

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



XVIII CURSO SUPERIOR DE SEGURIDAD NACIONAL
Y DESARROLLO

TRABAJO DE INVESTIGACION INDIVIDUAL

ARQUITECTURA	HOSPITALARIA
PLANIFICACION Y METODOLOGIA	
ARQ. FABIAN VELASTEGUI	BALAREZO

1990 - 1991

I N D I C E

CONTENIDO

PAGINA

PRELIMINARES

INDICE	i
LISTA DE CUADROS	iii
LISTA DE GRAFICOS	iv
INTRODUCCION	I
CAPITULO I	
LA SALUD EN EL ECUADOR	1
1. DESARROLLO HISTORICO	1
1.1. LA EPOCA COLONIAL	1
1.2. LA EPOCA AGROEXPORTADORA, LA CRISIS CACAOATERA Y LA REACTIVACION DEL MODELO	1
1.3. CRISIS AGROEXPORTADORA	3
1.4. LA EPOCA PETROLERA	4
1.5. LA CRISIS	8
2. ESTRUCTURA	9
2.1. ANTECEDENTES	9
2.2. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	9
2.3. LA SEGURIDAD SOCIAL	15
2.4. LA SANIDAD MILITAR	19
2.5. LA MEDICINA PRIVADA	19
CAPITULO II	
DESARROLLO DE LA SALUD EN EL ECUADOR	21
1. SITUACION ACTUAL	21
2. POLITICAS DE SALUD	24
3. EL PLAN NACIONAL DE SALUD	25
3.1. SALUD FAMILIAR INTEGRAL	26
3.2. NUTRICION	27
3.3. SANEAMIENTO BASICO	28
3.4. ABASTECIMIENTO DE MEDICINAS	30

3.5. MEJORAMIENTO DE LA ATENCION HOSPITALARIA	32
CAPITULO III	
LA PLANIFICACION	34
1. EPISTEMOLOGIA DE LA PLANIFICACION	34
1.1. EL CASO NORMATIVO	34
1.2. EL CASO ESTRATEGICO	36
2. LA PLANIFICACION SITUACIONAL	39
2.1. CONCEPTO DE SITUACION	39
2.2. ELEMENTOS DE LA PLANIFICACION SITUACIONAL	40
2.3. METODOLOGIA	45
CAPITULO IV	
CRITERIOS METODOLOGICOS PARA LA PLANIFICACION Y DISEÑO HOSPITALARIOS	53
1. CONSIDERACIONES GENERALES BASICAS	53
1.1. FACTORES CULTURALES Y ECONOMICOS	53
1.2. EL CRECIMIENTO LA TECNOLOGIA	54
1.3. EL CONTEXTO DEMOGRAFICO	57
2. CONSIDERACIONES ACERCA DEL DISEÑO	57
2.1. LA FUNCION	58
2.2. FACTORES FISICOS	59
2.3. ENTORNO URBANO Y MATERIALES	61
3. EL EQUIPAMIENTO	62
4. EL PLAN TIPO	63
4.1. VENTAJAS	63
4.2. LIMITACIONES	64
5. LA METODOLOGIA	65
5.1. PROPUESTA METODOLOGIA	66
CAPITULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	73
1. CONCLUSIONES	73
2. RECOMENDACIONES	75
BIBLIOGRAFIA	

LISTA DE CUADROS

NUMERO	DENOMINACION	PAGINA
1	ESTABLECIMIENTO DEL M.S.P.	14
2	UNIDADES MEDICAS DEL IESS	17
3	INDICADORES DE SALUD	22

LISTA DE GRAFICOS

NUMERO	DENOMINACION	PAGINA
1	EL MOMENTO EXPLICATIVO	48
2	EL MOMENTO NORMATIVO	50
3	EL MOMENTO ESTRATEGICO	51
4	EL MOMENTO TACTICO- OPERACIONAL	52

INTRODUCCION

El Ecuador, país en vías de desarrollo ubicado en el grupo de países denominados del tercer mundo, se desenvuelve dentro de un esquema socio-económico generalizado en estos países que, se caracteriza por las constantes crisis que afectan y van minando cada vez más su capacidad de desarrollo. La década de los años 80 se constituye en el reflejo patético de este fenómeno en América Latina habiéndose la denominado "década perdida".

En términos generales, la crisis en nuestro país está caracterizada por un deficiente crecimiento económico, agudización del desempleo y subempleo, expansión del déficit fiscal, etc., fenómenos éstos que le han llevado al incremento de las desigualdades sociales, con el consiguiente empeoramiento de la calidad de vida en especial de las grandes mayorías, que se ven afectadas por un lado, por un ingreso salarial reducido, y por otro, por la dificultad de obtener una prestación de servicios públicos en condiciones aceptables.

Bajo este contexto, la salud del pueblo ecuatoriano ha sufrido un notable deterioro que se traduce en la falta de atención en los campos de la medicina preventiva y curativa a nivel urbano como rural.

Es conocido por todos quienes de alguna manera estamos involucrados en el área de la salud, que las soluciones se enmarcan en el desarrollo social del país y radican en acciones en el campo de la medicina preventiva como la nutrición y alimentación, el mejoramiento del medio ambiente a través de la infraestructura básica como agua potable y alcantarillado; la educación popular para la

salud y la promoción sanitaria. En el campo de la medicina curativa en cambio, con la atención médica oportuna y el uso apropiado de tecnología y medicamentos. Para lograr este objetivo, se hace necesaria la existencia de la infraestructura física que permita de forma adecuada el cumplimiento de las tareas médicas y es, la formulación integral del recurso físico de salud en sus diferentes niveles de complejidad que van desde el Puesto de Salud hasta el Hospital de Especialidades, la que aportará de manera positiva al cumplimiento de ese objetivo.

Este es el campo específico que abordará el presente trabajo, es decir, la planificación del recurso físico de salud, mediante el intento de lograr una Metodología que conjugue el conocimiento científico con la realidad social en la que nos desenvolvemos.

A fin de que el trabajo tenga coherencia en todas y cada una de sus partes, se elaborará en los dos primeros capítulos, un marco teórico referencial como es el conocimiento de la problemática de la salud en el país y su estructuración como factores de incidencia directa en el espacio físico. El tercer capítulo se refiere ya de manera concreta al aspecto técnico del trabajo como es la planificación y sus fundamentos en el campo del conocimiento científico, para luego pasar en el cuarto capítulo al estudio y definición de la Metodología de la planificación hospitalaria.

Finalmente, trataré en las conclusiones y recomendaciones de sintetizar todas y cada una de las experiencias en la ejecución del presente trabajo, que se consideren válidas en lo que en última instancia significa la planificación hospitalaria en un país con sus propias costumbres, sus propios problemas es decir, su propia realidad.

C A P I T U L O I

LA SALUD EN EL ECUADOR

1. DESARROLLO HISTORICO

1.1. LA EPOCA COLONIAL

Como es conocido por todos nosotros, durante el período de la conquista americana, la explotación ejercida por los españoles y la presencia de enfermedades desconocidas hasta entonces diezmó a los indios, reduciendo considerablemente la mano de obra indispensable en la época. Esto motivó en la organización del sistema colonial una marcada importancia en la determinación del estado de salud colectivo con el consiguiente desarrollo de la práctica médica.

Se construyeron los Hospitales de caridad destinados a los pobres, los mismos que fueron regidos por la Iglesia Católica por el apoyo de familias acaudaladas.

En el período republicano, las condiciones económicas y de salud no tienen una modificación significativa por la mayoría de la población. El establecimiento del Hospital Militar para atender la demanda de servicios de los soldados en las luchas de la independencia, se constituye en el único hito a partir del cual la atención médica institucional se dividió en civil y militar.

1.2. LA EPOCA AGROEXPORTADORA (1890), LA CRISIS CACAOTERA (1920), Y LA REACTIVACION DEL MODELO (1940)

En el año de 1893 se crea la Sociedad de Beneficencia Olmedo, constituyéndose en la primera institución que asume la responsabilidad del problema de la

salud pública, siendo éste el inicio de un cambio de denominación de la práctica médica ecuatoriana de caritativa a otra de beneficencia.

Posteriormente en 1986, mediante Decreto Ejecutivo se crea la Junta de Beneficencia, institución encargada de administrar y velar por el buen funcionamiento de sus hospitales.

Como consecuencia del incipiente proceso de desarrollo, se crearon los "Hospitales Ambulantes" que acompañaron la construcción de diversas carreteras del país así como la construcción del ferrocarril Guayaquil-Quito en 1873.

Así, la medicina estatal surge vinculada al desarrollo capitalista agroexportador, que impuso esta nueva conceptualización de la salud que se fue imponiendo en los países industrializados.

Posteriormente, con la inversión de capitales extranjeros destinados a la producción de materias primas, se produce el desarrollo del sector salud con la creación de dependencias orientadas a ese fin. Así en 1925 se crea el Ministerio de Previsión Social que incluye las ramas de Trabajo, Sanidad y Asistencia social. En 1926 se promulga la Ley de Asistencia Pública que sustituye a la Junta Central de Beneficencia por las Juntas Centrales y Provinciales de asistencia social que se mantienen hasta el año de 1973.

A mediados de la década de los 20, se crea el Seguro Social Ecuatoriano, con el fin de aumentar la capacidad productiva de la creciente población industrial mediante la atención de salud de sus afiliados para cuya finalidad se abren los primeros dispensarios médicos del país.

De lo expuesto se puede deducir que la práctica médica

estatal en el Ecuador a partir de los años 20 se va definiendo de acuerdo al grupo social al que iba dirigida. De esta manera, la medicina asistencial organizada por el Ministerio de Previsión Social estaba dirigida a las clases desposeídas; la Seguridad Social estaba orientada al servicio de la población empleada y asalariada; y, la Medicina Militar al personal militar y su familia. Por otro lado la práctica privada con su relativo desarrollo se dedicó a la atención de los grupos económicos más altos que podían pagar su consulta.

Para el año de 1942 el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública propone la creación de instituciones Nacionales de Salud y el establecimiento de programas de control de enfermedades. Acto seguido el Ecuador se integra a este servicio y, con ayuda financiera y técnica internacional emprende la construcción de algunos centros asistenciales, organiza y ejecuta campañas de erradicación de enfermedades transmisibles como acciones de importancia.

1.3. CRISIS AGROEXPORTADORA (1960)

Para la década de los 60, la prestación de servicios de salud estuvo a cargo de la Dirección General de Salud y las Juntas Central y Provinciales de Asistencia Social, cuya orientación fue la prevención y control de enfermedades transmisibles. Algunas de estas acciones fueron desarrolladas en el año de 1963 por la Misión Andina del Ecuador con el programa "Desarrollo Comunitario" que marcó en el proceso histórico de la medicina el inicio de la estrategia de la medicina comunitaria.

Para el año de 1965 se creó el Instituto Ecuatoriano de Obras Sanitarias IEOS, institución autónoma encargada de llevar adelante la construcción de la infraestructura sanitaria a nivel nacional.

Si bien en la presente década podemos hablar de un adelanto en las acciones de salud, éstas se dieron sin la coordinación ni la planificación necesarias a cargo de diferentes dependencias, así la Dirección de Sanidad estuvo a cargo de las acciones de fomento y protección; las Juntas de Asistencia Social realizaban acciones de recuperación, el IEOS estuvo a cargo de la planificación, construcción y mantenimiento de la infraestructura sanitaria. Acciones similares cumplían la Previsión Social y la Sanidad Militar.

Esta situación llevó a que el año de 1967 se cree el Ministerio de Salud Pública con la obligación de llevar adelante los aspectos relacionados con la Sanidad, Asistencia Social y Nutrición de los ecuatorianos.

En cuanto a la infraestructura de salud de esta década, por cada 100.000 habitantes existían 1.76 Hospitales, 1,52 Clínicas particulares, 4.8 Centros de Salud, 1 Subcentro y 1 Puesto de Salud, la misma que era totalmente limitada.

1.4. LA EPOCA PETROLERA (1972)

El "Plan Decenal de Salud para las Américas" se constituyó en el discurso básico en el campo de la salud, el mismo que fue elaborado por los Ministros de Salud del Continente el año de 1972, quienes reconocen el deterioro de la salud especialmente en el sector rural y en las áreas urbano-marginales.

Este principio de reconocimiento y conciencia de una realidad vigente, llevó a los países comprometidos y a los organismos internacionales a estimular la ampliación de la cobertura de salud con servicios mínimos integrales en las comunidades rurales y población marginal de las ciudades.

Para tratar las enfermedades infecto-contagiosas fue necesario únicamente la práctica "paramédica" con la participación organizada de la comunidad y la capacitación de los líderes naturales, apareciendo y de manera práctica la medicina comunitaria que se constituyó en el nuevo enfoque o estrategia destinada a la ampliación de la cobertura.

En el país, el Estado desarrolló una política de ampliación de cobertura, apoyado en el importante crecimiento presupuestario estatal y por ende del sector salud. Se procedió en primera instancia a una reorganización del Ministerio de Salud Pública y la integración de algunas instituciones estatales que realizaban acciones de salud, para lo cual se derogan las Juntas Centrales y Provinciales de Asistencia Social y se adscriben a entidades hasta entonces autónomas como LEA, SOLCA, Asistencia Pública y otras.

Paralelamente el Ministerio de Salud Pública implementa el Primer Plan Nacional de Salud, cuyo objetivo era crear un sistema de salud ágil, moderno y eficaz en términos de la centralización técnico-normativa y de la ampliación de la cobertura de servicio hacia las áreas rurales.

Durante el quinquenio 1970-75 el crecimiento de los servicios de salud estatales y privados fue importante. Se inició un amplio programa de construcciones de unidades operativas, especialmente por parte del Estado así, el número de unidades del Ministerio de Salud aumentó de 160 a 556 unidades (247%); las del Seguro Social de 95 a 184 unidades (93%); y, de las Fuerzas Armadas de 10 a 44 unidades (240%).

Este crecimiento a nivel estatal tiene lugar principalmente en aquellas unidades operativas de menor complejidad como

son los Puestos y Subcentros de Salud que crecieron de 1 a 5.7 unidades por cada 100.000 habitantes, es decir el 470%. De esta manera, la importancia relativa de los hospitales en el país se ve disminuida por una reducción en el número de camas por cada 10.000 habitantes de 21 en 1970 a 19.1 en 1975.

En cuanto se refiere a la medicina privada, el ritmo de crecimiento se similar al crecimiento poblacional, manteniendo una relación de 1.5 clínicas particulares por cada 100.000 habitantes.

Durante este mismo período se produce una nueva integración en el sector estatal cuando mediante Decreto 487 del 16 de mayo de 1974 se adscribe la División de Saneamiento Ambiental al IEOS, con lo cual se mejoró la atención de los problemas de saneamiento del ambiente que para el año de 1975 apenas el 43% de la población estaba cubierta con servicio de agua potable y un 27.9% con alcantarillado. Sin embargo de esto se aprecia un esfuerzo organizado para alcanzar coberturas crecientes especialmente en las áreas rurales.

Asimismo en la década de los 70 se da un mayor énfasis a la Atención Primaria de la Salud como la estrategia para promover una mayor extensión de cobertura, basada en la utilización de tecnología sencilla para solucionar los problemas de salud más frecuentes en las comunidades a través de la atención brindada por el sistema formal de profesionales y principalmente por el sistema informal con recursos humanos de la comunidad previo adiestramiento y bajo supervisión continuo.

Al igual que el quinquenio anterior, en el que comprenden los años de 1975-80 el crecimiento de las unidades operativas continúa dándose, así el número de establecimientos

de salud se incrementó de 1.117 a 1.766 unidades, que se desglosan de la siguiente manera: Ministerio de Salud Pública de 556 a 961 unidades (73%); Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de 184 a 359 unidades (95%); y, las Fuerzas Armadas de 44 a 86 unidades (95.4%).

En el crecimiento de la infraestructura de establecimientos de salud señalada se mantiene la tendencia a la priorización en la construcción de unidades de menor complejidad y la reducción de construcción de unidades hospitalarias mayores.

En cuanto a la infraestructura sanitaria de carácter preventivo, con la incorporación del Instituto Ecuatoriano de Obras Sanitarias al Ministerio de Salud Pública en el año de 1974, se dio impulso a la construcción de dicha infraestructura.

Así encontramos que en el período 1972-77 se construyeron 81 abastecimientos de agua potable, 36 sistemas de disposición de excretas, 230 unidades de agua potable y 12.000 letrinas repartidas en las áreas rurales dándose inicio a un programa de acción preventivo de la salud.

La infraestructura sanitaria, a pesar del importante crecimiento en 1980, apenas logró cubrir con agua potable el 47.9% de la población del cual el 72.4% estaba en el área urbana; y, con alcantarillado el 30.6% en el área urbana.

En términos generales, y con respecto al período analizado podemos decir que la década de los 70 a pesar de la bonanza petrolera que favoreció el crecimiento económico del país y por ende el crecimiento de la infraestructura sanitaria preventiva como curativa, la modernización del sistema de salud y el incremento de la cobertura de servicios, nos dejó como herencia el endeudamiento externo, la polarización del ingreso, inflación y el acrecentamiento de la

disparidad social, política y económica del país.

1.5. LA CRISIS (1980)

El Plan Nacional de Desarrollo 1980-84, destaca la necesidad de la integración del sector salud, lo cual es viabilizado con la creación del Consejo Nacional de Salud mediante Decreto Nº 56 del 3 de enero de 1980. Esta acción se constituye en el punto de partida para la materialización del concepto de integralidad de la función a través de la coordinación entre las instituciones que conforman el sector de la salud.

Las estrategias empladas están dirigidas a la creación, organización y puesta en marcha del Sistema Nacional de Salud, el Sistema Regionalizado de servicios y la reorganización técnico-administrativa y financiera del sector salud que dicho sea de paso en la actualidad no ha llegado a implementarse en su totalidad.

Para el año de 1981 se declara mediante Decreto Nº 915 del 17 de febrero, la gratuidad de los Servicios de Salud que si bien se constituye en una política de carácter y beneficio social, con el pasar de los años su resultado ha sido negativo al desarrollo de la prestación de servicios al pueblo, siendo una de sus causas principales la inexistencia del presupuesto estatal necesario.

En el campo internacional en el área de la salud, se plantea como estrategia el programa "Salud para todos en el año 2000", tendiente a disminuir las diferencias existentes entre las diferentes regiones que de manera directa afectan a la prevención y atención de las enfermedades. Parte de esta estrategia se dirige a fomentar la atención primaria en base a la reestructuración y expansión de los servicios de salud en términos de efectividad, eficiencia y eficacia.

2. ESTRUCTURA

2.1. ANTECEDENTES

Como ya se analizó en el capítulo anterior, el desarrollo de la medicina ecuatoriana es coyuntural a la necesidad de dar atención de salud a la población ecuatoriana en el marco de una reestructuración de la medicina nacional, la misma que pasó de las acciones sanitarias a la atención médica directa.

A fin de responder a las expectativas suscitadas por estos cambios, se suceden una serie de hechos que determinaron el proceso de modernización de la atención de salud en el país como son: a) creación del Ministerio de Salud Pública, b) reorganización del Seguro Social; y c) conformación a nivel privado de la medicina de empresa que sumada a la sanidad militar conforman la estructuración de la salud en el Ecuador.

Bajo este marco, pasaremos a analizar brevemente a cada una de las Instituciones que como parte de la estructuración del sector hacen salud, así tenemos:

2.2. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

En el año de 1967, la Asamblea Legislativa realiza la creación del Ministerio de Salud Pública a fin de que se haga cargo de todos los aspectos relacionados a la atención de la salud de todos los ecuatorianos.

Una vez creado el Ministerio, se expide el Código de Salud y formula el Plan de Medicina Rural que fue aprobado por el Congreso de 1968 y su ejecución se inició en 1970. Este Plan constituye la primera manifestación de lo que significa la extensión de cobertura de servicios cuya

implementación requirió la expedición de la siguiente política:

"Obligatoriedad del trabajo rural para los graduados de Medicina, Odontología, Enfermería y Obstetricia en los lugares que sean destinados por el Ministerio, como requisito previo al libre ejercicio profesional"

Entre los años 1972-78, se genera el período de organización y desarrollo del Ministerio que comprende dos etapas bien definidas: a) reorganización y planificación y, b) desarrollo del Ministerio de Salud, ambas guardando estrecha relación con las políticas del Plan Quinquenal de Transformación y Desarrollo del Ecuador 1973-77.

A continuación describiremos las principales acciones de estas dos etapas mencionadas.

a) Primera etapa (1972-76)

-Reorganización político-administrativa caracterizada por la expedición del Decreto 232 del 14 de abril de 1972, a través del cual se centraliza la Dirección General de Salud y se deroga la existencia de las Juntas Centrales y Provinciales de Asistencia Social, integrándose sus servicios a los del Ministerio, con lo cual, éste pasa a administrar el 48% de las camas hospitalarias.

-Formulación del Plan Quinquenal del Salud, el mismo que contiene por primera vez una doctrina de salud cuya síntesis es:

"Se trata de dar prestaciones de salud, accesibles a todas las comunidades, sin excepciones y en forma continua e integral desde el nacimiento hasta la muerte, tratando en lo posible de conseguir como objetivo a largo plazo, que el Estado asuma la responsabilidad creciente

por la protección, fomento, rehabilitación y recuperación de la salud de sus habitantes, y se definen políticas de salud, propósitos, objetivos, programas, estrategias y metas concretas". 1

b) Segunda etapa (1976-79)

Esta se caracteriza por el crecimiento y desarrollo del Ministerio destacándose las siguientes acciones:

- Programa de construcción de servicios.
- Programa de construcción de obras de infraestructura sanitaria en el área rural y urbana.
- Programa de extensión de cobertura en el área rural.
- Racionalización del uso de los servicios existentes.
- Normatización de todos los niveles.
- Programa de Desarrollo e Inmunizaciones.
- Programa de Nutrición, centralización en el país de ingredientes alimenticios.
- Programa de desarrollo de los servicios de rehabilitación en la nueva estructura hospitalaria.

De acuerdo a informes oficiales en esta segunda etapa, los resultados de la política de salud fueron positivos, determinando una mejoría manifiesta de los niveles de salud de la población, con una disminución de las tasas de mortalidad y un incremento de la estructura de los servicios y los programas de atención a la población y del medio ambiente.

Al margen de las declaraciones oficiales, la política de salud durante esta segunda etapa, fue dirigida a la atención médica y más concretamente, hacia la dotación de infraestructura y equipamiento hospitalarios.

1. Plan Quinquenal de Salud, Ministerio de Salud Pública, Quito, 1973.

La política posterior de los Gobiernos Constitucionales a partir de 1980, siguió los mismos lineamientos es decir, continuar con la construcción de los establecimientos de salud tanto a nivel urbano como rural.

El Ministerio de Salud Pública cumple sus tareas a través de un sistema regionalizado de servicios que llega a la población pobre, que por un lado no tiene Seguro Social y por otro, tampoco tiene capacidad económica para pagar atención privada. Para su cumplimiento se ha considerado la aplicación de los principios de centralización técnica normativa y descentralización administrativa; la definición de los niveles de atención y la organización del Sistema de Referencia. Lamentablemente, hasta la presente fecha no ha funcionado, pues adolece de varias deficiencias entre las que se destaca justamente el centralismo.

2.2.1. Niveles de Atención

Dentro del presente capítulo creo importante referirme a los niveles de complejidad en lo que se refiere a la atención de curación pues, tienen relación directa con el tipo de unidad o establecimiento, así tenemos:

2.2.1.1. Nivel Primario

Presta atención médico-sanitaria a través de médicos generales ya que, el tipo de tratamiento únicamente requiere auxiliares de diagnóstico elementales. Su costo es bajo y por lo tanto la atención se brinda en los PUESTOS, SUBCENTROS Y CENTROS DE SALUD en lo que se denomina atención ambulatoria o consulta externa. Este tipo de atención cubre entre el 80 y el 85% de los problemas de salud en la población.

2.2.1.2. Nivel Dos

Brinda atención más compleja, además de la hospitalización en las cuatro especialidades básicas como son: Medicina Interna. Cirugía General, Gineco-obstetricia y Pediatría. Este tipo de atención se da en los CENTROS DE SALUD-HOSPITAL llamados también HOSPITALES CANTONALES y cubren aproximadamente el 15-20% de los problemas de salud de la población.

2.2.1.3. Nivel Tres

Corresponde al nivel de especialización, es decir presta atención con personal especializado en los distintos tipos de dolencias, en establecimientos de salud dotados de equipos especiales para este tipo de tratamientos como son los HOSPITALES REGIONALES o de ESPECIALIZACION.

Estos tres niveles de atención y complejidad, responden a un modelo de atención oportuno y se puede decir que hasta eficaz, siempre y cuando el mismo responda a un correcto y coherente sistema de regionalización, cuya distribución geográfica responda a las reales necesidades de atención de la población.

La importancia de la denominada atención primaria, radica en la posibilidad de lograr la participación de la comunidad en el mejoramiento de su nivel de vida a partir de la salud, mediante políticas de acercamiento y concientización de la población a través de la educación sanitaria y los programas de medicina preventiva.

Como parte de la reestructuración, se considera como prioritaria la readecuación y construcción de obras de infraestructura sanitaria básica como son el agua potable, el alcantarillado y la letrínización; pues se constituyen

en el primer esfuerzo en el campo de la medicina preventiva para mejorar la salud de la población.

Esta concepción, cambio o modernización de lo que significa la atención de la salud en el país, está influenciada o mejor dicho está determinada por factores sociales y políticos; y, la salud en sí misma se constituye en un componente del nivel de vida que solo puede alcanzarse cuando el Estado comprometa a todos los sectores públicos y privados, técnicos y económicos, para en conjunto replantear estrategias adecuadas que coadyuven a la consecución de un objetivo social como es la salud del pueblo.

La respuesta espacial o física a la estructura de oferta de servicios de salud planteada y de acuerdo a los niveles de complejidad de las unidades se resume a continuación:

CUADRO Nº 1
ESTABLECIMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

TIPO DE ESTABLECIMIENTO	NUMERO	TASA
HOSPITAL DE ESPECIALIDAD	1	
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES	14	
HOSPITALES PROVINCIALES	21	
HOSPITALES CANTONALES	88	
CENTROS DE SALUD	71	
SUBCENTROS DE SALUD	920	
PUESTOS DE SALUD Y DISPENSARIOS	229	
DOTACION NORMAL DE CAMAS	8.790	0.9 *

* Tasa por 1.000 habitantes

FUENTE: Dirección Nacional de Planificación del M.S.P.

De lo expuesto en el cuadro anterior, se desprende y ratifica la prioridad que se ha dado a la atención de salud primaria pues, el mayor número de unidades de salud está repartida entre Subcentros y Puestos de Salud.

2.3. LA SEGURIDAD SOCIAL

El sistema del Seguro Social Ecuatoriano se inicia en el año de 1928 con la creación de la Caja de Pensiones, destinada a la protección de los empleados públicos y bancarios. Para el año de 1936 se fundó el Instituto Nacional de Previsión, con el propósito de aplicar el Seguro Social Obligatorio a la protección de los empleados públicos, privados y obreros del país.

Bajo este esquema, los servicios médicos en la Seguridad Social, se establecieron en 1936 como una sección del Instituto Nacional de Previsión; y, desde 1937 como Departamento de la Caja del Seguro.

A partir del año de 1958, el Departamento Médico adquiere el carácter de autónomo y desde el año de 1974 se integra al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS.

Para el año de 1970, el Sistema de Atención Médica inicia una etapa de modernización que propone el aumento de cobertura a nivel nacional, la multiplicación de hospitales y dispensarios, en las áreas de residencia de la población trabajadora y la actualización de los servicios. En el mencionado año se inaugura el Hospital Carlos Andrade Marín, que se transforma en el primer centro hospitalario del país. En 1972, se organiza el Seguro Social Campesino cuya principal atención es la prestación médica.

Todas estas acciones, se basan en una modificación conceptual concordante al desarrollo y adelanto del país; así, la Seguridad Social siente la necesidad de ir incorporando bajo su protección al trabajador profesional, al campesino y al trabajador independiente, tratando de esta manera de llegar a una auténtica Seguridad Social para todos los involucrados en el sector productivo del país.

En definitiva, la Seguridad Social en el campo de la medicina propende a la protección y recuperación de la fuerza de trabajo, base y sustento del desarrollo social, político y económico del país.

En los últimos años el creciente número de afiliados, ha obligado al IESS a proponer una nueva estructuración en la atención de salud, que propende a cumplir con las condiciones de accesibilidad, oportunidad, calidad y costo racionalizado de la atención; bajo estos criterios se ha dado paso a las siguientes acciones:

- Regionalización de los servicios médicos
- Atención progresiva al paciente
- Desarrollo de la infraestructura necesaria
- Capacitación de los recursos humanos
- Coordinación con otras instituciones del Sector Salud.

En cuanto se refiere a la regionalización, en el año de 1986 se establecieron ocho regiones de prestación médica:

- Región 1
Pichincha, Esmeraldas, Napo, Sucumbíos y Cotopaxi
- Región 2
Guayas, Los Ríos, Galápagos
- Región 3
Azuay, Cañar y Morona Santiago
- Región 4
Tungurahua, Bolívar y Chimborazo

- Región 5
Imbabura y Carchi
- Región 6
Manabí
- Región 7
Loja y Zamora
- Región 8
El Oro

La respuesta espacial a la estructura de atención de salud del IESS expuesta se clasifica según el tipo de atención, el número de personal y equipamiento en ocho niveles que se detallan en el cuadro contiguo:

CUADRO Nº 2
UNIDADES MEDICAS DEL IESS

TIPO DE UNIDAD	NUMERO
HOSPITAL REGIONAL	3
HOSPITAL PROVINCIAL	10
HOSPITAL LOCAL	5
DISPENSARIO TIPO "A"	5
DISPENSARIO TIPO "B"	10
DISPENSARIO TIPO "C"	49

FUENTE: Departamento Nacional de Estadísticas de Salud y Evaluación Médica de C.T.A. del IESS.

La dotación de la infraestructura física de salud, está a cargo de la Dirección de Planificación de Unidades Médicas del IESS.

Es necesario puntualizar por su importancia y cobertura la existencia de los denominados Dispensarios Anexos que brindan atención en las Empresas e Instituciones tanto de

carácter público como privado y que están a cargo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Estos Dispensarios brindan la atención al afiliado en el sitio de trabajo, contando para ello con un médico, una enfermera y el personal de apoyo. La atención farmacéutica así como de los auxiliares de radio-diagnóstico como son Rayos X y Laboratorio, corren a cargo del Instituto.

Esta es en términos generales la situación de la Salud en lo que se refiere a la Seguridad Social. Es de suponerse que siendo la atención de salud pagada con parte de las aportaciones de los afiliados debería ser óptima pero la realidad demuestra que hay insatisfacción por parte de los afiliados en la atención que se les brinda y que se traduce en desorganización de los servicios y pérdida de tiempo, situación que motiva el abandono del Seguro y la búsqueda de la atención privada. De todas maneras, los logros en cuanto a la recuperación de la salud han sido bastante significativos.

En lo que se refiere a la atención preventiva de la salud, el IESS ha implementado una serie de acciones tendientes a salvaguardar la salud y los riesgos de trabajo de sus afiliados.

2.3.1. El Seguro Social Campesino

En el año de 1968, se crea el Seguro Social Campesino a fin de extender la protección de la Seguridad Social al sector rural del país, es decir, al trabajador del campo sin relación de dependencia.

Este seguro se diferencia del general ya que no solo protege al trabajador, sino a toda la familia entendiéndose por tal a todas las personas que viven bajo un mismo techo y dependen de un ingreso económico común.

2.4. LA SANIDAD MILITAR

La Sanidad Militar nace de la necesidad que tienen las Fuerzas Armadas de atender su población tanto a nivel urbano como rural en las diferentes unidades militares destacadas en todos los rincones del Ecuador.

En el año de 1918 en que se establecen definitivamente los lineamientos legales, administrativos y económicos de la Sanidad Militar y, en este mismo año, se funda el Hospital Militar de Quito, separándose la atención médica militar de la civil. Con el transcurso de los años, la sanidad militar adquiere significación y en la actualidad cumplen sus funciones con acierto.

Su acción está dirigida a todos los militares y sus familias, cubriendo de esta manera a un 0.5% de la población del Ecuador. Con este objetivo se han implementado unidades de salud de diferente nivel de complejidad y que van desde el Puesto de Salud hasta el Hospital Especializado en los que trabajan profesionales de diferente especialización con un equipamiento moderno y vigente.

Es importante destacar el hecho de que la Sanidad Militar brinda atención a la población civil en los sitios en que no existe la atención médica del Ministerio de Salud Pública y colabora en programas sanitarios con este Ministerio especialmente en las regiones más apartadas del país.

2.5. LA MEDICINA PRIVADA

Se refiere al libre ejercicio de la profesión médica de acuerdo a las atribuciones que les confiere el Estado. Se fundamenta en el pago de contado por un acto médico realizado es decir, una función económica directa.

La medicina privada es practicada de dos maneras: individual y colectiva.

La práctica individual, es aquella en la que el médico en relación directa con el desarrollo económico y el reordenamiento del espacio urbano, ejerce su profesión en un consultorio generalmente en lugares o sitios comerciales .

En cambio la práctica colectiva, como otra forma de ejercicio de la medicina liberal surge de la necesidad económica de asociarse para su desarrollo y afianzamiento en lo que se denomina la Clínica Privada o el Centro Médico.

Por último, en lo que se refiere al control de la medicina liberal, desde el año de 1971 está en vigencia el Código de la Salud, que normatiza algunos aspectos relacionados con la atención médica. En lo que se refiere a los aspectos éticos del ejercicio, son responsabilidad exclusiva del gremio de profesionales.

C A P I T U L O I I

DESARROLLO DE LA SALUD EN EL ECUADOR

1. SITUACION ACTUAL

Ya hemos indicado en la introducción cómo el país en los últimos años ha sufrido un deterioro en lo que significa la atención de salud al pueblo ecuatoriano y, para tener una idea objetiva de la situación con parámetros comparativos es necesario e importante analizar los indicadores demográficos 1990 preparados en base a la información proporcionada por el CELADE y el INEC así como por el Ministerio de Salud Pública.

El Ecuador para el año de 1990 alcanza una población de 9'622.608 habitantes con una tasa anual de crecimiento del 2.6%, que es más alto que la tasa de crecimiento promedio para América Latina que está en 2.3%.

La crisis del país a la que me he referido anteriormente, tiene como una de sus principales causas el deterioro agrícola que ha provocado el proceso de urbanización, es decir, la concentración de la población en los sectores urbanos debido a la migración campo-ciudad y es así como del total de la población del país el 56.4% reside en las ciudades especialmente de Quito y Guayaquil.

Es importante destacar en favor de nuestro desarrollo que la población ecuatoriana es joven en razón de que, a pesar del crecimiento de los grupos de mayor edad, el 39.5% de la población es menor de 15 años.

En cuanto a la población económicamente activa, ésta representa el 34.6% de la población total pero, se señalan cifras de desempleo del 13% y, se calcula que el subempleo representa la mitad de la población en aptitud de trabajar.

La natalidad y mortalidad general en cifras promedio para el país se sitúan en 32.9 y 7.4 por mil habitantes respectivamente, notándose un descenso lento pero continuo en los últimos años.

C U A D R O N º 3
INDICADORES DE SALUD

ITEMS	AÑO	INDICADORES
DEMOGRAFICOS		
Población	1990	9'633.608 hab
Población Urbana	1990	5'302.057 hab 55.1%
Población Rural	1990	4'320.551 hab 44.9%
Población menor de 15 años.	1990	3'974.137 hab 39.5%
Tasa anual de crecimiento.	1990	2.6%
Esperanza de vida al nacer	1990	
Hombres:		63.4 años
Mujeres:		67.6 años
Población económicamente activa	1990	3'329.422 hab 34.6%
Desempleo	1990	13.0%
NATALIDAD	1990	32.9 por 1.000 hab.
MORTALIDAD		
Mortalidad general	1990	7.4 por 1.000 hab.
Mortalidad infantil	1990	63.4 por 1.000 N.V.
Mortalidad materna	1990	1.7 por 1.000 N.V.
NUTRICION		
Desnutrición infantil	1990	55.4% (menores de 5 años)
SANEAMIENTO AMBIENTAL		
Agua Población Cubierta	1990	
Urbana		80%
Rural		35%
Alcantarillado	1990	
Urbana		65%
Rural		12%
Nº de viviendas	1990	2'000.000
Habitantes por vivienda	1990	4.8 hab.

FUENTE: INEC, CELADE y Ministerio de Salud Pública.

Las principales causas de muerte de la población ecuatoriana, se relacionan con las enfermedades infecciosas, intestinales y respiratorias agudas, las mismas que siguen cobrando el mayor número de víctimas entre la población adulta e infantil.

Merece capítulo especial el de la desnutrición proteico-calórica como causa de mortandad especialmente infantil, lo que demuestra la situación de pobreza de los sectores menos favorecidos de la población ecuatoriana, que ha restringido notablemente la capacidad de adquisición de alimentos básicos, a lo que se suma el deterioro de la producción agrícola por el abandono del campo, limitando la producción de alimentos de alto valor nutricional.

Así, la desnutrición infantil alcanza el 55.4% en los niños menores de 5 años.

Deben ser considerados además, los fenómenos crecientes del niño de la calle y de la deserción escolar (53% en el área rural) como factores que estimulan el deterioro de la salud del preescolar y el escolar.

Otro fenómeno importante es el referente a la madre, si bien la mortalidad materna ha disminuido lentamente hasta llegar a cifras de 1.7 defunciones maternas por cada mil niños nacidos vivos, lo básico es tomar en cuenta en las nuevas acciones, la marginación a la que tradicionalmente ha estado sometida la mujer.

El desarrollo ha agudizado el problema referente a las enfermedades sociales. La drogadicción, el alcoholismo y la delincuencia juvenil, son fruto justamente de la crisis y el retraso económico del país, en este sentido es necesario dar atención al adolescente que generalmente es la primera víctima de este tipo de enfermedades, a través de programas específicos dirigidos al fomento y prevención de

la salud.

En cuanto a la salud preventiva se refiere, son importantes la educación para la salud y la dotación de la infraestructura básica como agua potable, alcantarillado y letralización. Al respecto, las cifras oficiales demuestran profundas diferencias en los sectores urbanos y rurales en la dotación de estos servicios. En efecto, mientras a nivel urbano la cobertura de agua potable es del 80%, en los sectores rurales es tan solo del 35%. En cuanto al alcantarillado la cobertura a nivel urbano es del 65%, en las áreas rurales es apenas del 12%. La letralización, da una cobertura apenas del 20% de la población del área rural.

Esta realidad exige una reestructuración total de la atención tanto en el campo preventivo como curativo con cambios en la entrega de los servicios de salud y con una reorientación de los programas preventivos dando énfasis a la dotación de la infraestructura básica en las áreas rurales.

2. POLITICAS DE SALUD

La salud, como componente de la política social del Plan Nacional de Desarrollo, es considerada parte del pago de la denominada "deuda social". Esto implica que, el progreso económico de los sectores productivos del país debe encaminarse hacia el desarrollo social, mediante la apertura estatal a una amplia participación popular, la descentralización y apoyo de la gestión regional y la concertación de todos los sectores involucrados en el cambio.

Bajo este esquema, las políticas de salud están dirigidas a mejorar la salud y la calidad de vida de los ecuatorianos, en especial de los de menores recursos económicos, mediante

la aplicación de un cambio radical del modelo de atención de salud vigente.

Este modelo de atención propuesto, se basa en el criterio de que la salud es el componente fundamental de la calidad de vida de la población y que en el proceso salud-enfermedad así como en el mejoramiento de la salud individual y colectiva, intervienen aquellos factores ya enunciados anteriormente que no solo son biológicos, sino también socio-económicos y culturales.

Otro de los lineamientos de importancia, es aquel que se refiere a la oferta preventivo-curativa y de rehabilitación que no solo se dará en la Unidad de Salud, sino que se extenderá y con mayor énfasis hacia la vivienda, los centros educativos y los sitios de trabajo y reunión, priorizando esfuerzos y recursos como ya queda dicho hacia los grupos social y económicamente marginados y de éstos, la preferencia será para los niños y las madres.

Para conseguir estos objetivos, se plantea la coordinación y complementación no solo de las Instituciones que hacen Salud, sino que se busca incorporar a los sectores productivos mediante el trabajo conjunto de los Frentes Económico y Social.

Por último, la política de salud planteada, busca reactivar y desarrollar los niveles administrativos y técnicos a fin de mejorar su eficacia y eficiencia, coordinando las acciones necesarias con las instituciones formadoras y empleadoras de recursos humanos en salud y, en este proyecto, tiene fundamental participación y responsabilidad la Universidad Ecuatoriana.

3. EL PLAN NACIONAL DE SALUD

La política de salud, se orienta hacia cinco líneas programáticas consideradas fundamentales dentro de lo que

significa el Plan Nacional de Salud y que son:

- Salud Familiar Integral
- Nutrición y Alimentación
- Saneamiento Básico
- Abastecimiento de Medicamentos
- Mejoramiento de la Atención Hospitalaria

3.1. SALUD FAMILAR INTEGRAL

3.1.1. Base Conceptual

El objeto conceptual es el de contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud y vida de la población ecuatoriana mediante la aplicación del nuevo modelo de atención que se fundamente en:

- Atención integral a la familia
- Priorización de los grupos poblacionales expuestos a mayores riesgos biológicos, económicos y sociales.
- Atención de salud programada a nivel individual, familiar y comunitaria.
- Participación activa de la comunidad y de otros sectores del desarrollo en un proceso de cogestión en la atención.

El Plan habla en definitiva de superar los esquemas de atención que llama "individualistas" o "espontaneistas", decir, la espera pasiva de la llegada del usuario a la unidad de salud, por un ágil sistema de prestación de servicios que se traduce en lo que podría denominarse "salir a buscar pacientes" de manera programada en el núcleo familiar, en los centros de estudio y en los centros de producción como son las fábricas y los talleres.

Este plan de acción, requiere complementariamente la estructuración de tres niveles de atención de acuerdo a la

complejidad, dándose énfasis a los niveles primarios y ambulatorios es decir, la consulta externa oportuna en Puestos, Subcentros y Centros de Salud, lo cual descongestionará los hospitales reservando su uso para aquellos casos que realmente lo ameriten.

3.1.2. Acciones Propuestas

- a) Cubrir a la población urbano-marginal y tugurial del país en una primera etapa, que alcanza una población de 2'000.000 de habitantes.
- b) A mediano plazo se pretende dar cobertura a la población rural estimada en 2'000.000 habitantes
- c) Incrementar y capacitar el recurso humano tanto técnica como socialmente a fin de que su acción sea integral.
- d) Incorporación de las comunidades y organizaciones al Plan a través de la capacitación y formación de promotores sanitarios y educadores para la salud.
- e) Readequación y mejoramiento del recurso físico y equipamiento en todos los niveles de complejidad.

3.2. NUTRICION

3.2.1. Base Conceptual

Los problemas sociales y económicos que agobian a la sociedad ecuatoriana se viene agudizando en los últimos años. A esto se suma el crecimiento poblacional y su mala distribución en el área geográfica nacional pues contradictoriamente, se produce el abandono del campo y el consiguiente hacinamiento urbano, dando lugar al desempleo, el subempleo y la baja capacidad adquisitiva de los salarios que limitan el acceso de las

grandes mayorías a una dieta nutricional adecuada y suficiente.

3.2.2. Acciones propuestas

- a) Implantación y ejecución a nivel nacional del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional.
- b) Formulación y ejecución de un Programa de Alimentación Complementaria Materno Infantil dirigido a las poblaciones en riesgo.
- c) Integración del componente de capacitación y educación alimentaria-nutricional a los programas de educación.
- d) Identificación y rescate de las importantes tradiciones y valores culturales de las comunidades campesinas e indígenas en el área de la alimentación y nutrición.

3.3. SANEAMIENTO BASICO

3.3.1. Base conceptual

El Agua Potable, así como el Alcantarillado y la Letrinización, se constituyen en servicios básicos para la prevención y mantenimiento de la salud del pueblo ecuatoriano. Bajo este principio, la nueva política propone incrementar la cobertura de los servicios de agua potable y eliminación de excretas; velar por el mantenimiento del equilibrio ecológico y controlar de manera eficaz la contaminación ambiental.

Al respecto, se han planteado varias estrategias operativas a través del IEOS, siendo las más importantes las siguientes:

- Establecer un programa nacional que unifique esfuerzos y recursos de todas las Instituciones que realizan saneamiento ambiental, que sea coherente con la realidad social y la necesidad de la población.
- Impulsar el desarrollo de tecnologías "apropiadas" y de bajo costo, para el diseño y construcción de los diferentes sistemas de agua potable, alcantarillado y letrinizaión.
- Promoción Popular a fin de lograr la participación activa de la comunidad en la construcción de los diferentes sistemas mediante la "minga" como recurso ancestral de nuestros pueblos.

3.3.2. Acciones propuestas

- a) "Normatización a nivel nacional, del diseño, construcción, operación y mantenimiento de obras de infraestructura sanitaria y establecimientos de salud
- b) Realización de investigaciones sobre la cobertura actual y administración de los sistemas de agua potable y alcantarillado.
- c) Educación y promoción sanitaria a nivel comunitario.
- d) Saneamiento Básico Urbano
 - Agua potable: subir la cobertura del 37 al 70%.
 - Alcantarillado: subir la cobertura del 55 al 70%.
- e) Saneamiento Básico Rural FONASA
 - Agua potable: subir la cobertura del 37 al 70%.
 - Alcantarillado: subir la cobertura del 12 al 40%.
 - Letrinización: subirla cobertura del 20 al 50%.

f) Medio Ambiente

- Protección de los recursos naturales, control de la contaminación del aire, agua y suelo, y manejo de los desechos sólidos: en coordinación con el INERHI se realizarán los estudios para protección de las cuencas hidrográficas.
- Control de la contaminación industrial y de establecimientos públicos.

g) Establecimientos de Salud

- Estudios y diseños para la construcción en los próximos cuatro años, de establecimientos de salud, en coordinación con la Dirección Nacional de Servicios de Salud del MSP:

Hospitales: 20

Centro de Salud-Hospital: 9

Centros de Salud: 30

Subcentros de Salud o Unidades de Salud

Familiar Integral: 500

- Construcción, ampliación y remodelación de establecimientos de salud:

Hospitales: 50

Centro de Salud-Hospital: 26

Centros de Salud: 30

Subcentros de salud: 44

Puestos de Salud: 5

Direcciones Provinciales de Salud: 6

h) Proyectos Regionales e Integrales

- Regional Esmeraldas
- Regional El Oro
- Regional Chobo-Durán (Guayas)
- Integral de Saneamiento Ambiental para diversas zonas rurales.
- Proyecto Nero (Azuay)" 1

3.4. ABASTECIMIENTO DE MEDICINAS

3.4.1. Base Conceptual

Se establece como base conceptual, el hecho de que una población enferma no produce, por lo tanto, es necesario curarla con medicinas a través de una política de abastecimiento oportuno, adecuado y que llegue a la población que realmente carece de posibilidades de adquirirla.

Bajo este marco, se propone como objetivos el procurar que toda la población tenga acceso a los medicamentos esenciales y, promover su uso racional.

3.4.2. Acciones propuestas

a)Provisión gratuita de medicamentos a los grupos de mayor vulnerabilidad biológica y marginalidad económica.

b)Mejoramiento de los sistemas de control de los fármacos.

c)Desarrollo de un sistema de abastecimiento de medicamentos, según los niveles de atención y la conformación de una red de almacenamiento.

d)Las principales acciones del proyecto como áreas programáticas son:

- Selección de medicamentos
- Cuantificación de necesidades
- Adquisición, almacenamiento y distribución
- Control de calidad de los medicamentos
- Capacitación de recursos humanos
- Legislación farmacéutica.

e)Establecimiento de una red de boticas y botiquines populares.

3.5. MEJORAMIENTO DE LA ATENCION HOSPITALARIA

3.5.1. Base Conceptual

Las unidades hospitalarias pertenecientes a las entidades oficiales de salud, se han visto afectadas en su funcionamiento por varias dificultades entre las que se puede mencionar entre otras, las siguientes: El congestionamiento de los hospitales de mayor complejidad; la subutilización de los hospitales menores; la pronta obsolescencia del equipamiento; diferencia y deficiencia en los sistemas administrativo-gerenciales y presupuesto insuficiente.

Todos estos problemas en su conjunto dan origen a una inadecuada atención de la población por lo que se hace necesaria una reestructuración que permita mejorarla.

3.5.2. Acciones Propuestas

- a) "Redefinición de las funciones de los diferentes tipos de hospitales, tomando como base estudios previos sobre la situación, y su adecuación al cambio de modelo de atención de salud
- b) Actualización en todo el país, de la situación de la capacidad instalada, con el fin de identificar los aspectos más críticos, tanto en lo referente a la infraestructura física y equipamiento como a la operación de los servicios
- c) Desarrollo e implementación de normas nacionales referentes a la construcción de nuevos establecimientos, tipo y cantidad de equipos e instrumental según niveles de complejidad, funciones y características de los hospitales según el tipo de población que sirven.
- d) Búsqueda de fuentes alternativas de financiamiento de los servicios hospitalarios, que incluya mecanismos de cobros selectivos a usuarios que dispongan de

capacidad económica y utilización de aportaciones de entidades públicas y privadas.

- e) Desarrollo de un programa nacional de rehabilitación hospitalaria" 1

Estas son de manera general, las líneas prioritarias del Plan Nacional de Salud que ha implementado el Gobierno en la búsqueda de paliar el grave problema que significa la salud en el Ecuador.

1. Plan Nacional de Salud 1989-1992. Ministerio de Salud Pública, 1989.

C A P I T U L O I I I

LA PLANIFICACION

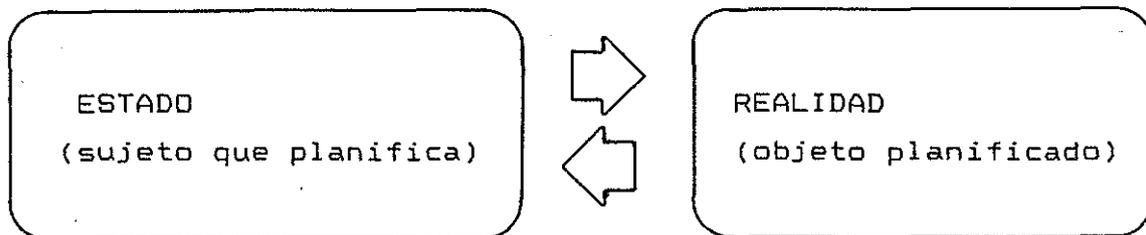
1. EPISTEMOLOGIA DE LA PLANIFICACION

La teoría de la planificación puede explicarse a partir del cuestionamiento de un supuesto básico en el que descansa la teoría de la planificación tradicional: el actor que planifica está FUERA o SOBRE la realidad planificada y en consecuencia no coexiste en esa realidad con otros actores que también planifican.

Naturalmente, los planificadores normativos no aceptan este supuesto, el mismo que se deduce de las consecuencias teóricas que constituyen las características salientes de la planificación económica tradicional.

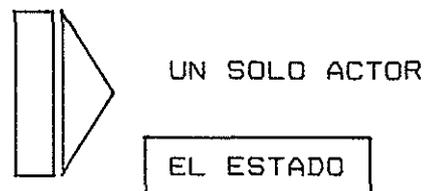
Bajo este contexto, es posible deducir todos los postulados de la planificación normativa, que a modo de síntesis podemos expresar como sigue:

1.1. EL CASO NORMATIVO



Etapas:

- a) DIAGNOSTICO
- b) FORMULACION DEL PLAN
- c) APROBACION
- d) EJECUCION
- e) CONTROL Y EVALUACION



Postulado 1

La planificación supone un SUJETO que planifica y un OBJETO planificado. El sujeto es el Estado y el objeto es la realidad económico-social. El sujeto y el objeto planificado son independientes, y el primero puede controlar al segundo.

Postulado 2

El sujeto que planifica debe elaborar un diagnóstico que se guía por la búsqueda de la verdad objetiva, en consecuencia, el diagnóstico debe ser único. A un solo actor que planifica corresponde un solo diagnóstico.

Postulado 3

Toda realidad social es explicable por medio del diseño de "modelos analíticos" basados en las relaciones sistemáticas causa-efecto. Previsión y predicción son la misma cosa.

Postulado 4

Si el actor que planifica no comparte la realidad con otros actores de equivalente capacidad, entonces no existen oponentes y el objeto planificado no contiene actores sociales capaces de producir acciones estratégicas.

Postulado 5

No considera las probabilidades, tratando únicamente problemas estructurados.

Postulado 6

Tiene final "cerrado" porque la situación terminal es

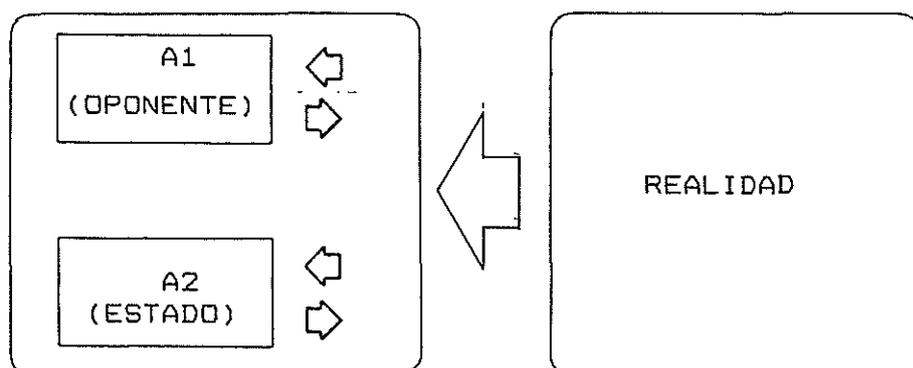
conocida.

Todos los postulados descritos, han regido la práctica de la planificación en América Latina, por lo que han sido poco cuestionados en las explicaciones sobre la ineficacia que muestra la planificación tradicional. Mas bien, la crítica se ha centrado a las circunstancias políticas, la calidad de los planificadores, las deficiencias de las estadísticas, la falta de poder de las instituciones planificadoras, al desinterés político, etc.

Por el contrario, la causa de los magros resultados de la planificación según Matus,¹ debe buscarse en el supuesto de base de la planificación normativa que por un lado conduce a un concepto restringido de planificación y de planificador y por otro, excluye la planificación política.

Si rechazamos el supuesto de que el actor que planifica está SOBRE o FUERA de la realidad y esta última es un objeto planificable, entonces toda la teoría de la planificación normativa se derrumba y se abren las puertas para reformular teóricamente la planificación y el rol del planificador.

1.2. EL CASO ESTRATEGICO



El caso estratégico supone que el actor que planifica ESTA DENTRO de la realidad, allí coexiste con OTROS ACTORES que también planifican.

Las consecuencias de este nuevo supuesto son ahora las siguientes, si nos referimos a los mismos postulados explicados en relación al caso normativo.

Postulado 1

El SUJETO que planifica está comprendido en el OBJETO PLANIFICADO. A su vez, el objeto planificado comprende otros sujetos que también planifican. En consecuencia, es imposible distinguir tajantemente entre el sujeto planificador y el objeto planificado. Ambos se confunden y no son independientes, es decir que, el actor que planifica depende de la acción de los otros actores.

Postulado 2

Siendo varios los actores que coexisten en la realidad con capacidades de planificación, habrá varias explicaciones de la realidad y todas estarán condicionadas por la inserción particular de cada actor de dicha realidad. En consecuencia, ya no es posible el diagnóstico único ni la verdad objetiva. Solo es posible una EXPLICACION SITUACIONAL donde cada sujeto explica la realidad desde su posición particular que ocupa en el sistema (objeto planificado).

Postulado 3

Al reconocer que un actor que planifica no solo se relaciona con las cosas sino que tiene frente a sí a Oponentes, surge la necesidad de considerar la existencia de varios comportamientos por lo que, requerimos del "cálculo interactivo" o el "juicio estratégico" propios de la interacción entre actores sociales.

Postulado 4

Si el actor que planifica comparte la realidad con otros

actores que también planifican, entonces necesariamente la planificación debe abarcar el problema de vencer o sortear la resistencia de los otros al plan propio.

En consecuencia, la planificación no se puede confundir con el diseño normativo del "debe ser" sino que debe cubrir el "puede ser" y la "voluntad de hacer".

Postulado 5

Desde el momento en que la planificación de un actor se realiza en un medio activamente resistente y en conflicto con otros actores, lo normativo solo es un momento de lo estratégico y lo operacional. En consecuencia, estamos obligados a tratar con "problemas cuasi estructurados."

Postulado 6

El plan ya no es un monopolio del Estado. Cualquier fuerza social lucha por objetivos propios, en consecuencia existen varios planes en competencia o en conflicto y el final está abierto a los posibles resultados del mismo.

Los dos casos polares señalados, es decir el normativo y el estratégico no se encuentran en estado "puro" en la práctica de la planificación, pero es evidente que el primero está más próximo a nuestra experiencia metodológica y más lejos de la realidad social; mientras que el segundo plantea la realidad social pero es ajeno a nuestra experiencia de planificación formal.

En este desajuste entre la teoría y la realidad podemos encontrar las respuestas a las limitaciones y a los problemas prácticos de la planificación tradicional, siendo necesario explorar el camino de la planificación SITUACIONAL que como su nombre lo indica, su característica es el uso del concepto de situación y como enfoque práctico

propone planificar situaciones.

2. LA PLANIFICACION SITUACIONAL

2.1. EL CONCEPTO DE SITUACION

Situación es la explicación de la REALIDAD que realiza una fuerza social en función de su acción y de la lucha con otras fuerzas sociales.

La situación la componen: el actor social que explica la realidad, sus acciones, sus aliados y, por otro lado sus oponentes con sus propias acciones y aliados. Esto implica una pluralidad explicativa de acuerdo al número de actores envueltos.

La realidad social por su parte, es un producto de la lucha constante por mantener, reproducir o transformar el sistema.

2.1.1. Características

a) Es autoreferencial y en consecuencia no es única. La fuerza social que explica la realidad está dentro de la misma realidad explicada, de allí que no es posible una explicación objetiva, sino condicionada a los intereses, creencia e ideología de esa fuerza.

En otras palabras, los actores que explican la realidad ven de ella, lo que ésta les permite ver y entender desde el lugar y el papel que juegan en la sociedad.

b) Es dinámica, porque es una explicación del movimiento y funcionamiento de la realidad. Responde a preguntas que se plantean en tres instancias distintas de tiempo: 1) Cómo se produjo la realidad que nos rodea? 2) Cómo funciona ésta realidad? y 3) Hacia dónde tiende la

situación actual?

c) Es policéntrica, ya que quien actúa en un medio conflictivo, donde existen oponentes que presentan resistencia, debe explicar la realidad desde su punto de vista así como desde el punto de vista de sus oponentes.

d) Es totalizante, porque abarca las distintas dimensiones de la realidad.

e) Es una explicación rigurosa aunque no objetiva, pues busca articular el mundo del fenómeno y el mundo de la esencia.

f) Es una explicación activa, no del investigador distante y ajeno, sino del que busca en ella el fundamento de su acción.

2.2. ELEMENTOS DE LA PLANIFICACION SITUACIONAL

2.2.1. Programa de Base y Plan

El programa es la propuesta de acción de una fuerza social que abarca múltiples dimensiones políticas, económicas y culturales. Como propuesta se diferencia del plan en la misma forma que una idea representa solo el punto de partida del proyecto que permite realizarla. Se diferencia también del proceso de planificación de la misma manera que un paso es solo un acto repetitivo de caminar.

Como ejemplo, en la lucha política cada fuerza compete con las otras con un programa de base o electoral, que es un documento político que expresa el sentido que quiere imprimir a su propuesta de acción, para que sea conocido y debatido.

Siguiendo con el ejemplo, el plan supone superar el plano de la mera convocatoria política del programa, para construir una propuesta que resista las pruebas de consistencia y coherencia, lo que exige un grado de precisión cualitativa y cuantitativa.

El Plan tiene así el doble carácter, de convocatoria pública y de guía interna para la acción.

2.2.2. El problema del planificador

La necesidad de planificar exige un problema y ésta adquiere su real complejidad si dicho problema asume la forma de un conflicto entre los hombres.

El problema consiste en que nuestra sociedad constituye una formación social en movimiento conflictivo, que ofrece en cada situación de su movimiento, resultados insatisfactorios para varias o todas las fuerzas sociales que conforman el sistema.

La explicación del movimiento por parte de una fuerza social constituye una SITUACION y su explicación supone una selección de problemas y un descarte de otros como paso previo al plan de intervención.

2.2.3. Teorías sobre la acción

La planificación situacional tiene como base un conjunto de acciones intencionales y reflexivas, mediante las cuales el productor de la acción espera lograr determinados resultados bien sea en cooperación o conflicto.

Existen dos formas de actuar:

Una instrumental o comportamental, propia de la planificación normativa.

Otra interactiva, propia de lo social y lo político, que es la utilizada por la planificación situacional y que se fundamenta en la necesidad del cálculo interactivo o raciocinio estratégico.

2.2.4. Teoría de la Producción Social

Llamamos producción social a un proceso de actividad, que comprende los aspectos políticos, económicos, ideológicos y culturales de los hombres en sociedad.

La explicación situacional de los problemas, debe ser realizada en dos planos interrelacionados:

- a) Fenoménico o de los hechos (Fenoproducción)
- b) Esencia, referida a la Fenoestructura o Genoestructura.

a.1.) Fenoproducción (hechos-producción social)

Se refiere a los hechos sistemáticamente relacionados, captados en el momento de su producción, lo cual permite generalizar la situación y configurar el problema.

b.1.) Fenoestructura (acumulaciones sociales)

El paso inmediato es preguntarse: Qué, quién o quiénes producen los hechos?. Cómo a su vez se producen los "productores" de los hechos?

En el sistema social, los hechos son productos de las acumulaciones previas, y a su vez producen nuevas acumulaciones. El centro de este proceso es el hombre y sus organizaciones sociales, por lo tanto las fenoestructuras humanas constituyen el elemento dinámico del sistema.

b.2) Genoestructura (reglas sociales básicas)

Es el ámbito donde se determina la variedad de lo posible que es el conjunto de leyes básicas que regulan la formación social.

2.2.5. La Situación Objetivo

La planificación supone intentar un objetivo distinto que el alcanzable por la mantención de las tendencias situacionales. En consecuencia, un actor (fuerza social) dentro del sistema, debe luchar por someter a su voluntad humana la dirección y velocidad del movimiento situacional, a fin de que éste pueda ofrecer un resultado distinto.

Lo expresado supone el diseño de una SITUACION OBJETIVO, entendida como una situación integralmente concebida.

2.2.6. Problemas

Un problema es una discrepancia entre el SER o la POSIBILIDAD DE SER y el DEBE SER que un actor asume como evitable e inaceptable.

La evitabilidad y la inaceptabilidad son apreciaciones del actor sobre el problema que lo mueven a definirlo como tal.

Existen en la realidad dos tipos de problemas:

Estructurados y Cuasiestructurados.

2.2.6.1. Problemas Estructurados

Son problemas bien delimitados, conocidos, finitos etc., y que requieren, por lo tanto, procedimientos normatizados. Sus características principales son las siguientes:

a) Las reglas que componen el sistema que produce el problema son precisas, claras, invariables y predeterminadas.

b) El hombre está FUERA del problema y se relaciona con él solo para intentar resolverlo.

c) Las fronteras del problema y del sistema que lo genera están perfectamente definidas.

d) El problema está aislado de otros problemas y, si conforma una secuencia con otros, la solución de cada problema no afecta la solución de los siguientes.

2.2.6.2. Problemas Cuasiestructurados

Son propios de la planificación situacional y requieren de una acción interactiva. Sus características son:

a) El problema está determinado por reglas, pero éstas no son precisas ni variables ni iguales para todos los problemas.

b) El hombre está DENTRO del problema y desde allí lo conoce y lo explica. La solución de un problema genera otros problemas conexos, porque el sistema tiene continuidad y no acaba.

c) Las fronteras del problema y del sistema que lo genera son difusas.

d) El problema está entrelazado sincrónicamente con otros; la solución de un problema, crea posibilidades o dificulta la solución de otros.

2.2.7. Concepto de Planificación

Es el cálculo que precede y preside la acción, incorpora aspectos de gerencia coyuntural y organizacional y da énfasis al momento táctico-operacional o planificación de coyuntura.

2.2.8. El concepto de Momento

El momento indica instancia, ocasión, circunstancia por la que atraviesa un proceso que no tiene comienzo ni término definidos.

2.2.8.1. Características

- a) No tiene una secuencia lineal establecida.
- b) Se dan en cadena continua sin comienzo ni fin definido.
- c) Se dan en cualquier orden.
- d) Cada uno de ellos cuando es dominante, contiene a los otros momentos.
- e) Se repiten constantemente, pero con distinto contenido, propósito, fecha, énfasis y contexto situacional.

Por las características señaladas, el momento elimina la secuencia rígida de etapas en la planificación normativa.

2.3. METODOLOGIA

Esta compuesta por cuatro momentos:

Explicativo (fue, es tiende a ser)

Normativo (debe ser)
Estratégico (puede ser)
Táctico operacional (hacer)

2.3.1. El Momento Explicativo

Se refiere a la explicación de los problemas a partir del concepto de situación de la teoría de producción social y de la utilización del fluxograma.

El momento explicativo plantea por consiguiente, la compleja tarea de seleccionar problemas y desechar otros, para luego explicar las causas de cada problema y del conjunto de problemas que se plantean en la situación inicial del plan.

Para explicar los problemas es necesaria la elaboración de una FLUJOGRAMA SITUACIONAL, que permite diagramar las causalidades de los problemas captadas por la experiencia, el conocimiento sistemático teórico-práctico y por la verificación empírica.

2.3.2. El Momento Normativo

El momento normativo apunta a lo más trascendental de la planificación: el diseño del DEBE SER y comprende al conjunto de operaciones que enfrentan al problema. Para actuar sobre la realidad debemos tener la capacidad de oponer a las tendencias reales un proyecto normativo como una definición de cómo debe ser la realidad.

2.3.3. El Momento Estratégico

Se refiere al PUEDE SER y COMO HACER, comprende la viabilidad y la formulación de estrategias.

Cuáles son las restricciones que pesan en el cumplimiento del diseño normativo? Esta pregunta da origen al momento estratégico.

El primer problema es constatar las restricciones, pero esa sería una manera estática de abordar la viabilidad del plan que solo nos permite ajustar el diseño a lo que es posible en la situación inicial.

El segundo problema y esencial, se refiere a cómo levantar esas restricciones en el horizonte del tiempo del plan. Y entonces, surge la pregunta correcta y dinámica: Cómo construirle viabilidad al plan?. Qué elementos influyen sobre la construcción de la viabilidad?. Aquí la necesidad de realizar un proceso iterativo entre la búsqueda de esa viabilidad política, económica y organizativa al diseño normativo y la necesidad de ajustar o de restringir dicho diseño a lo que resulta viable.

2.3.4. El Momento Táctico-Operacional

Los momentos anteriores: explicativo; normativo y estratégico son cálculos; no trascienden al actor que planifica, constituyen análisis, diseños y simulaciones que no perturban la situación real. Pero, tiene que llegar el momento en el que todo este análisis acumulado debe convertirse en una acción concreta, en un operador de cambio y este es el momento táctico-operacional, en el que debemos distinguir cuatro sub-momentos:

2.3.4.1. La apreciación de la situación en la coyuntura.

2.3.4.2. La preevaluación de las decisiones posibles

2.3.4.3. La toma de decisión y ejecución

2.3.4.4. La post-evaluación de las decisiones tomadas o apreciación de la nueva situación.

En este momento, debemos enfrentar los siguientes desafíos:

- Desarrollar una capacidad para conocer la realidad concreta en cada situación y sus tendencias aunque ésta cambie con rapidez.

- Hacer un cálculo oportuno de pre-evaluación de las operaciones propuestas para ser producidas en la situación, mediante técnicas adecuadas de simulación.

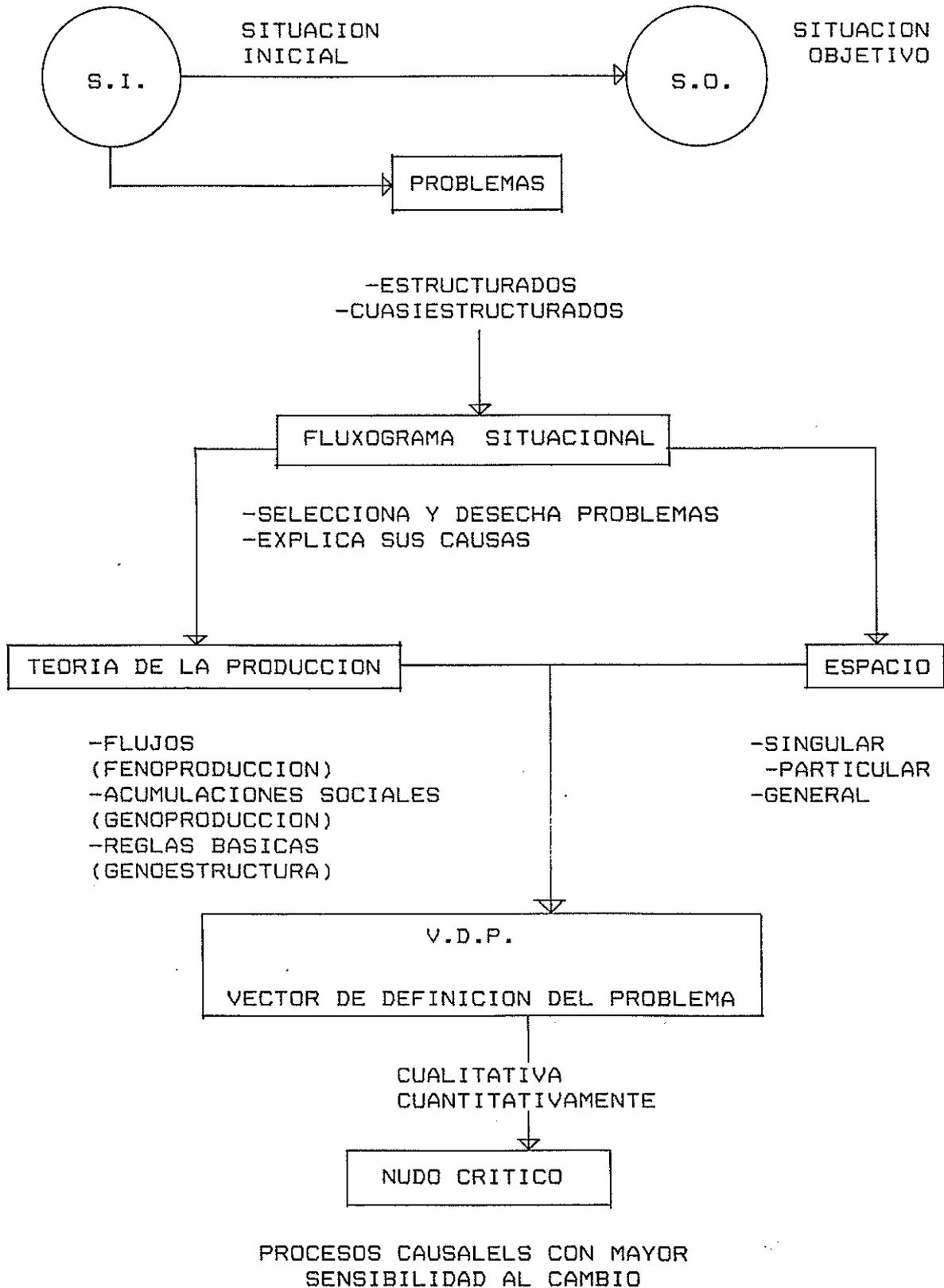
- Hacer un cálculo de post-evaluación por medio de una gran variedad de indicadores que reflejan el grado de cumplimiento de las operaciones y de sus efectos sobre la situación.

- Impedir que la enorme variedad de la información que recogemos de la realidad nos abrume y anule nuestra capacidad de análisis.

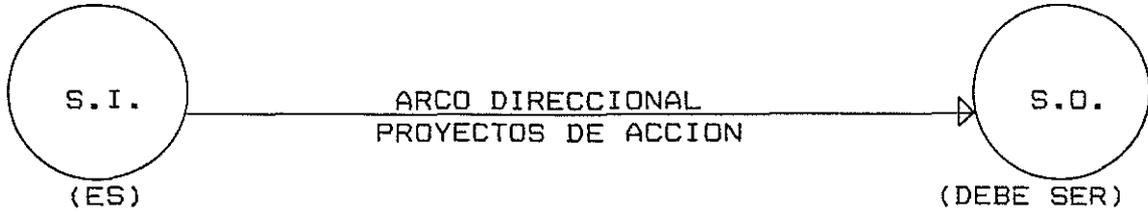
- Aprovechar la centralización del análisis y la información de síntesis para examinar las propuestas y sus resultados desde todos los ángulos conflictivos.

A continuación en los gráficos 1,2,3 y 4 se pretende sintetizar de manera objetiva lo que constituye la planificación situacional, así como las acciones que los diferentes momentos que las integran, cumplen.

EL MOMENTO EXPLICATIVO (GRAFICO Nº 1)

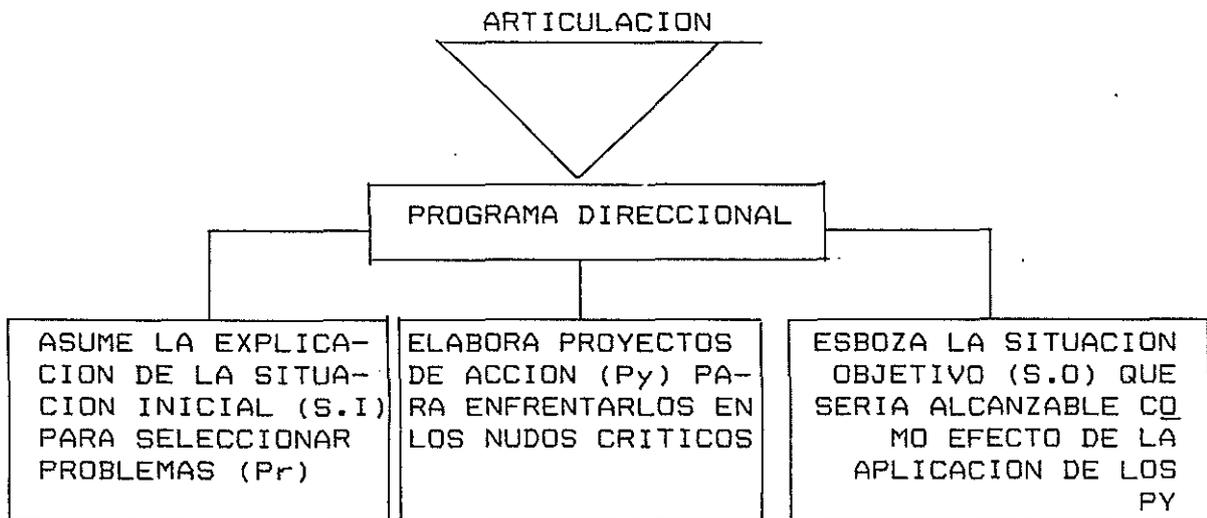


**EL MOMENTO NORMATIVO (GRAFICO Nº 2)
(INSTANCIA DE DISEÑO)**



LA DIRECCIONALIDAD DE UN PLAN SE MARCA CON TRES VARIABLES:

- 1 -SELECCION DE PROBLEMAS
- 2 -SELECCION DE LOS MEDIOS POLITICOS, ECONOMICOS Y ORGANIZATIVOS PARA ENFRENTARLOS.
- 3 -BUSQUEDA DE RESULTADOS

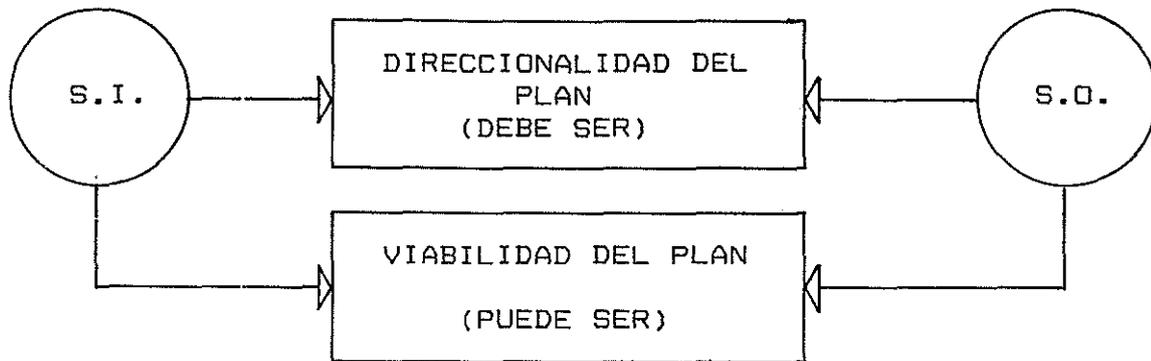


S.I.(Pr1; Pr2) Py1; Py2; Py3.....S.R. → S.O

LOS PROYECTOS DE ACCION (Py) REQUIEREN:

- RECURSOS
- TIEMPO DE EJECUCION
- ORDENAMIENTO Y TRAYECTORIA DE Py
- DEFINICION DEL ESCENARIO DE ACCION

EL MOMENTO ESTRATEGICO (GRAFICO Nº 3)
(VIABILIDAD DE UN PLAN)



ESTRATEGIA: CONSISTE EN SORTEAR OBSTACULOS PARA CREAR Y RECORRER EL CAMINO HACIA LA SITUACION OBJETIVO (S.O)

ES LA ARTICULACION ENTRE EL DEBE SER Y EL PUEDE SER POR CONSIGUIENTE RESPONDE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

VIABILIDAD POLITICA, ECONOMICA Y ADMINISTRATIVA

-SON POLITICAMENTE VIABLES NUESTROS PROYECTOS?

-SON ECONOMICAMENTE VIABLES NUESTROS PROYECTOS?

-SON ORGANIZATIVAMENTE VIABLES NUESTROS PROYECTOS?

POLITICOS

ECONOMICOS?

ORGANIZATIVOS?

EN LOS PLANOS DE LA: DECISION
OPERACION
PERMANENCIA

ESTRATEGIAS PARA CONSTRUIR VIABILIDAD

- COOPERACION
- COAPTACION
- CONFLICTO

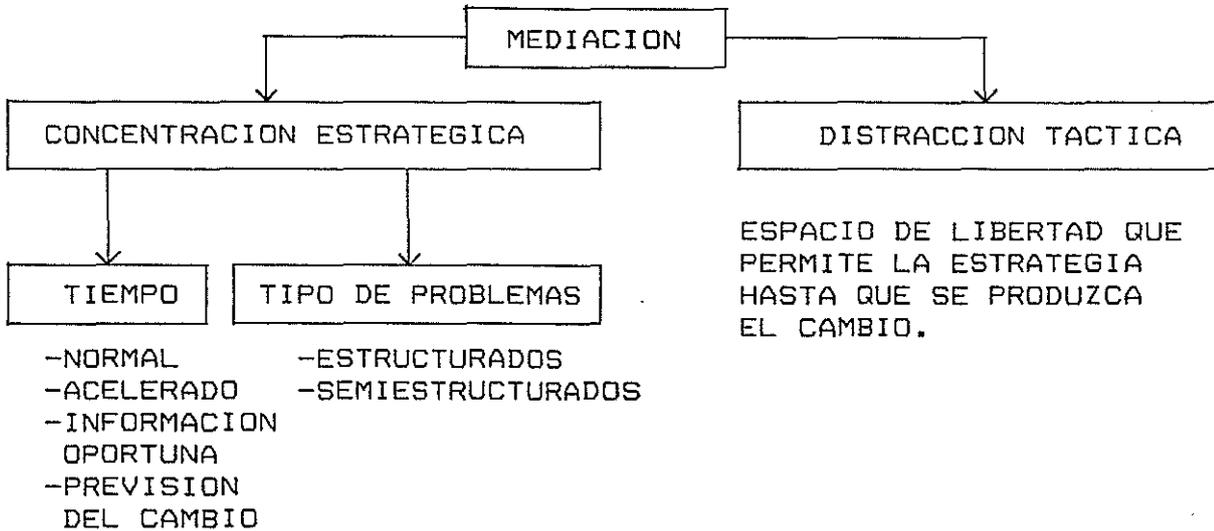
CRITERIOS PARA ESCOGER LA ESTRATEGIA

- EFICACIA (LOS RESULTADOS DEBEN CAMBIAR LA S.I)
- ECONOMIA DE TIEMPO (LOS RESULTADOS DEBEN SER INMEDIATOS).
- COSTO ECONOMICO POLITICO (RESULTADOS POSITIVOS)
- SEGURIDAD (QUE LOS PROYECTOS SE LLEVEN A CABO)

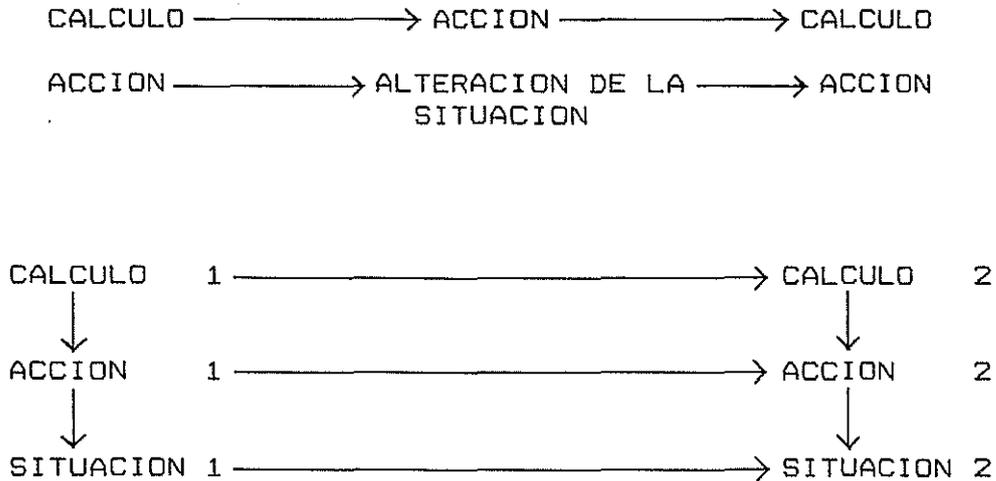
EL MOMENTO TACTICO OPERACIONAL (GRAFICO Nº4)

ES LA MEDIACION ENTRE EL CONOCIMIENTO Y LA ACCION Y TIENE DOS SUB-MOMENTOS:

1. LA APRECIACION DE LA SITUACION EN LA COYUNTURA (INSTANCIA DEL CONOCIMIENTO)
2. LA RESOLUCION DEL PROBLEMA Y OPERACIONES QUE CONDUCEN A LA ACCION.



EN RESUMEN:



C A P I T U L O I V

CRITERIOS METODOLOGICOS PARA LA PLANIFICACION Y DISEÑO HOSPITALARIOS

1. CONSIDERACIONES GENERALES BASICAS

El problema de planificar, programar, diseñar, construir y mantener en funcionamiento instalaciones para la atención de salud es complicada y no puede resolverse sin tomar en cuenta varios aspectos coyunturales e íntimamente relacionados como son el aspecto económico, la problemática socio-política y el contexto urbano-social.

De esta manera, los países en vías de desarrollo como el nuestro, no pueden manejar su destino aisladamente; complejos lazos los atan al poder económico internacional así, en el campo de la salud y más concretamente en lo que respecta a la planificación y diseño de establecimientos de salud existe una dependencia tecnológica y económica fuerte, que no concuerdan con nuestra realidad, limitando de alguna manera el desarrollo nacional en este aspecto.

Bajo este contexto, considero de real importancia en el campo de lo que significa la planificación y diseño hospitalarios, expresar algunos puntos de vista que lo único que pretenden es tratar de poner en claro varios aspectos relativos a esta problemática.

1.1. FACTORES CULTURALES Y ECONOMICOS

Los factores culturales, en particular la influencia de las tendencias religiosas, los usos en materia de segregación sexual, de clases sociales o cualquier tipo de agrupamiento étnico definido, desempeñan una función importante en la estructuración de la planificación y posterior diseño de las unidades.

Es fundamental que se de a dichas consideraciones la importancia que merecen. Si una unidad de salud está diseñada sin tenerlas en cuenta, impondrá pautas de funcionamiento que incomodarán a los pacientes y al personal o, lo que es mas probable, prevalecerán los factores culturales y la unidad hospitalaria tendrá que ser modificada en función de ellos, con la consiguiente pérdida de eficacia. En cualquier caso, el edificio representará un desperdicio de recursos. Los patrones culturales no solo afectarán la manera como se atiende al paciente sino también al contexto general de interrelaciones del hospital.

Por otro lado, las limitaciones económicas no solo condicionarán la escala del programa global, sino que también pueden determinar diversos aspectos de la planificación y el diseño. Aquí, el arquitecto debe tener mucha capacidad y pleno conocimiento de la realidad socio-urbana, para que el proyecto, o mejor dicho el resultado final de su acción se de en términos de unidades hospitalarias eficientes.

El ritmo de flujo de capital en la construcción de hospitales, centros, subcentros y hasta puestos de salud no es muy predecible. Por ello es esencial que las unidades, sean diseñadas de modo que puedan construirse por etapas. La reducción de la inversión inicial permitirá dar comienzo al proyecto. Un programa de construcción por etapas tiene la ventaja adicional de que en etapas posteriores es más fácil incorporar modificaciones al diseño original para adaptarlo al progreso de las técnicas médicas, a la evolución de los recursos económicos o a los cambios de funcionamiento y personal. Es decir, un programa de construcción por etapas requiere una estrategia de diseño que tome en cuenta todos estos factores.

1.2. EL CRECIMIENTO DE LA TECNOLOGIA

Prever el crecimiento de una unidad hospitalaria

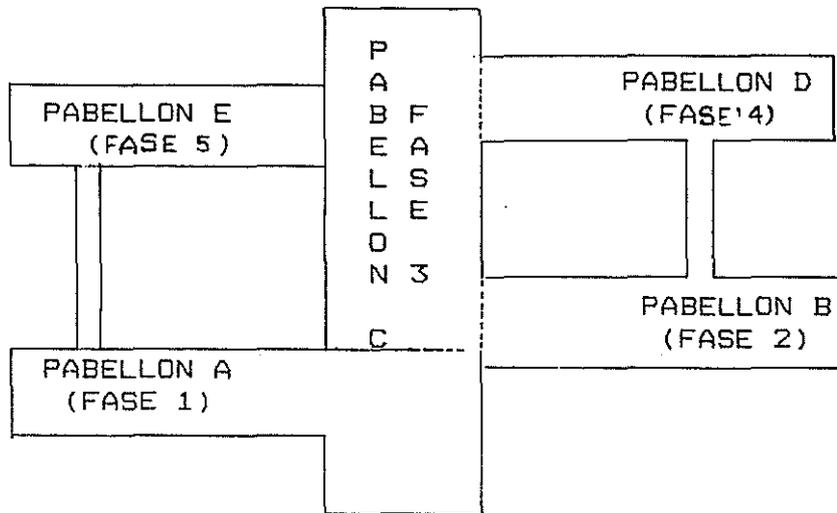
en la etapa de planificación es un factor de gran importancia. Un conjunto poco denso de bloques bajos, servido por una vía de comunicación central susceptible de ser ampliada, situados en un terreno grande, tienen más posibilidades de crecimiento ordenado que un plan rígido en un solo bloque en altura, cuyas posibilidades de expansión son muy restringidas. (fig. Nº 1)

Otro factor técnico-económico gravitante en el diseño y construcción hospitalaria especialmente en la costa y el oriente es el acondicionamiento del aire. Su importancia se debe a que, la posibilidad de su instalación se ha generalizado. El uso del aire acondicionado impone una severa disciplina en el diseño de los edificios y entraña trabajos y considerables gastos periódicos de mantenimiento. Implica también un suministro de energía eléctrica seguro.

Lo expuesto determina que el aire acondicionado técnica y económicamente no se justifica en unidades de menor capacidad y nivel de complejidad, ubicadas en sitios de altas temperaturas acompañadas de ligeras brisas, pues, diseños que contemplen paredes bien sombreadas por anchos aleros y una ventilación natural complementada con ventiladores proporciona un ambiente satisfactorio.

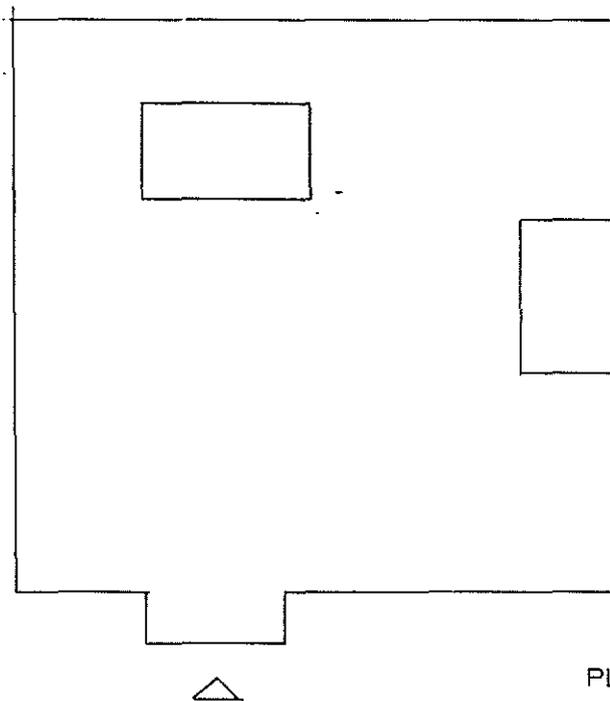
Por último, el proyectista de unidades de salud, debe tener pleno conocimiento y diría hasta una "vivencia" del contexto socio-urbano en donde implantará la unidad, esto permitirá la realización de un proyecto en términos de realidad y eficiencia.

FIGURA Nº 1



PLAN ABIERTO

BRINDA LA POSIBILIDAD DE AMPLIACION POR FASES



PLANTA

TORRE MONOLITICA

PLAN RIGIDO NO TIENE POSIBILIDADES DE CRECIMIENTO

1.3. EL CONTEXTO DEMOGRAFICO

Es de vital importancia que el planificador analice de manera detallada el contexto demográfico nacional, regional y local. Los datos necesarios se refieren a la población que se proyecta atender en términos de cantidad, densidad, composición por edades y sexo, distribución, la población urbana y rural; distribución de la población por actividad ocupacional; el crecimiento demográfico, la natalidad y fecundidad, la mortalidad general e infantil, la esperanza de vida; el movimiento poblacional y el componente étnico de la población.

Una visión global de esta problemática le permitirá obtener elementos de juicio muy valederos para la ejecución de un proyecto acorde a la realidad.

2. CONSIDERACIONES ACERCA DEL DISEÑO

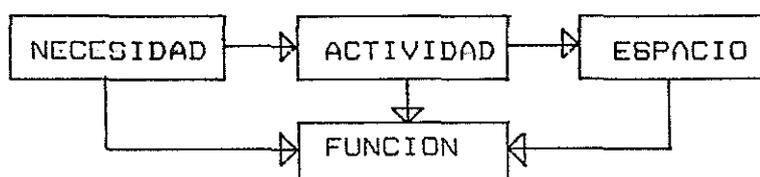
El inicio de toda una teoría sobre diseño de hospitales debe estar referida a la función específica que comprendemos y entendemos ocupa el hospital dentro del contexto urbano y social.

La función del hospital puede variar con los años, pero una visión objetiva de su actual inserción y de un posible desarrollo en los próximos años, nos permitirá tener en claro las pautas de diseño a aplicar tanto en los aspectos de programación como de propuesta de la estructura funcional que consideremos más apta.

Bajo este contexto, es importante expresar algunos puntos de vista que pretenden objetivizar algunos aspectos relacionados al tema.

2.1. LA FUNCION

En todo proceso de planificación y diseño, la función se constituye en el factor fundamental e importante para la conformación de espacios que brinden al usuario, la posibilidad física para que desarrolle actividades en cumplimiento de sus necesidades.



Tres son los elementos que se conjugan alrededor de la función:

a) La necesidad, que todo ser vivo tiene y debe realizar.

b) La actividad, que debe desarrollarse para cumplir la necesidad.

c) El Espacio físico, que junto con el equipamiento se constituyen en la respuesta espacial para el cumplimiento de las dos anteriores.

Para el caso concreto de la planificación y especialmente del diseño de unidades de salud, tres son las funciones básicas que se observan:

-Actividades corporales normales como son la alimentación, sueño, sanitarias y de entretenimiento.

-El tratamiento en el que se incluyen la consulta y observación médica, exámenes de laboratorio, radiología y otros, administración de medicamentos, cirugía y movilización terapéutica.

-Preparación del paciente para volver a la vida doméstica incluyendo rehabilitación y readiestramiento.

Alrededor de estas funciones cuyo centro de acción es el paciente, giran un sinnúmero de actividades realizadas por los cuadros médicos y paramédicos que se constituyen en el vínculo entre el paciente y todas las demás actividades dirigidas al tratamiento de su enfermedad.

Estas tres funciones, son necesarias en todos los niveles de complejidad, es decir desde el establecimiento rural más sencillo hasta el hospital regional o de especialidad. Sin embargo, la manera como se desempeñan dichas funciones varía mucho así, en muchos lugares, la escasez de personal capacitado y del equipo necesario, afecta el grado de atención que puede prestarse.

No obstante, lo importante es que la atención que se brinde sea acorde con los recursos disponibles; no tendría sentido por ejemplo, instalar grandes cocinas si es costumbre que los familiares de los pacientes les lleven la alimentación; o construir tina-baños en donde escasea el agua y las duchas son más usuales; o equipar una sala para tratamientos complejos, donde solo se emplean procedimientos más sencillos; o instalar aire acondicionado donde no hay servicios de mantenimiento idóneos.

En definitiva, el objetivo esencial del hospital a través de la función, es proporcionar instalaciones adecuadas y útiles para los pacientes que necesitan cuidados y tratamiento.

2.2. FACTORES FISICOS

2.2.1. Ubicación y selección del terreno

La ubicación del terreno, es un factor

de mucha importancia que condiciona la planificación y el diseño de las edificaciones para la atención de salud. En nuestro medio este factor ha sido uno de los más difíciles de superar por la carencia absoluta de solares apropiados o de condiciones mínimas aceptables.

De todas maneras, son elementos de referencia básicos para definir o escoger un terreno y su ubicación, la forma y condiciones físicas del mismo, su ubicación en el contexto urbano y la disposición de infraestructura básica entre otros.

Un terreno pequeño que se halle encerrado por otras construcciones, no será a la larga satisfactorio ya que no permitirá ninguna posibilidad de ampliación futura.

En cuanto a su forma y dimensiones, son aptos aquellos terrenos de forma y topografía regulares; es decir, cuadrados o rectangulares en una relación de 2 a 1 como máximo y que sean de preferencia planos. Esto permite o mejor dicho brinda al arquitecto la posibilidad de realizar un proyecto con las consiguientes posibilidades de ampliación.

El usuario del hospital sea éste paciente, personal médico, de servicios ó visitantes, requieren facilidades de accesibilidad a la unidad desde cualquier punto del contexto urbano así como desde la red de carreteras regionales y locales.

Una zona rural accesible por la red de carreteras pero alejada del conjunto de centros poblados, es inadecuada para la ubicación de un centro regional, debido a la dificultad que tendrán los usuarios para llegar a él.

Toda unidad hospitalaria debe estar ubicada de tal manera que evite la cercanía a fuentes de contaminación, tal es el caso de las fábricas, a centros de congestión y ruido como

son los mercados y centros educativos y lo que es más importante, debe tener toda la infraestructura básica como es el agua potable, el alcantarillado y la energía eléctrica.

En nuestro medio es lamentable decirlo, la prioridad que parroquias, cabeceras cantonales y ciudades en general deben dar a la ubicación de un terreno apropiado para la implantación de unidades de salud no existe debido generalmente, a la falta de recursos económicos para la compra o expropiación de terrenos por parte de los Gobiernos Sectoriales o el Estado. Esta situación ha limitado mucho la planificación y diseño de unidades de salud en términos de eficiencia y proyección futura es decir, posibilidades de ampliación.

2.3. ENTORNO URBANO Y MATERIALES

Es importante que en el diseño de unidades de salud, especialmente en las de menor complejidad ubicadas generalmente en ciudades de menor densidad poblacional, se tome en cuenta las formas tradicionales locales a fin de evitar la alteración del entorno urbano. En medida de las posibilidades se usarán materiales nuevos, debe aprenderse tanto como sea posible, estas formas de construcción tradicionales que de ninguna manera son arbitrarias y representan el mayor y más apropiado uso de los recursos locales, tanto materiales como humanos.

Por último, los diseños para construcción de hospitales pueden variar desde lo más sencillo hasta instalaciones con tecnología muy avanzada. Sin embargo, no hay razón para hacer instalaciones cuyo costo sea excesivo a los recursos disponibles. Los edificios altos y los diseños monumentales no acarrearán ninguna ventaja especial para los usuarios, muchas de las actividades médicas se realizan de mejor manera en construcciones relativamente sencillas. La instalación que resulte más adecuada para todas las

circunstancias será la mejor. La que esté en desacuerdo con su medio físico, financiero, de organización, etc., se constituirá en un desperdicio de recursos.

3. EL EQUIPAMIENTO

Vale la pena señalar uno de los puntos que mayor problema causa en el diseño, la construcción y posterior mantenimiento de unidades de salud, éste es el equipamiento.

Considerando que una parte sustancial del costo de cualquier construcción para la atención de la salud corresponde a la adquisición de mobiliario y equipo y que la prestación de servicios de calidad aceptable depende de que se disponga del tipo de equipamiento adecuado y se le mantenga en buenas condiciones, debe prestarse mucha atención al equipamiento de cualquier instalación nueva de salud, tratándose de un dispensario rural o de un hospital de especialidades.

En el proceso de diseño, es básico y a la vez importante, disponer de un listado de equipamiento vigente, actualizado y con todas las características técnicas necesarias que permitan al diseñador crear espacios óptimos para su instalación, mantenimiento o posterior reemplazo.

Los siguientes son los principios fundamentales que deben orientar la elección del equipo en todas las instalaciones de salud:

- Hay que recurrir a equipo mecánico o eléctrico el mínimo indispensable.
- Todo equipo debe ser el más sencillo con el que se pueda llevar a cabo la función requerida.
- Se debe elegir equipo que requiera el menor mantenimiento posible y para el cual se disponga localmente los medios de mantenimiento.

Estos principios en la práctica son bastante ignorados y su falta de aplicación es perjudicial especialmente en los países en vías de desarrollo como el nuestro en el que los recursos económicos son bastante limitados.

4. EL PLAN TIPO

Dentro de lo que son las consideraciones generales básicas para el diseño es importante tratar el aspecto referente a los planes tipo de unidades de salud.

Qué es un plan tipo?

Un plan tipo consiste en una organización del espacio que satisfaga ciertas necesidades funcionales identificadas por el usuario y diseñado de tal forma que pueda ser utilizado una y otra vez. Un objetivo deseable es una agrupación imaginaria de los espacios que tenga en cuenta factores como la ubicación, los materiales, la mano de obra y, sobre todo, el costo y el tiempo de construcción.

4.1. Ventajas

La utilización de los planos tipo presenta las ventajas siguientes:

-Reduce el costo de realizar diseños y dibujos empezando cada vez desde cero. Únicamente es necesario introducir en el diseño standard aquellas modificaciones que resulten necesarias a la luz de las circunstancias locales. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que el plan tipo nunca debe ser reproducido a ciegas y que siempre es preciso preparar de antemano un programa funcional completo entonces será fácil estudiar en qué aspectos la instalación que se planea diferirá en funciones o atención especial del programa funcional tipo y se podrá en consecuencia alterar el plan. Es evidente que en esta fase deben también

tenerse en consideración las limitaciones impuestas por la ubicación.

-Permite obtener un diseño de calidad. Puede dedicarse mucho más tiempo a un plan tipo que a un plan ordinario. Un prerrequisito para la preparación de un plan tipo debe ser un estudio riguroso y un análisis crítico de las instalaciones existentes. Deben estudiarse a fondo las ventajas e inconvenientes de los diversos diseños utilizados en el país, así como sus consecuencias, desde el punto de vista de el costo, tanto para la construcción como para el funcionamiento. Es especialmente importante buscar el asesoramiento de los usuarios, tanto del personal como de los pacientes.

-Permite hacer pedidos al por mayor de materiales y equipo para varias instalaciones al mismo tiempo, reduciendo de esta forma los costos, evitando retrasos y reduciendo los problemas de mantenimiento y sustitución de equipo.

-Permite un entrenamiento más rápido del personal en caso de traslado de una instalación a otra.

4.2. Limitaciones

Ahora bien, no sería acertado pasar por alto o subestimar algunas limitaciones y restricciones relacionadas con la utilización de los planes tipo:

-Como ya se indicó, un plan tipo no debe copiarse simplemente, sino que se adaptará a las circunstancias locales. En los países donde hay grandes variaciones de las condiciones geográficas, climáticas o socioculturales, o en los tipos de material de construcción disponible, es aconsejable preparar planes tipo separados para las distintas regiones.

-Un plan tipo puede tener el efecto desfavorable de difundir por todo el país diseños costosos, ineficaces o en general defectuosos. Por consiguiente, es necesario que, antes de poner en uso general un plan tipo, se construya una sola instalación basada en él y que por lo menos funcionara durante un año (si es más tiempo mejor) y evaluarla a fondo a fin de poder apreciar y remediar los posibles defectos. Solo entonces puede utilizarse en mayor escala el plan tipo.

-Las ventajas de los planos tipo disminuyen a medida que aumenta el tamaño de las instalaciones. Mientras que un plan tipo para un puesto o subcentro de salud puede seguirse con unos cuantos cambios de poca importancia, cuando se trata de grandes hospitales es preferible preparar planes tipo solo para los componentes separados (sector de cirugía, radiología, laboratorio, salas), dejando al usuario y al arquitecto en libertad para combinarlos de acuerdo con los diversos factores locales que tengan importancia.

5. LA METODOLOGIA

Para el diseño de hospitales, se requiere un conocimiento del tema que comienza en los aspectos conceptuales y finaliza en la determinación de los niveles de confort que se consideran posibles, en base a criterios de economía que pueda absorber la sociedad en la cual se inserta.

El tema sanidad en grados de alta complejidad funcional, exige desarrollar con bastante cuidado cada uno de los pasos que requiere la materialización de un edificio.

Para desarrollar un trabajo ordenado se debe utilizar una metodología que permita incorporar en cada etapa a los técnicos y especialistas que correspondan.

La resultante formal-espacial es algo que puede definirse solo después de un estudio exhaustivo de los aspectos funcionales y tecnológicos.

La concreción de una sistematización para el diseño de hospitales es solo una etapa después de la cual, se inicia la programación de obras, planes de inversión, ejecución de obras, equipamiento de las mismas, puesta en marcha, y régimen de mantenimiento para su uso, teniendo en cuenta la certera posibilidad de cambios y crecimientos futuros.

Un hospital en funcionamiento es un complejo mecanismo, en el cual el costo de operaciones funcionales es sumamente alto y las instalaciones técnicas para lograr los grados de confort preestablecidos suponen un cálculo detallado, a fin de conseguir costos compatibles con las posibilidades de amortización.

5.1. Propuestas metodológicas

Para poder llegar a un diseño sistematizado y ordenado es necesario trazarse una metodología de trabajo. Son varias las metodologías aplicadas hasta podría decirse que cada proyecto tiene su metodología. De todas maneras, es indispensable plantear los patrones generales que guían un proceso de diseño y que se detallan a continuación.

5.1.1. Estudio de la teoría de sanidad

Una fase de estudio para lograr actualización en este tema específico, resulta indispensable; pues, las funciones que se desarrollan dentro de un hospital son sumamente complejas y varían según los criterios de organización hospitalaria, terapias, criterios de asepsia, etc.

De este modo el orden posible a seguir es el siguiente:

5.1.1.1. Estudio de criterios sobre sanidad en relación con los problemas de entorno social, económico, político que se plantean.

5.1.1.2. Conocimiento de propuestas sobre los sistemas sanitarios existentes y futuras tendencias.

5.1.1.3. Estudio de la inserción de los edificios hospitalarios en la estructura urbana y regional a nivel nacional.

5.1.1.4. Descripción y reconocimiento del sistema de salud como marco de referencia. Estudio de la necesidad de salud y la respuesta dada por el sistema como elemento para definir el rol del establecimiento.

- Políticas de salud
- Planificación de salud
- Organización del sistema de salud
- Recursos de salud: humanos, financieros, legales, caracterización.

5.1.1.5. Comparación con un modelo referencial.

5.1.2. Programación

5.1.2.1. Programa funcional

- Asignación de producción y rendimiento a plazo inicial, mediano y largo plazo.
- Establecimiento de políticas operacionales.
- Establecimiento de líneas de proceso y análisis de alternativas.
- Definición de la NECESIDAD-ESPACIO-ACTIVIDAD, a través del estudio de los sectores

proceso y análisis de alternativas.

- Definición de la NECESIDAD-ESPACIO-ACTIVIDAD, a través del estudio de los sectores funcionales básicos que para el caso de un hospital y a manera de ejemplo se mencionan a continuación:

- Dirección, administración
- Servicios técnicos
- Consultorios externos
- Servicios de urgencia
- Internación u hospitalización
- Diagnóstico y tratamiento
- Central de abastecimientos y procesamiento.
- Servicios complementarios
- Alojamiento
- Mantenimiento

- Estudio de las relaciones funcionales entre estos sectores.

- Estudio de los sectores en particular y su equipamiento.

- Estudio de los niveles de confort mínimos y óptimos posibles.

5.1.3. Definición de criterios y pautas de diseño sobre los siguientes aspectos:

5.1.3.1. Criterios sobre circulaciones de médicos, pacientes, visitas y elementos.

5.1.3.2. Relaciones funcionales entre sectores.

5.1.3.3. Generación, distribución y provisión de servicios estructurales.

5.1.4. Inicio de la propuesta

Definición de un esquema tridimensional en donde se plantean las circulaciones generales y las relaciones entre los grupos funcionales básicos antes citados.

5.1.5. Inserción en el terreno y su relación con el entorno.

5.1.6. Definición de tipologías especiales.

5.1.7. Definición técnico-constructiva.

Definición de la estructura, el sistema constructivo y las instalaciones para lograr los índices de confort preestablecidos.

5.1.8. Definición en particular del equipamiento y relaciones funcionales dentro de los sectores básicos.

5.1.9. Definición de imagen del edificio

Estudio de particiones interiores, terminados interiores y exteriores.

5.1.10. Estudio del color

5.1.11. Propuesta

5.1.11.1. Anteproyecto

Primera etapa:

-Estudio de factores físicos.

-Croquis preliminar (plan

masa).

Planteamiento de sistemas espacial, funcional, de circulaciones, estructural, de instalaciones.

-Definición y evaluación de alternativas.

Segunda etapa:

-Ajustes a los estudios anteriores.

-Malla de diseño-estructura-circulación.

-Diseño de los servicios

-Circulación intraservicios

-La estructura

-Diseño del establecimiento

-Síntesis formal del anteproyecto

-Anteproyecto estructural

-Anteproyecto de instalaciones.

5.1.11.2. Proyecto

-Ajustes definitivos del anteproyecto.

-Aspectos técnicos

Elaboración de planos para ingeniería.

Coordinación con equipamiento.

-Elaboración de documentos de construcción.

.Plantas, cortes y fachadas.

.Estudio puertas, ventanas y acabados.

.Detalles constructivos

.Definición de colores y aca-

bados exteriores.
.Señalización
.Especificaciones
.Volumen de obra y presupuesto.

5.1.11.3. Proyecto de equipamiento

-Definición de características cualitativas y cuantitativas.
-Clasificación de acuerdo a áreas y grupos afines.
-Proyecto final.

5.1.11.4. Recomendaciones finales.

C A P I T U L O V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. CONCLUSIONES

1.1. La aplicación práctica del Plan Nacional de Salud se ha visto limitada por la falta de recursos económicos, lo que ha incidido directamente en la utilización y capacitación de recursos humanos y en la dotación de la infraestructura necesaria.

1.2. Uno de los graves problemas que afronta la planificación de la salud en el país, es la falta del conocimiento de la realidad nacional por parte de los planificadores, tornándola eminentemente normativa y no sujeta a enfrentar los constantes cambios y fenómenos sociales, que exigen de ella una constante actualización e implementación.

1.3. El Ecuador como país en vías de desarrollo, es dependiente tecnológicamente, por lo tanto sus patrones y procedimientos en el campo de la salud no responden a cabalidad a la realidad nacional, perjudicando especialmente a las áreas rurales y marginales compuestas por grupos económica y socialmente desposeídos.

1.4. La grave crisis de la Universidad ecuatoriana se constituye en una de las principales causas que contribuyen al deterioro de los procesos de atención de salud en el país, pues, la calidad de los cuadros interdisciplinarios de profesionales necesarios para el proceso es mediocre.

1.5. La escasez de diseñadores capacitados y experimentados es uno de los principales obstáculos con que tropieza la puesta en marcha de un programa adecuado de

diseño y construcción, dentro del marco de los servicios de salud.

1.6. Uno de los principales problemas que enfrentan los diseñadores de instalaciones de atención de salud en los países en desarrollo es la falta de publicaciones técnicas pertinentes. En su mayoría el material escrito sobre cuestiones de salud, se ha producido en los países desarrollados y si bien es posible extraer alguna información útil de ese material, la experiencia indica que en la mayoría de los casos este material se aplica inadecuadamente, situación que se refleja en la planificación y construcción de las unidades.

1.7. Uno de los graves problemas en la planificación de los establecimientos de salud, es la falta de coordinación entre los centros de decisión, situación ésta que limita, retrasa y encarece la ejecución de los proyectos.

1.8. Debido a que la planificación es un ejercicio multiprofesional, en el proceso de planificación, las distancias entre los distintos tipos de conocimientos profesionales resultan más importantes de coordinar y unificar que el conocimiento mismo.

1.9. Puesto que los equipos de planificación carecen de un lenguaje común, son incapaces de difundir adecuadamente sus objetivos comunes, como resultado de ello función y diseño se han separado un tanto que, la planificación basada en la función y la evaluación objetiva resultan cada vez más difíciles.

1.10. La participación de la comunidad en el desarrollo de sus propias unidades de salud, es en general apreciada muy positivamente ya que permite ahorro en la mano de obra, en los materiales y en el posterior mantenimiento.

1.11. En lo que se refiere al equipamiento, la falta de estandarización y control de las adquisiciones lleva a tal proliferación de tipos y fabricantes que es imposible elaborar y mantener un manual normatizado y mucho peor actualizado que permita al arquitecto un instrumento eficiente para su trabajo de diseño.

1.12. El equipamiento médico esta sujeto a obsolescencia y puede fallar ante esta circunstancia, no existe el suficiente número de técnicos experimentados y capacitados para mantener y reparar el mencionado equipamiento, ocasionándose graves pérdidas económicas por su inutilización.

2. RECOMENDACIONES

2.1. Se hace necesario e imprescindible dar impulso a la ejecución del Plan Nacional de Salud juntando esfuerzos y recursos económicos nacionales, dando énfasis y prioridad a las líneas que pretenden prevenir la salud como son la dotación de la infraestructura básica: agua potable, el alcantarillado y la letrinización, y la atención preventiva de la salud a través del plan de salud familiar integral, poniendo énfasis en la atención de los sectores rurales y marginales social y económicamente desposeídos.

2.2. Es imprescindible revisar los planes de reorganización y los niveles de complejidad de las instalaciones de salud que permitan reformular y reorientar la utilización de dichas instalaciones para así optimizar el uso de los recursos físicos y económicos.

2.3. A fin de garantizar el éxito de la planificación, construcción, administración y mantenimiento de las unidades, es indispensable preparar cuadros técnico-administrativos concientes de la responsabilidad a la que están sujetos, a través de procesos de capacitación en las diferentes ramas del quehacer sanitario tanto en el país como en el exterior.

2.4. Es igualmente de vital importancia la formación de centros de capacitación interpaíses, que se encarguen de la educación teórica y práctica, inicien procesos de investigación, preparen publicaciones y documentos de trabajo, organicen seminarios y talleres regionales e interpaíses que permitan desarrollar e intercambiar planes y tecnología.

2.5. Desde todo punto de vista, el utilizar al máximo los conocimientos y materiales de construcción locales disponibles, constituye un medio valioso de

proporcionar unidades de salud adecuadas. Por el contrario, el uso intenso de conocimientos, materiales y tecnología importados tiende a dar como resultado una arquitectura desvinculada de las necesidades funcionales, de las condiciones geográficas, del clima y de los valores culturales locales.

2.6. Es necesario e importante especialmente en los sectores rurales intensificar la participación comunitaria en la construcción y mantenimiento de las unidades de salud por lo que, se deben buscar los mecanismos reales que incentiven y viabilicen la participación masiva de la comunidad en términos de organización. Esto representa una importante disminución de los costos de construcción en beneficio de la salud y la economía nacionales.

2.7. Siendo alta la inversión en la red nacional de unidades de salud, el éxito o el fracaso de su planificación, construcción y funcionamiento constituye una cuestión prioritaria, por lo cual deben impulsarse mecanismos válidos de evaluación para rectificaciones y ratificaciones en el futuro.

2.8. Es necesario crear incentivos económicos para todos los cuadros profesionales especializados que hacen salud, situación que permitirá por un lado optimizar su labor en beneficio de la salud del pueblo ecuatoriano y por otro evitará la deserción de estos profesionales en busca de mejores ingresos, situación que perjudica la acción sanitaria.

2.9. Es imprescindible recopilar, ordenar, normatizar, publicar y difundir toda la información nacional y extranjera existente referente al diseño, construcción equipamiento, administración y mantenimiento de unidades de salud, pues permitirá optimizar todas y cada una de las

acciones encaminadas a la prevención y curación de la salud de todos los ecuatorianos.

LISTA DE ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

- ANEXO Nº 1 INDICADORES DEMOGRAFICOS DEL ECUADOR
- ANEXO Nº 2 RECURSOS FISICOS DEL MINISTERIO DE SALUD
1990.
- ANEXO Nº 3 UNIDADES MEDICAS DEL IESS. 1991.

ANEXO Nº 1
INDICADORES DEMOGRAFICOS 1990

INDICADORES	CIFRA
-------------	-------

A. POBLACION

-Total	10'587.226
-Hombres	5'324.705
-Mujeres	5'262.521
-Urbana	5'971.000
-Rural	4'796.226
-0-14 años.....	4'185.249
-15-64 años.....	6'000.534
-65 años y más.....	401.443
-Mujeres en edad fértil (15-49 años).....	2'598.183
-Población económicamente activa:	
-Total	3'660.151
-Hombres.....	2'562.458
-Mujeres.....	1'097.693
-Urbana.....	1'901.663
-Rural.....	1'758.488
-Ciudades de 100.000 habitantes y más:	
-Guayaquil.....	1'764.170
-Quito.....	1'281.849
-Cuenca.....	227.212
-Machala.....	166.270
-Portoviejo.....	163.898
-Manta.....	155.757
-Ambato.....	137.418
-Esmeraldas.....	136.370
-Sto. Domingo de los Colorados.....	127.028
-Milagro.....	116.838
-Loja.....	107.338
-Quevedo.....	105.996
-Riobamba.....	101.006

B. CRECIMIENTO POBLACIONAL: 1985-1990

-Tasa de Crecimiento Poblacional (%):	
-Total.....	2.6
-Urbana.....	4.1
-Rural.....	1.2

C. FECUNDIDAD: 1985-1990

-Tasa bruta de natalidad 1/.....	32.9
-Tasa global de fecundidad 2/.....	4.28

D. MORTALIDAD: 1985-1990

-Tasa bruta de mortalidad 1/.....	7.4
-Tasa bruta de mortalidad infantil 3/.....	63.4

-Esperanza de vida al nacer (en años):	
-Total.....	65.4
-Hombres.....	63.4
-Mujeres.....	67.6

- 1/ Por 1.000 habitantes.
 - 2/ Promedio de hijos que una mujer tendría hasta el final de su período reproductivo.
 - 3/ Por 1.000 nacidos vivos.
-

FUENTE: CFI ADE. América Latina. Proyecciones de la población 1950-2025. Boletín Demográfico Nº 45. Enero 1990.

INEC. Estimaciones y proyecciones de la población total, por área, provincias, cantones y grupos de edad. 1982-1995.

ELABORACION: CEPAR.

RECURSOS FISICOS DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA POR TIPO DE UNIDAD, NUMERO DE CAMAS Y PROVINCIAS
ECUADOR, 1er. SEMESTRE 1989.

PROVINCIA	POBLACION	HOSPITALES		CENTRO DE SALUD	SUBCENT. DE SALUD	PUESTOS DE SALUD Y DISPENSARIOS	TOTAL	DOTACION NORMAL DE CAMAS EN HOSPITALES	TASA
		ESPECIALIZADOS Y PROVINCIALES	CANTONALES						
TOTAL	10203722	36	88	71	920	229	1344	8790	0.9
CARCHI	147048	1	2	1	28	7	39	160	1.1
IMBABURA	290638	1	3	1	37	8	50	246	0.8
PICHINCHA	1844943	** 9	6	12	106	10	143	2387	1.3
COTOPAXI	322651	1	3	2	36	11	53	247	0.8
TUNGURAHUA	388817	** 1	3	3	41	18	66	440	1.1
BOLIVAR	166372	1	2	2	33	-	38	150	0.9
CHIMBORAZO	376413	2	4	1	51	18	76	413	1.1
CANAR	205703	1	1	4	45	13	64	180	0.9
AZUAY	537622	3	5	3	67	1	79	505	0.9
LOJA	415255	1	7	3	49	38	98	371	0.9
ESMERALDAS	315901	1	5	1	44	28	79	281	0.9
MANABI	1081950	1	8	7	105	2	123	804	0.7
LOS RIOS	561947	1	5	2	33	12	53	285	0.5
GUAYAS	2661209	*** 5	15	24	87	3	134	1400	0.5
EL ORO	435217	2	4	3	75	2	86	395	0.9
NAPO	170793	1	6	-	21	19	47	280	1.6
PASTAZA	41361	1	1	1	17	17	37	51	1.2
MORONA SANTIAGO	92255	1	5	1	27	14	48	94	1.0
ZAMORA CHINCHIP	65024	1	2	-	15	5	23	71	1.1
GALAPAGOS	8796	1	1	-	3	3	8	30	3.4

* TASA POR 1000 HABITANTES

** INCLUYE SERVICIOS CRONICOS, NEUMOLOGICOS, GERIATRICOS Y DERMATOLOGICOS

*** NO FUNCIONA HOSPITALIZACION

ANEXO Nº 3

IESS

UNIDADES MEDICAS PROPIAS EN ORDEN NUMERICO DE CREACION,
NIVELES DE COMPLEJIDAD Y REGION

CODIGO	PROVINCIA	CIUDAD	NIVEL DE COMPLEJIDAD	REGION
12-001	Pichincha	Quito-El Batán	Dispensario "B"	1
18-002	Azuay	Cuenca	Hospital Regional	3
12-003	Pichincha	Quito-Central	Dispensario "A"	1
14-004	Tungurahua	Ambato	Hospital Provincial	4
16-005	Chimborazo	Riobamba	Hospital Provincial	5
23-006	Guayas	Guayaq-Central	Dispensario "A"	2
24-007	El Oro	Zaruma	Dispensario "C"	9
19-008	Loja	Loja	Hospital Provincial	7
21-009	Manabí	Portoviejo	Dispensario "B"	6
21-010	Manabí	Manta	Hospital Provincial	6
21-011	Manabí	Bahía de Caráq.	Dispensario "C"	6
11-012	Imbabura	Atuntaqui	Hospital Provincial	8
11-013	Imbabura	Otavalo	Dispensario "B"	8
12-014	Pichincha	Quito-V.Flora	Dispensario "A"	1
12-015	Pichincha	Quito-Hosp.CAM	Hospital Regional	1
10-016	Carchi	San Gabriel	Dispensario "C"	8
23-017	Guayas	Ancón	Hospital Local	2
20-018	Esmeraldas	Esmeraldas	Hospital Provincial	1
12-019	Pichincha	Sangolquí	Dispensario "C"	1
11-020	Imbabura	Ibarra	Dispensario "B"	8
13-021	Cotopaxi	Latacunga	Hospital Provincial	1
24-022	El Oro	Machala	Hospital Provincial	9
10-023	Carchi	Tulcán	Dispensario "B"	8
23-024	Guayas	Guay-Letamendi	Dispensario "A"	2
23-025	Guayas	Durán	Hospital Local	2
26-026	Guayas	Bucay	Dispensario "C"	2
12-027	Pichincha	Cayambe	Dispensario "C"	1
22-028	Los Ríos	Babahoyo	Hospital Provincial	2
23-029	Guayas	La Libertad	Dispensario "C"	2
23-030	Guayas	Milagro	Hospital Local	2
23-031	Guayas	Guay.Chile/Col.	Dispensario "A"	2
23-032	Guayas	Guayaquil	Hospital Regional	2
15-033	Bolívar	Guaranda	Dispensario "B"	5
17-034	Cañar	Asoguez	Dispensario "B"	3
16-035	Chimborazo	Alausí	Dispensario "C"	5
24-036	El Oro	Piñas	Dispensario "C"	9
24-037	El Oro	Sta. Rosa	Dispensario "C"	9
23-038	El Oro	Pasaje	Dispensario "C"	9
17-039	Cañar	Cañar	Dispensario "C"	3
22-040	Los Ríos	Quevedo	Dispensario "C"	2
12-041	Pichincha	Amaguaña	Dispensario "C"	1
18-042	Azuay	Cuenc-Disp.Cent	Dispensario "C"	3
21-043	Manabí	Chone	Hospital Local	6
21-044	Manabí	Jipijapa	Dispensario "C"	6
14-045	Tungurahua	Baños	Dispensario "C"	4
31-046	Pastaza	Puyo	Hospital Provincial	4

19-047	Loja	Macará	Dispensario "C"	7
12-048	Pichincha	Cotacollao	Dispensario "B"	1
24-049	El Oro	Portovelo	Dispensario "C"	9
12-050	Pichincha	Suroccidental	Dispensario "B"	1
33-051	Zamora-Ch.	Zamora	Dispensario "C"	7
10-052	Carchi	El Angel	Dispensario "C"	8
22-053	Los Ríos	Vinces	Dispensario "C"	2
12-054	Pichincha	Sto.Dgo.Color.	Dispensario "B"	1
11-055	Imbabura	Cotacachi	Dispensario "C"	8
30-056	Napo	Tena	Dispensario "C"	1
23-057	Guayas	Daule	Dispensario "C"	2
32-058	Morona S.	Macas	Dispensario "C"	3
12-059	Pichincha	Tabacundo	Dispensario "C"	1
12-060	Pichincha	Quito-Sn.Juan	Dispensario "C"	1
12-061	Pichincha	Quito-La Ecuat.	Dispensario "C"	1
23-062	Guayas	Balzar	Dispensario "C"	2
23-063	Guayas	El Empalme	Dispensario "C"	2
21-064	Manabí	Calceta	Dispensario "C"	6
19-065	Loja	Cariamanga	Dispensario "C"	7
12-066	Pichincha	Quit-Matriz IESS	Dispensario "C"	1
17-067	Cañar	La Troncal	Dispensario "C"	3
24-068	El Oro	Huaquillas	Hospitl Local	9
21-069	Manabí	Man-Los Ester.	Dispensario "C"	6
16-070	Chimborazo	Chunchi	Dispensario "C"	5
20-071	Esmeraldas	San Lorenzo	Dispensario "C"	1
30-072	Napo	Coca(Orellana)	Dispensario "C"	1
32-073	Morona S.	Sucúa	Dispensario "C"	3
22-074	Los Ríos	Ventanas	Dispensario "C"	2
15-075	Bolívar	San Miguel	Dispensario "C"	5
23-076	Guayas	Norte-Tarqui	Dispensario "C"	2
23-077	Guayas	Sur Valdivia	Dispensario "C"	2
23-078	Guayas	Un.Rehab.Prof.	Dispensario "C"	2
23-079	Guayas	Dispens.Caja	Dispensario "C"	2
19-080	Loja	Dispens.Central	Dispensario "C"	7
40-081	Galápagos	San Cristóbal	Dispensario "C"	2
30-082	Napo	Nueva Loja-Suc.	Dispensario "C"	1

ELABORADO POR:Departamento Nacional de Estadísticas de
Salud y Evaluación Médica del C.T.A.

BIBLIOGRAFIA

Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable. CEPAR, Temas Poblacionales.- Crecimiento poblacional y desarrollo socio-económico, 1990, serie nº 2.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 1990. Anuario de Estadísticas Hospitalarias y Dispensariales, 1985.

Ilpes-Cepal, Cuadernos de Políticas Sociales 6.- Políticas de Salud.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.- V Censo de Población y IV de Vivienda, República del Ecuador, 1991.

Matus, Carlos.- Política, Planificación y Gobierno, Washington D.C. O.P.S. 1987.

Mendoza, M.A. Marchetti, J.M., y otros.- Propuesta de una metodología para el proyecto de hospitales.

Ministerio de Salud.- El Ecuador en la XLIII Asamblea Mundial de la Salud, Publicaciones, 1990.

Ministerio de Salud Pública, 1989.- Plan Nacional de Salud 1989-1992. República del Ecuador.

Ministerio de Salud Pública, 1990.- Salud Familiar y Comunitaria Integral.

Páez Sánchez, Patricio.- Salud, Enfermedad y formación Socio-económica Ecuatoriana.

Pettigani, Carlos y Naranjo, Plutarco. Salud y Políticas Sociales. Seminario.

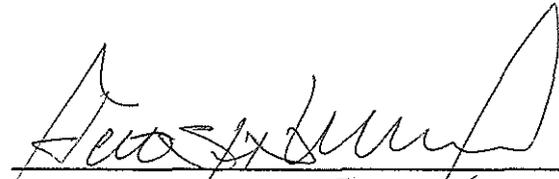
Valencia, Rommel arq.- Síntesis de la Planificación del Recurso Físico en salud, 1987.

Kleczkowski B.M. y Piboleau R.- Criterios de Planificación
y diseño de instalaciones de atención de salud en los
países en desarrollo.- OPS-OMS 1986.- Volúmenes 3 y 4.

AUTORIZACION DE PUBLICACION

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

Quito, 10 de junio de 1991



Arq. FABIAN VELASTEGUI BALAREZO