20% se refiere a los centros de salud y hospitales cantonales.

Para la atención complementaria se cuenta con personal especializado y equipamiento que eleva la capacidad de diagnóstico y tratamiento. Pueden resolver aproximadamente un 80% de los problemas referidos desde los subcentros.

Para el nivel terciario o de atención especializada queda el 20% referido desde el nivel secundario y la patología clínico-quirúrgica de alta complejidad que atiende el hospital nacional o de concentración.

En realidad los niveles de complejidad y tipos de unidades de salud del SUS-ECUADOR corresponden básicamente al FASBASE es decir, al proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en el Ecuador (92-98).

2.2 EL MODELO

EL MODELO DE ORGANIZACION : EL AREA DE SALUD

Constituye la "Unidad Funcional" y Administrativa del sistema de servicios de atención primaria y tiene como características principales las siguientes:

- Se establecen como zonas geográficas y poblacionales definidas
- Se integran como una red de servicios de diferente complejidad: Puestos de Salud y Subcentros de Salud (Unidades de Atención Básica), articulados a establecimientos de atención complementaria (hospitales cantonales , control de salud urbanos y centros de salud metropolitanos).
- Interaccionan con establecimientos hospitalarios de complejidad secundaria y terciaria mediante mecanismos de referencia y contrareferencia.
- Funcionan coordinadamente con otras instituciones locales del sector público o privado complementado actividades y recursos.
- Producen y analizan su propia información epidemiológica y gerencial para establecer sus prioridades locales y sus mecanismos de solución.
- Administran sus recursos humanos, financieros y materiales.
- Supervisan y evalúan las actividades de la red de servicios.

OBJETIVOS DEL COMPONENTE DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

1.- EN EL NIVEL CENTRAL

- Dinamizar la gestión agilizando y simplificando el manejo de los recursos humanos, financieros y materiales.
- Conducir el proceso de desconcentración descentralización de la gestión y operación de las Direcciones Provinciales y Areas de Salud a través del desarrollo e implantación de subsistemas, normas e instrumentos técnicos-administrativos (desarrollo de RRHH, programación local, información/informática; formulación y ejecución, etc.).
- Desarrollo de la capacidad de supervisión, control y evaluación a fin de garantizar el apoyo sostenido de los restantes niveles del sistema.
- Promover y coordinar con otras instituciones de salud, ONGs y sector privado, los planes y recursos orientados a la atención de la salud de la población o al mejoramiento del medio.

2. EN EL NIVEL PROVINCIAL

- Apoyar eficazmente a las Areas de Salud para su organización y funcionamiento autosuficiente.
- Incrementar la capacidad de supervisión y control de la red provincial de servicios (Hospitales, Areas de Salud).
- Regular y evaluar las actividades de salud que otras instituciones y organismos públicos y privados realizan en el ámbito de su jurisdicción.

3. EN EL NIVEL DE AREAS DE SALUD

- Articular funcionalmente los servicios de salud de su circunscripción.
- Utilizar eficientemente los recursos locales e incrementar la eficacia de las decisiones para resolver los problemas vinculados con la administración y operación de los servicios bajo dependencia directa.

LA MISION DEL MSP-SMS

Velar por el mejoramiento permanente del nivel de salud y bienestar de la población, coadyuvando a la elevación de su calidad de vida, a través del desarrollo e implantación del Sistema Unico de Salud, estableciendo para el sector salud las políticas y estrategias que permitan a todos los ecuatorianos ejercer el derecho a la salud, constitucionalmente reconocido

2.3 DEFINICION Y DETERMINACION DE ACTORES

Quiénes son los integrantes del SUS- Ecuador y cuál es el rol que cumplen?

Integrantes	Roles
Ministerio de Salud (Reformado)	Establece políticas, normas legales y técnicas en los subsectores: médico- sanitario- ambiental. Misión: Implantar el SUS- Ecuador.
IESS (Reformado)	Gerencia el Subsector Médico; a través del Seguro Médico Social (SMS)
Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda (Reformado)	Gerencia los subsectores sanitario y ambiental en las áreas urbanas y rurales bajo las normas establecidas por el MSP
Fuerzas Armadas Junta de Beneficencia Gobiernos Seccionales Sociedad Civil	Complementan el rol del Min. de Salud, IESS, Min. de Desarrollo Urbano y Vivienda en los Subsectores: Médico-Sanitario-Ambiental.

La Gerencia de los Subsectores Médico-Sanitario-Ambiental es de tipo Holding, esto quiere decir, que cada uno de los Subsectores o Filiales gozan de autonomía legal, administrativa, económica, financiera y técnica, en tanto, las normas son establecidas por el Ministerio de Salud.

FACTORES CRITICOS DE EXITO.

1. Reforma Política que se traduce en reformas a la Constitución.
2. Financiamiento: Adición de los presupuesto estatales, regulares, más aporte de afiliados y complementación de otros sectores, para conformar el Fondo Nacional de la Salud.
3. Cobertura: La población total del país, que participaría del Seguro Médico Social (SMS).
4. Consolidación del Nuevo Modelo de atención.
5. Sistema Nacional de Control. (Superintendencia).

CAPITULO No.III

SUS - ECUADOR
PLANIFICACION

CAPITULO III

LA PLANIFICACION

La planificación en el SUS-ECUADOR girará alrededor de tres ejes centrales: Diagnóstico, Ejecución y Control, para ilustrar y explicar los mecanismos de su funcionamiento nos valemos de un modelo de la Agenda para el Desarrollo (93-96), que tiene tres fases: Diagnóstico, Soluciones y Control.

La amplitud de demandas y las exigencias de la modernización, requieren la aplicación de métodos modernos que permitan identificar claramente los problemas sustantivos que obstaculizan el desarrollo y a partir de ahí dar respuesta a las grandes necesidades que tiene la sociedad ecuatoriana.

Por tal motivo, el Gobierno Ecuatoriano, ha decidido aplicar en la formulación de la Agenda para el Desarrollo (93-96), el método de la Planificación Estratégica Situacional, que permite determinar de manera objetiva y práctica, las principales áreas de conflicto nacionales, precisar acciones para enfrentarlas, generar compromisos, asignar responsabilidades y garantizar su ejecución.

El modelo Ecológico de Planificación en Salud Ambiental, basado en la Agenda 21 de Río 92, identifica diversos tipos de interacciones (problemas) entre el capítulo 6 sobre Fomento y Protección de la Salud; los diversos capítulos y áreas programáticas de este documento y la Agenda para el Desarrollo de Ecuador 93-96:

- Baja cobertura y calidad de los servicios de salud
- Deficiente e inadecuado sistema de seguridad social
- Acceso limitado a medicamentos de uso humano

- Baja cobertura de agua potable y disposición inadecuada de excretas
- Deterioro del medio ambiente y mal manejo de recursos naturales

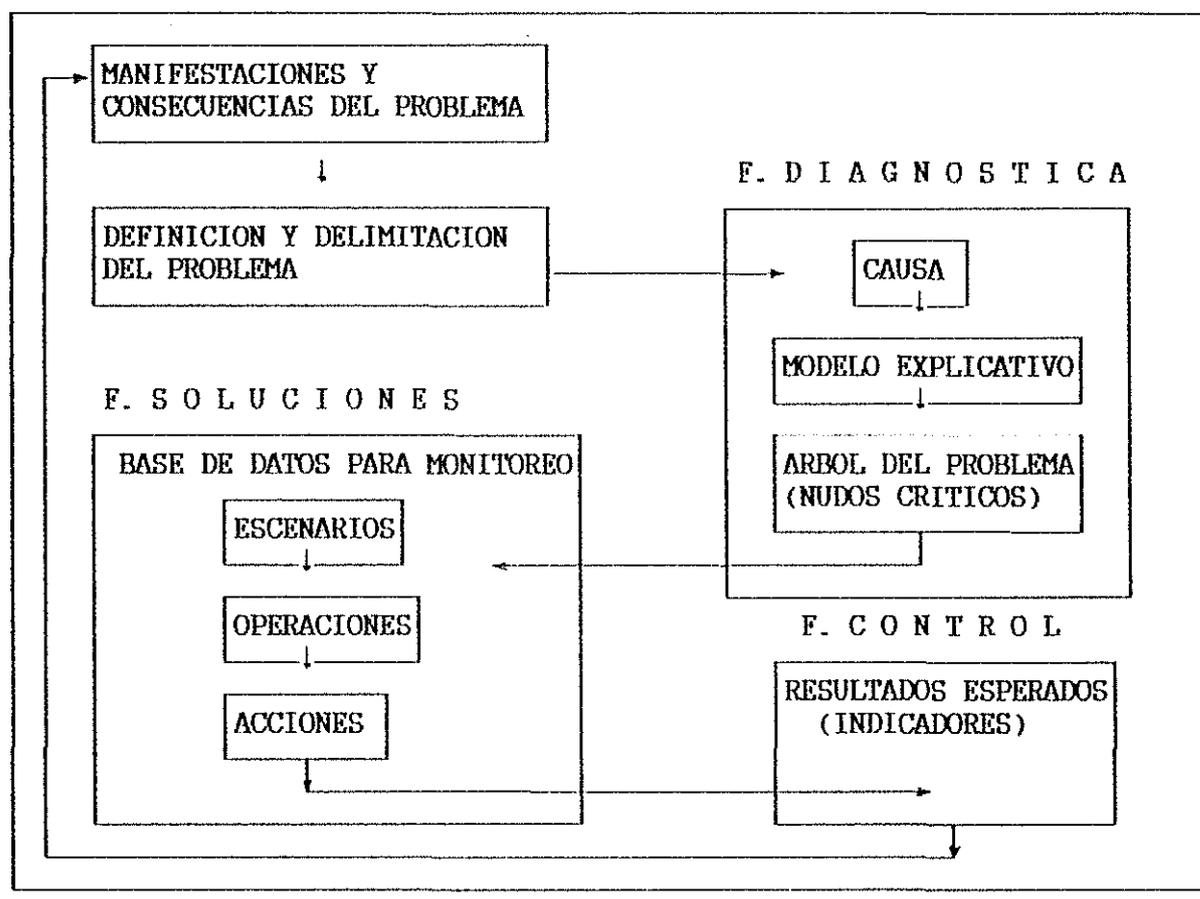
Estos de ningún modo constituyen todos los problemas y obstáculos, solo representan los mas importantes y cuyas causas, conforme a las posibilidades actuales, el Gobierno Ecuatoriano puede solventar.

Por tanto el conjunto de problemas detectados parte de compromisos y no como ha ocurrido en el pasado, de simples deseos que, la mayoría de las veces han sido irrealizables.

Los problemas que se identifican, se definen y delimitan mediante el conjunto de manifestaciones que expresan su alcance y naturaleza, así como las consecuencias sociales, económicas y políticas que de las mismas se derivan. Sobre esa base, se construye un modelo explicativo que recoge y relaciona las causas que intervienen en las manifestaciones del problema.

A partir de las causas se precisan las operaciones que se ejecutarán para modificarlas y los resultados que se pueden obtener en diferentes escenarios: se determina la factibilidad de su realización, su dimensión, el orden en el cual deben ejecutarse y el tiempo que tomará su aplicación.

Con el objeto de alcanzar un mayor grado de precisión y realismo, las operaciones son luego desglosadas en acciones, lo que permite pronosticar resultados en forma responsable y coherente con las circunstancias que puedan presentarse y, posteriormente, facilitar el seguimiento y monitoreo, de suerte que se pueda precisar el grado de cumplimiento de los compromisos adquiridos.



Todos los problemas identificados se presentan bajo el mismo formato:

- Manifestaciones mas visibles del problema
- Causas que lo han generado. Se destacan aquellos sobre las cuales se puede actuar para modificarlas
- Consecuencias de no enfrentarlo
- Operaciones y principales acciones propuestas
- Resultados esperados en el escenario mas probable, en la medida de lo posible en forma de metas y objetivos cuantificables

Todas las acciones cuentan con un responsable de su ejecución, un cronograma de avance y un presupuesto, lo cual posibilitará realizar un seguimiento efectivo del cumplimiento de las actividades gubernamentales durante el período 93-96. En apoyo al fomento y la protección de la salud.

FASES DEL MODELO TOMANDO COMO EJEMPLO LA:
BAJA COBERTURA Y CALIDAD DE LOS
SERVICIOS DE SALUD

A.- FASE DIAGNOSTICA

1. Descripción del Problema
 - 1.1. Manifestaciones
 - 1.2. Causas que identificaron el problema en 1992
 - 1.3. Consecuencias

B.- FASE SOLUCIONES

1. Operaciones Propuestas
2. Arbol del Problema.-
V.D.P. (Valoración de Problemas)

C.- FASE CONTROL

Resultados Esperados
(indicadores)

BAJA COBERTURA Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

A. FASE DIAGNOSTISTICA

1. Descripción del Problema
 - 1.1. Manifestaciones.
 - a.- Alta incidencia de morbi-mortalidad de enfermedades prevenibles, que se reflejan en las altas tasas de mortalidad materno infantil (1.6 y 48.9 por 1.000 nacidos vivos);

- b.- Insuficiente utilización de recursos humanos e infraestructura existentes, medibles en porcentaje de ocupación (67.9%) y alto promedio de días de 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 al parto (Min. de Salud Pública 26%);
- d.- Baja productividad en la capacidad controlada de los servicios de salud: giro cama 41.9, número consultas hab./año 0.7, número egresos hab./año 24.8 por mil.
- e.- Poca confianza de la población en los servicios del Ministerio de Salud Pública: concentración en control prenatal 2.4 consultas en promedio, y en control de menores de 1 año 2.2. consultas; y,
- f.- Elevada incidencia de las infecciones intrahospitalarias.

1.2. CAUSAS QUE IDENTIFICARON EL PROBLEMA EN 1992

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

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

1.3 CONSECUENCIAS

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

**B FASE SOLUCIONES
OPERACIONES PROPUESTAS**

- a.- Rehabilitación hospitalaria mediante la reorganización y modernización de los hospitales del Ministerio de Salud y un cambio en su enfoque de gestión;
- b.- Promoción para el incremento de cobertura de las Unidades Operativas;
- c.- Fortalecer el proceso de desarrollo de las "Áreas de Salud", mejorando su coordinación y alentando la autogestión;
- d.- Desarrollo de mecanismos de referencia bidireccional entre las áreas de salud y otros niveles de atención;
- e.- Planificación con participación de ejecutores y de la comunidad, tanto en hospitales como en áreas de salud;
- f.- Implantar la administración gerencial descentralizado y participativo;
- g.- Reorientación y fortalecimiento de la capacidad de conducción de los servicios de salud;
- h.- Redistribución de los equipos existentes y actualización de las normas para la adquisición complementaria de equipos;
- i.- Establecer sistemas para el abastecimiento de medicamentos e insumos que incluya la posibilidad de adquirirla directamente a proveedores privados;
- j.- Rehabilitación y mantenimiento de equipos con mayor participación de la empresa privada;
- k.- Readecuación de la infraestructura de los servicios de salud para hacerlos funcionales;

- l.- Modernización de los sistemas de carrera y creación de incentivos, para los recursos humanos de las áreas de salud;
- m.- Establecer un sistema de recuperación de costos a través del cobro de los servicios en función del nivel de ingreso de los beneficiarios, de suerte que mejore la autogestión de los hospitales;
- n.- Realizar estudios para definir políticas de privatización de ciertos servicios de salud;
- o.- Revisión y actualización de la base legal de la sindicalización;
- p.- Jerarquizar el Consejo Nacional de Salud para mejorar la coordinación interinstitucional;
- q.- Conformación de organismos colectivos para programación y control a nivel provincial;
- r.- Planificación y ejecución interinstitucional para la solución de los problemas comunes a nivel local; y.
- s.- Creación de una entidad única que oriente el manejo de todos los hospitales públicos del país en base a criterios de autogestión. (SNS) Sistema Nacional de Salud.

C FASE CONTROL

RESULTADOS ESPERADOS

- a.- Reducir las tasas de mortalidad infantil de 48.9 a 42.9 y de mortalidad materna de 1.6 a 1.3 por mil nacidos vivos;
- b.- Mejorar en el porcentaje de ocupación hospitalaria de 67.9 a 75%;

- c.- Reducir el promedio de días de 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 1.2 por habitante;
- f.- Incrementar la cobertura de atención institucional del parto de 26 al 35%
- g.- Aumentar el índice de utilización anual de la cama hospitalaria (gira de cama) de 41.2 a 50; y,
- 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.

Los indicadores de la FASE CONTROL permitirán evaluar resultados en 1996 y la información obtenida, a su vez, será insumo para aplicar con rectificaciones de la política de salud que regirá en el país hasta el año 2000.

CAPITULO No.IV

SUS - ECUADOR
RECURSOS Y
FINANCIAMIENTO

CAPITULO IV

RECURSOS Y FINANCIAMIENTO

Según un estudio, realizado por CEPAL/CONADE/PNUD,¹. El Ecuador en las últimas décadas experimentó un retroceso en el bienestar de sus habitantes.

Los salarios mínimos reales en 1994 correspondieron a menos del 50% de su nivel en 1980.

El malestar social que se expresa en el incremento de la delincuencia, en la inseguridad ciudadana, o en las continuas huelgas y paros, refleja que la población ha soportado y aún soporta el impacto de tal regresión, y de la disminución del gasto social del sector público, que ha declinado del 11,4% al 7,6% entre 1980 y 1992.

Situación de los Ingresos

Si bien es conocido que la desigualdad en la distribución del ingreso es muy marcada en el Ecuador, incluso en comparación con otros países latinoamericanos, no deja de sorprender que un miembro de un hogar perteneciente al grupo de ingresos más bajos (grupos 1) gane trece veces menos que un miembro de un hogar del grupo de ingresos más alto (grupos 5), como se pudo comprobar con la encuesta realizada en Quito.²

Mientras el ingreso promedio per cápita (por trabajo), de los integrantes del grupo de menor ingreso fue de 198.896 sucres en noviembre de 1994, el ingreso promedio per cápita de un miembro del grupo 5, fue de 2'188.000 sucres, en esta misma fecha.

Además el 40% de las personas más pobres de Quito, percibe 13.9% del total de ingresos, mientras el 20% de los de mayor ingreso

¹ Incidencia del gasto público social (1995)

² Encuesta Quito (1994)

recibe el 48.7% del total de egresos.

Si el nivel de ingresos se compara con el valor del costo de la canasta básica calculada por el Instituto nacional de Estadística, INEC, la línea de pobreza al momento de la encuesta era de 807.400 sucres. Al menos el 40% de los hogares en Quito, confrontan una situación de pobreza y 40% de los hogares está sumido en la extrema pobreza.

Los Subsidios.- Los subsidios que el sector público otorga para rubros, como el gas, se consideran como un rezago de las políticas del Estado benefactor, en donde se dio cabida en gran medida a las prestaciones gratuitas, especialmente en salud y en educación y se trato de mantener en un nivel bajo las tarifas de los servicios públicos para limitar los efectos inflacionarios.

"Los subsidios benefician a los más necesitados, aunque los sectores de mayores ingresos también se benefician", concluye el estudio. Cuadro No.3

SUS - ECUADOR
POR QUE EL SUBSIDIO EN SALUD
PARA ORGANIZAR EL SEGURO MEDICO SOCIAL ?

INGRESO ADICIONAL POR SUBSIDIOS
(en porcentajes)

Cuadro No. 3

TIPO DE INGRESO	Grupos de hogares				
	Ingreso promedio S/.198.896	Ingreso promedio S/.415.495	Ingreso promedio S/.644.053	Ingreso promedio S/.1'006.933	Ingreso promedio S/.2'187.856
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Gas	6.9	3.2	2.1	1.2	0.6
Educ. Primaria	8.5	2.5	1.2	0.4	0.1
colación	0.4	0.1	0.1		
Educ. Sacund.	9.8	5.4	1.9	1.0	0.2
Educ. Superior	14.4	9.1	3.6	1.4	0.8
consulta médica	0.1	1.7	0.2	0.3	
papanicolao	0.6	0.2	0.1		
Ingreso Corregido	40.7	22.2	9.2	4.3	1.7

FUENTE: INCIDENCIA DEL GASTO PUBLICO SOCIAL. CEPAL/CONADE/PNUD

EL SUBSIDIO EN SALUD SE JUSTIFICA POR EL ESTADO DE POBREZA CRITICA POR EL QUE ATRAVIEZA LA GRAN MAYORIA DE HOGARES ECUATORIANOS. LOS SUBSIDIOS HASTA AHORA ENTREGADOS NO COMPENSAN NI LEJANAMENTE EL COSTO DE VIDA. POR TANTO, EL SUS-ECUADOR CONTEMPLA SUBSIDIOS DIFERENCIADOS SEGUN EL INGRESO DE LAS FAMILIAS. EL PRIMER GRUPO SERA SUBSIDIADO CASI EN SU TOTALIDAD. EL SEGUNDO Y EL TERCERO, SOLAMENTE EN UN 50%; Y EL CUARTO Y EL QUINTO NO TENDRAN NINGUN SUBSIDIO.

TODOS LOS GRUPOS COTIZARAN INCLUYENDO EL PRIMERO QUE LO HARA EN FORMA SIMBOLICA, MIENTRAS QUE EL SEGUNDO Y EL TERCERO APORTANRAN CON EL 50% Y LOS GRUPOS 4 Y 5 LO HARAN CON EL 100% DE LA COTIZACION PARA EL FINANCIAMIENTO DEL SUS. QUE SERA EL 10% DE TODOS LOS INGRESOS PROMEDIO.

**SEGURO MEDICO - SOCIAL
FINANCIAMIENTO
SIMULACION 1995**

CUADRO No.4

GRUPOS	INGRESO FAMILIAR PROMEDIO x IF EN MILES DE S/.	% DE FAMILIAS	No. FAMILIAS AFILIADAS NFA	% DE SUBSIDIO	COTIZACION MESUAL POR FAMILIA	COTIZACIONES MENSUALES TOTALES P/F EN MILLONES DE S/.
1	200	40	800000	100	0 (1000) †	(2400) †
2	400	20	400000	50	49000	19600
3	600	20	400000	50	49000	19600
4	1000	10	200000	0	98000	19600
5	2200	10	200000	0	98000	19600

FUENTE BASICA: INCIDENCIA DEL GASTO PUBLICO SOCIAL. CEPAL/CONADE/PNUD

- POBLACION 11'500.00
- POBLACION AFILIADA 10'000.000
- PROMEDIO DE MIEMBROS POR CADA FAMILIA: 5
- NUMERO DE FAMILIAS AFILIADAS 2'000.000
- MASA SALARIAL x IF (980.000) xNFA (2'000.000) = S/.1.960'000'000.000 = \$784'000.000
- PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL FAMILIAR (XIMF) = S/.980.000
- PROMEDIO DE INGRESO ANUAL FAMILIAR (xIAF) = S/.11'769.000
- 10% DE COTIZACION MENSUL POR FAMILIA 0 98.000
- 5 GRUPOS DE FAMILIAS ECUATORIANAS SEGUN:
 - INGRESO PROMEDIO MENSUAL, % DE FAMILIAS,
 - NUMERO DE FAMILIAS, % DE SUBSIDIO,
 - COTIZACION POR FAMILIA, COTIZACIONES MENSUALES TOTALES
- 78.400'000.000: TOTAL DE COTIZACIONES MENSUALES
- 940.000'000.000: TOTAL DE COTIZACIONES ANUALES
- INVERSION PER CAPITA ANUAL EN SALUD VIA INGRESOS DEL SMS 94.000
- INVERSION ANUAL VIA PRESUPUESTO MSP (88-93) = S/.60.000 P/C. TOTAL INVERSION ANUAL P/C 154.000
- AUMENTO DEL PRESUPUESTO PARA SALUD AL 10% DESDE 1986 s/.60.000 P/C ADICIONALES
- RENTABILIDAD 50% DE INGRESOS : ADICIONALES
- COOPERACION INTERNACIONAL : ADICIONALES
- DESDE 1987 EL SUS-ECUADOR INVERTIRA S/.200.000 ANUALES POR CADA AFILIADO SUPERANDO EN MAS DEL 200% LA ACTUAL.

† SEGURO CAMPESINO NO SE CONTABILIZA

SUS - ECUADOR
POR QUE DIVIDIR EL SEGURO MEDICO DE LA
ADMINISTRACION DEL FONDO DE PENSIONES ?

CUADRO No.5

Población afiliada y pensionista del IESS					
IESS	AFILIADO	PENSIONISTAS			TOTAL PENSIONES <small>-millones de sucre</small>
AÑO		Jubilados		Montepío	
1984	642,695	7,580	37,332	57,971	7,851
1987	716,185	8,823	42,489	60,557	18,803
1990	858,049	10,356	51,541	65,472	60,047
1993	1,056,198	11,474	63,660	75,475	153,147

FUENTE: DIRECCION DE ASESORIA MATEMATICO ACTUARIAL

LA RESPUESTA ES PORQUE, EN EL SUS-ECUADOR EL SEGURO MEDICO SOCIAL (SMS) FUNCIONA EN FORMA AUTONOMA RESPECTO DE LA ADMINISTRACION DE LAS PENSIONES. MIENTRAS EL SMS SE FINANCIA CON EL 10% DE LOS INGRESOS GLOBALES DE LOS ECUATORIANOS BAJO EL PRINCIPIO DE SOLIDARIDAD QUE QUIEN MAS TIENE AYUDA AL QUE MENOS TIENE. LAS PENSIONES SE ADMINISTRAN BAJO EL CONEPTO DE RENTABILIDAD CON EL 17% DE LOS INGRESOS GLOBALES BAJO EL CONCEPTO DE QUIEN MAS AHORRA MAS RENTABILIZA Y POR TANTO TIENE DERECHO A UNA MEJOR PENSION QUE EL QUE HA AHORRADO MENOS.

MIENTRAS PARA SMS LA ADMINISTRACION SE LA HACE POR EL SISTEMA DE REPARTO, PARA LAS PENSIONES SE HACE POR EL SISTEMA DE CAPITALIZACION INDIVIDUAL. PLANTEADO DE ESTA MANERA EL SUS PUEDE COEXISTIR E INCLUSO COMPLEMENTARSE CON LA EMPRESA PRIVADA EN MATERIA DE RENTABILIDAD Y PRESTACIONES DE SALUD.

SUS - ECUADOR
RECURSOS SANITARIOS Y EFICIENCIA DE LOS HOSPITALES
POR SECTOR EN EL ECUADOR: 1989-90

POR QUE BASAR LA ORGANIZACION DEL SUS-ECUADOR EN LOS RECURSOS DELMSP Y DEL IESS?

CUADRO No.6

Sectores	Población con Cobertura		Camas de Hospital		Médicos		Ocupación de Días Promedio	
	No.	%	No.	%	No.	%	Hospitales(%) b	Estancia c
Sector Público	7,691.0	94.2	13,432.0	80.4	7,872.0	80.4	62.8	6.4
Ministerio de Salud			7,740.0	46.2	3,866.0	39.5	58.4	5.6
Beneficencias	6,700.0	82.0	2,789.0	16.5	n.d. d	n.a.	72.4	7.5
Seguridad Social (IES)	781.0	9.6	1,659.0	9.9	2,361.0 e	26.9	34.7	8.3
Militares y Policía	210.0	2.6	845.0	5.0	676.0	6.9	49.4	8.9
Otros			454.0 b	2.7	699.0 f	7.1	n.a.	3.8 g
Sector Privado	480.0							
Con fines lucrativos	n.d.	n.d.	3,002.0	18.0	1,606.0	16.4	55.5	4.2
Con fines No lucrativo	n.d.	n.d.	264.0	1.6	307.0	3.2	13.6	2.6
TOTAL	8,171.0	100.0	16,753.0	100.0	9,785.0	100.0	5,901.0	7.3

FUENTE : IESS-MSP-INEC

n.d. no disponible

b Excluye los hospitales para enfermedades crónicas

c Municipio, policía, etc.

d Incluido en otros

e Incluye el Seguro Social Campesino

f Beneficencias, municipios, ministerios, etc.

g Municipios, etc.

PORQUE JUNTOS CUBREN EL 91.6% DE LA POBLACION, TIENEN EN 56.1% DE LAS CAMAS HOSPITALARIAS Y EMPLEAN EL 66.4 % DE TODOS LOS MEDICOS ECUATORIANOS. EN RESUMEN, EL 90% DE RECURSOS ESTA CONCETRADO EN LAS DOS INSTITUCIONES.

SUS - ECUADOR
POR QUE SUMAR LOS RECURSOS DEL MSP Y DEL IESS
PARA ORGANIZAR EL SEGURO MEDICO SOCIAL (SMS)?

Inversión Estatal en Salud

Cuadro No.7

1988-1993			
Gasto efectivo		Por persona	
Región	Millones de sucres	Región	Sucres
Sierra	298,623.3	Sierra	67,847
Costa	231,135.2	Costa	48,215
Oriente	30,716.3	Oriente	82,452
Insular	2,234.5	Insular	228,363
TOTAL	562,709.3	PROMED.	58,323

Cifras de servicios médicos - 1993	
Población País: 9'648.189	
Total camas:	17173
Camas hospitalarias por cada 1000 habitantes:	1.78
Médico en hospitales:	12247
Médicos por cada 1000 habitantes:	1.27
(OPTIMO: 3 médicos x 100 Habitantes)	
Déficit de médicos	16698
Población sin médicos:	5565856
% población sin médicos:	57.69

FUENTE : INEC

LA CONTESTACION A LA PREGUNTA ES: PORQUE MEDIANTE ESTA ESTRATEGIA, EVITAMOS LA DUPLICACION DE ESFUERZOS, ES MEJOR PARA LA PLANIFICACION Y POR ENDE PARA LA RACIONALIZACION Y OPTIMIZACION DE LOS RECURSOS EXISTENTES. ESTE ES EN REALIDAD PRINCIPIO FUNDAMENTAL PARA VIABILIZAR EL FUNCIONAMIENTO DEL SUS-ECUADOR.

SUS - ECUADOR

**POR QUE ES NECESARIO AUMENTAR EL PRESUPUESTO
DE SALUD PARA 1995 ?**

Cuadro No.8

Partidas sin Presupuesto	
FONIN	S/. 5,000,000,000
EMEGENCIA	S/. 6,736,000,000
LEON BECERRA	S/. 336,000,000
MEDICOS RURALES	S/. 5,820,379,440
AFEME	S/. 5,000,000,000
COMPRA DE RENUNCIAS	S/. 30,000,000,000
REPROGRAMACION	S/. 60,450,000,000
INH	S/. 100,183,668
SUB. REGIONAL II	S/. 1,200,000,000
CONTRATOS ASESORIAS	S/. 406,900,000
INCREMENTO SAL. MSP	S/. 8,000,000,000
INCREMENTO SAL INH	S/. 1,900,000,000
CATEGORIZACION MEDIC	S/. 1,300,000,000
CONTRATO COLECTIVO	S/. 70,000,000,000
CANTON BUCAY	S/. 400,000,000
TOTAL	196,649,463,108

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

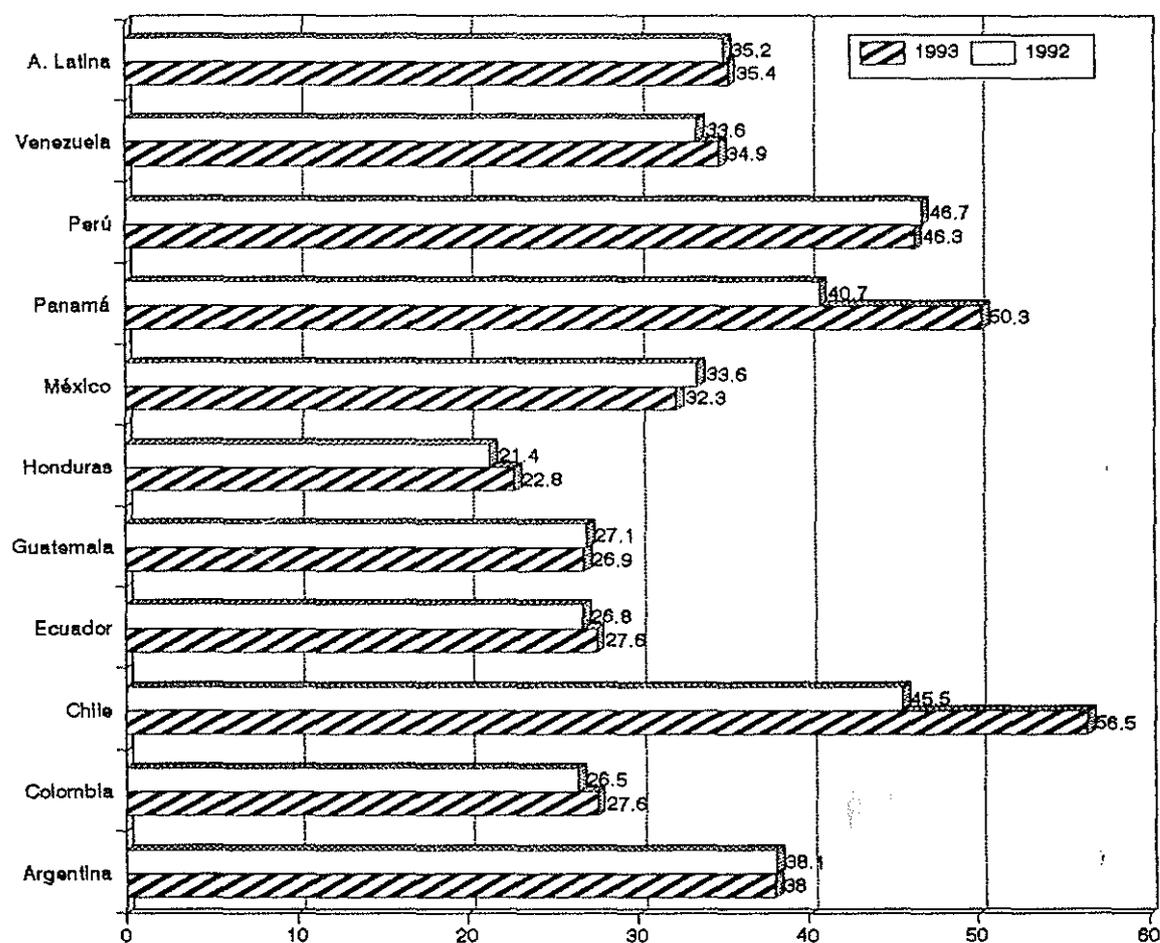
LA RESPUESTA A ESTA PREGUNTA RESPONDE A LA NECESIDAD DE PREPARAR LAS CONDICIONES FINANCIERAS DEL SUS-ECUADOR. SI SUMAMOS EL DEFICIT DE S/.196.649'463.108 A LOS 447.306 MILLONES DE SUCRES ASIGNADOS A LA SALUD PUBLICA EL TOTAL REPRESENTA APROXIMADAMENTE EL 5% DEL PRESUPUESTO GENERAL DEL ESTADO. ADEMÁS, TODAS LAS PARTIDAS SIN PRESUPUESTO CORRESPONDEN A NECESIDADES INDISPENSABLES PARA EL NORMAL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS. SI PARA 1996 AUMENTAMOS UN 2% Y PARA 1997 UN 3% COMPLETAREMOS EL 10% DEL PRESUPUESTO PARA ASEGURAR UN NORMAL FUNCIONAMIENTO DEL SUS-ECUADOR.

SUS - ECUADOR

POR QUE ES NECESARIO AUMENTAR LA COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD EN EL ECUADOR ?

**Cotizantes Activos a la Seguridad Social, respecto a la Población
Económicamente Activa en el Ecuador y América Latina**

Cuadro No.9



Fuente: Revista América Económica

LA RESPUESTA A LA PREGUNTA ES LOGICA, EL ECUADOR PARA 1993 CUBRIA EL 27.6% DE LA POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA, CONVIRTIENDOLO EN UNO DE LOS PAISES CON MENOS POBLACION AFILIADA EN AMERICA LATINA, SOLAMENTE SUPERIOR A HONDURAS Y GUATEMALA. EL NUMERO DE COTIZANTES POR TANTO RESULTA EXTREMADAMENTE BAJO.

SUS - ECUADOR COMO SOLUCIONAR EL DESEMPLEO MEDICO

Empleo y Desempleo Médico

Cuadro No.10

	OCUPADOS	DESOCUPADOS	SUBEMPLEADOS	DEFICIT
No. Profesionales	12,725	14,215	17,040	7,220
Pocentaje	52.2 %	51.9 %	73,2 %	28.8 %
Habit. x Médico	875	925	700	330

FUENTE : FEDERACION MEDICA ECUATORIANA

EL SUS ECUADOR CONTEMPLA EL PLENO EMPLEO MEDICO, MEDIANTE LA ESTRATEGIA DEL AUMENTO DE COBERTURA Y MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS, PARALELAMENTE UN AUMENTO SUSTANCIAL DE LOS INGRESOS PARA LOS TRABAJADORES DE LA SALUD. ESTABLECIENDO EN FORMA PROGRESIVA EL ESCALAFON EN LOS SERVICIOS DE SALUD ASI COMO TAMBIEN UN SISTEMA PERMANENTE DE CAPACITACION EN SERVICIO, INFLUYENDO DESDE AQUI EN LOS CENTROS DE EDUCACION SUPERIOR PARA REORIENTAR LA FORMACION DE LOS NUEVOS PROFESIONALES HACIA LA SALUD PREVENTIVA AMBIENTAL Y COMUNITARIA CON BASE EN LOS PRINCIPIOS DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD CON PLENA PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD.

SUS - ECUADOR

PRESUPUESTO Y DESCENTRALIZACION EN SALUD

POR QUE PRIORIZAR LA INVERSION SOCIAL ?

Cuadro No.11

Variación entre 1994 y 995 (en porcentajes)	
Legislativo	- 11.28 %
Jurisdiccional	3.08 %
Administrativo	- 35.27 %
Planificación	100.80 %
Defensa Nacional	18.32 %
Asuntos del Exterior	26.00 %
Finanzas	23.11 %
Educación	- 41.83 %
Bienestar Social	16.68 %
Trabajo	4.47 %
Salud	- 18.53 %
Agropecuario	31.10 %
Recursos naturales	- 1.21 %
Industrias y comercio	- 12.38 %
Turismo	11.16 %
Comunicaciones	- 9.70 %
Desarrollo Urbano	43.49 %
No sectoriadas	- 31.86 %
Deuda Pública	- 74.96 %
A. Globales	32.23 %

FUENTE: CONGRESO NACIONAL

ES NECESARIO PRIORIZAR LA INVERSION SOCIAL INCLUSO EN CASO DE EMERGENCIA NACIONAL. EN EFECTO, LA CONSTITUCION ESTABLECE PRIORIDAD PARA LA DEFENSA EN CASO DE CONFLICTO ARMADO EXCEPTUANDO LA SALUD PORQUE CONSTITUYE UN ELEMENTO ESTRATEGICO DE ENORME IMPORTANCIA FRENTE AL ENEMIGO. ESTE CONCEPTO TAMBIEN ES VALIDO PARA LOS TIEMPOS DE PAZ PORQUE LA SALUD ESTA VINCULADA DIRECTAMENTE AL DESARROLLO. EN TAL VIRTUD RESULTA IMPROPIO E ILEGAL DISMINUIR EL PRESUPUESTO DE LA SALUD EN LAS ACTUALES CIRCUNSTANCIAS.

CAPITULO V

SUS-ECUADOR

CONCLUSIONES (C) Y RECOMENDACIONES (R)

- 1C. La salud es la resultante de la interacción de los diversos factores de tipo humano, biológico, físicos, ambientales, psico-sociales; y está inmersa en el concepto de desarrollo sostenible.
- 1R. Reconociendo la naturaleza de la salud, se vuelve absolutamente necesario abordarla en forma integral, tomando en cuenta para su análisis, no solamente las determinaciones económico-político y sociales a nivel nacional sino también internacional.
- 2C. La Conferencia del Medio Ambiente y Desarrollo celebrada en 1992 en Río de Janeiro, particularmente la Agenda 21 y el Capítulo 6, constituyen el gran paraguas de la política del SUS-ECUADOR, basada en la relación: Salud - Ambiente y Desarrollo.
- 2R. Tomando en cuenta la conferencia de Río, es altamente recomendable tener en cuenta para la organización de los servicios de salud sus principios y sus áreas programáticas especialmente: la atención primaria de salud, las enfermedades infecto-contagiosas, los grupos vulnerables, la salubridad urbana, la lucha contra la contaminación y la pobreza.
- 3C. La Ley de Seguridad Nacional aplicada al desarrollo, es el enlace más idóneo entre las políticas de salud, la Planificación General, el Plan Ambiental Ecuatoriano (PAE) y el SUS-ECUADOR.
- 3R. Por tanto, se vuelve una necesidad, coordinar el SUS-ECUADOR con el Ministerio de Defensa Nacional, el CONADE y la Comisión Asesora Ambiental de la Presidencia de la República (CAAM).
- 4C. El SUS-ECUADOR se basa en un modelo de atención que ha demostrado ser viable para nuestro país, por el paquete de servicios ofrecido basado en la atención primaria de salud.

por las características integrales que presenta y por sus niveles de atención y complejidad.

- 4R. La ampliación de cobertura y el mejoramiento de los servicios, necesariamente deben pasar por un modelo similar al propuesto en el SUS-ECUADOR.
- 5C. El proyecto de fortalecimiento y ampliación de los servicios básicos de salud en el Ecuador (FASBASE), es el representante más idóneo para el planteamiento del SUS-ECUADOR.
- 5R. Por tanto el SUS-ECUADOR toma como modelo de atención el FASBASE, esto es, no solamente como un proyecto sino como la vía y el método que hacen factible el SUS en el mediano y largo plazos.
- 6C. La existencia del SUS-Ecuador, entraña reformas constitucionales y por tanto un nuevo marco legal.
- 6R. Se recomienda crear por esta vía: el nuevo Ministerio de Salud con sus respectivos roles, el Seguro Médico Social (SMS) y las instancias técnicas de Control - Planificación - Económico Financiera e Informática.
- 7C. El Financiamiento del SUS-ECUADOR, se basa en las siguientes fuentes: Presupuestos, cotizaciones, cooperación internacional y rentabilidad de los fondos generados por el sector salud.
- 7R. Para administrar los recursos económicos se deberá crear el Fondo Nacional de Salud que permita asegurar al menos S/.200.000.00 de inversión per cápita en salud anuales, esto es, triplicar el actual promedio que es de S/.60.000.00.
- 8C. En la actualidad existen recursos en salud, que bien administrados, permitirían aumentar considerablemente la cobertura de servicios y mejorar la calidad de la atención.
- 8R. El SUS-ECUADOR plantea redistribuir los recursos humanos conforme las necesidades de los grupos más vulnerables. Pero, al mismo tiempo, una serie de incentivos tanto para el personal médico cuanto para el equipo sanitario, en materia de remuneraciones, asensos con base en un escalafón

y capacitación en servicio. Aumento considerable de infraestructura y recursos tecnológicos como: informática, biotecnología y calidad total.

- 9C. Las políticas son el "Cerebro" en la organización del SUS-ECUADOR.
- 9R. Para que las políticas sean viables deberán tener concordancia con la planificación, el modelo de atención, los recursos, las instituciones participantes, adecuado manejo de la cooperación económica y tecnológica internacionales y la participación activa de la comunidad.
- 10C. La medicina tradicional tiene grande potencialidades.
- 10R. Es necesario rescatar y fortalecer la medicina tradicional mediante la creación de instituciones de investigación especializadas, y luego, articularla a la medicina occidental o científica.
- 11C. El SUS-ECUADOR es una propuesta de implantación progresiva: hasta 1996 se preparan las condiciones, hasta 1998 se lo implementa conforme el cronograma del FASBASE, se amplía en el año 2.000; y se consolida en el largo plazo (2.010 ?).
- 11R. Se propone un cronograma de implantación que permita la participación de las diversas instituciones del sector salud tanto estatales como privadas hasta completar las 184 áreas de salud en que está dividido el país.
- 12C. Las dos bases de sustentación de la propuesta están constituidas por el Ministerio de Salud Pública (MSP) en su nuevo rol de Institución Rectora de la Normalización tanto de los aspectos de saneamiento, curativos y preventivos en salud; y por, el Seguro Médico Social (SMS) que será responsable de la atención médica en todos los niveles.
- 12R. En materia de Normalización el MSP deberá trabajar estrechamente con el Instituto Ecuatoriano de Normalización (INEN); y el SMS. Deberá incorporar con prioridad a los trabajadores que son al mismo tiempo los padres de familia de los cinco grupos que financian el sistema, presentan básicamente a la población económicamente activa del país.

SUS - ECUADOR
ANEXOS

ANEXO No.1

POLITICAS DEL SUS-ECUADOR

1. Reconociendo que:

La relación Salud Ambiente y Desarrollo, es la base fundamental para procurar el fomento y protección de la salud para los ecuatorianos.

La sociedad ecuatoriana deberá observar permanentemente la aplicación de esta relación para preservar su salud y de este modo contribuir al Desarrollo Sostenible.

2. Reconociendo que:

El fomento y protección de la salud, es solamente un marco general para la acción, es necesario desagregarlo para viabilizar su aplicación.

Sin perjuicio de incorporar otros programas, formarán parte fundamental del fomento y protección de la salud, la Atención Primaria de Salud (APS), el control de la enfermedades transmisibles (ET), la protección de los grupos vulnerables (GV), la salubridad urbana (SU), y la prevención y control de la contaminación (AC).

3. Reconociendo que:

El fomento y protección de la salud, corresponde a todas las personas en cada instante de su vida, y, que su aplicación y observancia son responsabilidad individual en su campo de actuación.

El diagnóstico, aplicación de soluciones, y el control de las acciones de salud y ambiente en el Desarrollo Sostenible, radica en el Ministerio de Salud Pública (MSP), en coordinación con el Seguro Médico Social (SMS),

la Comisión Asesora Ambiental de la Presidencia de la República (CAAM), y el Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE), que se encargarán de velar por la aplicación correctas de las leyes y normas ambientales, propiciando la participación democrática de la comunidad en los procesos de investigación, planificación, ejecución y control.

4. Reconociendo que:

El fomento y protección de la salud está presente en todas las acciones humanas.

Las personas en su área de influencia, ya sea como individuos, como padres de familia, como funcionarios; deberán velar por que la salud sea un bien común y que no sea considerada en forma independiente de lo social, económico, político, cultural, ecológico, y en general de cualquier otro orden.

5. Reconociendo que:

El fomento y protección de la salud, trasciende los límites geográficos de nuestro país, para convertirse en un asunto de interés transnacional.

El esfuerzo para plasmar el fomento y protección de la salud deberá contar con el concurso internacional, ya sea para la gestión de recursos, para la transferencia de tecnología, y para evitar que los países vecinos sufran eventualmente impactos ecológicos.

6. Reconociendo que:

Existen instrumentos jurídicos importantes y vigentes para la protección de la salud.

Es un imperativo reformar el Código de Salud, para ponerlo a tono con las nuevas realidades socioambientales que caracterizan al mundo actual; mientras se refuerzan los

mecanismos para aplicar con rigurosidad las normas existentes y, legislar sobre aspectos específicos y prioritarios como por ejemplo la existencia de un sistema de salud y protección ambiental en las actividades hidrocarburíferas.

7. Reconociendo que:

La Salud es responsabilidad individual.

El Estado propiciará el fomento y protección de la salud, a través de incentivos a los empresarios y personas, que demuestren objetivamente estar utilizando técnicas y procedimientos anticontaminantes, y por otra parte, que contribuyan al Desarrollo Sostenible, mediante la producción de bienes de consumo bioecológicamente aceptables y, obras de infraestructura ambientalmente sostenibles.

8 Reconociendo que:

Algunos grupos humanos por razones históricas, sociológicas y psicológicas no han tenido una real participación en la toma de decisiones.

La política de salud impulsará la participación amplia y democrática de los grupos indígenas mujeres y jóvenes en todos los procesos de toma de decisiones relacionados con el fomento y protección de la salud. Del mismo modo actuará con la Comunidad Científica, los medios de comunicación, los gremios y los empresarios privados.

9 Reconociendo que:

Falta trabajar en el campo de la concientización, sobre el significado de la relación Salud y Ambiente en el Desarrollo Sostenible.

Ministerio de Salud implementará un amplio programa de información y capacitación, de tal manera que las personas tengan una ilustración gradual sobre la temática, que partiendo de la más corta edad progresivamente le vaya asistiendo hasta la edad adulta, para de este modo lograr su participación y compromiso.

10 Reconociendo que:

Existen tratados internacionales, relativos a la salud y al ambiente en el Desarrollo Sostenible, de los cuales el Ecuador es signatario.

El Ecuador a través del MSP, la CAAM, el CONADE y el Ministerio de Relaciones Exteriores impulsará la observancia rigurosa de esos instrumentos como estrategia para hacer efectivo el fomento y la protección de la salud.

11 Reconociendo que:

La salud ligada a la protección ambiental y al desarrollo sostenible es un concepto integral.

Sin perjuicio de abordar la temática en forma global, se dará énfasis a la prevención y el control.

12 Reconociendo que:

El mantenimiento de equipo es un aspecto de gran importancia para hacer efectivo el fomento y protección de la salud.

El Ministerio de Salud Pública establecerá normativos e instructivos suficientes y claros, a fin de que todas las Unidades de Salud, así como todas las instituciones que pertenecen al sector salud sean públicas o privadas manejen procedimiento estandarizados tanto para sus equipos cuanto para sus operaciones.

13 Reconociendo que:

Una sana política de fomento y protección de la salud no es posible aplicarla sin contar con instrumentos técnicos de planificación.

El Ministerio de Salud, será el encargado de exigir que previa la ejecución de cualquier obra pública o privada en el área, el constructor o contratista, presente el respectivo Estudio de Impacto Ambiental en Salud (EIAS), y el correlativo Plan de Manejo Médico Sanitario Ambiental (PMMSA), ante las autoridades competentes; las cuales tienen la obligación de controlar el cumplimiento de lo estipulado en dichos estudios y programas a fin de prevenir la degradación y la contaminación, precautelando de este modo la salud humana y el ambiente natural y social.

14 Reconociendo que:

Los servicios de salud tanto públicos como privados, no han tomado en cuenta normas éticas básicas en sus actividades cotidianas.

El Ministerio de Salud, impulsará la implantación de un Código de Ética Médica y Salud Ambiental, enfatizando sobre el manejo ético de los medicamentos, la práctica médica, la investigación clínica, epidemiológica y biotecnológica: de tal manera que, el conjunto de normas establecidas marque con rigurosidad los límites de lo éticamente aceptable en términos médicos, ecológicos y socio-económicos.

15 Reconociendo que:

Se han identificado los múltiples problemas de salud pública en el Ecuador.

Sin perjuicio de abordar todos se priorizan los siguientes:

- Lucha contra la pobreza
- La concientización a todo nivel mediante la información, educación y capacitación.
- La gestión de recursos para el desarrollo de la salud.
- La optimización y racionalización de los recursos, mediante la implantación del Sistema Unico de Salud.
- La ampliación y fortalecimiento de los servicios básicos de salud.
- La ampliación de cobertura de los servicios básicos a nivel rural y urbano marginal: agua potable, alcantarillado, letrinización, disposición de basuras y, aguas cloacales.
- Planes nacionales de: descontaminación del agua, aire y la tierra.
- Planes nacionales de: nutrición, control de enfermedades transmisibles y.
- Planes nacionales contra las enfermedades más comunes como la diarrea y las respiratorias.

16 Reconociendo que:

Todo el territorio nacional adolece de problemas graves relacionados con la salud el ambiente y el desarrollo sostenible.

Sin perjuicio de establecer soluciones en el conjunto del país, se considerarán prioritarias las siguientes circunscripciones:

En la Amazonía, las provincias de Sucumbíos, Napo y Pastaza.

En la Sierra, la provincia de Pichincha y

En la Costa, Guayas y Esmeraldas

17 Reconociendo que:

Todas las actividades productivas y de servicios, en mayor o menor grado provocan impactos ambientales que afectan a la salud, existen algunas sobre las cuales se pondrá mayor énfasis:

- Actividades hidrocarburíferas y mineras
- Grandes plantaciones agroindustriales en zonas frágiles desde el punto de vista ecológico.
- Plantaciones intensivas de productos tradicionales de exportación, donde se utilicen: fertilizantes químicos, defoliantes, herbecidas, fungicidas y pesticidas.
- Industrias generadoras de desechos peligrosos y emanaciones contaminantes.
- Sector de los automóviles.
- Desechos hospitalarios peligrosos.

18 Reconociendo que:

En el país existe descoordinación en los diferentes estamentos del Estado que han impedido impulsar coherentemente la salud pública.

El lineamiento básico de coordinación será intersectorial e interinstitucional, en tal virtud, la planificación del Ministerio de Salud, y de todas las instituciones del sector, serán concordantes con los principios, postulados

y planes ambientales elaborados por la CAAM, y estos a su vez, con el Plan de Desarrollo Sostenible, bajo responsabilidad del CONADE.

ANEXO No.2

SOFTWARE DEL SUS - ECUADOR

CARACTERISTICAS GENERALES

1.- Facturas para mercadeo:

- Compatible y homogéneo con otros sistemas existentes.
- Calidad y facilidad en el manejo.
- Precio razonable.
- Adecuado a las necesidades del medio ecuatoriano.

2.- Qué contiene ?

Contiene los siguientes módulos:

1. Información (I) (Agenda 21 Río 92)
2. Diagnóstico (D) de la situación de la salud vinculada al ambiente y al desarrollo sostenible.
3. Soluciones (S) a los problemas detectados en el Diagnóstico.
4. Control de procesos: (I, D, S) mediante indicadores.

3.- El modelo es concebido como herramienta de planificación estratégica en salud tanto a nivel nacional como local.

Por tanto, su uso no solamente está dirigido a los Planificadores Estatales del sector, sino a los

Administradores Locales y Jefes de Unidades Operativas en Salud.

Por supuesto, también es útil para investigadores particulares e inclusive para aficionados a la planificación en diferentes áreas profesionales y áreas del conocimiento.

4.- ¿Quiénes hacen el modelo?

Profesionales en la salud, información, planificación, informática y ecología.

5.- ¿Qué opciones presenta?

Gracias a su versatilidad puede ser manejado por diversos tipos de usuarios de acuerdo a su jerarquía y especialidad en el sector salud. Así por ejemplo, el Titular de la Cartera del Ministerio de Salud estará en condiciones de manejar las 100 áreas programáticas que interactúan en diferentes grados con el Fomento y la Protección de la Salud y simultáneamente podrá saber las relaciones que guardan las áreas programáticas con las dimensiones, socio-económica, manejo y consecución de recursos para el desarrollo, los grupos o actores principales y los medios de ejecución.

Todos los insumos anteriores interactúan con la sociedad civil (organizaciones populares, ONGs, cámaras de la producción, gremios profesionales) los gobiernos seccionales (municipios y prefecturas); sistemáticamente para hacer posible la planificación, la ejecución y el control del fomento y la protección de la salud.

El responsable de un Sistema Local de Salud (SILO), podrá manejar las mismas variables que el Ministro, sólo que

restringidas al área geográfica que le ha sido confiada y que por lo general es Cantonal.

Otra opción es el uso especializado del modelo, por ejemplo, en el manejo municipal de los servicios de agua potable, alcantarillado y manejo de desechos sólidos y líquidos.

Finalmente, es necesario relieves, la importancia del modelo en la organización y manejo técnico de la salud ambiental, en el área petrolera.

ayaguasca; significando con el uso de esta planta una entera armonía con el entorno, constituyendo con ello el binomio hombre-naturaleza. En el centro del binomio es indudable la presencia de la espiritualidad religiosa, no como un elemento más, sino como la esencia regulatoria y catalizadora de la vida terrenal y celestial.

Según Eduardo Estrella, es posible que dadas las condiciones de trabajo, la alimentación precaria, las influencias nocivas del ambiente, los accidentes; el hombre estuviera siempre acosado por el fantasma de la enfermedad.

Según el mismo autor los trastornos pasajeros, son tratados por miembros del grupo mediante terapias empíricas: mientras que las grandes enfermedades siempre se entretajieron de misterio y temor, ya que afectaban la estabilidad del grupo y su trabajo; por esta razón, estos males debían encontrar explicación, recurriéndose entonces a la magia. Alguien a hecho daño a la persona, quitándole una parte sustancial de su ser, su espíritu e introduciendo algo extraño en su cuerpo. El mal puede ser provocado por otra persona o por la propia naturaleza que emana enfermedad por el poder que subyace en la tierra, en el aire, en el huracán, etc. El tratamiento, consecuentemente es mágico y se basa en un ritual, cuyo objetivo es extraer un cuerpo extraño, devolver el espíritu, limpiar, purificar, prevenir. Así toda la comunidad es protegida y a todos llega la acción terapéutica el ritual es parte de la vida del clan, de su economía .

Se prevé que en el transcurso de los años las tradiciones mágico curativas, serán recogidas por los individuos más capaces y dispuestos, personas que siendo al mismo tiempo productores tendrán a su cargo estas funciones, emergiendo así poco a poco la figura del futuro médico-brujo-sacerdote, de la sociedad primitiva.

Para Fernando Cabieses, la medicina tradicional es un cuerpo de doctrina cuyos objetivos son la comprensión y definición de lo que es la vida y la muerte, los conceptos específicos de salud

y enfermedad, las causas de las enfermedades y las medidas que deben tomarse para la recuperación de la salud, y el mantenimiento de una vida sana. Esto es, en realidad, una definición que corresponde a todos los sistemas médicos. Lo mismo puede decirse de la medicina moderna, en tanto su objetivo es la comprensión de la vida y de la muerte, de la salud y de la enfermedad, de las causas de las enfermedades y las medidas que deben tomarse para la recuperación y mantenimiento de la salud, y las mismas características se han de exigir en todo sistema médico. La homeopatía, el naturismo, la medicina china, la medicina indú, etc.

Cada uno de estos sistemas médicos sin embargo, debe estar definido por la forma especial diferente de que como responden estos cuatro objetivos.

Un sistema de medicina tradicional, está basado desde luego en la cosmovisión que orienta las creencias y las costumbre de un pueblo y se trasmite de generación en generación mediante la tradición oral o escrita, que ordena y jerarquiza el comportamiento cultural de un grupo étnico. Tienen sus raíces en la historia cultural de ese pueblo y es desligable de su concepción general del universo.

La medicina tradicional no es la medicina de los indios, es eso y mucho más -dice Cabieses- tiene raíces indígenas, es verdad pero ha recibido influencias muy profundas de la medicina tradicional española, de la medicina africana que vino con los esclavos de los conquistadores, de la medicina china que llegó el siglo pasado y de la medicina moderna que continúa influenciándola.

ANEXO No.4

LUCHA CONTRA LA POBREZA COMO ESTRATEGIA EN LA
CONSTRUCCION DEL SUS-ECUADOR

El SUS-Ecuador, plantea la necesidad de aunar esfuerzos, para que la salud sea el producto de un desarrollo equilibrado en el que todos los ecuatorianos tengan la posibilidad real de mejorar sus condiciones de vida a través de un combate frontal a la pobreza calculada en aproximadamente el 67% del total de la población.

Bases para la acción.- La pobreza es un problema complejo y multidimensional. No es posible encontrar una solución uniforme aplicable a nivel mundial. Más bien, a fin de hallar una solución para este problema, es fundamental contar con programas de lucha contra la pobreza adecuados a cada uno de nuestros países, con actividades internacionales que apoyen a las nacionales, y con un proceso paralelo para que se cree un medio internacional favorable a esos esfuerzos. En todas partes siguen revistiendo suma importancia la eliminación de la pobreza y el hambre, el logro de una mayor igualdad en la distribución de los ingresos y el desarrollo de los recursos humanos. La lucha contra la pobreza es una responsabilidad común de todos los países.

En una política acertada, centrada en la conservación y protección de los recursos, deben tomarse en cuenta a la población cuya subsistencia dependa de esos recursos. Para que una estrategia pueda hacer frente, simultáneamente a los problemas de la pobreza, el desarrollo y el medio ambiente, debe centrarse en la producción de recursos y en la población y abarcar cuestiones demográficas, el mejoramiento de los servicios de salud y educación, los derechos de la mujer y la función de los jóvenes, de las poblaciones indígenas y de las comunidades locales, y comprender así mismo un proceso de participación democrático legado al mejoramiento de la administración.

Además el apoyo internacional, para adoptar medidas de este tipo

en fundamental promover un crecimiento económico de los países en desarrollo que a la vez sea sostenido y sostenible, así como medidas directas para eliminar la pobreza mediante el fortalecimiento de los programas de empleo y generación de ingresos.

Habíamos indicado que el 67% de la población ecuatoriana es pobre, de esta del 67% al 40%, presentan una "pobreza absoluta"

El reflejo de estas cifras son: la mortalidad materno-infantil, la falta de acceso al saneamiento básico y a los servicios de la salud pública.

Para combatir estos índices es necesario emprender en acciones focalizadas de carácter emergente para reducir la pobreza crítica a un 20% en mediano plazo.

En los sectores rurales solo el 20% de ecuatorianos tiene acceso a los servicios de salud, mientras que la proporción se eleva al 70% en zonas urbanas, especialmente de la sierra andina, y de la costa del pacífico en donde se concentra la población .

En Ecuador aún predomina una alta tasa poblacional indígena, que según algunos analistas, alcanzará los 3.5 millones, muchos de cuales viven en la Amazonía.

Sería deseable para los próximos 10 años aumentar la cobertura de servicios sanitarios en el campo o por lo menos al 30% y en el sector urbano en el 10%

Otro aspecto alarmante es la tasa de mortalidad infantil que se ubica en el 45 por mil nacidos vivos, la aspiración sería reducirla a 35 por 1.000 antes de concluir la primera mitad de la década inicial del siglo 21.

En cuanto a la mortalidad materna se espera una disminución de siete puntos a las tasas del 17 por 10.000 registrada en 1992.

Solo el 50% de los ecuatorianos cuenta con saneamiento adecuado (55% recibe agua potable), alcantarillado y procesamiento de desechos. Es de esperar que en los próximos 10 años esta cifra se incremente al 60%.

De otra parte, es evidente la insuficiencia habitacional tanto cualitativa (hacinamiento, falta de servicios, deterioro de la vivienda) cuanto cuantitativamente.

Y como telón de fondo el problema nutricional que llega al 80% de los niños menores de 5 años, convirtiéndose en la expresión más dramática de la pobreza.

Objetivos

El objetivo a largo plazo es de que todos tengan medio de subsistencia sostenibles debe ser un factor de integración gracias al cual los políticos aborden simultáneamente cuestiones de desarrollo, de gestión sostenible de los recursos y de eliminación de la pobreza.

Los objetivos para esta área son los siguientes:

- a) Lograr que todas las personas reciban con carácter de urgencia, la oportunidad de trabajar y de tener medio de subsistencia sostenibles.
- b) Aplicar políticas y estrategias que promuevan niveles de financiación suficientes y se centren en políticas integradas de desarrollo humano, incluidas las esferas de generación de ingresos, aumento del control local de los recursos, y fortalecimiento de las instituciones locales y aumento de la capacidad, así como una mejor capacitación de las organizaciones no gubernamentales y de las autoridades locales como mecanismos de ejecución.
- c) Elaborar para todas las zonas azotadas por la pobreza, estrategias y programas integrados de gestión nacional y

sostenible de medio ambiente, movilización de recursos, eliminación de la pobreza y reducción de sus efectos, empleo y generación de ingresos.

- d) Crear, en los planes de desarrollo y los presupuestos nacionales, un núcleo de inversiones en capital humano con políticas y programas especiales para las zonas rurales, los pobres de las zonas urbanas, la mujer y el niño.

Actividades .- Los programas deben:

- a) Concentrarse en aumentar las facultades de los grupos locales y comunitarios en virtud de los principios de delegación de autoridad y rendición de cuentas, con una asignación de recursos suficientes para que cada programa apunte a condiciones geográficas y ecológicas específicas.
- b) Empezar medidas inmediatas para que los grupos antes indicados, resulten menos afectados por la pobreza.
- c) Empezar una estrategia de largo plazo, que tenga por objeto establecer las mejores condiciones posibles para crear en los planos local, regional y nacional un desarrollo sostenible que elimine la pobreza y reduzca la desigualdad entre los diversos grupos de la población.
- d) Lo esencial es adoptar medidas concretas que abarquen a distintos sectores, en particular en las esferas de la educación básica la atención primaria de la salud, la atención de las madres y la promoción de la mujer.
- e) Otorgamiento de poder es en las comunidades particularmente a la mujer, a los indígenas, respetando su identidad cultural.
- f) Generar oportunidades de empleo remunerado y trabajo productivo.

- g) fortalecer y crear marcos jurídicos para la gestión y acceso a la tierra.
- h) Rehabilitación de recursos degradados.
- i) ejecutar programas para establecer y reforzar los servicios de salud preventivos y curativos, que incluyan planificación responsable del tamaño de la familia, en consonancia con la libertad, la dignidad y los valores personales; teniendo en cuenta, las consideraciones éticas y culturales. Los programas deberían centrarse en la prestación de servicios generales de salud incluidas la atención prenatal y la educación e información en materia de salud y paternidad responsable, y dar a todas las mujeres la oportunidad de amamantar completamente a sus hijos, al menos durante los 4 primeros meses después del parto. Los programas, deberán apoyar plenamente la función productiva y reproductiva de la mujer, así como su bienestar y prestar atención a la necesidad de proporcionar mejores servicios de salud a todos los niños en condiciones de igualdad, así como a la necesidad de reducir el riesgo de la mortalidad y las enfermedades de madres e hijos
- j) Se emprenderán actividades para promover la seguridad alimentaria y en los casos que correspondiera, la autosuficiencia alimentaria en el contexto de la agricultura sostenible.
- k) Se apoyarán las investigaciones sobre métodos tradicionales de producción.
- l) Se reconocerá e integrará el sector informal de la economía, otorgándole líneas de crédito y otras facilidades como capacitación.
- ll) Se dará acceso a los pobres a los servicios de agua potable y saneamiento.

- m) Se evaluarán los programas de modo que los datos servirán de insumo para su retroalimentación y validación.
- n) Promover la cooperación internacional en los aspectos económicos y tecnológicos.
- ñ) Vigilar para que los programas de ajuste estructural tomen en cuenta las preocupaciones sociales y las relativas al medio ambiente.

Medios de Ejecución

- a) Establecer en los presupuestos el gasto social, así como el financiamiento nacional y la cooperación internacional.
- b) Centrar la estrategia en el apoyo de las comunidades organizadas o Sociedad Civil.

**ANEXO No. 5
GRUPOS BENEFICIARIOS Y PRESTACIONES**

81

GRUPO BENEFICIARIO	PRESTACIONES ESENCIALES	PRESTACIONES AMPLIADAS
Menores de 1 año	<p>Control integral del niño sano</p> <p>Dotación completa de inmunizaciones contra la polio, difteria, tosferina y sarampión.</p> <p>Valoración nutricional, educación y complementación alimentaria</p> <p>Tratamiento del niño desnutrido</p> <p>Tratamiento de la morbilidad más frecuente</p> <p>Creación de conocimiento, actitudes y prácticas en el hogar para fomentar el cuidado del niño y su estimulación temprana.</p>	
Niños de 1 a 4 años	<p>Control integral del niño sano</p> <p>Vigilancia del crecimiento y desarrollo (incluyendo valoración visual y auditiva)</p> <p>Complementación de esquemas de vacunación</p> <p>Valoración del estado nutricional, incluyendo educación y complementación alimentaria (menores de 3 años)</p> <p>Tratamiento del niño desnutrido</p> <p>Atención de salud oral</p> <p>Tratamiento de patología más frecuente especialmente I.R.A., E.D. A. y parasitosis intestinal</p> <p>Estimulación y educación familiar para mejorar el cuidado del niño</p>	Identificación y orientación sobre problemas Psicológicos
Escolares 5 a 14 años	<p>Control del niño sano</p> <p>Vigilancia del crecimiento y desarrollo (incluyendo valoración visual y auditiva)</p> <p>Complementación de esquemas de vacunación</p>	Vigilancia de la Salud mental, con aplicación del test de Stot en las escuelas

GRUPO BENEFICIARIO	PRESTACIONES ESENCIALES	PRESTACIONES AMPLIADAS
Adolescentes	<p>Valoración del estado nutricional incluyendo educación</p> <p>Tratamiento del niño desnutrido incluyendo educación</p> <p>Tratamiento del niño desnutrido</p> <p>Atención de la salud oral</p> <p>Tratamiento de patología más frecuente incluyendo I.R.A., E.D.A. y parasitosis intestinal</p> <p>Control integral de crecimiento y desarrollo (incluyendo especialmente: maduración sexual, funciones visual y auditiva</p> <p>Detección y tratamiento de problemas más frecuentes: enfermedades de transmisión sexual, farmacodependencia, embarazo abortado, fiebre reumática, hipertensión arterial</p>	<p>Prevención y control de problemas de conducta</p> <p>Educación para lograr comportamiento que fomente el desarrollo normal y prevenga riesgos</p>
Mujeres	<p>Inmunizaciones con toxoide tetánico a adolescentes</p> <p>Servicios de planificación familiar incluyendo consejería, valoración, dotación y seguimiento de métodos: hormonales, orales, dispositivos Intrauterinos, naturales, de barrera, espermaticidas y esterilización (en el hospital cantonal)</p> <p>Período Genésico</p> <p>Control del embarazo y valoración del riesgo incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Inmunización con toxoide tetánico . Eliminación de riesgo de sífilis congénita . Atención dental 	

GRUPO BENEFICIARIO	PRESTACIONES ESENCIALES	PRESTACIONES AMPLIADAS
	<ul style="list-style-type: none"> . Control nutricional incluyendo educación y complementación alimentaria . Detección y tratamiento de patologías generales y propias del estado gestacional <p>Atención del parto de acuerdo al grado de riesgo</p> <p>Período puerperal</p> <ul style="list-style-type: none"> . Atención del posparto inmediato y mediato . Valoración del recién nacido incluyendo la administración de vacuna B.C.G. . Tratamiento de las complicaciones del período puerperal . Valoración nutricional incluyendo educación y complementación alimentaria (que debe mantenerse durante el período de lactancia). <p>Detección del cáncer cérvico, uterino y mamario</p> <ul style="list-style-type: none"> . Toma de muestras cervicales en mujeres entre 25 y 64 años, procesamiento de muestras y manejo de casos de acuerdo a la valoración citológica . Educación para auto-examen de mama <p>Detección y tratamiento de enfermedades crónico-degenerativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Diabetes: detección, exámenes, tratamiento . Hipertensión arterial: detección, exámenes y tratamiento . Angina estreptocócica y fiebre reumática: detección, exámenes y tratamiento Tuberculosis: detección, exámenes y tratamiento 	<p>Orientación y referencia para detección de cáncer gástrico y de otras localizaciones</p> <p>Atención de Salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> . Enfermedades psiquiátricas . Alcoholismo y tabaquismo

GRUPO BENEFICIARIO	PRESTACIONES ESENCIALES	PRESTACIONES AMPLIADAS
Tercera Edad	<ul style="list-style-type: none"> . Enfermedades de transmisión sexual: detección, exámenes y tratamiento Detección y tratamiento de patología y ambulatoria Educación a la familia y comunidad 	<p>Salud laboral</p> <ul style="list-style-type: none"> . Detección de riesgos en locales laborales . Atención de enfermedades profesionales <p>Apoyo social y coordinación interinstitucional</p>
Miscelaneo	<p>Malaria</p> <ul style="list-style-type: none"> . Detección de sintomáticos febriles . Tratamiento presuntivo y radical . Control vectorial <p>Dengue</p> <ul style="list-style-type: none"> . Detección y tratamiento de enfermos . Control vectorial <p>Leishmaniasis</p> <ul style="list-style-type: none"> . Detección y tratamiento de casos . Control vectorial <p>Lepra</p> <ul style="list-style-type: none"> . Detección, diagnóstico y tratamiento . Prevención de incapacidades <p>Rabia</p> <ul style="list-style-type: none"> . vacunación canina y felina . Inmunización en mordeduras de riesgo . Vigilancia de canes mordedores . Investigación y control de focos 	
Miscelaneo	<p>Epilepsia</p> <ul style="list-style-type: none"> . Detección, diagnóstico y tratamiento de pacientes. . Educación a la familia y comunidad <p>Tratamiento de otros problemas frecuentes en atención ambulatoria: I.V.U., leucorrea vaginitis, dermatitis, piodermatitis, cólicos, abdominales, colecistitis, pancreatitis, dismenorrea</p>	

GRUPO BENEFICIARIO	PRESTACIONES ESENCIALES	PRESTACIONES AMPLIADAS
Comunidades y Medio Ambiente	<p>Valoración, tratamiento, terapia del dolor y referencia de urgencias: heridas, quemaduras, fracturas, infartos de miocardio</p> <p>Evaluación y clasificación de familias de acuerdo al riesgo (biológico, socio-económico, cultural, higiénico-sanitario) a fin de brindarles cuidado diferenciado</p> <p>Cuidado especial a familias en riesgo mediante visitas domiciliarias con énfasis en familias:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Con mujeres embarazadas, en edad fértil o en edad de riesgo para cáncer cérvico uterino y mamario . Niños sin vacunación . Niños desnutridos discapacitados o con I.R.A. o E.D.A. a repetición . Familias disfuncionales . Con personas de enfermedades crónicas . Con mala calidad o ausencia de servicios sanitarios <p>Educación en general y organización para fomentar la prevención de enfermedades, el auto cuidado de la salud, la utilización de los servicios y la participación en la gestión de los servicios</p> <p>Identificación de la situación de saneamiento ambiental (riesgos ambientales por contaminación biológica, química y física)</p> <p>Incentivación y apoyo a programas de dotación de agua segura y saneamiento básico, incluyendo lucha contra vectores y otros contaminantes</p> <p>Incentivación y apoyo a la formación de grupos comunitarios: mujeres, enfermos crónicos y jóvenes</p> <p>Atención a grupos cautivos: guarderías escuelas, asilos</p>	

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ministerio de Salud Pública de Cuba. **Curso de Medicina del Trabajo**. La Habana: Ed. Orbe, 1978.
- 2.- Ecuador: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS. División de Riesgos del Trabajo y Medicina del Trabajo.- **Enfermedades Ocupacionales (guía para su reconocimiento)**. Quito: IESS, 1981. (Reimpresión autorizada por la OPS Washington D.C.).
- 3.- Werner, David y Bower, Bill. **Aprendiendo a promover la salud**. México: Ed. Fundación HOSPERIAN y Centro de Estudios Educativos A.C., 1987.
- 4.- Wernwe, David. **Donde no hay doctor: una guía para los campesinos que viven lejos de los centros médicos**. México: Nueva Edición, Ed. Pax, 1980.
- 5.- White Alan y Gerald Strasser. **Hierbas del Ecuador**, Quito: Ed. Mariscal, 1976.
- 6.- Naranjo, Plutarco. **Desnutrición: Problemas y soluciones**. Quito: Publicación Ministerio de Salud Pública, 1986.
- 7.- SEME: ONG aprobada por el Ministerio de Salud mediante acuerdo 10212 del 27 de abril de 1988. Las experiencias están contenidas en los siguientes artículos: Mena Walter. "Salud Pública y Medicina Comunitaria". Periódico El Mundo (Loja) 79-06-12.
- 8.- Mena Walter "La magia de la Salud: Relación interpretativa y gráfica de una experiencia rural el caso de "La Calera" en la provincia de Imbabura". Mimeo, SEME (Quito) 1980.
- 9.- Mena, Walter. "Proyecto Nudrumic: (Nutrición y Desarrollo Rural y Urbanos Marginales Integrales y Complementarios.) Los casos de Ayora y Comité del Pueblo No. 2 en la Provincia de Pichincha." Mimeo, SEME (Quito) 1987.
- 10.- Mena, Walter "Informe sobre la visita a los campos petroleros del oriente ecuatoriano con énfasis en salud pública". Mimeo, PETROECUADOR (Quito) 1991.
- 11.- Periódico "Hoy" (Quito) 90-04-02
- 12.- Argudo, Celso "Reporte de análisis de aguas en Sucumbíos". Mimeo. IEOS (Quito) 1991.
- 13.- Programa de Salud Ambiental: "Proyecto Pañacocha Tiputini, Estudio de Impacto Ambiental en Salud. "Encuesta sobre prevalencia de enfermedades según causas aparentes". Mimeo, PETROECUADOR (Quito) 1991.
- 14.- INEC. **Estadísticas hospitalarias** (Quito) 1989.
- 15.- INEC. **Censo de 1990** (Quito) 1990.

- 16.- Programa de Salud Ambiental-PETROECUADOR: Estudio de Impacto Ambiental en Salud para la Actividad Hidrocarburífera.- El caso de la provincia de Sucumbíos (EIAS). Mimeo. PETROECUADOR (Quito). 1991-1992.
- 17.- Breilh, Jaime y Granda, Edmundo. Investigación de la Salud en la Sociedad. Guía Pedagógica sobre un nuevo enfoque del método. La Paz-Bolivia: Ed. CEAS, 1980.
Breilh, Jaime, Granda, Edmundo y col. Deterioro de la vida. Quito: Ed. Corporación Editora Nacional, 1985.
- 18.- Hermida B, César. Crecimiento Infantil y Supervivencia. Quito: Ed. INIMS, 1981.
- 19.- Sempértégui, Fernando. La Investigación en Medicina - Reflexiones Teóricas y Fundamentos Metodológicos. Quito: Ed. Facultad de Medicina, 1983.
- 20.- Suárez, José y col. La situación de la salud en el Ecuador 1961-1985. Quito: Ed. Ministerio de Salud, 1987.
- 21.- Estrella, Eduardo. Medicina y Estructura Socio-Económica. Quito: Ed. "Belén", 1980.
- 22.- Lee A. James. The Environment. Public Health and Human Ecology - Consideration for econoc Development. Baltimore: Ed. World Bank, 1985.
- 23.- Fundación Natura: Medio Ambiente y Salud en el Ecuador. Quito. 1992.
- 24.- Fundación Natura: Manejo de Productos Químicos Industriales y de Plaguicidas en el Ecuador. Quito. 1994.
- 25.- Fundación Natura: Manejo de desechos Domésticos y Especiales en el Ecuador. Quito. 1994.
- 26.- Mesa-Lago, Carmelo. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social: Evaluacion Económica y Opciones para Reforma. Quito: INCAE, 1993.
- 27.- MSP-BIRF-OPS/OMS. Atención de Calidad para Población de Prioridad. Quito: 1992

**LISTA DE DOCUEMENTOS CONSULTADOS
RELACIONADOS CON LA CONFERENCIA PARAMERICANA SOBRE SALUD**

- 1.- Oficio ECU-CWS-010/120 (1328-94) 26/03/94, dirigido al Sr. Ministro de Salud Pública.
- 2.- Proceso de Preparación e Incorporación del Componente Salud y Ambiente en los Planes Nacionales de Desarrollo Sostenible (SAD).

- 3.- Hacia un Nuevo Enfoque de la Salud Ambiental en el Sector Salud en la Región de las Américas.
- 4.- Capacidad 21.
- 5.- Informe sobre la Conferencia de las naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo y su significado para el Trabajo de la Organización Panamericana de la Salud.
- 6.- Salud, Medio Ambiente y Desarrollo - Enfoques para la preparación de estrategias a nivel de países para el bienestar humano, según la Agenda 21.
- 7.- Informe de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo:
 - 12 de agosto de 1992
 - 13 de agosto de 1992
 - 14 de agosto de 1992
 - 28 de septiembre de 1992
- 8.- Vidas sanas y productivas en armonía con la naturaleza.
- 9.- Estrategia Mundial OMS de Salud y Medio Ambiente.
- 10.- Propuesta para una Conferencia Panamericana sobre la Salud, El Ambiente y El Desarrollo.
- 11.- Síntesis de la política de Salud Ambiental.
- 12.- Participación de México en la futura Conferencia Panamericana sobre Salud, Ambiente y Desarrollo.
- 13.- New opportunities for incorporating health-and-environment considerations into planning and implementation for sustainable development.
- 14.- Plan Nacional de Salud y Ambiente en el Desarrollo Sostenible. Guatemala. 1994.
- 15.- Agenda para el Desarrollo 93-98.