

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES

(F L A C S O).

SEDE QUITO.

Biblioteca

ECUADOR: POLITICAS DE SALUD Y EFECTOS EN LOS SECTORES SOCIALES.

1.970 - 1.980

JOSE O. MADERO GUERRON

DIRECTOR: Luis Verdesoto C.

CODIRECTOR: Gustavo Cosse

ASESOR: Edmundo Granda

Jaime Breilh

César Hermida.

Quito, agosto de 1.983

I N D I C E :

INTRODUCCION

CAPITULO I. PLANTEAMIENTOS SOBRE POLITICAS PUBLICAS Y SOCIALES: EL ESTADO Y LA SALUD.

1.- Estado y Sociedad	1
2.- Políticas Públicas	6
2.1 Régimen Militar 1.972-.1.979.....	8
2.1.1 Políticas Públicas y el Sector Industrial	10
2.1.2 Políticas Públicas y el Sector Agrario.....	11
2.1.3 Consideraciones sobre el Subempleo.....	13
3.- Políticas Sociales.....	20
3.1 El Carácter de las Políticas Sociales.....	20
3.2 Presión de las Políticas Sociales	22
3.3 Realización y Selectividad de las Políticas Sociales.....	24
3.4 Distribución del Ingreso y Gasto en el Sector Social.....	34

CAPITULO II. POLITICAS DE SALUD.

1.- Concepción de Salud.....	42
2.- Hechos Históricos de la Salud en el Ecuador.....	44
3.- Implementación de las Políticas de Salud.....	53
4.- Instituciones de Salud	56
4.1 Ministerio de Salud Pública	60
4.1.1 Estructura del Ministerio de Salud.....	66
4.1.2 El Ministerio de Salud y los Recursos.....	76
4.1.2.1 Recursos Humanos.....	71
4.1.2.2 Recursos Físicos.....	74
4.1.2.3 La Distribución Urbana y Rural y la "tecnología médica".....	77
4.2 Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.....	78
5.- Relación Interinstitucional.....	81

...sigue...

CAPITULO III. POLITICAS ESTATALES DE SALUD.

1.- Políticas de Salud Estatales.....	83
2.- Políticas del Ministerio de Salud Pública.....	86
2.1 Materno Infantil.....	93
2.1.1 Programa Prenatal.....	99
2.1.2 Programa Infantil.....	103
3.- El IESS, y Materno Infantil	110
4.- Políticas de Atención Médica Curativa en el Sector Salud.....	112
4.1 El Ministerio de Salud y la Medicina Curativa.....	117
4.1.1 La Consulta Médica Curativa.....	118
4.2 El Ministerio de Salud y la Atención Hospitalaria.....	130
4.3 El IESS y la Atención Médica Curativa.....	135
4.3.1 El IESS y la Consulta Médica.....	138
4.3.2 El IESS y la Atención Hospitalaria.....	144 ?

CAPITULO IV. POLITICAS DE SALUD Y SUS EFECTOS EN LA POBLACION.

1.- Políticas de Salud y la Mortalidad.....	146
2.- Efectos en la Mortalidad General.....	149
2.1 Principales causas de Muerte	157
2.2 Causas de Muerte por Provincias.....	162
2.3 Correlación y Mortalidad.....	169
3.- Efectos en la Mortalidad Infantil.....	175
4.- Efectos en la Mortalidad de 1 a 4 años.....	180
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	182
ANEXOS	
BIBLIOGRAFIA.	

INDICE DE ANEXOS

- Anexo 1. Presupuesto del Estado, Comparativo de Gastos por Sectores. (millones de sucres de 1.970).
Ecuador.

 2. Presupuesto del Estado, Comparativo de Gastos por Sectores. (composición porcentual)
Ecuador.

 3. Total de Consultas del Ministerio de Salud, Según Provincias 1.972, 1.976, 1.978.
Ecuador.

 4. Tasas de Mortalidad por Grupos de Edad, Según provincias. 1.970 y 1978.
Ecuador.

 5. Tasas de Natalidad y Mortalidad por Grupos de Edad.
Ecuador 1.962 - 1.978.
-

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1.- CONCLUSIONES

El desarrollo del sistema capitalista permite al Estado ampliar el aparato institucional estatal, para garantizar el proceso modernizante, a objeto de extender el carácter legitimador del Estado moderno y expandir el proceso de acumulación del capital. La coyuntura de auge económico y estabilidad política posibilitan al Estado adquirir ciertas características redistributivas del ingreso, que se orientan hacia una heterogénea estructura social, en la cual se encuentran sectores sociales insertos en el sistema capitalista y a sectores realizando actividades no capitalistas de producción.

El Estado a través de sus dos principales instituciones de salud: el Ministerio de Salud y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, intentan resolver las necesidades de salud que tienen por objeto la reproducción y mantenimiento de la fuerza de trabajo. Cada una de estas instituciones ejecuta políticas de salud que responden a diferentes sectores sociales. En el caso del MSP sus políticas tienen por objeto legitimar el carácter del Estado capitalista, apareciendo como Estado del bienestar social.

A pesar del gran incremento de las políticas de salud, su cobertura según el estudio realizado es parcial, tanto en el área urbana como rural.

En el caso del IESS, sus políticas tienen como función principal, -

ofrecer acciones de salud de alta calidad para que en el menor tiempo lo -
grar la reproducción de la fuerza de trabajo en los sectores sociales que
se encuentra desarrollando actividades de producción capitalista, a fin -
de garantizar el proceso de acumulación del capital.

Antes de 1.970, las acciones de salud estatales se orientan de manera
especial al control de las enfermedades epidémicas tropicales, esta tende
ncia se relaciona con el carácter exportador de productos primarios. En
la década del 70 el Estado establece políticas de salud que se desarrollan
en el campo preventivo y curativo, en un proceso expansivo que el nuevo mode
lo de acumulación del Estado realiza, en base al auge de la explotación
petrolera.

Las políticas de salud estatales consolidan las funciones principales
del Estado moderno; el carácter legitimador realizado a través del proce
so redistributivo, propicia un creciente aumento del gasto en los servici
os sociales, que la final tienen como objetivo ampliar el mercado de consu
mo necesario para el proceso industrializador y para el comercio importa
dor. Esta carácter modernizante dinamiza la extensión de una red de estable
cimientos de salud por parte del MSP.

En la década del 70, el MSP adquiere una importante consolidación y
racionalidad institucional, el largo ejercicio militar en el poder fortale
ció la distribución de todo tipo de recursos, especialmente con la creaci
ón de establecimientos hospitalarios de salud en las cabeceras cantonales
y subcentros de salud a nivel de cabecera parroquial. A partir de 1.970 se
producen acciones de salud estatales de largo alcance, por primera ocasión

se instrumenta actividades a los sectores rurales. De esta manera el aparato estatal se fortalece con esta actuación.

La ampliación institucional del MSP, se da por la expansión del gasto en salud, que posibilita la extensión de recursos humanos y físicos - (sustentación empírica en las páginas subsiguientes). Estos recursos se distribuyen a través de la estructura oficial; al nivel provincial, cantonal y parroquial. El crecimiento del presupuesto posibilita una mayor distribución de acciones de salud a fin de disminuir el conflicto social, que origina la ampliación del proceso modernizante. Y en el caso del gobierno de Rodríguez Lara a objeto de lograr el más amplio consenso social. Es claro manifestar que la expansión de las políticas de salud del MSP, conlleva las características de "ser más sociales" en esta década.

A pesar que el MSP se fortalece por la presencia de un régimen militar "nacionalista", no alcanza a concentrar a otras instituciones del sector público, y únicamente lo hace con las denominadas Juntas de Asistencia Social. Por lo cual se podría decir que el sector estatal en la década se encuentra fraccionado. Existen diferentes instituciones de finalidad social y pública que ofrecen servicios de salud a la población que entre sí existe una parcial o casi ninguna coordinación institucional. Destacando que a fines de los años 70, a iniciativas del MSP se conforma el Consejo Nacional de Salud con el objetivo de articular y coordinar los diferentes programas de salud que realizan las diversas instituciones de salud. La relación institucional se realiza actualmente a través de "convenios", apareciendo indicios cada vez más fuertes de una estrecha coordinación.

Este carácter fragmentario son frenos y obstáculos para la ejecución

de una política de salud global, que no permite una sola programación de actividades de salud. La multiplicidad de programas e instituciones crea duplicación de acciones y significa que los recursos de salud no se están utilizando de manera óptima.

Del análisis que se realiza sobre las actividades preventivas y curativas, éstas últimas son las que demandan fuertes inversiones en el funcionamiento y construcción de hospitales con equipamientos de alta tecnología, utilización de recursos humanos especializados, etc. Por lo tanto las acciones de salud curativas tiene la función principal de interesarse en el tratamiento de la patología o enfermedades, y de manera secundaria en el nivel de salud de los individuos. Una de las preocupaciones del Estado en la década ha sido reducir las enfermedades trasmisibles y evitar defunciones por causas de muerte que tengan la característica de reduci**bles** o evitables a través de las campañas de vacunación.

El interés del Estado capitalista encuentra su realización, su lógica en la incorporación creciente de la medicina curativa hacia nuevos sectores sociales, por cuanto la consulta médica se complementa con la adquisición de medicinas que resulta de la relación médico-paciente, ésto abre las posibilidades de ampliación del mercado de medicamentos. O sea la ampliación de la medicina curativa es lógica con la actuación del Estado capitalista moderno. Plantear entonces que la vigencia de la medicina curativa debe ser trasladada a la medicina preventiva sería contradecir los intereses del Estado. Sería proclamarse contra los objetivos formadores de las facultades de medicina. Por cuanto se considera, que por el momento la instrucción médica se orienta al tratamiento de la enfermedad-individuo, y

no de la salud-colectividad.

En definitiva la vigencia de la medicina curativa obedece a la ampliación de un mercado de consumo e intereses de las grandes empresas productoras de equipos, materiales, medicinas. Estos intereses del sistema capitalista se constituyen en un poderoso freno para el cambio de las políticas de salud hacia el campo preventivo. Entonces la ampliación de la oferta de servicios del MSP a nuevos sectores sociales se acompaña generalmente del aumento del consumo de productos farmacéuticos.

Los efectos o impactos analizados en el capítulo IV en forma cuantificable, ayudan a comprender y estimar los diferentes aspectos que más interesan para fundamentar una teorización de las complejas políticas de salud que realiza el Estado. Permite detectar problemas que afectan a los sectores sociales, determinando la posibilidad que el Estado priorice y decida iniciar o encausar la resolución del problema por convenir a sus intereses, a objeto de mejorar las bases de apoyo, o para disolver tensiones previsibles que amenazan al Estado.

El analizar los efectos de las políticas de salud de manera exacta se complejiza, por cuanto el efecto que se ha cristalizado en los sectores sociales, confluyen de una u otra manera con mayor o menor proporción impactos sociales de otros procesos de decisión política.

El análisis de la mortalidad por la principales causas, presenta una persistencia importante de las enfermedades broncopulmonares y diarreicas en el período 1.970-80. Si en realidad existen cambios en la frecuen-

cia de las causas de muerte, se dá por la presencia de accidentes, muertes del corazón, violencias, causas prenatales. La presencia de causas de muerte de carácter evitable junto a las causas que son características de países desarrollados conforman un cuadro transicional por la presencia de causas generadas por el desarrollo del sistema capitalista.

La presencia de causas de muerte consideradas como evitables, está demostrando que si bien en el período de auge petrolero, la oferta de salud especialmente del MSP logra crecimientos altos, se muestra la falta de consistencia en la política de salud. Los grandes hospitales si en realidad son necesarios y muestran la espectacularidad presente de las políticas de salud, esta tendencia o estrategia de salud enmascara la realidad del nivel de salud. Esta política deberá transferirse hacia la realización de una nueva estrategia de salud en el campo de la medicina preventiva con las limitantes que el sistema impone.

De manera general se manifiesta que antes de 1.970 no existía ningún interés de parte del Estado por extender las políticas de salud en el sector rural. Los servicios de salud que existen en el campo funcionan en los principales centros de explotación agro-exportador.

La riqueza que produce la explotación del petróleo, modifica el sistema de la salud. Los ingresos son concentrados por el Estado, para distribuirse en los diferentes sectores económicos y sociales. Esta situación hace que las políticas de salud adquieran interés estatal y se extienda hacia el sector rural. Esta extensión de las políticas conllevan la incorporación de sectores sociales al proceso modernizante en el campo de la salud.

Finalmente se destaca a manera de conclusión que el proceso de salud-enfermedad tiene un carácter social e histórico. Esta afirmación se apoya - en los siguientes aspectos:

- El cambio de perfil patológico de las principales causas de muerte en el - año de 1.970 y 1.980 son diferentes, por lo cual planteamos que la distri- bución del cambio de frecuencia de las enfermedades está en función de las clases sociales, las mismas que muestran condiciones de salud distintas.
- El carácter social de la enfermedad la encontramos también en la necesaria articulación de los programas de salud con todos los servicios o procesos sociales.

Si en la realidad la frecuencia de algunas causas de muerte llamados evitables (sarampión, tosferina, difteria, poliomielitis, tétanos, tubercu- losis) se han reducido. La frecuencia de aumento de las enfermedades deno- minadas enteritis y enfermedades diarreicas es alto en el período, asimis- mo a manera de interrogante se plantea que la mayor concentración de estas enfermedades al parecer se encuentran en los sectores sitiales, cuyo nivel de vida no puede mantener una adecuada alimentación que permita resistir - a los agentes patógenos portadores de la enfermedad.

A objeto de crear una serie de preguntas sobre el carácter de las en- fermedades y sus múltiples relaciones con los factores sociales y económi- cos, se toma como unidad de discusión a las causas de muerte denominadas - enteritis y enfermedades diarreicas.

Creemos que el desarrollo modernizante del sistema capitalista, deteru

mina que amplios sectores sociales especialmente minifundistas, pequeños - propietarios se conviertan de manera creciente en asalariados agrícolas, - subempleados y alcancen bajos niveles de vida, repercutiendo en un bajo consumo nutricional que determina una clara vulnerabilidad del proceso salud - en estos sectores y el aumento creciente de las enfermedades diarreicas.

En el período estas enfermedades que causan muerte se incrementan, a pesar que el sector salud se moderniza, se extiende e incorpora a nuevos - sectores sociales; la práctica médica oficial aumenta (En recursos humanos, financieros y físicos) en calidad técnica y cantidad de acciones. Entonces la explicación del aumento de las enfermedades diarreicas lo encontramos en el medio social, en el continuo aumento del minifundio en la proletarización creciente de los pequeños propietarios, que exige la modernización del sistema.

Si las causas de muerte por diarreas son susceptibles de reducción a través de campañas, ésta no está garantizando inmunidad, por cuanto su disminución si bien depende de sistemáticos programas de salud, su relación - principal se encuentra en todos los factores socio-económicos que componen el nivel de vida (educación, vivienda, saneamiento del ambiente, etc.) Esto también estaría reiterando que estas causas de muerte tienen un claro contenido social, por su estrecha relación con los factores no médicos.

Se destaca también que el perfil epidemiológico en el período 1.970-80 adquiere una cierta característica transicional, por cuanto aparecen - de manera creciente también las enfermedades de la civilización moderna - que reconoce a factores como la inseguridad, ansiedad el stress, como ge-

neradores de las enfermedades cardíacas, mentales, gastrointestinales. Este cuadro transicional aporta también a definir al proceso de salud enfermedad como social.

En definitiva el cambio del perfil epidemiológico de la enfermedad es el resultado de la acción de factores socio-económicos en relación a la heterogenea estructura social en continuo cambio, por estos aspectos la enfermedad tiene el carácter social.

2.- RECOMENDACIONES

El MSP a fin de lograr canalizar de manera eficiente y racional los recursos de salud debe lograr una estrategia de desarrollo global. Para lo cual es necesario la realización urgente de un diagnóstico de salud de la población del país, teniendo como niveles de análisis los aspectos sociales, económicos, políticos y especialmente en este caso a la organización de salud. De este diagnóstico se establecerán prioridades de corto, mediano y largo plazo.

La presencia tardía del MSP en el país refleja hoy en día la dificultad de incorporar a las denominadas entidades autónomas que se encuentra obstaculizando una normal labor del Ministerio de Salud. Esta diversidad institucional es causa de la duplicación de esfuerzos y recursos humanos, físicos y financieros, produciendo una anarquía en la oferta de salud a los sectores sociales.

La modernización del Estado capitalista exige la unificación de los servicios de salud, a objeto de centralizar la administración de la política de salud en el país, racionalizar la distribución de los recursos de salud. La unificación de los servicios permite una adecuada utilización de los recursos humanos de salud.

En el campo de la medicina preventiva, se permitirá una mayor difusión en el sector de la investigación, todo el proceso de unificación de los servicios de salud se realizará a largo plazo.

Actualmente las iniciativas del MSP se ha conformado una oficina de carácter interinstitucional que tiene por objeto lograr identificar los - problemas de salud en las instituciones de salud que posibiliten la conve niencia de lograr una coordinación entre los diferentes sectores y en un futuro racionalizar las políticas de salud. Es del caso destacar que el formar un Servicio Nacional de Salud, no es solucionar los problemas de salud. Lo que significa es elevar los niveles de salud mediante la racio- nalización de las actividades de salud, significa también ampliar la co - bertura de la oferta de acciones de salud.

El Servicio Nacional de Salud en un inicio observará en su orienta- ción de salud, dos aspectos que al parecer son los centros de la moviliza ción de las acciones de salud. La medicina preventiva y curativa. Alrede- dor de estas áreas de la medicina, las diferentes instituciones realiza- rán sus funciones y responsabilidades guardando unidad entre las acciones que demandan la colectividad.

Las actividades que se ejecutan a toda la comunidad, mediante la - realización de la medicina preventiva y curativa deberá lograr el siguient e ámbito de acciones de salud. En el campo de la medicina preventiva se realizará la educacación para la salud a los escolares, preescolares y en general a toda la población; organización y participación de la comunidad que se relacionará con la prevención y control del agua potable, alimentos, bebidas, medicamentos. Se realizarán programas de alimentación complementa- ria a los grupos que se consideren vulnerables, además una orientación nu- tricional a la totalidad de la población, promoción de hábitos higiénicos y de la salud mental. La medicina preventiva realizará prestaciones también

de inmunizaciones, control materno infantil, control de enfermedades trasmisibles.

El ámbito de la medicina curativa ofrecerá todo el servicio de hospitalización, consulta médica curativa en todas las especialidades y actividades de rehabilitación.

El funcionamiento de estas grandes áreas de la medicina (preventiva y curativa) tendrá como base de gestión la participación de la comunidad - en los establecimientos de salud del nivel local. La participación gestionada de la comunidad en los establecimientos de salud, permitirá una mejor organización y participación de la comunidad en los programas de salud que ofrece el Estado. Pasar de la imposición vertical de la oferta de salud a un carácter horizontal de la actividad de salud, posibilitará un mejor conocimiento de los deberes y derechos de las personas en el campo de la salud.

Si el MSP a través de su Plan Quinquenal se propuso metas de salud, éstas obedecían a una posible programación de actividades en base a la utilización racional de todo tipo de recursos que se disponían. Creemos que a pesar de una importante oferta de servicios, éstos no lograron cumplir - las metas propuestas en el Plan de Salud, según lo analizado en el capítulo III.

Esta reducida cobertura obedece a que, la implementación de las políticas de salud se realizaron desde la alta administración de salud. En el caso del área rural el funcionamiento de los subcentros de salud obedecían

especialmente a la pronta solución de la distribución de los médicos rurales; o sea los subcentros de salud obedecían especialmente a la pronta solución de la distribución de los médicos rurales; o sea los subcentros de salud se imponían en forma vertical, la comunidad no tenía ninguna participación en la organización del subcentro. La comunidad desconocía sobre los programas que éstos establecimientos de salud ofrecían. Esta desarticulación entre la institución estatal y la comunidad es el principal punto de análisis para explicar las coberturas parciales. Se debe tomar en cuenta también que la formación del médico tiene una tendencia curativa, no logra asimilar los objetivos de los programas. Estas dos causas inciden en el cumplimiento de las políticas de salud.

Estas causas que se producen hace necesario que en la administración de salud se integre otros tipos de profesionales que tengan como objetivo lograr la participación de la comunidad en los problemas de salud.

Para esto planteamos que es necesario la articulación directa entre la comunidad y la organización estatal a través de un organismo que puede denominarse "comité de salud" y que tendrá como objetivo desarrollar las actividades de salud en base a las reales necesidades de la población, solamente esta participación permitirá cumplir con las metas propuestas.

El MSP, como organismo estatal es sujeto de la actividad política en toda la estructura administrativa del país, especialmente en la más altas responsabilidades. Esta característica se identifica de manera clara a fines de la década e inicios del régimen democrático. El largo período de régimen militar es reemplazado por el gobierno democrático que conlleva la -

presencia de la vigencia de un sistema político. Esta circunstancia hace que el aparato institucional estatal adquiera una nueva modalidad de gobierno.

Este cambio de régimen militar a democrático (representativo) produce una diferente tendencia de la política de salud caracterizado por tres hechos: a) Reformulación e inauguración de nuevos programas de salud, en los cuales los programas verticales se convierten en prioritarios. b) irrupción de personal burocrático no preparado, que en el momento obedecen a los mandatos políticos del gobierno de turno, produciendo iniciativas en programas de salud, que podrían denominarse de individualistas y generalmente se realizan en el corto plazo. c) A partir de 1.979 el Ministerio de Salud ha tenido la presencia de varios ministros de Estado, que han administrado la política de salud en períodos cortos. Esta actuación del Gobierno al corto plazo, ha impedido la consolidación de las políticas de salud.

COMPARATIVO DE GASTOS POR SECTORES1.970 - 1.980

(En millones de sucres de 1.970)

AÑOS	COEFICIENTE DEFLACTOR.	TOTAL GASTOS	SERVICIOS GENERA- LES.	S E C T O R S O C I A L				SECTOR ECONO- MICO.	SERVICIO DEUDA EXTERNA.
				Total	Educación y Cultura.	Binest. Soc. y Trabajo	Salud y Desarr. Com.		
1970	1.0	5.140.5	1.136.6	1.185.7	993.3	28.5	163.9	606.2	2.212.0
1971	.96	5.772.1	1.215.8	1.300.6	1.112.6	28.9	159.1	1.036.3	1.219.4
1972	.93	5.958.3	1.403.5	1.602.9	1.425.5	33.0	144.4	783.9	2.168.0
1973	.81	6.942.0	1.832.8	2.200.7	1.854.3	53.0	293.4	1.764.6	1.143.9
1974	.73	9.185.2	2.357.3	2.590.8	1.910.3	80.6	599.9	2.610.3	1.626.8
1975	.67	9.279.2	2.810.7	2.955.4	2.268.9	85.0	601.5	2.079.0	1.434.1
1976	.63	11.879.5	3.277.1	3.361.5	2.457.3	146.0	758.3	2.663.0	2.577.9
1977	.58	13.446.7	4.611.1	4.229.3	3.259.1	104.5	865.7	2.984.1	1.622.2
1978	.56	13.329.0	3.905.8	4.336.0	3.239.7	110.7	985.5	2.554.4	2.532.7
1979	.53	14.289.7	4.219.6	4.931.7	3.711.7	125.2	1.094.8	2.540.5	2.597.8
1980	.44	18.303.4	4.692.7	7.912.7	6.428.6	152.1	1.332.0	3.363.4	2.334.6

FUENTE: MINISTERIO DE FINANZAS: Estadísticas Fiscales N°- 2. Quito. Pag. 75

CONADE: Indicadores Socio-económicos. Quito. 1.982. Pag. 150 y 102.

ELABORACION: Propia.

PRESUPUESTO DEL ESTADOCOMPARATIVO DE GASTOS POR SECTORES

1.970 - 1.980

(Composición Porcentual).

AÑOS	TOTAL GASTOS EFECTIV.	SERVICIOS GENERALES.	SECTOR SOCIAL				SECTOR ECONO- MICO.	SERVICIO DEUDA EXTERNA
			Total	Educación y Cultura.	Bienest. Social y Trab.	Salud y Desarr. Comun.		
1970	100.0	22.1	23.1	19.3	0.6	3.2	11.8	43.0
1971	100.0	21.1	22.5	19.3	0.5	2.8	18.0	38.4
1972	100.0	23.6	26.9	23.9	0.6	2.4	13.2	36.3
1973	100.0	26.4	31.7	26.7	0.8	4.2	25.4	16.4
1974	100.0	25.7	28.2	20.8	0.9	6.5	28.4	17.7
1975	100.0	30.3	31.8	24.5	0.9	6.5	22.4	15.5
1976	100.0	27.6	28.3	20.7	1.2	6.4	22.4	21.7
1977	100.0	34.3	31.4	24.2	0.8	6.4	22.2	12.1
1978	100.0	29.3	32.5	24.3	0.8	7.4	19.2	19.0
1979	100.0	29.5	34.5	26.0	0.9	7.7	17.8	18.2
1980	100.0	25.6	43.2	35.1	0.8	7.3	18.4	12.8

FUENTE: MINISTERIO DE FINANZAS: OP. Cit. Pag. 76

ELABORACION: Propia.

TOTAL DE CONSULTAS DEL MINISTERIO DE SALUD

SEGUN PROVINCIAS: 1.972, 1.976, 1.978

	1.972			1.976			1.978		
	POBLACION	CONSULTAS		POBLACION	CONSULTAS		POBLACION	CONSULTAS	
		Número	Relación Consul/h		Número	Relac. Con./h.		Número	Relac. Con./h
Carchi	121.311	5.899	0.05	132.611	27.307	0.21	138.712	34.652	0.25
Imbabura	220.283	17.094	0.08	239.277	52.628	0.22	249.320	59.191	0.24
Pichincha	942.928	128.168	0.14	1'125.424	276.472	0.25	1'224.184	329.341	0.27
Cotopaxi	230.334	9.824	0.04	257.705	45.092	0.17	267.412	57.988	0.22
Tungurahua	269.155	18.398	0.07	303.435	71.232	0.23	316.393	68.376	0.22
Bolívar	151.073	6.379	0.04	158.384	35.905	0.23	162.547	50.284	0.31
Chimborazo	316.111	9.668	0.03	332.412	45.290	0.14	342.411	57.828	0.17
Cañar	148.014	2.959	0.02	162.492	51.960	0.32	169.882	61.542	0.36
Azuay	365.910	26.468	0.07	402.580	112.168	0.28	410.444	121.412	0.29
Loja	349.423	14.456	0.04	377.430	82.067	0.22	393.775	101.146	0.26
Esmeraldas	196.368	9.585	0.05	233.975	53.994	0.23	255.122	54.638	0.21
Manabí	810.309	99.647	0.12	906.954	151.945	0.17	964.283	119.691	0.12
Los Ríos	374.790	47.364	0.13	439.457	61.330	0.14	476.825	62.315	0.13
Guayas	1'474.671	157.299	0.10	1'731.912	352.439	0.20	1'880.096	394.204	0.21
El Oro	251.478	8.966	0.04	300.026	46.941	0.16	327.993	77.967	0.24
Napo	53.381	--	--	71.903	15.019	0.21	81.340	20.314	0.25
Pastaza	21.850	2.323	0.11	25.058	14.108	0.56	26.072	14.666	0.56
Morona S.	47.793	16.462	0.34	59.501	25.761	0.43	64.954	26.858	0.41
Zamora Ch.	28.530	31	0.00	40.784	10.594	0.26	47.134	10.923	0.23
Galápagos	3.888	7.217	1.86	4.662	4.094	0.88	5.101	6.613	1.30
Total:	6'377.600	588.207	0.09	7'306.000	1'536.344	0.21	7'814.000	1'729.659	0.22

Crecimiento Poblacional en el período: 22%

Crecimiento de Consultas en el período: 194.1%

Fuente: MSP. OP. Cit.

Elaboración Propia

TASAS DE MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD

SEGUN PROVINCIAS

ECUADOR 1.970 y 1.978

PROVINCIAS.	1.970						1.978					
	Mort. Gener.	Mort. Infant.	1-4	5-14	15-44	45 y +	Mort. Gener.	Mort. Infant.	1-4	5-14	15-44	45 y +
Carchi	11.0	96.0	17.0	1.7	2.7	23.8	7.2	74.0	8.1	1.3	3.1	21.1
Imbabura	16.9	108.7	30.7	3.4	5.0	29.7	12.4	86.4	16.0	2.7	4.0	27.2
Pichincha	10.3	92.3	15.5	1.9	2.6	23.1	7.0	69.0	6.8	1.2	2.3	20.6
Cotopaxi	20.3	129.0	47.9	5.9	6.1	34.3	13.3	94.4	20.9	3.2	4.1	25.0
Tungurahua	16.2	116.6	29.8	2.9	4.8	30.0	11.0	91.2	11.5	2.2	3.4	27.4
Bolívar	9.7	68.6	14.4	2.5	4.5	24.7	9.8	71.6	11.7	2.3	4.5	23.4
Chimborazo	14.6	112.7	33.2	3.9	5.8	29.2	13.2	102.7	21.6	2.7	4.5	24.7
Cañar	12.5	80.7	21.3	3.1	3.5	22.5	9.2	61.9	12.0	2.0	3.6	20.3
Azuay	13.8	81.6	20.9	2.5	3.5	25.3	9.5	70.0	10.3	2.1	3.5	25.1
Loja	6.9	47.6	10.1	1.3	2.8	20.3	5.7	38.8	6.3	1.1	2.4	17.4
Esmeraldas	9.0	86.5	12.5	2.4	2.5	19.5	6.1	70.2	6.2	1.4	2.5	15.8
Manabí	6.3	44.0	7.9	1.4	2.4	17.8	5.1	36.4	4.7	1.2	2.2	18.7
Los Ríos	8.3	64.3	12.3	2.2	3.0	19.1	6.2	61.0	6.7	1.5	2.6	17.8
Guayas	7.0	67.3	8.6	1.2	2.2	18.9	5.8	66.1	5.3	1.0	2.0	19.4
El Oro	8.1	71.1	13.3	1.7	2.6	18.5	4.5	40.8	4.4	1.0	2.1	16.5
Napo	5.5	29.7	7.2	1.2	2.1	11.0	6.5	64.0	8.1	1.9	2.9	13.4
Pastaza	9.2	81.4	17.9	2.8	2.7	16.8	6.3	63.2	8.9	1.7	2.4	16.1
Morona S.	13.1	80.6	21.3	5.4	4.1	18.2	5.3	68.3	5.3	2.3	2.7	14.6
Zamora Ch.	16.2	71.4	21.6	4.0	3.8	19.9	6.1	56.1	12.0	2.8	1.9	13.9
Galápagos	2.8	18.3	0.6	-	0.6	10.6	1.8	--	1.4	-	-	10.8
Total.	10.1	76.6	15.6	2.1	3.1	22.8	7.3	64.4	8.1	1.3	2.6	20.3

FUENTE: INEC. Anuario de Estadísticas Vitales. 1.970 y 1.978.
INEC. Censos de Población. 1.962 y 1.974

ELABORACION: Pripia.

TASAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD

Ecuador 1.962 - 1.978

AÑOS	NATALIDAD	M O R T A L I D A D									
		(1) GENERAL	(2) - 1 día	(2) -7 días	(2) -28 días	(2) Infantil	(3) 1-4	(3) 5-14	(3) 15-44	(3) 45 y más	(2) materna
1962	48.3	13.1	3.9	15.9	35.2	95.9	21.2	2.5	3.9	24.0	2.3
1963	47.4	12.9	3.7	15.3	34.5	94.6	20.8	2.5	3.7	23.9	2.6
1964	44.7	12.0	3.7	15.7	35.1	94.0	19.9	2.3	3.3	22.2	2.4
1965	44.7	11.9	4.0	16.5	35.3	93.0	19.2	2.2	3.3	22.4	2.6
1966	42.3	11.4	3.4	15.6	34.4	90.4	17.4	2.2	3.2	23.4	2.5
1967	41.2	10.8	2.8	14.1	31.9	87.3	16.4	2.1	3.1	22.1	2.6
1968	40.5	11.1	3.0	13.0	30.0	86.1	18.1	2.4	3.1	22.9	2.4
1969	38.3	11.2	3.9	12.6	29.4	91.0	17.4	2.2	3.2	24.0	2.3
1970	38.6	10.1	3.4	11.1	25.4	76.6	15.6	2.1	3.1	22.8	2.3
1971	38.7	10.2	3.4	11.5	25.8	78.5	15.9	2.2	3.0	23.2	2.0
1972	38.1	10.6	2.9	10.3	24.1	81.9	17.7	2.1	3.0	23.3	2.0
1973	37.0	10.0	2.8	9.4	22.6	75.8	16.8	2.2	3.0	23.5	1.9
1974	35.8	9.4	2.1	8.3	20.4	70.2	14.2	1.9	2.9	23.2	2.0
1975	31.3	7.8	2.1	7.3	14.4	65.8	8.8	1.4	2.8	21.7	2.3
1976	31.1	8.3	2.2	9.0	20.4	72.1	11.6	1.6	2.6	21.3	2.1
1977	29.6	7.8	2.1	9.0	19.6	70.9	10.1	1.9	2.3	20.8	2.0
1978	29.5	7.3	1.8	8.9	19.0	64.4	8.1	1.3	2.6	20.3	2.2

(1) Por mil habitantes; (2) por mil nacidos vivos; (3) por mil habitantes del grupo de edad

FUENTE: INEC. Estadísticas Vitales de 1.962 a 1.968; Censos de Población.

ELABORACION: Propia.

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

- AMIN, Samir. La Acumulación en Escala Mundial. Mimeografiado. FLACSO. Quito. 1.982.
- ALARCON, Jorge. Planificación de las Necesidades Básicas en América Latina. FLACSO. Quito. 1.982
- BANCO CENTRAL DEL ECUADOR. Boletín Anuario N° 5. Quito. 1.982
- BARSKY O., Cosse G. Tecnología y Cambio Social. FLACSO. Quito. 1.981.
- BOCCO. Arnaldo: Ecuador: Política y Estilo de Desarrollo en la Fase de Auge Petrolero. 1.972-78. FLACSO. Quito. 1.980.
- CASTELLANOS, Pedro Luis. Notas Sobre el Estado y la Salud en Venezuela. Re vista Latinoamericana de Salud. México. 1.981.
- CEAS. Ecuador: Enfermedad y Muerte en la Era del Petróleo. Revista Salud y Trabajo. Portoviejo Ecuador. 1.982.
- CONADE: Indicadores Socioeconómicos Quito. 1.982.
- CROZIER, Michel. Sistema Burocrático de Organización. FLACSO. Quito.
- ESTRELLA, Eduardo: Medicina y Estructura Socio-económico. Ed. Belen. Quito. 1.980.
- FASSLER, Clara. Política Sanitaria de la Junta Militar de Chile. Revista - Latinoamericana de Salud N° 2. México. 1.982.
- FOXLEY, Alejandro y otros: Efectos de la Seguridad Social Sobre la Distribución del Ingreso. CEPLAN. Santiago de Chile 1.977.
- FERNANDEZ, Iván. Estado y Acumulación Capitalista. Revista de Ciencias Sociales. Vol. II. Quito. 1.978.
- FRANCO R., PALMA E. Política Social y Pobreza: Lecciones de la Experiencia. ILPEÑ julio 1.979.
- GARCIA, Juan César. La Medicina Estatal en América Latina. Revista Latinoamericana de Ciencias de Salud. México.
- GARCIA, Rafael. La Seguridad Social en el Ecuador. Análisis Social, Político e Institucional. Tesis de Grado. FLACSO. Quito. 1.980.
- HERMIDA, César: Crecimiento Infantil y Supervivencia. Quito. 1.981.
- IESS. DNMS.: Anuario de Estadísticas Hospitalarias y Dispensariales. Quito. 1.981.

- GODOY, Eduardo. Las Relaciones Sociales Históricas en la Relación Médico-Paciente. Glasgow Scotland. 1.979.
- IESS. DNMS. Departamento de Estadísticas. Archivo.
- ILPES: Problema de Desarrollo Social de América Latina N°- 19. - Santiago de Chile 1.974.
- INEC: Censo Agropecuario de 1.954 y 1.974. Resumen Nacional.
- INEC: Anuario de Estadísticas Vitales. 1.962, 1.978, 1.979
- INEC: Anuario de Estadísticas Hospitalarias. Quito. 1.975
- INEC: Censo de Población de 1.962 y 1.974. Quito.
- INEC: Anuario de Atenciones y Recursos. 1.970 a 1.971.
- IESS: Departamento de Estadística de la Asesoría Matemático. Actuarial.
- IESS: Instrucción para Afiliados N° 1. Noviembre 1.982.
- JUNAPLA: Ecuador: Plan Integral de Transformación y Desarrollo 1.973-77. Resumen General. Quito. 1.972.
- JUNAPLA: 25 Años de Planificación. Quito 1.980
- JUNAPLA: Evaluación, Políticas, Objetivos y Metas. Plan Integral de Transformación y Desarrollo. 73-77. Quito.
- LARREA, Carlos: Movimientos Sociales Urbano en América Latina, Integración y Ruptura Política. 1.980.
- LARREA, Carlos: Estructura Social, Crecimiento Económico y Necesidades Básicas en el Ecuador. CLAEH Montevideo.
- LAURELL, Asa Cristina. La Salud Enfermedad como Proceso Social. Revista Latinoamericana de Salud. México. 1.982.
- MCKEOWN, Thomas. Introducción a la Medicina Social. Ed. Siglo XXI. México. 1.981.
- MIDDLETON, Alan. Desarrollo Regional, Políticas Estatales y Migraciones Internas en el Ecuador. FLACSO. Quito.
- MINISTERIO DE FINANZAS: Estadísticas Fiscales N°-2. Quito 1.981.
- MSP. ININMS. Evaluación del Plan Nacional de Salud Rural. Quito. 1.982.
- MSP. Informe del Ministerio de Salud Pública. 1.972-79. Quito.
- MSP. Sistema Regionalizado de Servicios de Subsistema de Comunicaciones. - Quito 1.977.

- MSP. Producción de Establecimientos de Salud. División Nacional de Estadísticas. Quito.
- MSP. Proyecto de Extensión de Cobertura de Servicios para la Atención Familiar Integral. Quito. 1.980.
- MSP/OMS Informe Sobre Evaluación del Programa Ampliado de Inmunizaciones en Ecuador 1.981.
- MSP/IESS. Convenio Interinstitucional entre el IESS y el MSP. Quito. 1976. Reglamentos e Instructivos.
- MONTOYA, Carlos: Demografía, Salud y Atención Médica. Departamento de Salud Pública. Chile 1.975.
- OSZLAK O. y O'DONNELL G. Estado y Políticas Estatales en América Latina: - Hacia una Estrategia de Investigación. FLACSO 1.982.
- OPS/OMS. Las Condiciones de Salud en las Américas 1.977-80. Washington D.C. 1.982.
- OPS/OMS Plan Decenal de Salud Para las Américas. Chile Octubre 1.972.
- PREALC: Situación y Perspectivas del Empleo en Ecuador. OIT. Santiago de Chile 1.976.
- PAREDES, Franklin. Planificación de la Salud en el Ecuador. Tesis de Grado. Quito. 1.971.
- ROEMER, Milton. Perspectiva Mundial de los Sistemas de Salud. Ed. Siglo - XXI. México 1.980.
- ROJAS, Fernando. Estado Capitalista y Aparato Estatal, mimeografiado. FLACSO. Quito. 1.982.
- VERDUGA C. Cosse G. El Estado y las Políticas Estatales en Relación a la Estructura y Procesos Agrarios en el Ecuador. FLACSO.
- VERDESOTO, Luis: Cámaras de Industrias, Estrategia Reformista y Política. 1.972-1.976. FLACSO. Quito.
- VILLALOBOS F. MONCADA J. Distribución del Ingreso, Estructura Productiva y Alternativas de Desarrollo. FLACSO. Quito. 1.977.
- TOPALOV, Christian. La Urbanización Capitalista, Algunos Elementos para su Análisis. Ed. Edicol. México 1.979.