

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.
-

el MSP. b) Las políticas de salud estatales se orientan también a garantizar la fuerza de trabajo para el proceso de acumulación del capital.

Estos antecedentes nos permiten situar a la política de atención médico-curativa, para efectos de este trabajo a través de dos variables: la consulta médica y la cama hospitalaria. En una primera parte se analizará la atención curativa en el contexto de todo el sector salud, a objeto de mostrar aspectos relevantes que se encuentra sólo a este nivel. Para a continuación analizar estas políticas en las instituciones estatales. El MSP y el IESS, en el que se destacará el comportamiento de estas instituciones hacia los sectores sociales, desgregando a grupos de población en relación a resaltar el grado de cobertura.

Consulta Médica en el sector salud.- Las consultas ofrecidas por el sector salud a los ecuatorianos para 1.975 (*) es de 7'000.335, y significa que a cada habitante se otorga 0.99, o una consulta al año. De las cuales el 29.7 (2'081.393) fueron dadas por el MSP, un 22.8% (1'599.045) por la Dirección Nacional Médico Social del IESS, el 47.5% por otras instituciones públicas y privadas (85).

La distribución de las consultas por área urbana y rural, demuestra el carácter concentrador y excluyente de la oferta de las acciones de salud. En la serie de datos del cuadro 25 sobre consultas desde 1.970 a 1.975, se observa de manera clara que más del 90% de las consultas realizadas en el país se orientan a la población que se ubica en las ciudades.

(*) Para 1.975 se publica el último informe sobre actividades de consulta externa en el sector salud, por parte del INEC.

(85) Para una amplia información, ver Estadísticas de Producción de Establecimientos de Salud del MSP y el Anuario de Estadísticas hospitalarias para 1.975

De manera general, esta distribución desigual se relaciona con el desarrollo del sistema productivo, por la mayor densidad de la población, por cuanto la implementación de actividades tienen menor costo en las ciudades. En consecuencia es en las ciudades que se encuentra una población concentrada que demanda de acciones de salud, para mantenerse apta para el trabajo en unos casos y, en otros, para conservar la fuerza de trabajo potencial.

Cuadro N° 25. TOTAL DE CONSULTAR EN EL SECTOR SALUD POR AREA
URBANA Y RURAL.

Ecuador. 1.970 - 1.975

A Ñ O S	TOTAL		URBANO		RURAL	
	Número	%	Número	%	Número	%
1.971	3'725.304	100.0	3'559.704	95.6	165.600	4.4
1.972	4'471.418	100.0	4'054.003	90.6	417.415	9.4
1.973	4'760.773	100.0	4'287.114	90.1	473.659	9.9
1.974	5'115.014	100.0	4'639.012	90.7	476.002	9.3
1.975	7'000.335	100.0	6'488.498	92.7	511.837	7.3

FUENTE: INEC. Estadísticas de Atenciones y Recursos 1.970 a 1.975

ELABORACION: Propia.

El cuadro anterior es una composición porcentual urbano y rural en relación al total de consultas, el objeto es mostrar que el sector rural en el período 1.971 - 1.975, en cuanto a números absolutos (información que existe al momento para todo el sector salud) alcanza pesos porcentuales en relación al total de consultas. El crecimiento porcentual 1.971-75 tanto para el área urbana y rural encontramos, que existe un mayor creci-

miento en el área rural con un 209.1% y en el área urbana lo hace en un - 82.3%. Esto demuestra también que a nivel sector salud la atención médica curativa tiene importancia en el período. Es del caso manifestar que la - institución que más oferta salud en esta área es el MSP, de acuerdo al análisis que se realiza en las siguientes páginas.

La oferta de consultas por edades es variable a lo largo de la vida, alcanza una mayor magnitud en la población al primer año, para declinar progresivamente, alcanzando un mínimo en la edad escolar (6-14 años) para luego aumentar de acuerdo a la edad. Reflejando también que el grupo de edad de 15 y más años recibe aproximadamente una consulta por año. (ver siguiente cuadro).

Cuadro Nº 26. RELACION DE CONSULTAS POR GRUPOS DE EDAD SECTOR SALUD
Ecuador 1.975

GRUPOS EDAD	POBLACION	CONSULTAS	
		Realizadas	Relación Cons/habit.
Menos de 1 año	283.827	327.975	1.15
1 - 5	1'210.018	320.682	0.27
6 - 14	1'734.472	336.612	0.19
15 y más	3'834.688	3'644.292	0.95
Total.	7'063.000	4'629.561*	

* No se incluyen 2'370.774 consultas dadas en la consulta externa de los hospitales, por no existir desglose por grupos de edad. El total de consultas para el país es de 7'000.335 habitantes.

FUENTE: INEC. Estadísticas de Atenciones y Recursos 1.975.

La información anterior determina que el grupo menores de un año recibe una mayor atención de consultas por habitante, por parte de todas las instituciones de salud (aclarando que la información anterior se refiere a la oferta de acciones por parte de las instituciones de salud más no a la demanda real). Este grupo tiene el 17% más de consultas que el grupo de 15 y más años. Es claro manifestar que el grupo menor de un año como grupo vulnerable, recibe de manera general más atención que el resto de grupos de edad.

Desde otro punto de vista es necesario recordar que la presencia de consultas, hospitalizaciones depende de la actitud del individuo frente a la enfermedad; y especialmente del grado de organización y disponibilidad de servicios médicos.

Por lo cual como se analizará más adelante, los afiliados al IESS tienen más consultas efectuadas por persona. Estas diferencias en la oferta de atenciones no se encuentran en relación con los recursos disponibles. Así por ejemplo el MSP, entrega la mayor parte de las acciones de salud, y en proporción recibe la menor magnitud de recursos. Las características de la atención y su costo inmediato son diferentes. Así en la atención ambulatoria, el obrero o afiliado recibe atención gratuita y completa, entregado por el IESS. Los obreros, artesanos, campesinos, no afiliados reciben atención gratuita en los establecimientos de salud del MSP, pero deben costearse el valor de los medicamentos y todo tipo de exámenes.

Para referencia del gasto en salud manifestamos que el IESS tiene un presupuesto para 1.978 de 1'351.996 sucres para una población de afilia -

dos que representa el 6.3% (1.980) en relación a la población. A diferencia del presupuesto del MSP. de 1.759.900 sucres destinados para toda la población. No es posible analizar otras instituciones de salud, por sus grandes variaciones, por lo cual se destaca sólo el hecho de la existencia de enormes diferencias.

4.1 El Ministerio de Salud y la Medicina Curativa.

El MSP en la década incrementa todo tipo de recursos hacia los diferentes programas de salud. En el campo de la medicina preventiva. Se crea en 1.975 la Dirección Nacional de Salud Familiar, se implementa el Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI, el Programa de Alimentación Suplementaria etc. El objetivo de estos programas tienden a fortalecer y ampliar la cobertura de consultas a las personas sanas a fin de prevenir de las enfermedades. La ejecución de estos programas tienden a superar la idea tradicional de ofrecer acciones de salud curativas.

El MSP, a través de los servicios de consulta externa e internación ofrece atención curativa de manera gratuita (a partir de 1.979). La gratuidad de la atención a los pacientes a consulta externa se refiere a la entrevista que se realiza con el médico, en relación a internación consiste en ofrecer de manera gratuita todo tipo de atención que requiera el paciente hospitalizado. Para el cumplimiento de estas acciones de consulta e internación el Estado dispone de Recursos humanos, físicos - financieros que se implementan de acuerdo a la complejidad de los establecimientos de salud.

El análisis de las actividades de la atención médica curativa, se

realiza a través de las consultas y camas hospitalarias ofrecidas a la población. Tiene como parámetros la distribución de las consultas; según provincias, área urbana y rural, grupos de edad y población beneficiada. Para el análisis de las camas hospitalarias se tendrá en cuenta a su distribución por provincias en el período 1.972-78.

4.1.1 La Consulta Médica Curativa

Las consultas médicas curativas realizadas por el MSP en el período 1.972-78, logran un crecimiento de 194.1%, aumento significativo si relacionamos con el ritmo de crecimiento poblacional que alcanza el 22% (ver anexo 3).

Las provincias de Guayas y Pichincha son las que absorben el 48.5% del total de las consultas para 1.972 para disminuir a 41.8% al final del período. Demostrando que el crecimiento importante que se experimenta en la oferta de salud, tiene también el carácter distributivo hacia otras provincias.

Desde un punto de vista regional, la Sierra con sus 10 provincias y la Costa con 5, para 1.972 mantienen una similar población y una desigual oferta de consultas. La Costa sobrepasa en un 35% en consultas a la Sierra (1.972), la situación cambia de manera radical para 1.978 (ver anexo 3). En cuanto a la oferta de consultas la Sierra aumenta en 32.9% en relación a la Costa. Esto significa que si la oferta de salud aumenta para todas las provincias del país, la Sierra lo hace de manera más acelerada a pesar de que su crecimiento poblacional es menor al de la Costa.

Las posibilidades de atención para cada persona en el período mejoran, a nivel nacional en 1.972 se ofrece aproximadamente 1 consulta por cada 10 habitantes, al finalizar el período se ofrece 2.2 consultas por cada 10 habitantes (1.978), ésto significa un crecimiento porcentual en relación a 1.972 de 144.4% (ver siguiente cuadro).

Cuadro Nº 27 RELACION DE CONSULTAS MEDICAS SEGUN REGIONES

MSP. 1.972 y 1.978

REGIONES.	RELACION CONS./HABIT.		CRECIMIENTO PORCENTUAL. CONS./HABIT.
	1.972	1.978	
SIERRA	0.08	0.26	225
COSTA	0.10	0.18	80
ORIENTE	0.26	0.35	34
GALAPAGOS	1.86	1.30	--
TOTAL	0.09	0.22	144.4

FUENTE: MSP. Producción de Establecimientos de Salud.
División de Estadísticas 1.972-1.978.

ELABORACION: Propia.

El aumento de consultas médicas, favorece en el período al habitante de la Sierra. De cada 100 habitantes en 1.972, el MSP ofrece atención médica a 8 personas, para 1.978 se da 26 consultas. En cambio el habitante de la Costa si bien tiene aumentos, pero lo hace en una proporción menor en relación al habitante de la Sierra.

Al realizar un análisis regional por provincias encontramos que en la Sierra la provincia de Pichincha es la de mejor crecimiento en la ofer

ta de consultas por habitante. En 1.972 de cada 100 habitantes 14 acceden a consultas y 27 lo hacen en 1.980, a diferencia de Carchi que aumenta en cinco veces.

Las provincias de la región Oriental reflejan índices altos comparados con el promedio nacional. La provincia de Galápagos por su poca población las posibilidades de obtener dos consultas son altas, acercándose a la norma que se establece para los países de América al menos ofrecer dos consultas por habitante.

A manera de conclusión manifestamos que las consultas médicas realizadas a través de los establecimientos de salud del MSP, en todas las provincias, no se encuentran obedeciendo a una lógica económica; así encontramos que las provincias de Guayas y Pichincha consideradas como polos de desarrollo del proceso productivo del país, mantiene una relación consulta/habitante menor en relación a otras provincias de escaso desarrollo económico. En base a esta consideración podemos ratificar que la política de salud del MSP, obedece de manera especial al criterio legitimador del Estado capitalista moderno, ésto le permite además cumplir con la obligación de ofrecer salud, como un derecho del individuo.

Para el MSP la consulta curativa tiene dos expresiones denominadas primeras y subsecuentes, entendiendo como primeras consultas aquellas ofrecidas a las personas por primera vez y por un proceso patológico (o enfermedad). Así si una persona asiste 1, 2 o más veces por procesos de enfermedad diferentes al año se identifica como primeras consultas, por lo tanto una persona puede tener más de una consulta primera al año. Con

sultas subsecuentes son aquellas consultas repetidas en un tratamiento.

Definido de esta manera a las consultas, para 1.978 se otorgan -- 1'075.658 consultas de primera vez y 654.001 subsecuentes para un total de 1'729.659. El examen de este comportamiento de las consultas, hace que el tomar a las primeras consultas como personas atendidas nos permita aproximarnos a un estudio de cobertura, o sea conocer a qué número de personas el MSP oferta consultas.

La ampliación del número de personas atendidas por el MSP a través de todos los establecimientos de salud es creciente a nivel nacional, regional y provincial. Demostrando de parte del MSP el interés por ampliar la cobertura de atenciones médicas en la actividad curativa hacia la población. Se evidencia que en el período existe un crecimiento importante de consultas en todas las regiones. Destacando que la cobertura en la Sierra para 1.972 es ligeramente inferior a la de la Costa, pero en 1.978 de cada 100 habitantes se da atención médica a 15.4 personas en la Sierra, cobertura superior a la Costa. De manera general, en el período existe un crecimiento alto de consultas médicas curativas (ver siguiente cuadro).

Cuadro Nº 28. COBERTURA DE ATENCION MEDICA SEGUN REGIONES
MSP 1.972 y 1.978

R E G I O N E S	1.972		1.978	
	Personas	% Pers/pobl.	Personas	% Pers/pobl.
Sierra	119.900	3.8	565.888	15.4
Costa	125.178	4.0	456.892	11.7
Oriente	7.595	7.4	49.814	48.8
Galápagos	7.987	---	3.064	60.1
Total	259.760	4.1	1'075.658	13.8

FUENTE: MSP. Op. Cit.
ELABORACION: Propia

El análisis a nivel provincial determina una rápida ampliación de sus coberturas a 1.978 (ver cuadro 29). En la Sierra la provincia de Pichincha obtiene la más alta atención a las personas, para 1.978 es superada por la provincia de Cañar que realiza un impresionante crecimiento de la oferta de salud a la población. Las provincias de la Costa demuestran un crecimiento algo menor en relación a las provincias de la Sierra. Manabí y los Ríos denotan un aumento alto para 1.972, a lo largo del período su crecimiento avanza de manera lenta para presentar índices bajos de cobertura. (ver siguiente cuadro).

Cuadro Nº 29. COBERTURA DE ATENCION MEDICA SEGUN PROVINCIAS
MSP. 1.972 y 1.978

PROVINCIAS	1.972		1.978	
	Personas	%	Personas	%
Carchi	3.197	2.6	22.922	16.5
Imbabura	9.811	4.5	34.685	13.9
Pichincha	56.874	6.0	196.544	16.1
Cotopaxi	7.499	3.3	32.491	12.2
Tungurahua	10.517	3.9	45.074	14.2
Bolívar	4.671	3.1	32.104	19.8
Chimborazo	4.997	1.6	41.529	12.1
Cañar	1.762	1.2	35.561	20.9
Azuay	11.430	3.1	65.159	14.8
Loja	9.142	2.6	62.819	16.0
Esmeraldas	3.432	1.7	39.049	15.3
Manabí	41.097	5.1	88.687	9.2
Los Ríos	22.432	6.0	38.471	8.1
Guayas	55.278	3.7	233.254	12.4
El Oro	2.939	1.2	57.431	17.5
Napo	-	-	15.089	18.6
Pastaza	1.477	6.8	9.344	35.8
Morona S.	6.092	12.7	18.663	28.7
Zamora Ch.	26	0.1	6.718	14.3
Galápagos	7.087	-	3.064	60.1
Total	259.760	4.1	1'075.658	13.8

FUENTE: MSP. Op. Cit.
ELABORACION: Propia.

En definitiva el sector estatal a través del MSP, readecua la cobertura de atención a todas las provincias. Así la provincia de Guayas y Pichincha a pesar de su acelerada expansión, otras provincias alcanzan una mayor cobertura, destacándose especialmente la provincia del Cañar. Esta readecuación de la cobertura es importante en la región Costa Sierra. Si observamos la distribución de las coberturas para 1.972, éstas tienen relevancia en las provincias de Pichincha, Manabí, Los Ríos, Morona Santiago. Para 1.978 la distribución aparece más homogénea, las provincias anteriormente indicadas, tienen coberturas inferiores al resto de provincias. Por lo tanto la distribución de las acciones de salud del MSP se realizan incorporando a nuevos sectores sociales.

Por otra parte, en el período se observa un crecimiento de la cobertura por grupos de edad, especialmente en los menores de un año en el país. (ver cuadro 30). En cuanto al crecimiento en valores absolutos, el grupo de edad de 15 años y más se favorece de manera prioritaria, a pesar que mantiene una relación de consulta habitante año baja. Para 1.972 de cada 100 personas en la edad de 15 años y más se cubre a 3.4% personas para ampliar a 11.5% personas.

Cuadro Nº 30. COBERTURA DE ATENCION MEDICA SEGUN GRUPOS DE EDAD Y AREA URBANA Y RURAL MSP 1.972 y 1.978

1.972

GRUPOS DE EDAD	TOTAL		URBANO		RURAL	
	Personas	%*	Personas	%*	Personas	%*
Menos de 1 año	42.502	17.3	28.510	31.9	13.992	9.0
1 - 5	47.729	4.3	33.154	8.3	14.575	2.1
6 - 14	52.307	3.3	39.227	6.2	13.080	1.4
15 y más	117.222	3.4	71.692	5.0	45.530	2.3
Total.	259.760	4.1	72.583	6.7	87.177	2.3

GRUPOS DE EDAD	TOTAL		URBANO		RURAL	
	Personas	%*	Personas	%*	Personas	%*
- de un año	164.461	52.4	109.426	95.7	55.035	27.6
1 - 5	229.915	16.8	160.528	32.8	69.387	7.9
6 - 14	197.327	10.4	141.496	18.4	55.831	4.9
15 y más	483.955	11.5	303.746	15.4	180.209	8.0
Total.	1'075.658	13.8	715.196	21.4	360.462	8.1

(*) El porcentaje de cobertura es el coeficiente que resulta de la División entre personas y su correspondiente población.

FUENTE: MSP. Op. Cit.

ELABORACION: Propia.

El Estado a través del IESS y su Dirección Nacional Médico Social, le corresponde la función de prestar acciones de salud a los sectores que se encuentran directamente vinculados en el desarrollo del sistema. La importancia que el MSP dá al grupo de 15 años y más se basa en el hecho que el IESS presta atención a su política afiliada que representa el 20.4% de la población económicamente activa 52.5% de la población asalariada. Esta cobertura del IESS, a pesar del carácter obligatorio de todo trabajador para afiliarse en la práctica se cumple en un 52%. Circunstancia por la cual existe una gran población económicamente activa y asalariada que no recibe ninguna atención de salud de parte del IESS.

Se asume entonces que el MSP debe cubrir a toda esa gran población que no accede a ningún tipo de protección médica.

A fin de conocer la oferta de atención médica curativa sobre la población urbana y rural se presenta el cuadro 31. Para el total del país, el grupo de edad de menores de un año, es el más favorecido por cuanto en el

período sostiene coberturas altas en relación al resto de grupos poblacionales. Para 1.978 alcanza una cobertura de 52.4% índice expresivo en el sentido que se estaría cubriendo a más de la mitad de los niños menores de un año. La atención a los niños por área urbano y rural muestra un importante crecimiento y la oferta de atención se dirige en especial al sector urbano, cuya diferencia de atención en el área rural en el período está alrededor del 200%.

Del total de personas que acceden a ofertas de salud del MSP, el 45.1% corresponden al grupo de 15 años y más. Pero este grupo en relación a su población, significa una cobertura de apenas un 3.4%, para ampliarse en el período en 238.2%, el aumento de cobertura es importante y demuestra el interés del MSP para alcanzar mayor protección hacia este grupo poblacional.

En conclusión el análisis del cuadro 30 determina que crecimientos homogéneos para los grupos de edad en el período, mostrando diferencias en la cobertura por áreas, en la cual se destaca una mayor tendencia al crecimiento en el área rural.

Esta situación obedece al interés del Estado por reproducir una fuerza de trabajo tanto futura, como la que se encuentra inserta en el sistema.

A continuación se analiza el volumen de consultas ofrecidas por el MSP en el período 1.972-78; el incremento de consultas tanto a nivel urbano y rural y por grupos de edad es alto, y en especial en el grupo de menos de un año, que tiene 1.52 consultas/habitantes en 1.978. Este crecimiento reitera el criterio que el MSP no orienta su política de manera prioritaria a los sectores que se encuentran en el desarrollo del sistema. (Ver -

cuadro 31).

La distribución de consultas médicas por área urbana y rural, muestra a un Estado concentrador de funciones en el área urbana. Reflejando una desigualdad en la oferta estatal, para 1.972 de cada 100 habitantes en el grupo de menos de un año se dá 90 y 16 consultas en el área urbana y rural respectivamente.

En el período la diferencia porcentual de consultas en las áreas es de 182.3%, en 1.972 para disminuir esta relación en 1.978 al 156.9%, ésto significa que el Estado tiene la tendencia de aumentar la participación de acciones de manera más acentuada en el área rural. Esto se hace más evidente al observar que el crecimiento que experimenta el área urbana es de 186.7%, mientras que el área rural crece en 214.9%. Pero en números absolutos de 1.729.659 consultas médicas en 1.978, el área urbana absorbe 1'245.058 que representa el 72%. Las consultas que se analizan en el caso del área rural corresponden a los subcentros de salud que ofrecen atención a pacientes externos. Si la presencia de hospitales en el área rural es reducida; es del caso manifestar que seguramente los Centros de Salud Hospitales que se ubican en la cabecera cantonal (área urbana) absorben de manera parcial la demanda de atención de la población rural; sea en consultas médicas o en el área de hospitalización. Circunstancia por la cual la cobertura del área rural es mucho mayor que la presentada.

A objeto de ampliar el análisis de las consultas médicas curativas (primeras y subsecuentes), se incluyen en esta parte las acciones realizadas en el campo preventivo curativa. En el cuadro 32 se demuestra el to

Cuadro N° 31. TOTAL DE CONSULTAS MEDICAS CURATIVAS SEGUN GRUPOS DE EDAD Y AREA URBANA Y RURAL

MSP. 1.972 - 1.978

1.972

GRUPOS DE EDAD.	TOTAL		URBANO		RURAL	
	Consul.	Con./h.	Consul.	Con./h.	Consul.	Con./h.
- un año	105.350	0.43	80.341	0.90	25.000	0.16
1 - 5	133.748	0.12	109.196	0.27	24.552	0.04
6 - 14	99.022	0.06	77.152	0.12	21.870	0.02
15 y más	250.087	0.07	167.640	0.12	87.447	0.04
Total.	588.207	0.09	434.329	0.17	153.878	0.04

1.978

GRUPOS DE EDAD.	TOTAL		URBANO		RURAL	
	Consul.	Con./h.	Consul.	Con./h.	Consul.	Con./h.
- un año	227.872	0.73	174.144	1.52	53.728	0.27
1 - 5	343.739	0.25	250.772	0.51	92.967	0.11
6 - 14	285.776	0.15	213.148	0.28	72.628	0.06
15 y más	872.272	0.21	606.994	0.31	265.278	0.12
Total.	1'729.659	0.22	1'245.058	0.37	484.601	0.11

Nota. Cons/h, es el coeficiente de dividir entre el total de consultas para la correspondiente población.

FUENTE: MSP

ELABORACION: Propia.

Cuadro N° 32 CONSULTAS MEDICAS POR ATENCION PREVENTIVA Y CURATIVA

CONSULTAS	1.972		1.978		CRECIMIENTO PORCENTUAL.
	Consultas	%	Consultas	%	
Preventivas	302.533	34.0	752.093	30.0	148.6
Curativas	588.207	66.0	1'729.659	70.0	194.1
Total.	890.740	100.0	2'481.752	100.0	178.6

FUENTE: MSP

ELABORACION: Propia.

tal de consultas del MSP y la prioridad por ofrecer consultas curativas - en el período y la tendencia de mayor participación porcentual. Es del caso relieves el crecimiento que realiza el MSP en el campo preventivo y curativo, que representan el 148.6 y el 194.1% respectivamente. Se señala - entonces que a pesar del esfuerzo por dedicarse a la medicina preventiva a través de los diversos programas (Materno-Infantil, Programa Ampliado - de Inmunizaciones, Alimentación Complementaria, etc.), ésto sí en realidad se desarrolla, pero más acelerados son las actividades que se realizan en el campo curativo. El criterio tradicional de la medicina curativa, no ha sido sobrepasada por la oferta de acciones de salud preventivas.

A más de las consultas médicas curativas, el MSP ofrece consultas por otros profesionales de salud como: el Odontólogo, la Obstetrix, Enfermera y Auxiliar de Enfermería. En el cuadro 33 se presenta la tendencia de la oferta de consultas por este personal durante el período. La presencia de otros profesionales en apoyo para ofrecer consultas de salud, es una es - trategia interesante de parte del MSP. En cuanto a números absolutos la - oferta de atención por médicos en el área rural es alta en 1.978 en rela - ción a 1.970. La participación del personal de enfermería es sobresaliente en la atención con acciones en esta área.

Resulta interesante observar la tendencia de ofertas de consultas por los diferentes profesionales en las áreas a lo largo del período. La aten - ción médica se realiza de manera prioritaria en el sector urbano para rea - decuarse la oferta a 1.978. Si en realidad en la década se observa que en área rural tiene crecimientos porcentuales algo más rápidos que en el á - rea urbana. En cuanto a valores absolutos las ciudades absorben para 1.978 el 68.4% del total de consultas. Es claro destacar que si bien las ciuda -

des son los principales centros de concentración de consultas del MSP. El sector rural es considerado por el Estado en este período como prioritario, ésto demuestra la creciente oferta de consultas realizadas por todo tipo - de profesionales sea en números absolutos como relativos. (Ver cuadro 33).

Cuadro Nº 33 TOTAL DE CONSULTAS REALIZADAS POR EL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA, SEGUN AREA URBANA Y RURAL.
MSP 1.972 y 1.978.

1.972

PERSONAL	TOTAL		URBANO		RURAL	
	Número	%	Número	%	Número	%
Médicos	890.740	100.0	687.881	77.2	202.859	22.8
Obstetriz	41.423	100.0	39.417	95.2	2.006	4.8
Enfermera	140.990	100.0	104.095	73.8	36.895	26.2
Auxil.Enfer.						
Total.	1'053.153	100.0	831.393	77.5	241.760	22.5

1.978

PERSONAL	TOTAL		URBANO		RURAL	
	Número	%	Número	%	Número	%
Médicos	2'542.330	100.0	1'761.403	69.3	780.927	30.7
Obstetriz	241.734	100.0	232.985	96.4	8.749	3.6
Enfermera	223.925	100.0	84.185	37.6	139.740	62.4
Aux.Enferm.	3'118.354	100.0	2'133.171	68.4	985.183	31.6

FUENTE: MSP

ELABORACION: Propia.

Entonces podría manifestarse que la ciudad en este período está en un proceso de descentralización de todo tipo de recursos. Es el caso de reiterar que la oferta de consultas en el área rural es mayor si se tomará en cuenta los servicios de los hospitales cantonales).

En el período del crecimiento de la oferta de atenciones por médico - en las ciudades es de 156.1% y para el área rural asciende a 28.5%. Demostrándose que el área rural robustece la prestación del médico. Las consultas dadas por enfermería en el sector urbano tiene su interés, pero su mayor importancia la encontramos en el área rural de 36.895 consultas pasa a 195.507 que significa un crecimiento porcentual de 430%.

Todo este proceso de expansión de consultas al área rural como finalidad incorporar mediante el proceso de legitimación al mercado capitalista en el área de la salud.

El análisis realizado corresponde a la oferta de salud realizado por el MSP, más no a la demanda de los sectores sociales. Por lo tanto una parte de la población no atendida busca solución a sus problemas de salud, acudiendo a los servicios de emergencia, a la automedicación, a la práctica de la medicina tradicional, o a la medicina popular.

4.2 EL MSP Y LA ATENCION HOSPITALARIA

La máxima expresión de una política médica curativa, se refleja en el carácter prioritario del Estado por la construcción y/o adecuación de hospitales a objeto de ampliar la oferta de camas hospitalarias. Se considera que es un recurso importante porque permite el tratamiento a las personas gravemente enferman. Este tipo de recursos se dispone al servicio de

todos los sectores sociales ubicados en el área urbana como rural.

En el país existen diferentes tipos de atención hospitalaria, partiendo de hospitales administrados por el MSP hasta hospitales que cubren a - sectores de población seleccionados, como los hospitales del IESS, Fuerzas Armadas y clínicas que se encuentran en el ámbito de la empresa privada.- La presencia de esta red de hospitales, se conforman de acuerdo al desa - rrollo del sistema y se orientan a los sectores sociales considerando su ubicación en el sistema productivo.

El proceso de institucionalización en que se encuentra el MSP en la - década anterior, le permite absorber a organizaciones hospitalarias como la Junta de Asistencia Social, Liga Ecuatoriana Antituberculosa (LEA). - Este proceso hace que para 1.971 el MSP tenga una cobertura de apenas un 2.1% de las camas hospitalarias, al año siguiente alcanza el 45.3% del to - tal de camas, aumentando para 1.978 en 52%; este hecho se debe a la reso - lución que emite el gobierno militar al asumir el poder en 1.972 (*). De todas maneras este crecimiento refleja el carácter institucional que al - canza el MSP en la década.

En el análisis sobre la oferta médico-curativo en el MSP, se utilizará a la cama hospitalaria y su distribución por provincias en relación a la población.

(*) Mediante decreto 232, expedida el 14 de abril de 1.972 se suprimen - las Juntas de Asistencia Social, dando nueva estructura al MSP, que asume todos los derechos, obligaciones, patrimonios, bienes inmue - bles, creando al propio tiempo las jefaturas provinciales de salud. Para una información detallada ver IESS. Convenio Interinstitucio - nal, entre el MSP y el IESS. 1.976. Pag. 5

A partir de 1.972 al MSP le corresponde la mayor responsabilidad en la administración de las camas hospitalarias. A lo largo del período el MSP - experimenta un crecimiento de las camas hospitalarias en relación al total del país en un 20.6%. La oferta de la Junta de Beneficencia, entidad autónoma de servicio social y público presenta una ligera disminución (ver cuadro 34). Esta situación se explica por cuanto la presencia del MSP en la década aparece como la institución encargada de ofrecer servicios curativos en el área hospitalaria.

Cuadro Nº 34. DISTRIBUCION DE CAMAS HOSPITALARIAS SEGUN INSTITUCIONES
Ecuador. 1.972 y 1.978

INSTITUCIONES	CAMAS HOSPITALARIAS				CRECIMIENTO PORCENTUAL EN EL PERIODO.
	1.972		1.978		
	Número	%	Número	%	
Ministerio de Salud	6.166	45.3	7.434	52.0	20.6
I.E.S.S.	996	7.3	1.303	9.1	30.8
Fuerzas Armadas	569	4.2	760	5.3	33.6
Junta de Beneficencia	2.579	18.9	2.432	17.0	-5.7
Policía Nacional	46	0.3	77	0.5	1.7
Fisco Misional			167	1.2	
SOLCA	72	0.5			
LEA	1.061	7.8			
Privado	2.129	15.6	2.121	14.8	-0.4
Total.	13.618	100.0	14.294	100.0	5.0

FUENTE: INEC. Estadísticas Hospitalarias. 1.972 y 1.978

ELABORACION: Propia.

A nivel regional los hospitales del MSP en la Sierra tienen el 60.9% de las camas hospitalarias (4.487 camas). Pero de cada mil habitantes en la Sierra existen 1.4 camas hospitalarias, para disminuir en 1.978. (ver cuadro 35) A diferencia de la Costa que en el período experimenta un crecimiento en relación a su población. Se observa entonces que a pesar del

crecimiento del 20.6% de camas hospitalarias en el período, ésto no es su ficiente para ofrecer una mayor oferta a la población. La oferta de camas hospitalarias de 1.0 por cada mil habitantes en 1.972 disminuye a 0.9 en 1.978.

Cuadro Nº 35 RELACION DE CAMAS HOSPITALARIAS POR 1.000 HABITANTES
Y DISTRIBUCION POR REGIONES.
MSP. 1.972 y 1.978.

REGIONES	1.972	1.978
	Camas por mil habitantes	Camas por mil habitantes
Sierra	1.4	1.2
Costa	0.5	0.8
Oriente	1.8	2.0
Galápagos	12.1	5.7
Total	1.0	0.9

La disminución de camas en relación a la población afecta a la oferta en la mayoría de las provincias en el período (ver cuadro 36). Sólo las provincias de Esmeraldas, Guayas y especialmente Napo aumentan la oferta de camas hospitalarias en la relación a 1.000 habitantes. A pesar de ésta reducción la oferta de la provincia de Pichincha se mantiene en niveles al tos en relación al resto de provincias. La OMS en relación a la tendencia de las camas hospitalarias manifiesta que:

"Entre 1.964 y 1.978 se observó una tendencia ligeramente descen dente en la proporción de camas. La proporción descendió de 24 a 20, a pesar de un aumento del 16% en el total de esas camas disponibles. Esa proporción fue muy inferior a la meta de 45 camas por 1.000 habitantes fijada en 1.961. En general la tendencia - descendiente obedece al ritmo más acelerado del crecimiento de la población en comparación con las camas añadidas, así como el establecimiento de servicios adicionales de atención ambulatoria"(86)

(86) OMS. Las Condiciones de Salud en las Américas. Washington 1.982.
Pag. 129.

Cuadro Nº 36 CAMAS HOSPITALARIAS SEGUN PROVINCIAS
MSP. 1.972, 1.976, 1.978

	1.972	1.976	1.978
	Camas por 1.000 Hab.	Camas por 1.000 Habit.	Camas por 1.000 Hab.
Carchi	1.5	1.0	1.2
Imbabura	1.1	1.1	1.1
Pichincha	2.0	1.0	1.7
Cotopaxi	1.0	0.9	0.9
Tungurahua	1.2	1.2	1.2
Bolívar	1.1	1.0	1.0
Chimborazo	1.2	1.2	1.2
Cañar	1.4	0.8	0.9
Azuay	1.1	0.8	0.9
Loja	0.9	0.9	0.8
Esmeraldas	0.6	0.6	0.8
Manabí	0.7	0.7	0.7
Los Ríos	0.6	0.4	0.5
Guayas	0.2	0.3	0.5
El Oro	1.1	0.9	0.9
Napo	0.1	2.7	2.6
Pastaza	-	2.3	2.2
Morona S.	2.2	1.9	1.7
Zamora Ch.	2.5	1.8	1.3
Galápagos	12.1	6.2	5.7
Total.	1.0	0.8	0.9

FUENTE: INEC. Estadísticas Hospitalarias. 1.972, 1.976, 1.978.

ELABORACION: Propia.

4.3 El IESS y la atención Médica Curativa.

El IESS, ofrece acciones de salud curativas a sus afiliados a través de una infraestructura de establecimientos hospitalarios y dispensariales propios. Esta modalidad le permite contratar a profesionales de la medicina, médicos, enfermeras, obstétricas u otro personal en calidad de empleados y dotando de equipos y materiales. (*).

La prestación más importante del IESS es la atención médica, la misma que tiene por objeto mantener la fuerza de trabajo de la población afiliada inserta en el sistema productivo. Esta prestación consiste en la asistencia médica y farmacéutica, servicio de hospitalización, atención dental. El carácter redistributivo de la prestación médica del IESS es muy clara, por cuanto se ofrece salud de manera igualitaria, sin considerar el aporte del afiliado. Así el afiliado con alto aporte financia el servicio de los de menores recursos. En el caso del profesional médico-empleado por el IESS, éste cristaliza la acción de salud en la relación médico-paciente de manera igualitaria con criterio social.

Según un estudio realizado por la Dirección Nacional Médico Social (DNMS), se demuestra que aproximadamente el 70% de los afiliados acuden a solicitar la prestación médica en el año.

(*) Se realiza este énfasis por cuanto en otros países existe otra modalidad de entregar acciones de salud a los asegurados. La misma consiste en dejar que los afiliados utilicen cualquier profesional médico de su satisfacción. Y mediante planillas de gastos, el Seguro Social realiza esos pagos. Esta modalidad no tiene vigencia en el país.

En la década, la Dirección Nacional Médico Social del IESS, experimenta un crecimiento del 69% de su población afiliada. A continuación presentamos a la población afiliada y sus coberturas poblacionales en relación a la población total, PEA y población asalariada. (Ver cuadro 37).

Cuadro Nº 37 COBERTURA POBLACIONAL DEL IESS
Ecuador 1.970 - 1.980

A Ñ O S	Población Afiliada (1)	Pobl.Af. Pop.Total(1)	Pobl.Af. Pobl.E.A. (2)	Pob.Af.(1) Pob.Asalar.
1.971	328.658	5.3	15.4	39.7
1.972	349.944	5.5	16.5	41.2
1.973	372.205	5.6	16.7	42.7
1.974	395.441	5.8	17.4	44.8
1.975	419.652	5.9	17.9	46.5
1.976	444.839	6.1	18.5	48.0
1.977	471.000	6.2	19.0	48.9
1.978	498.137	6.3	19.4	50.1
1.979	526.248	6.5	19.9	51.4
1.980	55.335	6.6	20.4	52.5

FUENTE: (1) GARCIA, Rafael. La Seguridad Social en el Ecuador: Análisis Social Político e Institucional. Tesis de Grado. FLACSO 1.980. Quito. Pag. 67

(1) IESS. Departamento de Estadística de la Asesoría - Matemático Actuarial.

(2) CONADE. Indicadores Socioeconómicos. Quito, Mayo - 1.982. Pag. 15.

ELABORACION: Propia.

El IESS, dispone de servicios propios subrogados. El paciente debe utilizar el dispensario más cercano a su domicilio para recibir atención médica. La libertad para elegir el dispensario médico de su conveniencia no existe, únicamente si la necesidad de atención necesita de un especialista, es referido a un establecimiento de mayor complejidad. Los servicios subrogados son contratados por las empresas o diversas instituciones que desean que sus empleados tengan al servicio médico en sus lugares de trabajo.

4.3.1 El IESS y la consulta médica.

A partir de 1.970 el IESS experimenta una oferta de consultas médicas en su población afiliada en el orden del 43.7%. Pero este crecimiento no le permite mantener el índice de otorgar 3.5 consultas por afiliado - que se ofrecía en 1.970. Esta relación de la oferta disminuye a 2.8% al finalizar el período.

Esta disminución tiene su origen en el hecho de que la población afiliada crece en 81% y las consultas en un 43.7%. Esto significa que los recursos no se disponen de acuerdo al crecimiento de la población afiliada, o aún podría manifestarse que la proyección de la población afiliada realizada por el IESS, se encuentra sobrestimada. En esta década el IESS de manera lenta, disminuye la oferta de consultas médicas curativas a cada afiliado en un 20% en relación a 1.970.

A pesar de esta disminución de consultas/habitante año en el período, este índice se mantiene por encima de la meta de otorgar dos consultas habitantes en el año. (Ver cuadro 38).

CONSULTAS A LOS AFILIADOS DEL IESS.
Ecuador. 1.970 - 1.980

AÑOS	CONSULTAS (1)	POBLACION AFILIADA (2)	RELACION CONS/HAB.AÑO
1.970	1'076.670	306.771	3.5
1.971	1.158.352	328.658	3.5
1.972	1'117.952	349.944	3.2
1.973	1'195.229	372.205	3.2
1.974	1'272.122	395.441	3.2
1.975	1'289.389	419.652	3.1
1.976	1'210.763	444.839	2.7
1.977	1.237.332	471.000	2.6
1.978	1'333.228	498.137	2.7
1.979	1'425.861	526.248	2.7
1.980	1.547.085	555.335	2.8
Variación en el pe- ríodo.	43.7%	81.0%	-20%

FUENTE: (1) IESS. DNMS. Departamento de Estadísticas-Archivos
(2) GARCIA, Rafael. Op. Cit.

ELABORACION: Propia.

A nivel nacional en el período 1975-80 se realiza un aumento de -19.8% de las consultas, las mismas que se encuentran por debajo del crecimiento de la población afiliada, en el mismo espacio que representa -32.3%. La oferta de salud por regiones para 1.975, la Sierra dispone más de la mitad de las consultas, al finalizar el período la Sierra aumenta

sus consultas tanto en valores absolutos como relativos. En cambio la Costa reduce su participación en términos relativos. Esto significa un crecimiento mayor de la oferta para la Sierra con 23.7% asimismo en este período la población afiliada aumenta en un proporción mayor a la oferta de consultas. Esta situación reitera la afirmación que el IESS en la década reduce la atención médica a sus afiliados. (Ver cuadro 39).

Cuadro N° 39 DISTRIBUCION DE CONSULTAS POR REGIONES EN EL IESS
1.975 y 1.980

REGIONES	1.975		1.980		CRECIMIENTO PORCENTUAL.
	Número	%	Número	%	
Sierra	664.939	51.6	822.536	53.3	23.7
Costa	621.152	48.2	712.637	46.1	14.7
Oriente	3.300	0.2	8.909	0.6	170.0
Galápagos					
Total.	1'289.389	100.0	1'584.082	100.0	19.8
Población Afiliada	419.652		555.335		32.3

FUENTE: DNMS-IESS. Anuario de Estadísticas Hospitalarias Dispensariales. Quito 1.981.

ELABORACION: Propia.

El proceso modernizante reforma y expande el aparato institucional se produce la creación de empresas del Estado, los ministerios se reestructuran. Todo este proceso absorbe empleo burocrático en especial. Esta actuación del proceso se manifiesta en una readecuación del aumento del empleo en la década, incrementando las posibilidades de afiliación. La ex

pansión y concentración de la población afiliada adquiere cambios. Esto explicaría el cambio de ofertas de consultas en el período para las provincias de Pichincha y Guayas. Para 1.975 Pichincha tiene 30.5% de las consultas, porcentaje menor al de la provincia del Guayas. Para 1.980 la situación es inversa en estas provincias, y aún el peso porcentual de consultas disminuye para Guayas a pesar de su crecimiento. La mayor oferta para Pichincha es consecuencia de un mayor número de afiliados. (Ver cuadro N° 40)

Cuadro N° 40 DISTRIBUCION DE CONSULTAS A LOS AFILIADOS
SEGUN PROVINCIAS.
IESS. 1.975 1.980

PROVINCIAS	1.975		1.980		CRECIMIENTO PORCENTUAL
	Número	%	Número	%	
Carchi	13.449	1.0	17.251	1.1	28.2
Imbabura	49.748	3.9	50.230	3.2	1.0
Pichincha	393.027	30.5	521.534	33.7	32.7
Cotopaxi	23.041	1.8	31.863	2.1	38.2
Tungurahua	36.325	2.8	39.849	2.6	9.7
Bolívar	15.652	1.2	15.278	1.0	-2.4
Chimborazo	36.741	2.8	38.251	2.5	4.1
Cañar	13.445	1.0	15.064	1.0	12.0
Azuay	52.241	4.1	56.042	3.6	7.3
Loja	31.268	2.4	37.173	2.4	18.9
Esmeraldas	27.814	2.2	26.280	1.7	-5.5
Manabí	67.926	6.0	89.403	5.8	14.7
Los Ríos	16.158	1.3	36.805	2.4	127.8
Guayas	443.335	34.4	496.746	32.1	12.0
El Oro	55.919	4.3	63.403	4.1	13.4
Pastaza	3.300	0.3	6.152	0.4	86.4
Zamora Ch.	-	-	1.947	0.1	-
Napo	-	-	810	0.05	-
Morona S. Galápagos					
Total.	1'289.389	100.0	1.544.082	100.0	19.8

FUENTE: DNMS-IESS. Anuario de Estadísticas Hospitalarias y Dispensariales.
Quito. 1.981

ELABORACION: Propia.

Es del caso destacar que el IESS concentra en las ciudades de Quito y Guayaquil a 70.6% de todos los afiliados, razón por la cual se produce también un 65.9% de consultas en estas dos ciudades. Esta concentración de afiliados demandan también una mejor oferta de salud, a objeto de lograr la producción y mantenimiento de la fuerza de trabajo en el menor tiempo posible y de la mejor manera, a fin de satisfacer las exigencias del proceso productivo.

La dificultad de obtener información acerca de la población afiliada para 1.975 por provincias, impide realizar comparaciones sobre la distribución y crecimientos de número de consultas por afiliado en el período. Por lo tanto se analizará solo el año de 1980.

Para 1.980, la oferta de consultas para sus afiliados son altos en relación a las acciones que reciben los sectores sociales que acuden al MSP (0.22 cons/hab. año). El IESS ofrece 2.8 consultas a cada afiliado. (Ver cuadro 41) La distribución de la relación consulta habitante en las provincias es desigual. La provincia de Pichincha absorbe el 40.3 % de los afiliados y las consultas recibidas tienen un crecimiento de 33.8 %, la comparación de estos porcentajes denota que los afiliados crecen más rápido que la oferta de consultas, debido especialmente a la falta de servicio. Según la observación del cuadro 41, la provincia del Pichincha experimenta un aumento de consultas en el período de 1.975-80, producido por un aumento mayor de los afiliados. Esta nueva composición determina que Pichincha presente un índice de consultas/habitantes bajo, en relación a las otras provincias y especialmente al promedio nacional.

La cobertura de consultas médicas curativas ofrecidas por el IESS es

alto, debido a la función de reproducción de la fuerza de trabajo que tiene esta institución. Si en realidad este proceso de consulta lógico en el desarrollo del sistema, no aparece así en el ámbito de los sectores sociales. Este sector de afiliados trabajadores por el interés del Estado se encuentran cubiertos de mejor manera en el proceso salud-enfermedad. Este carácter selectivo realizado por el Estado para un sector de los trabajadores que representa el 52.2% de la población asalariada y el 6.6% de la población total, determina que dentro de la composición familiar por ejemplo se produzcan diferentes oportunidades o posibilidades de atender a la consulta médica.

Cuadro Nº 41 RELACION DE CONSULTAS - AFILIADO
SEGUN PROVINCIAS
IESS. 1980

PROVINCIAS	POBLACION AFILIADA	Nº CONSULTAS	RELACION CONS./AFIL.
CARCHI	4.831	17.252	3.6
Imbabura	9.663	50.230	5.2
Pichincha	223.911	521.534	2.3
Cotopaxi	7.219	31.863	4.4
Tungurahua	18.271	39.849	2.2
Bolívar	3.610	15.278	4.2
Chimborazo	13.328	38.251	2.9
Cañar	4.498	15.064	3.3
Azuay	23.046	56.042	2.4
Loja	14.661	37.173	2.5
Esmeraldas	12.384	26.280	2.1
Manabí	23.102	89.403	3.9
Los Ríos	9.330	33.805	3.9
Guayas	167.989	496.746	3.0
El Oro	13.328	63.403	4.8
Pastaza			
Zamora Ch.	1.111	1.947	1.8
Napo	2.721	810	0.3
Morona	1.444		
Galápagos	888		
Total.	555.335	1'544.082	2.8

FUENTE: DNMS. - IESS. Departamento de Estadísticas del DNMS-Archivo.

ELABORACION: Propia.

4.3.2 El IESS y la atención médica hospitalaria

En esta parte utilizaremos como unidad de oferta de salud a la cama hospitalaria. El IESS, no dispone de una red hospitalaria a nivel nacional. Para 1.980 el IESS no mantiene unidades hospitalarias en 8 provincias. La atención a los afiliados de estas provincias se realizan a través de convenios con otras instituciones; el convenio que se realiza con el MSP manifiesta que:

"El Seguro Social Ecuatoriano por razones primordialmente de orden técnico administrativo a establecido en determinadas circunscripciones territoriales del país servicios propios de hospitalización y de consulta externa para los afiliados residentes de aquellos lugares, en otros en cambio era necesario establecer convenios" (87).

A continuación se presenta el crecimiento de camas hospitalarias por provincias y el índice de camas por habitante. A nivel nacional el IESS durante el período incrementa el 30.8% de camas hospitalarias. Los crecimientos más importantes se realizan en las provincias de mayor desarrollo como Pichincha Guayas y Azuay. Además se implementan en este espacio (1.975-80) dos unidades hospitalarias en las provincias de Loja y Los Ríos.

La distribución de camas por 1.000 habitantes en la provincias son altos en relación al 0.9 que mantiene el MSP (Ver cuadro 42). Las provincias de Guayas y Pichincha logran un 71.5% de todas las camas hospitalarias. Esta actuación del IESS obedece al criterio de concentrar recursos en los centros de desarrollo capitalista. Guayaquil y Quito son

(87) MSP-IESS. Convenio Interinstitucional entre el IESS y el MSP. Reglamentación e Instructivos. Quito. 1976. Pag. 3

considerados como los principales polos de desarrollo regionales en el país.

Cuadro Nº 42 DISTRIBUCION DE CAMAS HOSPITALARIAS SEGUN PROVINCIAS

PROVINCIAS	POBLACION AFILIADA	CAMAS 1.975	HOSPITAL. 1.980	CRECIMIEN. PORCENT.	CAMAS 1.000 AFIL. 1.980
Carchi	4.831				
Imbabura	9.663	40	37	- 7.5	3.8
Pichincha	223.911	414	560	35.3	2.5
Cotopaxi	7.219	27	28	3.7	3.9
Tungurahua	18.271	36	40	11.1	2.2
Bolívar	3.610				
Chimborazo	13.328	53	52	-1.9	3.9
Cañar	4.498				
Azuay	23.046	75	104	38.7	4.5
Loja	14.661	--	30	--	2.0
Esmeraldas	12.384	30	30	0.0	2.4
Manabí	23.102	45	52	15.6	2.3
Los Ríos	9.330	--	20	--	2.1
Guayas	167.989	394	507	28.7	3.0
El Oro	13.328	27	32	18.5	2.4
Pastaza					
Zamora Ch.	1.111				
Napo	2.721				
Morona S.	1.444				
Galápagos	888				
Total.	555.335	1.141	1.492	30.8	2.7

FUENTE: DNMS-IESS Departamento de Estadísticas de la DNMS-Archivo y Anuario Estadístico de hospitales y Dispensar. Quito. 1981.

ELABORACION: Propia.