

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

P O L I T I C A S D E S A L U D

1.- CONCEPCION DE SALUD

La salud pública es un derecho fundamental del hombre en el cual no interviene la distinción de raza, ideología, religión, política o condición económica y social. Este derecho a la salud está reconocido por la legislación internacional a través de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, por la carta de las Naciones Unidas y sus organismos colaterales, y en el país por la Constitución Política del Estado.

La declaración de principios de la Organización Mundial de la Salud dice que:

"Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida - mediante la adaptación de medidas sanitarias y sociales adecuadas" (36).

El interés de calificar como "derecho" a la salud, debe entenderse en el sentido de que su oferta por parte del Estado debe ser "universal", por lo cual las acciones de salud deben llegar a todos los integrantes de la comunidad. La oferta de salud debe ser continúa para garantizar el derecho a la salud sin ninguna interrupción desde la concepción del ser hasta la muerte.

La salud aparece entonces como un derecho indiscutible, por cuanto se relaciona con la misma supervivencia de la especie humana. Es una obliga -

(36). PAREDES S., Franklin. Planificación de la Salud en el Ecuador. Tesis de Grado. Universidad Central del Ecuador. Quito 1.971. Pag. 78.

ción del Estado, por cuanto la salud es la energía que garantiza la fuerza del trabajo del individuo y que a su vez es la principal y "única" fuerza que desarrolla el proceso productivo en la sociedad.

En el proceso productivo capitalista al capital le interesa el individuo cuando ofrece su fuerza de trabajo, considerándose que su valor de cambio es el valor del conjunto de bienes necesarios para su reproducción que se realiza mediante el pago de un salario, o sea el precio de la fuerza de trabajo. El desequilibrio de la satisfacción de "necesidades básicas" en la sociedad, puede producir desajustes en el caso por ejemplo de la enfermedad, ésto significa que la enfermedad es un hecho social y debe ser manejado como tal.

Se observa también de manera clara que la enfermedad es un problema social cuando su frecuencia produce una preocupación constante al Estado, por lo cual, por ejemplo se realizan campañas contra la fiebre amarilla, la malaria, a fin de evitar que estas enfermedades epidémicas se conviertan en una amenaza de toda la población, y además por lograr un flujo normal de la expansión de capital. Estas acciones realizadas por el Estado - se reforzaron también por la presencia de organismos extranjeros.

Entonces el carácter social de la enfermedad lo encontramos en estrecha relación con el proceso productivo:

"Las distintas formaciones sociales presentan perfiles patológicos que, a nivel muy general, se diferencian - según el modo particular de combinarse el desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción. Finalmente es posible comprobar que el proceso patológico de los grupos sociales de una misma sociedad se presenta distinto en cuanto al tiempo de enfermedades y frecuencia"(37).

(37) LAUREL, Asa. Cristina. La salud Enfermedad como Proceso Social. Revista Latinoamericana de Salud N° 2. México 1.981 Pág. 15

Se asume entonces que la gestión de salud en el país actualmente, responde de manera especial a lograr legitimidad estatal en los sectores sociales, y a las exigencias históricas del modelo económico predominante, entendiéndose que:

"La política de salud del Estado es el resultado de un conjunto de respuestas que éste dá, gerarquizando ciertos programas en función de asegurar el control (o su prevención) de conflictos ideológicos-políticos y de contribuir a una adecuada dinámica" (38).

Estos los elementos centrales de nuestro estudio.

2.- HECHOS HISTORICOS DE LA SALUD EN EL ECUADOR

En la década de los años 70 encontramos que las actividades de salud - en el país se relacionan con la medicina tradicional, producto de la influencia de la cultura indígena, de la influencia de la medicina europea mediada por los españoles, la influencia de la noción de seguridad social, también las ideas de salud pública emitidas por la autorización mundial de la salud que ayudan al desarrollo de la salud. La interrelación de estas formas de - entregar salud se encuentran en relación con el desarrollo histórico del proceso productivo que realiza la sociedad.

A continuación presentamos un recuento histórico descriptivo de los - principales acontecimientos de la gestión estatal en salud.

El Ecuador ha ido cambiando su estructura de salud, de acuerdo a las - transformaciones que el sistema productivo ha realizado en la heterogénea - estructura social. Los cambios ocurridos en las instituciones de salud está

(38) CASTELLANOS, Pedro Luis. Nota sobre el Estado y la Salud en Venezuela. Revista Latinoamericana de Salud. México 1981. Pag. 10

en función entonces al desarrollo de una fase inicial del capitalismo; para encontrar en la década del 70 al sector salud cumpliendo funciones del Estado capitalista moderno, basado en el proceso de incorporación a nuevos sectores sociales a través del aumento de los gastos sociales, a fin de extender su carácter legitimador está respondiendo a la ampliación del capital.

La práctica médica en la independencia la encontramos bajo la concepción de la beneficencia y su financiamiento se realiza:

"...por la asignación de los bienes raíces de las comunidades religiosas establecidas en la República. Paredes Borja señala que: quitándoles la fuerza económica las comunidades (religiosas) perdieron definitivamente su fuerza política. Como propietarios de las más ricas, extensas y bien situadas haciendas, sirvió de fondo para que con sus rentas se financien sus hospitales y casas asistenciales, administradas por la Junta de Beneficencia fundada por Alfaro (hasta 1972 en que desaparece la asistencia social)" (39).

A mediados del siglo XIX la atención médica es parte importante del desarrollo del sistema y al parecer de las conquistas sociales de los trabajadores, al respecto, E. Estrella manifiesta que:

"Un ejemplo bastante significativo es la creación de los "hospitales ambulantes", que acompañan a la construcción del camino a Esmeraldas, camino a Manabí, - el ferrocarril Guayaquil-Quito. De igual forma el Estado en el período liberal crea hospitales en plenos enclaves agroextractivos, para proteger a los trabajadores y hacer que la producción no se detenga" (40).

La consolidación de la ideología liberal incluye en la ampliación de la atención médica privada. El surgimiento de la clase proletaria como tal

(39) ESTRELLA, Eduardo. Medicina y Estructura Socio-económica. Ed. Belén. Quito. 1980. Pag. 266

(40) Idem. Pag. 268

y su consecuente organización gremial sindical, hace que a través de sus luchas se realicen sus aspiraciones, sea por aumentos de salarios, disminución de la jornada de trabajo.

A mediados del siglo XX, los trabajadores se encuentran en el sistema del Seguro Social, el cual se encarga de la reproducción de la fuerza del trabajo de la mano de obra inserta en el sistema. El resto de la población recibe atención médica limitada por medio de las entidades autónomas; Juntas de Beneficencia en la costa y Asistencia Social en la sierra. La presencia del Servicio Cooperativo Interamericano, amplió la atención médica hacia el control de ciertas enfermedades específicas, se combate las enfermedades bronco-pulmonares, a través de la Liga Ecuatoriana Antituberculosa -LEA- se crea SOLCA.

Los cambios ocurridos en el desarrollo del sistema capitalista readequan de manera sistemática las políticas de salud. por lo tanto los principales hechos económicos y políticos, el proceso de salud se desarrolla. -- Con lo mencionado no se pretende caer en el plano mecanicista. Reconocemos principalmente que los verdaderos avances en la salud se ligan al conflicto social, generado por el proceso de acumulación. Asimismo, no creemos que los hechos de salud históricos sean producto de una gestión estatal neutra. En definitiva lo que se trata de plantear es que el carácter social de la salud-enfermedad en el sistema capitalista, determina que la empresa privada y el Estado ofrezcan preferentemente servicios de salud a los sectores sociales que impulsan el desarrollo del proceso productivo capitalista.

Para 1.863 se inaugura el hospital de Babahoyo, plaza comercial en esos años de grandes movimientos, por cuanto era el lugar de tráfico obliga

do en el intercambio de productos entre la región del litoral e interandina.

En la primera década del siglo XX, el Estado realiza tareas de saneamiento ambiental, por cuanto así lo exigen la presencia de continuas epidemias que se presentan en Guayaquil.

"En 1.916 La Fundación Rockefeller envía al Ecuador la primera Comisión Sanitaria Norteamericana para cooperar en las labores de saneamiento del Puerto de Guayaquil"(41).

Esta preocupación de los Estados Unidos por sanear el Puerto de Guayaquil de la epidemias y en especial de la fiebre amarilla, se dá para evitar casos de esta enfermedad en el flamante Canal de Panamá.

El puerto es el lugar donde se acumula la riqueza proveniente del interior en su paso hacia otros países, y de su buen funcionamiento depende que se mantenga o no el flujo de productos y la extracción de la riqueza agrícola. Por esta razón el puerto es el objetivo de la acción sanitaria, ya que hay que facilitar plenamente la circulación de las mercancías. (42). El puerto se convierte en las primeras décadas en la atención del Servicio Sanitario Nacional y la constante preocupación de las instituciones de salud extranjeras, a objeto de normalizar y expandir el proceso de acumulación de capital. La fiebre amarilla, la peste bubónica y otras enfermedades tropicales son el objetivo sanitario de ese entonces.

A fines del siglo XIX, se crean en varias capitales de provincias las denominadas juntas de beneficencia (1.894), bajo la dirección de los municipios. La Junta de Beneficencia de Guayaquil se mantiene hasta la presente (1.983) con absoluta autonomía. Esta Junta se financia con parte del presu-

(41) Idem. Pag. 264

(42) Idem. Pag. 262 - 263

puesto del Estado y mediante la ley especial del monopolio de la lotería, además por las donaciones particulares.

En 1908 se crea en Guayaquil la Sub-dirección de Salud en consecuencia de un brote de peste bubónica, posteriormente se transforma en la Dirección General de Sanidad, traslada su administración a Quito (1.915). - Para en 1.937 retornar a Guayaquil por considerar que en esa ciudad, existe una alta incidencia de enfermedad y muerte.

El cambio de la administración de salud entre Quito y Guayaquil, obedece a los cambios de los comportamientos políticos que originan las actividades económicas:

"...en un momento se observa un repunte de las exportaciones de la producción costera, la Dirección de Sanidad vuelve a ser trasladada a Guayaquil. Los cambios de localidad, de organización y de actividades, en el poder sanitario, reflejan las relaciones de fuerzas existentes dentro del Estado, entre los capitalistas de la costa y los terratenientes feudales de la sierra" (43).

La Cruz Roja Ecuatoriana se crea en 1.910, entidad que es parte de una amplia red internacional. En 1.925 se crea el Ministerio de Previsión Social y Trabajo, en este organismo se anexa la administración de las actividades de salud, reorganizándose el Servicio Sanitario Nacional, el cual crea dos distritos: en Guayaquil y Quito.

En 1.927, se expide el Código de Policía Sanitaria, el cual establece zonas sanitarias en el país.

(43). GARCIA, Juan César. La Medicina Estatal en América Latina. Revista Latinoamericana de Salud N° 1. México 1.981 - Pag. 83.

En 1.935, se promulga el decreto por medio del cual se crea el Seguro Social Obligatorio. En 1.937, se crea el Departamento Médico del Seguro Social, y tiene a su cargo la administración de las prestaciones de salud a los afiliados.

En 1.940 se crea la Liga Ecuatoriana Antituberculosa, el cual organiza la Campaña Nacional de Vacunación BCG.

En febrero de 1.943, se crea el Servicio Cooperativo Interamericano - de Salud.

En 1.948, se crea el Instituto Nacional de Nutrición, se financia a través del presupuesto del Estado y se le otorga autonomía administrativa y financiera.

El Ecuador es miembro de la OMS, desde el 30 de Diciembre de 1.948 fecha en la cual el Presidente de la República en uso de sus atribuciones, ratifica la constitución de este organismo internacional.

En 1.951, se crea la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer -SOLCA-.

En 1.960, se crea el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria, administrado por el Servicio Cooperativo Internacional. Se crea también el Patronato Nacional del Niño y realiza actividades relacionadas con la preservación y conservación de la salud de la niñez y de la madre gestante.

El Ministerio de Previsión Social y Trabajo tiene funciones administrativas complejas, sobre aspectos laborales, bienestar social, cooperati-

vismo, campesinado, judicial de menores, defensa contra incendios, salud pública etc. En esta ámbito heterogeneo se presiona por la creación del - Ministerio de Salud Pública. En 1.964 se crea la subsecretaría de salud - adscrita al Ministerio de Previsión Social y Trabajo.

Para 1.965, las diversas opiniones determina que se conforme una comisión de salubristas con la representación de las instituciones del sector público, tales como el Seguro Social Ecuatoriano, la Junta de Planificación y Coordinación Económica, las Juntas de Asistencia Social, la Sanidad Nacional y otros. La Comisión elabora un proyecto de organización y - estructura de los servicios de salud existentes. Entre las principales recomendaciones tenemos a la creación del Ministerio de Salud Pública -MSP- y Bienestar Social, incorporación en los programas locales de salud de las instituciones autónomas, mediante el recurso de convenios con fuerza obligatoria, proyección de los programas de salud al medio rural, incremento de los presupuestos de salud, adiestramiento del personal (43).

Todas las recomendaciones de los sectores salubristas crean conciencia en el nivel político técnico acerca de la necesidad imperiosa de contar con un organismo de salud.

El sistema necesitaba de una estructura institucional que alcance su acción a todas las provincias del país, a objeto de ampliar la cobertura de salud, todo ésto se inscribe además en la necesidad socialmente aprobada de que las acciones de salud constituyen un derecho universal y su satisvacción una obligación impostergable. La Asamblea Constituyente, expide el 15 de Mayo de 1.967, el Art. 65, por el cual manifiesta que:

"todos los habitantes tienen derecho a la protección del Estado contra los riesgos de la desocupación, in validez y muerte, igual que en el caso de la maternidad y otras eventualidades que los priven de los medios de subsistencia" (44).

Mediante decreto 084, la Asamblea Constituyente, considera que es deber del Estado velar por la salud del pueblo, resuelve crear el 6 de junio de 1.967 el Ministerio de Salud Pública.

La creación del MSP, se produce de manera tardía, y además se lo hace en un ámbito de instituciones autónomas, independientes entre sí. En definitiva este Ministerio desenvolverá sus funciones hasta la presente (1.983) en un sector de salud fraccionado, el cual limita la expansión y desarrollo de la salud en el país.

En el recuento histórico observamos que las principales actividades de salud tienen relación con las luchas contra las epidemias que ocasionan determinadas enfermedades transmisibles. Que se realizan especialmente en Guayaquil, por encontrarse en el centro comercial del país, que en ese entonces propicia el puerto. Además se crean hospitales o centros asistenciales en los lugares que se realiza la producción para la exportación. La oferta de salud para el desarrollo de la producción se encuentra en relación estrecha. En este sentido destacamos la siguiente cita de John McClintock, asistente del Vicepresidente de la United Fruit Company:

"En las áreas subdesarrolladas donde las compañías americanas han ido, han permanecido y logrado desarrollar grandes empresas; uno de los factores principales es el establecimiento - de condiciones de salud en las cuales la gente no solamente - pudiera vivir, sino también pudiera trabajar" (45).

(44) Idem. Pag. 159

(45) CASTELLANOS, Pedro Luis. Op. Cit. Pag. 8.

La lenta articulación de las diversas regiones a la economía del país, crea un cierto paralelismo al establecimiento de programas de salud en las principales ciudades. Este proceso de acciones de salud de acuerdo al desarrollo económico de las regiones, hace que el centro de las actividades de salud se encuentre en Guayaquil, a través de la Dirección Nacional de Salud hasta 1.972.

Sería a partir de 1.972 y por mandato del régimen militar, el MSP centraliza sus actividades en Quito, orientando las políticas de salud de acuerdo al proceso modernizante, y acentuado por la riqueza que produce la exportación del petróleo, cuya producción es administrada por el Estado. (46).

En la década del 70, se desarrollan acontecimientos relevantes; en el orden político la presencia de un régimen militar de características nacionalistas, en el orden económico la presencia de una nueva fuente de riqueza el petróleo. Estos hechos gravitan de manera importante en la racionalización y organización de las políticas de salud, emitidas por un MSP naciente.

La presencia que recibe el sector salud en la década del 70 es de carácter fraccional y sin coordinación de las instituciones que ofertan salud. No existe una línea de orientación en salud, las políticas y sus programas

 (46) El modelo de acumulación basado en la agroexportación, es base del poder político de la burguesía costeña, es sobrepasado por el nuevo modelo de acumulación que se inicia en 1.972. El excedente que genera las exportaciones petroleras se convierte en la base de los ingresos fiscales.

de salud son implementadas de acuerdo a los intereses de cada institución de salud. El manejo independiente sin la existencia de un organismo jerárquico que dirija la política de salud, es una de las principales causas - que motivan un nivel general de salud deficitario, a pesar de su acelerado crecimiento.

3. IMPLEMENTACION DE LAS POLITICAS DE SALUD

La Organización Mundial de la Salud en su estrategia para lograr que los Estados miembros encuentren el real interés por la salud, expide recomendaciones, y una de las más importantes es aquella que se refiere: "alcanzar la salud para todos en el año 2.000". Esta propuesta se la realiza a nivel mundial a induce a que los estados miembros fortalezcan el sistema de salud con criterio de integración de todos los sectores sociales. - Impulsando la participación de la comunidad, para lograr extender las acciones de salud a los sectores más remotos del país.

La metodología utilizada en nuestro país para implementar estos propósitos es la racionalización de la distribución de recursos, con que cuenta el país. Se asume entonces, que la racionalización de la distribución - de recursos es un instrumento o proceso que lleva a la realización administrativa de la política de salud, y que se la utiliza para modificar la tendencia histórica que se proyecta en el futuro, con el propósito de alcanzar en el tiempo los objetivos y metas definidas.

La implementación de las políticas de salud a nivel local, significa la concreción administrativa y burocrática, a través del cual los programas de salud, ofrecen servicios a la población. La implementación de la o-

ferta de salud tiene el carácter fraccional, selectivo y concentrador de recursos, esta situación no permite que:

"... a los individuos se les sirva como a personas integrales, sino como a representantes de diferentes enfermedades, clases sociales u otras categorías en que se divide la estructura social, de modo que la atención prestada no puede ser continua, delicada, técnicamente experta y total. El foco de atención resulta ser el organismo y no la persona" (47).

El nivel local presenta de manera clara la discriminación, por cuanto no está adecuado para cubrir con acciones a la comunidad que demanda por salud, las mismas que adquieren diferentes calidades, encontrándose éstas en función de la complejidad de los establecimientos de salud.

Otra característica negativa en la implementación de los programas en los niveles locales, se observa cuando no se determina ningún tipo de coordinación con instituciones afines. Actualmente existe inicio de un entendimiento entre el MSP y el IESS, a través de comisiones, que consiste en prestar acciones de salud por parte del MSP a los afiliados del IESS, de manera preferente en los lugares donde no existen servicios por parte del IESS. De todas maneras existe un sector de salud sin ninguna relación e interdependencia:

"Creemos que la administración unificada puede permitir la aplicación de las destrezas administrativas de mayor calibre con el menor costo general, combinando fondos de muchas fuentes pero evitando la duplicación del trabajo" (48).

(47) ROEMER, Milton. Perspectiva Mundial de los Sistemas de Salud Ed. Siglo XXI. México 1.980. Pag. 403.

(48) Idem. Pag. 402.

Por otra parte los programas en relación a la comunidad, aparecen como verticales, no se reconoce la necesidad de la participación de la comunidad.

La implementación de las políticas en las áreas urbanas especialmente, hace que los trabajadores de la ciudad reciban más servicios que los trabajadores del agro. Pero esto no quiere decir que no se realicen políticas en el agro; la expansión del sistema no se detiene en las afueras de las ciudades, se realizan también en el agro. En el capítulo III se ejemplifican que en la década del 70 el Estado expande el crecimiento de acciones de salud en el área rural, esto significa que en términos de porcentajes, existe un mejor aumento de servicios en el área rural.

A pesar del crecimiento de la oferta de salud estatal en el área rural, en la década se mantiene una mejor oferta de salud en la ciudad, y a sectores seleccionados. A pesar que en el sector rural se encuentra más de la mitad de la población y las acciones de salud ofrecidas son de baja calidad y limitada cobertura. En un estudio realizado por el PREALC manifiesta que:

"El sistema de atención está basado así, en los hospitales cantonales y no en los subcentros de salud de las parroquias, pese a que el costo de construcción de un hospital de 15 a 20 camas equivale al de 25 a 40 de estos subcentros, y que en cuanto al gasto de operación la relación es de 1 a 85" (49).

En definitiva las políticas de salud en el país se han implementado de manera vertical de arriba hacia abajo, la política debería:

"esforzarse por expandir al máximo los servicios y hacerlo desde sus raíces hacia arriba y no desde el centro hacia afuera y hacia abajo" (50).

(49) PREALC. Op. Cit. Pag. 20

(50) Idem. Pag. 256.

Parecería ser que la política de salud, generada en la presión de los sectores sociales está implementada únicamente bajo la concepción del criterio del médico, sin dar ninguna importancia a la concepción social de servicio a la población.

4.- INSTITUCIONES DE SALUD.

La institucionalidad del sector salud en el país se determina por la heterogénea estructura social. Por lo cual las instituciones de salud surgen y tienen su razón de existir, por la necesidad que el sistema requiere para ofrecer acciones de salud de diversa calidad. Entonces la oferta de salud se estructura y orienta por la posición que ocupan los sectores sociales ante el proceso productivo capitalista.

Las instituciones de salud incluyen en su oferta a grandes sectores sociales de la población que frente al proceso productivo dominante tienen diversos comportamientos, cada uno de estos sistemas tienen canales de comunicación diferentes. Las instituciones del sector salud de acuerdo a su capacidad de oferta a los sectores sociales pueden clasificarse de la siguiente manera:

Institución de la Medicina Tradicional, tiene como característica principal el auto abastecimiento doméstico de las necesidades de salud. Su carácter de institución se debe a que es un saber y una práctica que comprende juicios, normas que se reproducen a través del hacer diario y la transmisión oral. Posee un valor curativo de la experiencia de muchos años, conforma una amplia red de curanderos que mantienen a la medicina

tradicional con una estructura horizontal, por lo cual no tiene la calidad de rígido ni jerárquico. El tratamiento de la salud incluyen actividades rituales, mágicas y míticas; utilizando generalmente el soplo, la friega, el fuego, etc. Esta medicina se trasmite a través de los curanderos y:

"...con frecuencia están hondamente arraigados en la cultura. En la aldea los tienen a la mano y cuestan poco, a veces prestan su servicio sobre una base de buena vecindad, sin transacción económica" (51).

Esta institución cubre actividades de salud a todos los sectores que demanda de su acción, y generalmente realizan sus actividades a los sectores sociales que se incluyen en formaciones económicas no capitalistas y de baja productividad. Esta práctica a pesar de la influencia de la medicina moderna, se encuentra arraigada en los sectores sociales que no alcanzan a recibir la medicina oficial por ningún medio.

La Medicina Privada, ésta institución se consolida en el país a partir de la revolución liberal. Su oferta de salud se realiza con fines de lucro: La fijación de honorarios se realiza por la aprobación médico-paciente en base al tratamiento realizado. Esta medicina privada se sitúa en los centros de mayor productividad, el carácter de esta medicina es curativa, y su utilización depende de los recursos económicos de la clientela.

En definitiva la medicina privada moderna de alta tecnología se ofrece a través de la empresa privada a los sectores sociales que se encuentran en capacidad para pagar. La salud se convierte en objeto de compra y consumo como cualquier mercancía. Los cuidados de la medicina liberal se orientan entonces hacia una minoría selecta de propietarios, profesionales, negociantes, personas prósperas de la clase media y superior.

(51) ROEMER, Milton. Op. Cit. Pag. 107.

La Institución Estatal tiene por objeto ofrecer acciones de salud a todos los sectores sociales que se insertan de diversas maneras en el sistema productivo dominante y tienen por objeto reproducir la fuerza de trabajo potencial y activa de la población. La institución estatal comprende al MSP, IESS, Fuerzas Armadas y organizaciones financiadas por el Estado pero que tienen autonomía total en sus funciones.

"Por lo tanto la medicina estatal y las formas institucionales que asume no pueden considerarse y explicarse sin tomar en cuenta el desarrollo mismo de la medicina y la totalidad social donde se implanta, crece y se transforma" (52).

El Estado en la década del 70 acelera la oferta de las instituciones de salud hacia los sectores sociales en base de la presencia de régimen militar y el auge petrolero. La oferta estatal en salud realiza la oferta de servicios y acciones de salud a objeto de lograr la reproducción de la fuerza de trabajo tanto potencial como activa a través del MSP y el IESS que tienen funciones específicas al respecto, estos aspectos permiten: - a) incorporar legitimidad al Estado moderno además la situación económica-política posibilita que las crecientes presiones sociales existentes - antes de 1.972, tengan en parte su realización en esta década. b) el desarrollo del sistema productivo crea la necesidad que el Estado a través del IESS ofrezca acciones de salud a los sectores sociales que se insertan de manera directa en el sistema.

Un sector importante de instituciones públicas de salud se mantiene en forma independiente y es el mismo Estado que reconoce su autonomía me

(52) GARCIA, Juan César. La Medicina Estatal en América Latina. Revista Latinoamericana de Salud Nº 1. México 1.981. Pag. 76.

diante el Art. 256 de la Constitución Política del Estado, y expresa que:

"Se garantizan así mismo la estabilidad y la descentralización administrativa y económica de las Juntas de Beneficencia, de las Corporaciones de Fomento Económico regional y provincial, y de las otras entidades autónomas de finalidad social o pública ya existentes. Los fondos públicos de que dispongan no podrán ser suprimidos ni disminuidos sin la respectiva compensación" (53).

Este precepto constitucional determina que el sector salud se conforme de instituciones estatales autónomas. A pesar que el Estado mediante el Ministerio de Salud prevee de fondos a estas instituciones, no se realiza ningún control sea sobre su funcionamiento administrativo y financiero de estas instituciones. Circunstancia que determina que el sector salud mantenga una fuerte fragmentación institucional, garantizado por el Estado.

La incursión tardía del Ministerio de Salud al proceso modernizante, sería la razón en parte de la actual situación de las instituciones de salud, al respecto G. Cosse manifiesta que:

"Las estructuras institucionales del Estado son el producto histórico de un cierto sistema económico que se organiza en función de determinadas alianzas de clase y correlación de fuerzas" (54).

Entre las principales instituciones estatales que mantienen servicios de salud tenemos: La Sociedad Protectora de la Infancia, Junta de Beneficencia de Guayaquil, el Ministerio de Gobierno, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Obras Públicas, Ministerio de Educación. Además encontramos tam

(53) BORJA Y BORJA, Ramiro. Derecho Constitucional Ecuatoriano, tomo 4to. Quito. 1977. Pag. 652.

(54) COSSE, Gustavo. Los factores que afectan la reforma de políticas estatales del agro en Nicaragua. Mimeografiado. FLACSO Quito. 1981. Pag. 14.

bién a instituciones públicas que ofertan acciones sociales, que no se encuentran en el ámbito de sus funciones específicas como el Banco Central del Ecuador, el IERAC, PREDESUR, INCRAE, CREA, etc. Esta actuación de instituciones independientes impiden cumplir los objetivos y metas propuestas, por cuanto no existe una coordinación y centralización de las políticas de salud.

Cada una de las instituciones de salud tienen sistemas, cuya ideología, filosofía y/o base de sustentación legal son diferentes, por cuanto demuestran poseer recursos humanos y capacidad instalada, mediado por un eje administrativo que tiene por objeto cubrir las demandas de servicios de sus respectivos sectores sociales. Estas instituciones son el reflejo de la estructura social, por lo cual determinan grados de complejidad institucional garantizados por el Estado. Entonces el proceso formativo de la organización de salud, obedece a la clientela que designa la conformación de los sectores sociales, apareciendo categorías organizacionales de salud que ofertan acciones de salud en la sociedad.

A fin de mostrar el contexto en el que se desarrollan las instituciones de salud estatales, el MSP y el IESS, se describe a continuación el comportamiento institucional destacando de manera particular las principales características.

4.1 Ministerio de Salud Pública

La creación del MSP en la década del 60 se produce en una época de crisis económica. La conformación de un nuevo aparato estatal significaba para el Estado realizaciones económicas, que en un período de estancamien

to económico dificultaba su conformación. Sería la Asamblea Constituyente de 1.967 que crea el Ministerio de Salud por la necesidad de adecuar - al sector salud al proceso modernizante que se dinamiza en el país. (55)

La creación del MSP en un contexto de crisis, parecería ser la razón por la cual esta institución no aglutina otras institución de salud estatales. Antes de dictarse el decreto de creación del MSP, la Asamblea Nacional Constituyente garantiza la contribución económica estatal a las entidades autónomas de salud. Por lo cual el naciente MSP, no tiene ingerencia sobre estas instituciones, esta conformación representa un atraso en cuanto a la orientación de políticas de salud, duplicación de gastos estatales, duplicación de programas, que repercute en una cobertura limitada de acciones de salud. En ese entonces de crisis económica, el Estado no le confiere el carácter de centro de las actividades de salud del país.

A partir de 1.967 el MSP, se encarga de normatizar, reglamentar su composición orgánica, observando las disposiciones legales de su creación. Este período de institucionalización se extiende de manera acentuada hasta 1.972. El MSP es la institución encargada de realizar una política de salud como deber del Estado y como derecho inalienable del pueblo ecuatoriano. El Código de la Salud considera que uno de los principales deberes - del Estado es velar por la salud individual y colectiva. (56). En defini-

(55) A pesar de un período de crisis el Estado no puede postergar por más tiempo la creación del MSP "ninguna organización moderna de cualquier índole puede escapar a la necesidad de cambio. De modo constante se ve constreñida a adaptarse a las transformaciones del mundo circundante y a las menos visibles, pero igualmente profundas de su personal. No puede sobrevivir si no se conserva flexible y capaz de adaptación, vaga pero imperativa condición. Para alcanzarla, puede confiar en la capacidad de iniciativa invención de algunos individuos y algunos grupos". Ver: CROZIER Michael. Sistema Burocrático de Organización. FLACSO. Quito. Pag. 69.

(56) MSP. Código de Salud Reformado. Quito. 1982. Pag. 9

tiva el MSP es la Institución que media los intereses del Estado y la sociedad.

El Código de Salud es un instrumento jurídico por medio del cual el MSP se responsabiliza por todo el aspecto sanitario en el país; los principales aspectos que contiene esta ley son los siguientes:

En septiembre de 1.944 se dicta el Código Sanitario como ley de la República, durante la administración de Velasco Ibarra. Con fecha 4 de febrero de 1971, mediante decreto 108 del Presidente de la República, publicado en el Registro Oficial 158.8-II-71, se expide el Código de la Salud. El código se formula y mantiene su vigencia hasta la actualidad, es un instrumento legal por medio del cual se asignan al MSP sus funciones y responsabilidades en el campo de la salud.

El actual Código de Salud rige todas las actividades relacionadas con la protección, fomento, recuperación y rehabilitación de salud individual y colectiva (Art. 3) para su cumplimiento en el orden político, económico y social se delega al MSP y a la Dirección Nacional de Salud en el orden técnico administrativo, normativo, directivo, ejecutivo y evaluador.

El Estado a través del Código Sanitario realiza una serie de actividades que tiene el objeto de precautelar la salud del individuo desde que nace hasta su muerte; conforma un cuerpo de normas, reglamentos, leyes que le permiten en todo momento el mantenimiento y conservación de la salud de los individuos.

La protección de la salud en el país está encargado a todas las ins-

tituciones que hacen salud y de manera preferente al MSP. Esta institución es la responsable directa de realizar todo tipo de políticas de salud para cumplir con el precepto de velar por la salud individual y colectiva.

Respecto a los accidentes de trabajo y la reproducción de la fuerza de trabajo de los sectores sociales insertos en el sistema productivo; el Estado mantiene un sistema de seguro obligatorio (financiado por los trabajadores, empresarios y Estado). En la actualidad existe una sola institución dedicada a esta función.

Entre las principales áreas que el Estado desarrolla para cumplir con los deberes y obligaciones tenemos a los siguientes:

Corresponde al MSP realizar acciones en el campo de Saneamiento Ambiental y se refiere al control de todos los factores o agentes del medio ambiente que afecten la seguridad y bienestar de los habitantes, el Código de Salud en relación a este punto manifiesta que:

"El saneamiento ambiental es el conjunto de actividades dedicadas a acondicionar y controlar el ambiente en que vive el hombre, a fin de proteger su salud" (57)

El Estado se preocupa del abastecimiento de agua potable, con el objeto de mantener la fuerza de trabajo potencial y activa. El código en este aspecto dice que:

"El Ministerio de Salud Pública mantendrá bajo vigilancia técnica y sanitaria todo suministro de agua potable a fin de asegurar su pureza y calidad pudiendo clausurar el servicio que no cumpla con las normas y disposiciones vigentes" (58).

(57) Idem. Pag. 10

(58) Idem. Pag. 12

A fin de precautelar el abastecimiento de agua organiza una serie de normas, así por ejemplo, declara de utilidad pública el suministro de agua potable (Art. 4). También es obligación estatal garantizar la eliminación de excretas y aguas servidas; para cumplir con este deber el Estado dispone que todas las viviendas en las ciudades deben conectar su sistema de eliminación de excretas a la red de alcantarillado, y en los lugares que no existe esta red, las viviendas deberán tener su sistema de eliminación y tratamiento final (Art. 22).

Todas las actividades de Saneamiento Ambiental son parte de la política general de salud. Al MSP le corresponde establecer atribuciones de salud a los municipios y a otras instituciones del orden público y privado (Art. 7). El MSP reglamenta las actividades correspondientes a la conservación y pureza del aire evitando la presencia de materiales u olores que constituyen amenaza a la salud, seguridad o bienestar. (Art. 12).

Asimismo, siempre con el objetivo de garantizar la salud de los individuos y colectividad el Estado prohíbe, la utilización de sustancias tóxicas peligrosas para la salud, dispone que las basuras deben ser recolectadas y eliminadas de manera sanitaria.

Corresponde al MSP dictar las normas y ejecutar acciones a objeto de defender la salud de los individuos o de la comunidad; el Estado fomentará y promoverá la salud individual y colectiva (Art. 96), toda persona está obligada a colaborar y a participar con los programas de salud (Art.97) El Código Sanitario dispone que el Estado dictará normas y ejecutará las acciones que defiendan la salud de los individuos (Art. 63) para lo cual

dispone el control de las enfermedades trasmisibles de las enfermedades venéreas.

A fin de garantizar la salud de los individuos en relación a las enfermedades trasmisibles, el Estado dispone de normas y acciones, entre las principales tenemos, la notificación obligatoria de todo tipo de enfermedad trasmisible a la autoridad sanitaria, para evitar la propagación epidémica. En el caso de una epidemia la autoridad sanitaria podrá utilizar todas las medidas adecuadas para controlar y evitar el peligro (Art. 71). El Estado a través del Código sanitario dispone la obligación de los individuos a someterse a las inmunizaciones contra las enfermedades trasmisibles.

En relación al funcionamiento de laboratorios y otros establecimientos, al MSP le corresponde la autorización de su funcionamiento, previa la inspección y control. La fabricación, elaboración y distribución de productos farmacéuticos, el código de salud dispone que sólo las farmacias y laboratorios pueden realizar estas actividades y dirigidas por un profesional farmacéutico.

El conjunto de normas que contiene esta ley, le proporciona al MSP todas las atribuciones para llegar con acciones de salud, a objeto siempre de reproducir la fuerza de trabajo de los individuos.

La presencia del régimen Militar de Rodríguez Lara, produce una readequación institucional en la estructura del MSP. La Dirección General de Salud ubicada en Guayaquil se traslada a Quito, se estructuran las jefaturas provinciales de salud, se da lugar a la descentralización de funciones

administrativas. Se efectúa un mejoramiento importante de la oferta de sa lud, a través de la distribución de recursos humanos, financieros y físicos.

En este período se reformula la organización de la administración de salud a objeto de lograr funcionalidad de los programas. Esta actuación se realiza en un proceso de independencia en relación a las otras organizaciones de salud. La organización institucional se posibilita por la capacidad de acción que le dá el régimen y su evolución responde a la necesidad de reducir el conflicto social debido a la presión de los sectores populares. Por lo tanto el MSP no tiene la capacidad, ante sí, de responder a una ampliación profunda de su oferta de salud. En definitiva el MSP responde a la exigencia del proceso productivo y a la mayor capacidad de organización y presión de los sectores sociales.

Al inicio del régimen militar el MSP adquiere jerarquía e influencia, en el mismo año (1.972) incluye a su organización a las Juntas de Asistencia Social. Su evolución institucional tiende a hegemonizar la oferta de salud en el país, por cuanto se amplía la red de establecimientos de salud a los sectores especialmente rurales que antes no accedían a la medicina oficial (campesinos, trabajadores de cuenta propia, etc.)

4.1.1 Estructura del Ministerio de Salud.

El Ministerio de Salud Pública en la década del 70, readecua su organización con el objeto de lograr la coordinación de sus programas entre el nivel central, las jefaturas provinciales y los establecimientos de sa lud. Todo el proceso operativo de coordinación intra-institucional, tiene

la finalidad de transformar todos los recursos disponibles a oferta de acciones de salud. La estructura del MSP comprende tres grandes niveles: El nivel central, la jefatura provincial de salud y los establecimientos de salud. Estos niveles se encuentran en función de la División Político administrativa del país.

La relación de organización entre el nivel central y las jefaturas provinciales son directas con alta comunicación; en cuanto a la retraducción de las decisiones del nivel central éstas son mínimas, por cuanto existe una programación de actividades de carácter lineal. La realización de rutinas (supervisión a los establecimientos de salud) por parte de las jefaturas no producen conflictos administrativos.

La Jefatura Provincial de Salud es el organismo administrativo del sistema de salud, responsable de asegurar la capacidad operativa de las unidades de salud, a fin de cristalizar los programas de salud en la comunidad (59). Las jefaturas son entidades descentralizadas que tienen por función la coordinación de todos los establecimientos del nivel local.

El nivel local es parte del sistema de salud que tiene por objeto - brindar acciones de salud, por cuanto se considera que:

"Los niveles están categorizados de acuerdo al grado creciente de complejidad de las necesidades a satisfacer y de la combinación de recursos humanos y materiales relacionados entre sí por un conjunto de técnicas y procedimientos administrativos" (60).

(59) MSP. Cooperación técnica para el programa de Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud del MSP del Ecuador. Quito.1981.Pag.1.

(60) MSP. Sistema regionalizado de Servicios, subsistemas de Comunicación. Quito. 1.977. Pag. 4

Cada uno de los programas que se realizan a nivel local tienen como responsable al jefe de programa que coordina, supervisa y evalúa el funcionamiento de las actividades desde la Jefatura Provincial de Salud.

Las actividades de salud se realizan al nivel local, por la realización médico-paciente. El nivel local tiene una diversa complejidad de establecimientos de salud (61) a través de los cuales el MSP ejecuta las políticas de salud a la comunidad y son los siguientes: Hospitales, Control de Salud, Subcentros de Salud y Puestos de Salud. De acuerdo al Reglamento Nacional de los Servicios de Atención Médica se conceptualiza a los establecimientos de salud de acuerdo a su complejidad.

Hospital Regional.- Este tipo de establecimiento se localiza en la ciudad más importante de la región de salud, en la cual deberá existir una Facultad de Medicina. Ofrecerá servicios de internación de pacientes, atención de consulta externa (atención ambulatoria) y visitas domiciliarias. Los programas principales que realiza, tiene relación a las áreas de recuperación, prevención, docencia médica. Promoverá y realizará cursos de post-gradado y educación en servicios. El Hospital Regional se caracteriza además por la presencia de todos o la mayor parte de las especialidades clínico quirúrgicas, y un notable desarrollo de servicios de diagnóstico y tratamiento.

Hospital Base.- Se ubica de manera preferente en las capitales provinciales, cuya densidad poblacional así lo amerita. Contará con los servicios básicos de Medicina General, Cirugía, Pediatría, Ginecología y Obstetricia

(61) El MSP, en su Reglamento Nacional de Servicios de Atención Médica, define al establecimiento de salud como un organismo destinado a prestar atención médica-integral ya sea en forma ambulatoria, internamiento o domiciliaria, Ver. MSP. Reglamento Nacional de los Servicios de Atención Médica. 1974. Quito. Pag.1.

además las especialidades de otorrinolaringología, Oftalmología, Traumatología, Cardiología y otros. Deberá contar con servicios de diagnóstico.

Centro de Salud Hospital.- Se ubica en las cabeceras cantonales. Dispone de los servicios básicos, mantienen servicios de diagnóstico. Por su complejidad, refiere pacientes al hospital base y recibe pacientes referidos por los centros de salud.

Centro de Salud.- Es una unidad operacional que ofrece acciones y salud de prevención, recuperación, dentro de una área geográfica y determinada, ofrece servicio de consulta externa y atención domiciliaria. Incluye los programas básicos como: Saneamiento Ambiental, Higiene, Materno Infantil, Preescolar, Escolar, Educación para la Salud. Recibe pacientes de su área y de los subcentros de salud que son asignados.

Subcentro de Salud.- Se ubica en las cabeceras parroquiales, ofrece servicio de consulta externa. La administración la realiza un médico recién graduado (De acuerdo al Plan Nacional de Medicina Rural) una auxiliar de enfermería y un inspector sanitario.

Puesto de Salud.- Se ubican en una población de menos de 2.000 habitantes, proporcionan servicios elementales. Para 1.978, en base al criterio de extensión de cobertura se incrementa el programa de Atención Primaria, este tipo de atención denominado "mínimo" se realiza a través de la auxiliar de enfermería. En los puestos de salud las decisiones de medicina las toma el personal auxiliar. El objeto de este programa es llegar con acciones mínimas y a bajo costo a la población rural.

4.1.2 El Ministerio de Salud y los Recursos

A partir de 1.972, el Estado acentúa la modernización del sistema en todas las áreas, debido a la inesperada riqueza que produce la producción del petróleo. El área social en el período incrementa sus programas de manera importante y dentro de ella las actividades de salud. Al régimen militar que gobierna el país le interesa el desarrollo de las instituciones de salud;

"...para a través de ella, aumentar la productividad y sobre todo legitimar su presencia" (62).

La disponibilidad de recursos permite ampliar la jerarquía institucional del MSP. Para esta institución la década del 70 es un período de construcción y adecuación de su estructura destacando la implementación de la infraestructura de salud básica, así por ejemplo para 1971 controla el 2.7% del total de las camas hospitalarias, para alcanzar en 1.980 el 50.4%

La estructura institucional del MSP tiene la tendencia a desarrollarse en las ciudades, movilizand o todo tipo de recursos hacia ese sector. La lógica de esta concentración obedece al desarrollo del sistema que encuentra en la ciudad su más amplia realización. La alta concentración de establecimientos hospitalarios en la ciudad, especialmente en Quito y Guayaquil desvía los recursos que son urgentemente necesitados para extender la cobertura de los servicios de salud.

"Mientras más sofisticadas las tecnologías sanitarias, más modernos los edificios y más "profesional" el personal, menos será la utilización de esos recursos en las áreas rurales" (63).

(62) ESTRELLA, Eduardo Op. Cit. Pag. 338.

(63) PREALC. Op. Cit. Pag. 235.

A continuación se realiza un análisis de los recursos humanos, físicos y financieros que aparecen en la década a fin de ampliar el carácter institucional del MSP.

4.1.2.1 Recursos Humanos

La organización de los establecimientos de salud depende de la mayor movilización de recursos humanos en salud, que proporcionan las facultades de medicina. Para 1.980 existen 9 universidades que proporcionan educación en medicina, de las cuales 6 forman a médicos (ver cuadro N° 11).

En relación al personal médico, lo más notorio de su distribución en el área urbana y rural. La zona rural para 1.970 incluye al 7.6% de los médicos del país, para incrementar su proporción al 14.4% en 1.981 (Ver cuadro N° 12). La tendencia de médicos hacia este sector se debe a la ejecución del Plan Nacional de Medicina Rural, mediante el cual se realiza un convenio con las facultades de medicina, a fin de que los médicos recién graduados presten sus servicios de manera obligatoria en el área rural. por otra parte , existe un crecimiento porcentual de médicos muy importantes en un período, en el cual se realiza una readecuación de la presencia del médico en el área rural.

Cuadro Nº 11

CENTROS FORMADORES DE RECURSOS HUMANOS DE SALUDEcuador 1.983

UNIVERSIDAD.	FACULTADES Y ESCUELAS							
	Medi cina	Odon tolo gía.	Obste tri- cia.	Enfer mería	Nutri ción.	Tecno logía	Labo rato rio.	Gra- dua- dos.
Central del E cuador.	X	X	X	X		X		X
Católica de - Quito.				X		X	X	
Estatal de - Guayaquil.	X	X	X	X		X		
Católica de Guayaquil.	X			X		X		
de Cuenca	X	X	X	X		X		
Católica de Cuenca.	X							
Nacional de Loja	X			X				
Inst.Politecn. Chimborazo.					X			
Técnica de - Manabí.				X				

FUENTE: MSP. División de Recursos de Planificación de Recursos Hum-
anos.

ELABORACION: Propia.

Cuadro N° 12. CRECIMIENTO PORCENTUAL DE MEDICOS SEGUN AREA
URBANA Y RURAL
Ecuador. 1.970 y 1.981.

A R E A S	1.970		1.981		CRECIMIENTO PORCENTUAL EN EL PERIODO.
	Número	%	Número	%	
TOTAL	2.080	100.0	7.764	100.0	273.3
URBANO	1.921	92.4	6.639	85.5	245.6
RURAL	159	7.6	1.125	14.5	607.5

FUENTE: INEC. Encuesta de Actividades y Recursos de Salud 1.970
MSP. Registro de Profesiones Médicas 1.981

ELABORACION: Propia.

El MSP para 1.980 presenta una gran concentración de profesionales - de la medicina en la zona urbana (ver siguiente cuadro) Por cuanto la ciudad representa la oportunidad de una mejor ganancia en la oferta de la medicina privada, además los programas de atención médica están más desarrollados en la ciudad.

Cuadro N° 13. DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL PERSONAL MEDICO Y
PARAMEDICO DEL MSP POR AREAS 1.980.

PERSONAL	TOTAL	URBANO	RURAL
Médicos	100.0	72.5	27.5
Odontólogos	100.0	98.5	1.5
Obstetricas	100.0	100.0	0.0
Enfermeras	100.0	99.3	0.7
Aux.Enfermería	100.0	83.0	17.0

FUENTE: MSP. División de Recursos Humanos del MSP.

La información anterior, demuestra que la presencia del personal en el área rural es reducida, en relación al universo de atención que corresponde en más del 50% de la población del país.

4.1.2.2 Recursos Físicos

La concentración de recursos humanos se asocia con la distribución de los establecimientos de salud. Para 1.971 el MSP apenas controla el 2.7% de las camas hospitalarias y su cobertura está por debajo del sector privado. Al año siguiente el régimen militar dispone que las Juntas de Asistencia Social se integren al MSP, por esta decisión pasa a controlar al 50.8% de las camas hospitalarias. Considerándose la institución más fuerte en el contexto del sector salud. (ver siguiente cuadro).

Cuadro Nº 14 DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS CAMAS HOSPITALARIAS
SEGUN INSTITUCIONES.

Ecuador 1.972 y 1.980

INSTITUCIONES DE SALUD.	1.972		1.980		CRECIMIENTO PORCENTUAL.
	Camas	%	Camas	%	
Ministerio de Salud	6.124	50.8	8.093	50.5	32.2
I.E.S.S.	959	8.0	1.663	10.4	73.4
Fuerzas Armadas	658	5.5	852	5.3	29.5
Junta de Beneficencia	2.557	21.2	2.250	14.0	-12.0
SOLCA	74	0.6	56	0.3	-24.3
Otros	464	3.9	643	4.0	38.6
Privado	1.203	10.0	2.453	15.3	103.9
Total.	12.039	100.0	16.010	100.0	33.0

FUENTE: INEC. Estadísticas de Recursos y Atenciones 1.972
MSP. Directorio de Establecimientos de Salud. 1.982

ELABORACION: Propia.

El MSP en cuanto a números absolutos pasa de 6.124 camas a 8.093 de 1.972 a 1.982, a pesar de este aumento la distribución porcentual disminuye de 50.8 a 50.5. En cambio el sector privado alcanza un peso porcentual de 10.0 a 15.3 en el período. Esta información muestra el fortalecimiento de la oferta de camas hospitalarias del sector privado, en un período de auge petrolero que expande el desarrollo del proceso productivo. El sector privado alcanza el más alto crecimiento porcentual, a diferencia de las entidades autónomas como la Junta de Beneficencia y SOLCA que experimentan una reducción de camas tanto en números absolutos como relativos al largo del período.

Las políticas de salud en la década, permiten expandir establecimientos de salud en el área rural, a objeto de ofertar acciones de salud a una fuerza de trabajo en expansión. Para 1.972 el MSP tiene 193 Subcentros de salud, a 1.982 éstos se incrementan de manera acelerada.

"El Estado constata las carencias del libre juego del mercado, mide las necesidades que se desprenden de él, establece normas de equipamiento y progresivamente las realiza en beneficio de todos, especialmente de los más desfavorecidos" (64).

Esta ampliación de establecimientos de complejidad mínima, tiende a favorecer a los sectores sociales del área rural, que se encuentran en un proceso de inserción al sistema. (Ver siguiente cuadro).

(64) TOPALOV, Cristhian. La Urbanización capitalista: Algunos Elementos para su análisis. Edicol. México 1.979. Pag. 40.

SEGUN INSTITUCIONESEcuador 1.972 y 1.982

INSTITUCIONES DE SALUD	1.972		1.982	
	Establec.	Camas	Establec.	Camas
Ministerio de Salud		6.124		8.093
Hospitales	86	6.124	120	8.040
Centros de Salud	49	-	50	11
Subcentros de Salud	193	-	723	41
Puestos de Salud	-	-	239	-
Otros	-	-	140	1
IESS	-	959	-	1.663
Hospitales y Clínicas	11	959	17	1.649
Dispensarios	-	-	324	14
Fuerzas Armadas	-	658	-	852
Hospitales y Clínicas	8	658	13	789
Dispensarios	-	-	117	63
TOTAL SECTOR ESTATAL	-	7.741	-	10.608
SECTOR AUTONOMO	-	3.085	-	2.949
Hospitales y Clínicas	-	3.085	-	2.949
Dispensarios	306	--	161	-
SECTOR PRIVADO	-	1.203	-	2.453
Hospitales y Clínicas	84	1.203	175	2.387
Dispensarios	-	--	110	66
TOTAL SECTOR SALUD	-	12.039	-	16.010

FUENTE: INEC. Op. Cit.
MSP. Op. Cit.

ELABORACION: Propia.

En cuanto a camas hospitalarias, el área rural tiene apenas 145 en todo el sector y se ubican en las cabeceras parroquiales de Quito y Guayaquil para 1.981 (65). En términos relativos representa cerca del 1%. Por

(65) Una información más amplia, ver MSP. Directorio de Establecimientos de Salud. Quito 1.981.

otra parte PREALC manifiesta que para 1.973

"Del total de camas hospitalarias disponibles, un 95% se encuentran en zonas urbanas y apenas el 5% en las áreas rurales" (66)

4.1.2.3 La Distribución Urbana y Rural y la "tecnología médica"

Los recursos económicos y el gasto presupuestario de salud por parte del MSP son crecientes en este período, de un 3.2% del presupuesto nacional pasa a 7.3% en 1.980 (ver anexo 1). Esta ampliación del presupuesto también tiene relación con la magnitud que presenta la cobertura de consultas. En 1.971 se dá 0.20 consultas habitante año, para alcanzar a 0.64 en 1.981 (67), si a éste índice lo comparamos con la norma que indica la Organización Panamericana para la Salud, (OPS) de 2 consultas habitante año, la deducción indica que estamos por debajo de esta meta a pesar que la oferta de consultas se incrementa en 220%. En el programa de inversiones para 1.973

"...un 20% se destina a subcentros de salud que es la unidad de atención orientada a las zonas rurales. El 80% se gasta básicamente en hospitales de áreas urbanas" (68)

La expansión del gasto del MSP se debe a la necesidad por ejemplo de satisfacer la presión del conflicto social y es expresión del crecimiento económico, estas dos causas entre otros, se relaciona también con la necesidad de extender acciones de salud para aquellos sectores que de manera indirecta desarrollan actividades de producción capitalistas y no se encuentran como afiliados al IESS, por lo tanto:

(66) PREALC. Op. Cit. Pag. 104.

(67) MSP. Producción de Establecimientos de Salud (Ver tabla 10 de este trabajo).

(68) PREALC. Op. Cit. Pag. 104.

"Los gastos en salud, por ejemplo son vinculados como desembolsos que pueden contribuir al incremento de la productividad de la mano de obra" (69)

El gasto del MSP en el período presenta dos momentos: de 1.970 a - 1.972 el presupuesto disminuye y porcentualmente pasa de 3.2 a 2.4%. A - partir de 1.973 el presupuesto se incrementa de manera notable, según pueden observarse en el anexo 1.

La década gobernada en su mayor parte por un régimen militar de carácter nacionalista, permite distribuir los ingresos económicos en la realización de las políticas sociales, mediante las cuales trata de legitimarse a través de la ampliación del consenso social. Esta actuación beneficia la estructuración del naciente MSP, su expansión presupuestal es reflejo entonces del poder económico del Estado que trata de:

"...consolidar un mercado urbano; pero, también es expresión de la necesidad de satisfacer las exigencias de crecientes conflictos sociales" (70).

4.2 Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

En el país existe una sólo institución de seguridad social, encargada de otorgar beneficios a sus afiliados a través de sus diferentes prestaciones, bajo una sola ley obligatoria para todos los trabajadores, empleadores y Estado que financian la existencia del Seguro Social. Esta institución es parte de la política socio-económica del país, por el cual se asegura a los afiliados condiciones de vida, salud, a objeto de lograr

(69) FOXLEY, Alejandro. y Otros. Efectos de la Seguridad Social Sobre la Distribución del Ingreso. CEPLAN. Santiago de Chile - 1.977. Pag. 13.

(70) CASTELLANOS, Pedro. Op. Cit. Pag. 25.

una mejor productividad. Esta política se ejecuta de manera general en la zona urbana, especialmente en Quito y Guayaquil, el área rural queda marginada de los beneficios del IESS.

El IESS tiene una base tripartita en relación a su funcionamiento y se realiza mediante los aportes de los trabajadores, patronos y Estado; - el aporte se realiza en base al salario del afiliado. Según la estimación que realiza el Departamento de Estadística y matemático actuarial del IESS, el número de afiliados asciende a 555.335 en el año de 1.980; equivalente al 6.6% de la población total, al 20.4% de la población económicamente activa y al 52.5% respecto de la población asalariada del país.

El IESS, ofrece acciones de salud a través de la Dirección Nacional Médico Social. La administración se realiza por medio de la Dirección General que se ubica en Quito, y la Subdirección en Guayaquil. La máxima autoridad es el Consejo Superior, organismo estatal que tiene como finalidad cristalizar el carácter de la función redistributivista del Seguro Social.

La actual Dirección Nacional Médico Social (DNMS) nace el 13 de Marzo de 1.937, con el objetivo de restablecer lo más pronto la capacidad de la fuerza de trabajo como consecuencia de enfermedad o accidente. Es claro destacar que a partir de 1.970 inicia una etapa de modernización que tiende a mejorar la cobertura de sus actividades. Se inaugura este año el Hospital Carlos Andrade Marín, constituyéndose en el principal centro hospitalario del país. Para 1.973 se estructura de mejor manera el Seguro So

cial Campesino (71). El Seguro Social centra sus esfuerzos para brindar acciones de salud de carácter curativo y lo hace a través de una infraestructura de servicios localizada en los principales centros productivos del país.

La DNMS del IESS, pasa de 959 a 1663 camas hospitalarias significando un crecimiento del 73.4%, superando únicamente por el sector privado (ver cuadro 15). Se crean hospitales y se estructuran 324 servicios considerados como subrogados y anexos. El presupuesto para las actividades de salud en el período 1.974-78 tiene una tasa de crecimiento promedio de 23.9% (72). Los pesos porcentuales corresponden a la relación del gasto destinado a la atención de salud de los afiliados para el presupuesto general del IESS observándose que los valores absolutos aumentan y los porcentajes se mantienen alrededor del 16.5%. (ver cuadro siguiente).

Cuadro Nº 16. PRESUPUESTO DE SALUD DEL IESS 1.974-1.978
(miles de sucres).

<u>AÑOS</u>	<u>VALOR</u>	<u>%</u>
1.974	575.297	16.52
1.975	743.406	16.48
1.976	963.216	12.84
1.977	1'124.236	16.64
1.978	1'351.963	16.72

FUENTE: GARCIA S. Rafael. La Seguridad Social en el Ecuador: Análisis Social Político e Institucional. Tesis de maestría FLACSO. 1.980 Pag. 96.

- (71) Es del caso resaltar que para 1.963 el entonces Instituto Nacional de Previsión Social, mediante decreto supremo extiende el régimen del Seguro Social Obligatorio a los trabajadores agrícolas, de la misma manera para 1.966 se reitera la necesidad de la inclusión de los trabajadores agrícolas. Pero en 1.973 se encuentra una reglamentación que posibilita la aplicación de esta ley. Para 1979 en un período de auge petrolero y desarrollo modernizante del sistema capitalista, el Seguro Social Campesino encuentra una estructuración adecuada, su financiamiento es real. Se estructura a nivel regional y con unidades operativas.
- (72) Las diferencias porcentuales que resultan de los valores absolutos de año a año y dividiendo por el número de sus valores, se obtiene el crecimiento promedio en el período.

El gasto presupuestal permite ofrecer acciones de salud numerosas por afiliado, por cuanto el objetivo de esta institución es mantener en mejores condiciones la fuerza de trabajo a fin de garantizar el desarrollo del proceso productivo, y cubren a los sectores sociales que se encuentran realizando trabajos de alta productividad, por lo cual los beneficios en salud para esta población son altas, al respecto se manifiesta que:

"Ilustran el problema los resultados de un estudio de la Organización Panamericana de la Salud sobre los gastos para atención médica de las instalaciones de Seguridad Social, comparado con las instalaciones del Ministerio de Salud, en varios países latinoamericanos. En este estudio se descubrió que los desembolsos en los hospitales de Seguridad Social eran dos o tres veces mayores por día de atención al paciente que en los hospitales del Ministerio de Salud. Además la relación de camas de hospital disponibles a trabajadores asegurados es también mayor que las disponibles para la población general.... y encima los servicios ambulatorios para asegurados en policlínicos o centros de salud y los medicamentos prescritos suelen ser también más abundantes y de mejor calidad técnica que las disponibles para la inmensa mayoría de latinoamericanos, que no pueden permitirse el pago de atención médica privada y tienen que atenerse a los recursos públicos" (73).

5.- Relación Interinstitucional

La implementación de políticas de salud por parte de las instituciones obedecen a la satisfacción de salud de sus correspondientes clientelas. Durante la década la relación interinstitucional se realiza bajo la modalidad de "convenios". Esta actuación crea expectativas en el sentido de lograr canalizar en el futuro algún tipo de coordinación. A objeto de concretar esta tendencia se ha formado desde 1.980 una oficina con funciones de coordinación denominado Consejo Nacional de Salud, con el propósito de intentar racionalizar al sector. Entre sus principales funciones tendrá como

(73) ROEMER, Milton. Op. Cit. Pag. 373.

finalidad la coordinación de las instituciones al más alto nivel, orientará la política de salud y la planificación en todas las áreas, realizará estudios para la creación del Servicio Nacional de Salud.

La creación de la oficina de coordinación nacional en salud es al parecer, producto de las aspiraciones latentes de individuos y tal vez de grupos que propugnan una real doctrina de salud que presionan y conducen a crear un organismo central de salud, o aún puede ser el resultado de la presión institucional modernizadora de racionalizar las actividades, opiniones, conceptos de salud a fin de lograr en el futuro la presencia de una sola ideología en el cual se cristalicen los objetivos de la Organización Mundial de la Salud "Salud para todos en el año 2.000".

En definitiva la coordinación inter-institucional en el país permitirá la ejecución de políticas de salud de carácter nacional, pero esto no quiere decir que las políticas de salud, de cada una de estas instituciones dejen de realizarse, por cuanto están obedeciendo al momento del desarrollo histórico del proceso político.