

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.
-

## C A P I T U L O    I I I

### POLITICAS ESTATALES DE SALUD

#### 1.- POLITICAS DE SALUD ESTATALES

La medicina en el denominado período de la modernidad ha logrado una rápida evolución de conceptos, métodos, técnicas. Esta evolución permite estructurar una serie de normas, derechos, obligaciones de parte del Estado - el individuo y la colectividad. Las políticas de salud tienen diferentes caracteres, éstas se conforman de acuerdo a múltiples influencias como: su trayectoria histórica, la demanda pública por necesidades de salud y especialmente consideraciones ideológicas y políticas (legitimación y acumulación del capital).

Las políticas de salud en nuestro país han ido estructurándose de acuerdo al desarrollo del sistema productivo, que conlleva la reproducción de la fuerza de trabajo, tanto potencial como activa, planteando al Estado la necesidad de ampliar su carácter legitimador a fin de garantizar el proceso de acumulación. Estas políticas así concebidas tienen diferentes orientaciones en el ámbito de la estructura social; a pesar que según el Estado todos los individuos tienen los mismos derechos y obligaciones. Por lo tanto las políticas de salud en nuestro país dependen del desarrollo del sistema capitalista; en esta realidad las políticas no son ejecutadas de acuerdo a las necesidades de salud de la población, éstas se realizan de manera diferencial, obedeciendo a la denominada heterogene estructura social.

El Estado en la década del 70 adquiere características modernizantes, aparece incorporando en su ámbito de gestión a otros sectores sociales, pa

ra lo cual desarrolla en el campo de la salud una infraestructura de hospitales, clínicas, dispensarios, centros, subcentros y puestos de salud; dispone de recursos humanos y financieros para ofrecer actividades de salud - preventivas y curativas. El mismo carácter de Estado capitalista hace que - la oferta de salud sea diferente entre los sectores sociales. Por lo cual - crean instituciones estatales de salud específicos con objetivos que están en función especial a la reproducción de la fuerza de trabajo potencial como aquella necesaria para el desarrollo del sistema, en esta parte nos estamos refiriendo de manera especial al Ministerio de Salud y al IESS.

Con esta consideración decimos que las políticas estatales de salud se dirigen a los sectores sociales observando dos aspectos:

1) El Estado a través del MSP y de acuerdo a su discurso político ofrece acciones de salud a todos los sectores sociales. En este capítulo se intenta demostrar que este comportamiento es parcial, por cuanto los obstáculos estructurales, económicos, sociales que mantiene nuestro Estado no permite la mejor realización de sus políticas de salud, produciendo limitadas coberturas. Las políticas de salud del MSP, en un marco de parcial cobertura orienta parte de acciones hacia los sectores que en el futuro se convertirán en fuerza de trabajo activa y que al momento son considerados como fuerza de - trabajo potencial, además a los sectores que por defectos del reglamento de afiliación al IESS no se encuentran asegurados, en definitiva dirige las acciones a todos los sectores sociales a excepción de aquellos insertos en el sistema y afiliados al IESS.

El MSP realiza acciones de salud obedeciendo al carácter moderno del -

Estado, o sea se dirige a los sectores sociales sin observar la posición que ocupen éstos en el sistema productivo. Esta acción del MSP se realiza a objeto de reducir la presión y el conflicto social. Entonces el Estado Moderno legitima su presencia como tal al ofrecer acciones de salud a los sectores sociales, y por la especialización de funciones.

2) El Estado crea una institución especializada para reproducir de mejor manera y rápida la fuerza de trabajo inserta en el sistema capitalista. El IESS por medio de la Dirección Nacional Médico Social es la encargada de esta función. De esta manera esta institución tiene el carácter selectivo. - Sus acciones de salud son más numerosas por afiliado y seguramente de mejor calidad.

A objeto de analizar estos aspectos de las políticas de salud, se ha creído conveniente tomar dos políticas que realizan estas instituciones, teniendo en cuenta las grandes áreas de la medicina; la preventiva y la curativa. Para el área preventiva creemos que la más representativa de las políticas es aquella que hace referencia a la política Materno Infantil. La política que se encuentra en el ámbito del área curativa, pensamos la de Atención Médica Curativa.

En estas dos instituciones estatales de salud, se analizarán los diversos comportamientos, orientaciones, actitudes e intereses para cada una de estas políticas en relación a los sectores sociales. Se tendrá como referente la coyuntura petrolera, en el sentido de determinar cual es la actuación del Estado hacia estas instituciones. Se observará por ejemplo si es de interés del Estado centrar sus recursos hacia la medicina preventiva o curativa.

La presión constante y la necesidad de los sectores sociales por acceder a las acciones de salud, encuentran en la coyuntura económica y política un campo, en el que se realizan, parte de los intereses de clase en relación a la oferta estatal de salud. Por lo tanto la gestión de las políticas de salud son: a) Impulsadas por la continua lucha de la práctica diaria del trabajo en el proceso productivo. b) Por el carácter modernizante y legitimador que adquiere el Estado capitalista. Estas dos actuaciones constituyen en nuestra sociedad el motor generador de las políticas sociales de salud, por lo cual se puede manifestar que las políticas de salud son:

"...la expresión del proceso político a través del cual el Estado va configurando la organización y orientación de la práctica médica de acuerdo con las correlaciones de fuerzas y con el desarrollo de la lucha de clases dentro del sistema político imperante" (74).

## 2.- POLITICAS DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

La coyuntura económica-política que se inicia en 1.972, permite que el naciente MSP logre insertarse de manera acelerada en el proceso modernizante. El régimen militar aspira a obtener consenso social a través de un cierto carácter redistributivista, esta tendencia hace que las políticas de salud en especial alcance la más amplia cobertura; en base al criterio de gobierno "nacionalista" que dinamiza la organización del MSP como responsabilidad estatal, además por el derecho de los individuos a la salud.

-----  
(74) FASSLER, Clara. Op. Cit. Pag. 26.

Es claro afirmar que el Estado capitalista en el régimen militar tiende a lograr legitimidad social a través de las actividades de salud que realiza el MSP, que también son reforzadas por la presencia de otras políticas sociales que tienden a mejorar el nivel de vida en el país. Este carácter legitimador es posible en parte por la expansión de los recursos estatales al MSP. En esta parte se analizará la ampliación de la oferta de este Ministerio como producto de la política general del régimen militar.

Las políticas de salud que tienen el propósito de lograr reducir los niveles de morbi-mortalidad, a través de una oferta creciente de acciones de salud a los sectores sociales, son las siguientes:

- Política de Salud Materno Infantil.- Esta política se orienta hacia el bienestar de la familia, propendiendo su desarrollo integral.

Su política tiene por objeto:

"Reducir los riesgos de enfermar y morir a que están expuestos en la actualidad madres y niños, y extender la cobertura de los servicios de salud materno-infantil" (75).

Entre los principales programas de la política Materno Infantil tenemos:

- Incrementar la atención del infante y pre-escolar para disminuir la mortalidad infantil y pre-escolar.
- Incrementar la atención prenatal, del parto y del puerperio, para disminuir la mortalidad materna.

---

(75) OPS/OMS. Oficina Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Plan Decenal de Salud Para las Américas. Santiago, Chile. Octubre de 1.972. Pag. 3

- Promover la salud de la mujer en aspectos relacionados con la detección del cáncer cérvico uterino.
- Regular la fecundidad con acciones que forman parte de la protección de la salud.
- Dar atención odontológica prioritariamente a los niños de 6 años y mujeres gestantes o lactantes.
- Dar alimentación complementaria a las madres gestantes e infantes y preescolares en riesgo.
- Recuperar a los niños desnutridos.
- Desarrollar un programa de salud mental y uno de control de estupefacientes y drogas psicotrópicas (76).

- Políticas sobre las enfermedades transmisibles.- El MSP se propone hasta 1.977, reducir la mortalidad y morbilidad de las enfermedades transmisibles. Entre sus principales políticas tenemos las siguientes:

- Mantener la erradicación de la viruela y de la Fiebre Amarilla.
- Llegar a la erradicación de la Poliomielitis.
- Controlar y disminuir la Difteria, Tosferina y Sarampión.
- Reducir el Tétano.
- Controlar la Peste Bubónica.
- Mantener el proceso de erradicación de la Malaria.
- Organizar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica. (77)

-----  
(76) MSP. Informe del Ministerio de Salud, Op. Cit. Pag. 8

(77) Idem. Pag. 8 y 9.

Para el cumplimiento de estas políticas el MSP acoge la recomendación de la Reunión de Ministros de salud de las Américas que dice:

"Estructurar en forma definitiva, con base en la adecuación de la infraestructura de los servicios generales de salud, a los sistemas eficientes de vigilancia epidemiológica y de control de las enfermedades transmisibles" (78).

Una de las estrategias que dispone el MSP para lograr sus objetivos - en este campo es disponer de actividades de vacunaciones a todos los niños menores de cinco años.

Políticas de Atención Médica.- Trata de incrementar la cobertura, con énfasis en la prestación de servicios ambulatorios y en los de recuperación de corta estancia dirigidos especialmente al tratamiento de la demanda general, pediátrica y obstétrica. De acuerdo a las políticas enunciadas en el período 1.973-77 se espera conseguir las siguientes metas de cobertura:

"En términos de personas atendidas: área urbana el 32 por ciento y área rural el 55 por ciento. La razón del incremento elevado del área rural se debe fundamentalmente a la incorporación creciente y sostenida de servicios hospitalarios, centros de salud, hospitales cantonales" (79).

Las políticas de salud del MSP en este campo son:

- Organizar el Sistema Regionalizado de Servicios de Salud, considerando la aplicación de los principios de centralización técnica normativa y descentralización administrativa.
- La definición de Niveles de Atención y la reorganización del sistema de referencia.

---

(78) OPS/OMS. Op. Cit. Pag. 30

(79) JUNAPLA. Ecuador. Plan Integral de Transformación y Desarrollo 1.973-77. Resumen General. Quito. 1972. Pag. 409

- Incrementar la atención ambulatoria.
- Mejorar la capacidad instalada y mantener el índice por 1.000 habitantes, mediante la renovación y creación de establecimientos de internación en las cabeceras provinciales, cantonales, considerando el énfasis de la atención ambulatoria en estos establecimientos.
- Incrementar la cobertura hacia el área rural y suburbana periférica.
- Incrementar la producción nacional de medicamentos.
- Realizar la programación y diseño de la planta física y equipamiento de los establecimientos de salud, de acuerdo a las necesidades nacionales.

(80)

Políticas de formación de recursos humanos.- De acuerdo al Plan Quinquenal 1.973-77 son las siguientes:

- Colaboración con las entidades de formación de recursos humanos mediante:
  - Asignación de recursos físicos y financieros para la organización y desarrollo del programa nacional de internado rotativo.
  - Colaboración con recursos financieros para el funcionamiento de AFE ME y organización de cursos de post-grado.
  - Participación financiera para la creación de nuevas entidades de formación de enfermería y tecnología médica.

Políticas de Salud en Saneamiento del Medio.- Una de las preocupaciones prioritarias del Estado se refieren al mejoramiento y control de calidad del ambiente para el área rural y urbana. Las principales políticas son:

-----  
(80) MSP. Informe del Ministerio de Salud...Pag. 10.

- Preservación de la calidad del medio ambiente.
- Control Sanitario de la totalidad de proyectos de desarrollo físico urbano.
- Instalación domiciliaria de agua y alcantarillado al 100 por ciento de la población urbana que no dispone de las respectivas instalaciones, a pesar de tener los correspondientes sistemas.
- Provisión de agua segura al 20% de la población rural.
- Proteger al 20 por ciento de la población trabajadora, expuesta a riesgos mediante acciones de salud, ocupación e higiene industrial.
- Controlar sanitariamente al 90 por ciento de los alimentos elaborados (81).

Políticas en Investigación.- La investigación es un medio importante que permite descubrir las causas de la enfermedad y evitarla y, para orientar el empleo de recursos escasos, la OPS (Organización Panamericana para la Salud) recomienda que:

"Cada país debe establecer su propia infraestructura de investigación y cooperar plenamente en los programas regionales a fin de relacionar, utilizar y controlar los adelantos de la ciencia y la tecnología, así como valerse de dichas disciplinas para crear una población y una fuerza laboral cada vez más sana" (82)

Las políticas que se proponen para 1.973-77 en este campo por parte del MSP son las siguientes:

- Establecer el Consejo Nacional de Investigación Científica de Salud para:

-----  
 (81) MSP. Informe del Ministerio...Op. Cit. Pag. 10 y 11

(82) OPS/OMS. Op. Cit. Pag. 85.

- Analizar las necesidades del país en el campo de la Investigación Científica pura, aplicada y funcional.
- Iniciar la creación de un fondo de investigación científica en salud.

#### Políticas de Planificación y Organización.-

- Formulación del Plan país 1.974-79, para los servicios del MSP utilizando metodologías y modelos de carácter operativo, diseñadas en el Ministerio.
- Reestructuración y fortalecimiento del Instituto Ecuatoriano de Obras Sanitarias y asignándole funciones dirigidas al mejoramiento del medio ambiente y a la construcción de establecimientos de salud.

A lo largo del período el MSP se preocupa por abaratar las acciones de salud, a través de la política de Medicina Rural, y de la atención por auxiliar de enfermería en los denominados puestos de salud, a fin de controlar el conflicto social mediante la oferta de salud realizada por el personal médico. Esto no quiere decir que con las acciones de salud se colucionan - estos conflictos, sino que son parte de un conjunto de acciones sociales, económicas y políticas que realiza el Estado en la sociedad.

La oferta de salud para los sectores rurales se la realiza a través de la denominada extensión de cobertura de salud, que incluye a los programas de Medicina rural iniciados en 1.970. A fines de los años 70 se legaliza y refuerza la cobertura de los programas de salud por la vigencia de la política de Atención Primaria en 1.978.

Las políticas de salud del MSP, entre sí tratan de ser integrales, así las actividades curativas se dirigen a todos los sectores sociales, pero de manera más acentuada los recursos se disponen para el área urbana por concentrar una población en la cual las acciones de salud de manera general son menos costosas.

En el área de la medicina preventiva las políticas se desarrollan en todo el ámbito poblacional. Pero sus acciones cubren de mejor manera a los menores de 14 años y de manera especial en el grupo de menos de un año. Destacándose el hecho que las políticas de salud del MSP, no sólo se dirigen hacia la población económicamente activa, sino de manera general a todos los sectores sociales, independientemente de su inserción en el sistema.

A continuación se realiza un análisis de las áreas de la medicina preventiva y curativa, con sus políticas de Materno-Infantil y de Atención Médica Curativa.

## 2.1 Política de Salud Materno Infantil (\*)

El área de la medicina preventiva tiene como función principal, tener a suprimir los riesgos de salud, resultantes de la vida en común. La -

(\*) El informe de labores del MSP 1.972-79 manifiesta de manera clara, que la formulación del Plan Quinquenal se basa en la aplicación de las siguientes políticas, ver páginas 96 a 100. En este informe se señala como política a la Salud Materno Infantil, la misma que contiene numerosos programas y actividades. En el Plan Integral de Transformación y Desarrollo 1.973-77; en la sección de políticas manifiesta que: "El Ministerio dará especial atención al programa Materno Infantil como parte de un servicio integral de salud". Estas disposiciones indican que la salud materno infantil sea considerada como una política del MSP. Además en el plano de las realizaciones, esta política ha sido la que ha concentrado fuertes recursos de parte del MSP y de asignaciones internacionales de salud, las que han propendido al desarrollo institucional de esta política.

implementación de este tipo de medicina en la sociedad se constituye en un agente integrador de la vida social, por cuanto se considera que cada individuo sería el prestador y gestor social de esta oferta de salud.

"La real consolidación de la medicina preventiva, permitirá descentralizar geográficamente los servicios de salud. Las necesidades de prevención sanitaria, de protección de salud se extienden durante toda la vida de los productores, no pueden "asignarse" a tal o cual período de venta de la fuerza de trabajo" (83).

La medicina preventiva tiene su ámbito en las actividades de saneamiento del medio ambiente; relacionadas con la dotación de agua potable, eliminación de excretas, control de producción y expendio de alimentos, saneamiento de vivienda y sitios públicos, control de las enfermedades transmisibles. En este campo preventivo, también tenemos funciones de fomento de la salud, que tienden a promover el desarrollo físico y mental de las personas.

Las actividades se relacionan a la higiene materna e infantil, control prenatal, atención profesional del parto, control de salud del lactante, -preescolar y escolar, programas de alimentación complementaria a las embarazadas y al niño, campañas de vacunación.

La medicina preventiva en la década alcanza su desarrollo a través de la política Materno-Infantil, que tiene por objeto proporcionar salud a una población que en el futuro se encargará del desarrollo del sistema productivo capitalista en mejores condiciones, y cuya venta de la fuerza de trabajo sea rentable al sistema.

-----  
(83) TOPALOV, Christian. Op. Cit. Pag. 59

La política de salud Materno Infantil se dirige a otorgar salud a los grupos expuestos a riesgos y comprende a la mujer en edad fértil en posibilidad de embarazo y a los niños menores de 14 años que constituyen para 1979 el 49.5% del total de la población del país. El objetivo de esta política es brindar acciones de control o de fomento de la salud, sustentados en parámetros complementarios como las vacunaciones que debe recibir este grupo poblacional, con el propósito de disminuir enfermedades y muertes que tengan el carácter de evitables. Las defunciones maternas aquellas producidas por el proceso del embarazo, parto o puerperio tienen el carácter de evitables, por cuanto se considera que el embarazo no es una enfermedad.

En relación a las causas que originan muerte en los menores de un año éstas son comunmente evitables y/o reducibles. Así por ejemplo las enfermedades gastrointestinales, broncopulmonares, transmisibles representan el 66.2% de las defunciones que ocurren en los menores de un año para 1978\*

Para la ejecución de esta política el MSP dispone de una serie de programas y actividades, entre las principales tenemos:

Programa Materno con las siguientes actividades. Consulta prenatal por médico, atención del parto por médico, consulta post-parto por médico o auxiliar de enfermería.

---

(\*) Las enfermedades que componen este porcentaje son: Entéritis, Tosferina, Tétanos, Sarampión, Anemias, Infecciones respiratorias, influenza, otras neumonías, bronquitis, enfisema y asma. (ver estadísticas vitales 1978).

Programa de Salud Infantil, se realiza mediante las siguientes actividades: Control a niños menores de un año por médico, control a niños de 1 a 5 años por médico. Visita domiciliaria para seguimiento, según normas. Control a niños de 6 a 14 años (escolares) en las escuelas del área por médico, odontólogo o auxiliar de enfermería.

Las actividades de Materno Infantil se complementan con acciones de vacunaciones, educación, alimentación suplementaria.

Para el cumplimiento de estas actividades se dispone de recursos humanos, físicos y financieros y se ejecutan en todos los establecimientos de salud del MSP. La dificultad de obtener todo tipo de recursos, limitan la oferta de salud. Por lo cual en el Plan Quinquenal 1.973-77, los objetivos de las políticas de salud son los siguientes:

- Reducir la mortalidad materna en un 26% (de 1.9 a 1.4 defunciones por mil nacidos vivos).
- Reducir la Mortalidad Infantil en un 26% (de 75.8 a 56.09 defunciones de menos de un año, por mil nacidos vivos).

El MSP en calidad de aparato estatal es el responsable de cumplir con estos objetivos. Para su cumplimiento se dispone alcanzar las siguientes coberturas o metas específicas, que se realizan en base a la utilización de recursos humanos, físicos y financieros.

Cuadro Nº 17

METAS DE COBERTURA DE MATERNO INFANTIL SEGUN  
AREAS URBANO Y RURAL. PLAN QUINQUENAL 1.973-77  
Ecuador.

<u>PROGRAMAS</u>	<u>URBANO</u>	<u>RURAL</u>	<u>NACIONAL</u>
Gestantes (1)	63%	38%	47%
Infantil (2)	68%	58%	67%
Preescolar(3)	20%	17%	31.8%
Escolar (4)	35%	35%	-

- (1) El Universo de atenciones para control prenatal es igual al total de la población de menores de un año más un 8% de embarazos que no culminan con el parte.
- (2) El Universo corresponde a la población de menores de un año.
- (3) El Universo, es la población de 1 a 5 años.
- (4) El Universo, es la suma de la edad de 6 y 12 años, por considerar que el MSP debe dar dos consultas a cada escolar.

La OPS/OMS, en la reunión de Ministros de Salud de las Américas en 1.972, aprueban el Plan Decenal para las Américas en el cual se disponen los siguientes objetivos:

- Reducir la mortalidad materna en un 40% con rangos de 30-50%.
- Reducir la mortalidad infantil en un 40% con rangos de 30-50%
- Reducir la mortalidad de 1 a 4 años en un 60% con rangos de 50-70%.

Para lograr estos objetivos se plantean ampliar la cobertura en:

Atención prenatal en un 60%

Atención de menores de un año en un 90%

Atención de 1 a 4 años de 50 a 70%

Atención de 6 a 14 años en un 50%.

Estos son los objetivos y coberturas que plantean el Plan Quinquenal del Ecuador 1.973-77, y el Plan Decenal aprobado por la Reunión de Ministros de las Américas.

A continuación presentamos una descripción de las actividades realizadas a través de la política materno-infantil; orientadas a la madre y al infantil (menores de 14 años) en el período 1.972-1.980. Esta información nos permite determinar la oferta de la política estatal en relación a los sectores sociales en este campo.

La información que se presenta revela las coberturas alcanzadas por los parámetros de análisis en el período (ver cuadro 18).

Asimismo se trata de demostrar a través de las coberturas en el área urbana y rural el comportamiento de la política materno-infantil hacia estas áreas. (ver cuadro 19).

Cuadro Nº 19 COBERTURAS REALIZADAS EN MATERNO INFANTIL SEGUN  
AREA URBANA Y RURAL.  
MSP. 1.972 y 1.977

1.972

PROGRAMAS.	U R B A N O			R U R A L		
	Población	Cobertura		Población	Cobertura	
		Personas	%		Personas	%
Prenatal	96.648	21.922	22.8	168.768	4.013	2.4
Infantil	89.489	16.718	18.7	156.267	6.023	3.9
Preescolar	400.079	22.640	5.7	700.628	3.990	0.6
Escolar	119.523	57.470	48.1	177.850	5.611	3.2

Continúa cuadro Nº 19.

1.977

PROGRAMAS.	U R B A N O			R U R A L		
	Población	Cobertura		Población	Cobertura	
		Personas	%		Personas	%
Prenatal	123.790	69.482	56.1	205.525	24.716	12.0
Infantil	114.620	33.307	29.1	190.301	25.519	13.4
Preescolar	499.908	29.308	5.9	822.749	16.867	2.1
Escolar	147.494	76.658	52.0	217.787	35.311	16.2

Nota: El Universo de los programas se explican en el cuadro 17.

FUENTE: INEC. Censos de Población de 1.962 y 1.974  
MSP. Producción de Establecimientos de Salud. División Nacional de Estadísticas.

ELABORACION: Propia.

La información de los dos cuadros anteriores tiene por objeto realizar comparaciones con las coberturas y objetivos señalados en el Plan Quinquenal de salud 1.973-77.

Además de la confrontación, la finalidad es mostrar el comportamiento de la oferta de parte del MSP en relación a esta política.

La organización del MSP en la década y la implementación de los diversos programas administrativos a su interior, hacen que la información estadística de las actividades de salud en relación a los programas interno-infantil, se distinguan dos momentos. De 1.972 a 1.975 la información se refiere a los centros y subcentros de salud. De 1.975 a 1.980 se incluyen las actividades de los hospitales.

### 2.1.1 Programa Prenatal.

El control a la embarazada tiene por objeto, entregar ciertas acciones

Cuadro Nº 18

## COBERTURAS REALIZADAS EN EL PROGRAMA MATERNO-INFANTIL

ECUADOR. 1.972 - 1.980

COMPONENTES.	1.972			1.973			1.974		
	.1 POBLACION	Cobertura		.1 POBLACION	Cobertura		.1 POBLACION	Cobertura	
		2. Personas	%		2. Personas	%		2. Personas	%
Prenatal (3)	265.416	26.005	9.8	278.270	29.508	10.6	291.417	30.366	10.4
Infantil	245.756	22.741	9.3	257.657	27.878	10.8	269.831	36.154	13.3
Preescolares	1'100.707	26.630	2.4	1'140.648	19.114	1.8	1'183.092	26.719	2.2
Escolares	297.373	63.081	21.2	310.278	49.447	15.9	324.025	65.051	20.1
	1.975			1.976			1.977		
Prenatal (3)	306.528	42.293	13.8	318.750	85.776	26.9	329.315	94.198	28.6
Infantil	283.822	47.418	16.7	295.139	59.968	20.3	304.921	58.826	19.3
Preescolares	1'210.018	36.860	3.4	1'274.138	41.625	3.3	1'322.657	46.175	3.5
Escolar	336.684	77.228	22.9	350.853	107.669	30.7	365.281	119.969	30.7
	1.978			1.979			1.980		
Prenatal (3)	338.933	100.155	29.5	347.817	112.358	32.3	360.200	122.256	33.9
Infantil	313.827	74.245	23.7	322.053	103.415	32.1	33.519	100.916	30.3
Preescolar	1'371.034	48.685	3.6	1'416.284	59.803	4.2	1'462.121	51.170	3.5
Escolar	381.352	179.596	47.1	397.384	255.098	64.2	413.972	220.846	53.3

(1) Población calculada en base a los censos de población 1.962 y 1.974. INEC.

(2) Personas corresponden a las primeras consultas por control de Fomento, según norma

(3) Número de embarazos esperados.

FUENTE: INEC. Censos de Población 1.962 y 1.974

M.S.P. Producción de Establecimientos de Salud. División de Estadísticas.

ELABORACION: Propia.

de salud que le dan el carácter de integral; así por ejemplo la atención a la embarazada se complementa mediante las acciones de vacunación a la embarazada se complementa mediante las acciones de vacunación antitetánica, a la consulta realizada por el profesional de acuerdo a normas. - Se asume entonces que se ha brindado una atención a una persona embarazada de manera integral. Para medir la real oferta de estas atenciones, utilizaremos a la vacunación antitetánica como medidor del grado de eficiencia de la cobertura del control prenatal.

Con esta consideración se determina que de cada 1.000 embarazadas, el MSP ha dado atención prenatal a 98 mujeres en 1.972 y a 339 en 1.980, esperando una cobertura similar por vacunación antitetánica. Para 1.972 de cada 100 embarazadas apenas reciben 1.5 por ciento dosis completas - de este tipo de vacuna, (ver cuadro 20) para 1.979 se ofrece el 1.2% de embarazadas. En un informe el MSP y la OMS manifiesta al respecto que:

"La vacunación con toxoide tetánica a las embarazadas es incipiente, situación que se refleja en la alta incidencia del tétano neonatorum" (84).

Cuadro Nº. 20. COBERTURA CON TOXOIDE TETANICO DE MUJERES GESTANTES  
Ecuador. 1.972 - 1.981

<u>AÑO</u>	<u>PRIMERA DOSIS</u>	<u>SEGUNDA DOSIS</u>
1.972	2.4	1.5
1.973	2.2	1.1
1.974	2.7	1.5
1.975	2.3	1.3
1.976	4.5	2.1
1.977	4.3	1.8
1.978	3.1	1.3
1.979	4.4	1.2
1.980	-	-
1.981	9.5	-

FUENTE: MSP/OMS. Informe sobre Evaluación del Programa Ampliado de Inmunizaciones en Ecuador. 1.981.

-----  
(84) MSP/OMS. Informe sobre Evaluación del Programa Ampliado de Inmunizaciones en Ecuador. 1.981.

Otros aspectos de oferta de salud de la política materno-infantil, refiere al grado de atención profesional que reciben los partos (en este caso para la demostración utilizamos al número de nacimientos). Para 1.970 de cada 100 partos que se producen reciben atención profesional 28 partos (28.1) Para 1.979 se producen cambios importantes, la atención del parto aumenta a 37 partos (37.3), este aumento de la atención profesional del parto significa una mejora en la cobertura de atención. Su distribución por áreas muestra que la atención profesional del parto en el campo es de 15.1%, cobertura baja en relación al 66.8% que se produce en las ciudades. (ver cuadro 21).

Cuadro Nº 21. NACIMIENTOS CON Y SIN ATENCION PROFESIONAL  
SEGUN AREA URBANA Y RURAL  
Ecuador.

<u>ESTADISTICAS VITALES</u>	<u>1.962</u>	<u>1.970</u>	<u>1.978</u>	<u>1.979</u>
<u>NACIMIENTOS</u>	215980 (100%)	230.184	230.259	232.436
Con atención profesional	17.5%	28.1%	36.0%	37.3%
Sin atención profesional	82.5%	71.9%	64.0%	62.7%
<u>URBANO</u>	104411 (100%)	70.080	97.824	99.646
Con atención profesional	33.7%	59.4%	64.8%	66.8%
Sin atención profesional	66.3%	40.6%	35.2%	33.2%
<u>RURAL</u>	111569 (100%)	152.104	132.435	132.790
Con atención profesional	2.3%	12.1%	14.6%	15.1%
Sin atención profesional	97.7%	87.9%	85.4%	84.9%

FUENTE: INEC. Estadísticas Vitales. 1.962 - 1.971 - 1.978 - 1.979.

Esta serie de coberturas especialmente en el área rural impiden cumplir con el objetivo de reducir la mortalidad materna en un 26% (según el

Plan para 1.977). Para 1.970 fallecen por causas relacionadas con el embarazo 2.3 madres de cada 1.000 nacidos vivos, manteniéndose constante este índice para 1.978 en el cual la mortalidad materna es de 2.2. La propuesta del Plan aspiraba que de 1.9 defunciones por mil nacidos vivos se logre una reducción a 1.4 en 1.977. A pesar que la oferta de salud, sea en relación a las consultas y atención profesional del parto alto, el nivel de la mortalidad materna tiende a disminuir de manera lenta. Parece que en la reducción de la mortalidad materna tiene gran influencia los aspectos sociales y económicos que conforman el nivel de vida.

### 2.1.2 Programa Infantil

La política de salud del MSP en relación a la población infantil cubre hasta la edad de 4 años, su realización se la hace a través de programas específicos; a menores de un año (infantil) preescolar y escolar. Los propósitos de estos programas son contribuir a acelerar la reducción de la morbi-mortalidad de las enfermedades llamadas reducibles o evitables (tosferina, difteria, tétanos, sarampión), promoviendo una adecuada atención preventiva.

#### 2.1.2.1 Atención a menores de un año.

Se entiende por atención de fomento infantil (menores de un año) aquella ofrecida por el médico con el objeto de prevenir sus enfermedades, fomentar su salud, supervisar el normal crecimiento y desarrollo, que implica además alimentació suplementaria en caso de desnutrición, vacunaciones y educación para la salud de las madres. Según el Plan Integral de Transformación y Desarrollo para el Quinquenio 1.973-1.977, el objetivo es reducir la mortalidad infantil en un 26%; para lo cual se alcanzará una co

bertura de atenciones a la población menor de un año del 68 y 58 por ciento para el área urbana y rural respectivamente.

La atención a menores de un año en 1.972 cubren a 22.741 niños que representa el 9.3%. Para alcanzar a 100.916 niños atendidos en 1.980 y representa el 30.3% de la población infantil. La distribución de este índice para el área urbana es de 29.1% y 13.4% para el área rural en 1.977. De acuerdo a lo dispuesto por el Plan quinquenal, se esperaba que la cobertura de atención infantil en el área urbana logre el 68 y 58 por ciento para el rural. Coberturas muy por encima de lo realizado. Es del caso destacar que las coberturas al año de 1.980 son altas con el 30.3 por ciento, en relación a 1.972 que tiene una cobertura de 9.3 controles infantiles por cada 100 niños menores de un año. El crecimiento en el período es muy significativo (ver cuadro 18 ).

La oferta de salud por el MSP a los menores de un año, tienen en su composición a un parámetro importante que da eficiencia a la atención de este grupo de edad; se dispone que deberá ofrecerse una serie de vacunaciones que le prevendrán de enfermedades transmisibles reducibles o evitables. La cobertura de vacunaciones a menores de un año en la década tiende a expandirse en el período.

Para la vacunación DPT (difteria, tétanos y tosferina) se considera inmunizado un niño menor de un año cuando alcanza la tercera dosis; para 1.970 se cubre en el 1% para alcanzar una cobertura importante de 13.9% en 1.980 (ver cuadro 22), que en todo caso se encuentra por debajo de la cobertura realizada por consultas de control a los menores de un año (30.3%) en 1.980.

Cuadro Nº 22 COBERTURA CON VACUNAS DEL PAI DE LOS MENORES DE UN AÑO  
DE EDAD Y TASA DE DESERCIÓN. ECUADOR 1.972-1.981.

D P T			ANTIPOLIOMIELITICA					
AÑOS	1a. dosis.	3a. dosis	Deserción por ciento	1a. dosis	3a. dosis	Deserción por ciento	Antisarampionosa.	BCG
1.972	10.5	1.0	90.4	12.3	2.5	79.9	--	16.5
1.973	8.6	1.8	78.5	--	-	--	--	19.4
1.974	10.4	1.2	88.4	4.6	4.1	11.3	--	23.8
1.975	9.8	1.7	82.3	11.9	6.6	45.1	--	19.7
1.976	17.3	..c	--	30.0	11.1	62.8	2.1	29.5
1.977	21.5	..c	--	18.0	10.9	41.8	6.0	37.8
1.978	24.9	..c	--	22.0	6.9	68.6	10.6	41.8
1.979	34.1	..c	--	37.0	11.0	70.2	20.8	41.7
1.980	33.1	6.8	79.3	37.3	13.4	64.1	16.8	52.5
1.981 <sup>d</sup>	36.6	13.9	61.9	37.3	16.5	55.7	16.6	48.5

NOTA: PAI se denomina al Programa Ampliado de Inmunizaciones

FUENTE: MSP/OMS. Informe sobre la Evaluación del Programa Ampliado de Inmunizaciones en Ecuador. 1.981.

La vacuna antipoliomielítica es otro parámetro que permite medir la eficiencia de la atención de la salud. La vacunación (por tercera dosis) tiene un aumento substancial al crecer la oferta de 2.5% a 16.5% en el período. Igual tendencia tiene la vacuna antisarampionosa y BCG. (ver cuadro 22).

A partir de 1.976 se observa que todas las acciones de vacunaciones se implementan de manera importante, como resultado de la incorporación -

del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) a la política de salud del país. El PAI surge por la necesidad de lograr ampliar las coberturas de inmunizaciones. Estrategia básica para reducir las enfermedades transmisibles. El PAI se plantea un programa de actividades ambicioso, al disponer una meta nacional para 1.980 del 70% de cobertura de personal inmunizadas en los respectivos grupos de población. Los bajos niveles de cobertura podríamos decir que la mortalidad por enfermedades si en realidad se han reducido éstas siguen siendo altas.

#### 2.1.2.2 Programa Infantil de 1 a 5 años (preescolar)

La atención infantil al grupo de 1 a 5 años denominada preescolar, presenta coberturas bajas en relación a sus metas, en el período 1.972-80. Este programa de atención cubre en 1.970 al 2.4% de su población, - presentado a lo largo de la década una cobertura ligeramente creciente que alcanza a 3.5% en 1.980 (ver cuadro 18). La atención por áreas demuestra que para 1.977 cubre al 5.9 y 2.1 por ciento del área urbana y rural respectivamente (ver cuadro 19).

Esta atención se complementa con la oferta de vacunaciones, el comportamiento de las vacunaciones podría calificarse de deficiente en relación, por ejemplo a la cobertura de los inmunizados de menos de un año, y en relación también con las metas que se propone el Plan Quinquenal del 20 y 17% para el área urbana y rural en 1.977.

#### 2.1.2.3 Programa Infantil de 6 a 14 años (Escolar)

La cobertura que el MSP dispone para la atención del grupo de 6 a

14 años es llegar con dos atenciones al niño en su estadía escolar, estas actividades se ofrecen en el primer grado y sexto. Es necesario manifestar que la población de 6 a 14 años en 1.972 es de 1'558.561 niños, pero el universo de este programa alcanza a 297.373 que se espera se encuentren matriculados en el primero y sexto grados. En relación a la cobertura el 21.2 y el 53.3% corresponden a 1.972 y 1.980 respectivamente (ver cuadro 18).

Las acciones de salud escolar tienen una fuerte tendencia al crecimiento, las mejoras se verifican para el área urbana y rural. El área urbana para 1.972 tiene una cobertura de 48.1% y del 52% en 1.977. La cobertura en el área rural tiene un crecimiento acelerado, pasa de 3.2% a 16.2% para el mismo período (ver cuadro 19).

La cobertura en el área rural tiene una tendencia alta al crecimiento, demostrando en este programa que el interés del MSP es también importante para el campo, ratificando la hipótesis que a más de implementar acciones de salud para la reproducción de la fuerza de trabajo, el objeto es alcanzar legitimidad hacia otros sectores sociales, en este caso a través de la oferta de atenciones médicas de control a los escolares.

A continuación presentamos el denominado porcentaje de cumplimiento, a objeto de medir el grado de realización y aproximación a las coberturas estimadas, en relación a las actividades realizadas al año 1.977.

Cuadro N° 23.

PORCENTAJES DE CUMPLIMIENTO DE LAS COBERTURAS,  
SEGUN METAS DEL PLAN QUINQUENAL Y LA COBERTURA  
REALIZADA.

MSP. 1.977

PROGRAMAS	U R B A N O			R U R A L		
	Meta	Realizado	% de cumplim.	Meta	Realizado	% de cumplim.
Prenatal	63.0	56.1	89.0	38.0	12.0	31.6
Infantil	68.0	29.1	42.8	58.0	13.4	23.1
Preescolar	20.0	5.9	29.5	17.0	2.1	12.3
Escolar	35.0	5.2	48.6	35.0	16.2	42.3

FUENTE: JUNAPLA. Ecuador. Plan Integral de Transformación y Desarrollo 1.973-77. Quito. 1972.

MSP. Producción de Establecimientos de Salud. División de Estadísticas del MSP. Quito. 1.977.

ELABORACION: Propia.

Del cuadro anterior se puede concluir, que el área urbana y en relación al programa prenatal, el porcentaje de cumplimiento es de un 89 por ciento. A diferencia de los otros componentes que son inferiores al 50%. Los porcentajes de cumplimiento del área rural son reducidos en relación a sus metas; a pesar que su crecimiento de la oferta de servicios prenatales es alto. De lo que se puede concluir que los porcentajes estimados en el Plan fueron altos y ambiciosos, seguramente pensando en una mayor capacidad de oferta de acciones de salud por parte de los subcentros y puestos de salud.

Esta la oferta de la política de salud Materno-Infantil en la década del 70. La descripción cuantitativa nos permite afirmar un crecimien

to significativo en los programas de atención; prenatal, infantil, de 1 a 5 años y de 6 a 14 años. En relación a los cambios en la mortalidad debido a la incidencia creciente de las actividades de salud, se realizará en el siguiente capítulo.

A manera de conclusión, la información que muestra el cuadro 19 nos permite afirmar que a pesar que el área rural presenta una población mayor que la urbana, la cobertura de salud es parcial (cobertura es la relación de personas atendidas por programa dividido para su universo poblacional) en el período. Pero es necesario destacar, cual es la actuación del MSP - en el período, y a objeto de realizar comparaciones de tendencia para las áreas urbana y rural se realiza un cuadro de crecimiento porcentual en base a los números absolutos de 1.972 y 1.977, para los programas; prenatal e infantil para las áreas urbana y rural.

El cuadro que se presenta a continuación demuestra de manera clara que el MSP, incrementa el crecimiento porcentual de las acciones y servicios de salud de manera más acelerada en el área rural.

Ratificando la posición que manifiesta que esta institución ofrece acciones de salud en respuesta al crecimiento modernizante, el mismo que extiende su carácter legitimador hacia nuevos sectores sociales.

Este análisis se basa en el hecho que si bien el sector urbano crece en sus coberturas por los diversos programas; este crecimiento es aún más acelerado en el área rural, según el siguiente cuadro.

Cuadro Nº 24 CRECIMIENTO PORCENTUAL DE LOS PROGRAMAS MATERNO  
INFANTIL, PARA EL AREA URBANA Y RURAL  
MSP. 1.972 - 1.977

PROGRAMAS.	CRECIMIENTO PORCENTUAL DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS ENTRE 1.972 Y 1.977	
	URBANO	RURAL
Prenatal	217.0	515.9
Infantil	99.2	323.7
Preescolar	29.5	322.7
Escolar	33.4	529.3

FUENTE: Cuadro 19. Pag. 108

ELABORACION: Propia.

En el componente de preescolar observamos que el área urbana incorpora a sus programas a 6.668 personas en el período, en cambio el área rural incorpora a 12.877 personas. Determinando que el programa preescolar se dinamizó en el campo. El programa escolar incorpora a 19.188 escolares en las ciudades y en el área rural incorpora a 29.700 escolares. Es claro entonces decir que el MSP dirige sus acciones en este período buscando siempre ampliar su legitimación de Estado capitalista y readecuando una fuerza de trabajo potencial, que en el futuro es necesaria al sistema capitalista.

### 3. MATERNO INFANTIL EN EL IEES

El IEES de acuerdo a su política general de la Seguridad Social, pro

pone como políticas la atención médica integral a fin de ofrecerla de la manera más eficiente a la población afiliada.

La atención a la gestante o embarazada y al niño menor de un año - se realiza bajo el concepto de prestar atención por la calidad de afiliada. De acuerdo a las entrevistas realizadas a los responsables de la atención médica del IESS (\*) se concluye que la atención a la madre gestante tiene un tratamiento médico similar al resto de las especialidades o sea la atención se realiza en base a la demanda.

En relación a la atención del niño menor de un año, esta actividad tiene el carácter de voluntaria y se ofrece únicamente al hijo de la afiliada, más no al hijo del afiliado. De lo cual se evidencia que la prestación al niño es una continuación de la prestación a la madre asegurada. Los niños tienen sólo atención médico más no farmacéutico, por lo tanto la demanda de niños a la atención médica es inferior a los partos que se realizan en el IESS.

La Dirección Nacional Médico-Social, es definitiva no mantiene un programa Materno Infantil, por no enmarcarse en la política general del IESS. En la parte introductoria de este trabajo se manifiesta que el IESS tiene la modalidad o característica de Seguro Social Privado, por cuanto las prestaciones se realizan únicamente al individuo que aporta, y un claro ejemplo de esta actuación son las prestaciones de salud.

-----  
(\* ) Las entrevistas se realizaron al Jefe de Atención Médica, al Jefe de la Medicina Preventiva y al Jefe del Dpto. de Evaluación de la Dirección Nacional Médico Social del IESS.

#### 4.- POLITICAS DE ATENCION MEDICA CURATIVA EN EL SECTOR SALUD.

En el país a partir de la revolución liberal, el Estado adquiere una clara responsabilidad ante los sectores sociales. Al iniciar el siglo XX el Estado comienza a ejercitar sus acciones de salud observando los siguientes hechos: Inicia con la realización de las campañas de saneamiento ambiental, para lo cual se estructuran los servicios de salud en el país. De manera paralela hasta los momentos actuales, el Estado se encuentra realizando actividades de control de las enfermedades transmisibles.

A inicios de la década del 70, el naciente MSP se encuentra en una etapa modernizante de las actividades de salud; entre las principales se destaca el hecho que las acciones de salud curativas se extienden de manera creciente al sector rural, acentuándose el carácter de una mayor responsabilidad del Estado por la salud. Esta responsabilidad tiene el objeto de orientar las acciones de salud para reproducir y mantener la fuerza de trabajo sea en relación a la fuerza de trabajo potencial o aquella fuerza de trabajo activa.

El Estado realiza diversos procedimientos para garantizar el proceso de reproducción de la fuerza de trabajo. En el caso de este estudio, encontramos que el MSP y el ISS son las instituciones más específicas para la oferta estatal de salud. Estas instituciones a más de ofrecer salud para reproducir y mantener la fuerza de trabajo, se orientan también hacia los sectores sociales, observando los siguientes aspectos: a) Las políticas de salud por su parte tienden a legitimar al Estado moderno ante los sectores sociales, la institución que realiza estas actividades de manera especial es