



T  
614  
CAR

# ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DEL LITORAL

Escuela de Postgrado en Administración de  
Empresas

Programa de Gerencia de Servicios de Salud

## PRIMERA PROMOCION Trabajo de Graduación

### SALUD MATERNO INFANTIL EN LA PROVINCIA DE MORONA SANTIAGO

**Realizado por:**

Dr. Enrique Carvajal G.

Dr. Juan León P.

Dr. José Murillo H.

**Dirigido por: Dr. Rafael Martínez Gómez**

**Guayaquil, Diciembre 1996**

## CONTENIDO

Agradecimiento	i
Dedicatoria	ii
Introducción	iii
Resumen Ejecutivo	v

### CAPITULO I

#### MARCO TEORICO

	Pág.
1.1 Antecedentes .....	1
1.2 Justificativos .....	1
1.3 Reseña Histórica .....	2
1.4 Análisis Situacional de Salud materno infantil en el Ecuador .....	8
1.4.1 Condiciones socioeconómicas .....	9
1.4.2 Educación .....	10
1.4.3 Situación de la Salud de la Mujer.....	10
1.4.4 Morbilidad .....	10
1.4.5 Situación de la Salud del niño.....	12
1.4.6 Servicios Materno Infantil brindados a la población .....	12
1.4.7 Recursos del Sistema de Salud	
Sistema formal .....	13
Sistema no formal .....	13
1.4.8. Consideraciones Generales.....	14

### CAPITULO II

#### DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN

2.1 Aspectos demográficos .....	15
2.2 Aspectos socioeconómicos .....	21
2.3 Infraestructura en salud.....	35
2.4 Recursos humanos en salud.....	36
2.5 Perfil Epidemiológico .....	39
Mortalidad General.....	39
Morbilidad .....	47
2.6 Programa Materno infantil en la Provincia de Morona Santiago ...	51
2.6.1 Consultas Ambulatorias.....	51
2.6.2 Cobertura Materno Infantil.....	54
Prenatal.....	54
Partos .....	55
Post-parto .....	55
Regulación de la Fecundidad .....	55
Detección Oportuna del Cáncer .....	55

2.6.3 Atención Infantil .....	55
Niños menores de 1 año .....	55
Niños de 1 a 4 años .....	56
Niños de 5 a 14 años .....	56
2.6.4 Coberturas de vacunación .....	56
2.6.5 Situación Nutricional infantil .....	58
2.6.6 Odontología .....	58
2.6.7 Egresos y rendimiento Hospitalarios .....	60
2.6.8 Intervenciones Quirúrgicas .....	61

### CAPITULO III

#### POLÍTICAS Y PROPUESTAS

3.1 Políticas .....	63
3.2 Propuestas.....	71
3.2.1 Descentralización .....	71
3.2.2 Definición del Paquete mínimo de actividades.....	76
3.2.3 Capacitación de recursos humanos.....	78
3.2.3.1 Formación de promotores de salud Shuar-Achuar.....	78
3.2.3.2 Curso de seguimiento a Parteras empíricas .....	80
Objetivo general .....	81
Objetivo específico .....	81
Duración.....	82
Recursos .....	82
Presupuesto .....	83
Temática.....	85
3.2.3.3 Proyecto para el curso de capacitación de personal auxiliar de enfermería sin formación que laboran en la Provincia de Morona Santiago .....	87
Justificativo .....	87
Diagnostico del problema .....	88
Propuesta .....	89
Análisis de costo eficacia .....	90
Idoneidad .....	90
Aceptabilidad .....	91
Continuidad .....	91
Oportunidad .....	91
Cronograma .....	93
3.2.3.4 Curso de enfermería para auxiliares de salud comunitaria.....	95
Descripción del curso .....	95
Propósito del curso .....	96
Objetivos del curso .....	96
Metodología y técnicas de aprendizaje .....	97
Evaluación y seguimiento .....	98
Coordinación, jefatura y docentes del curso .....	98
Plan sintético del curso .....	102

3.2.4 Detección oportuna de Cáncer (DOC) .....	103
PMA para el programa de DOC. ....	103
3.2.5 Programa de Lactancia Materna .....	104
3.2.6 Autofinanciamiento de los servicios.....	106
Comité de salud .....	107
Organización financiera de los comités de salud. ....	108
Participación del comité de salud en las actividades del sector .....	109
3.2.7 Sistema de control .....	110
3.2.7.1 La Supervisión .....	112
3.2.7.2 Aspectos a supervisar .....	113
Aspectos técnico-médicos de las actividades del PMA de la consulta curativa .....	113
Del seguimiento de las enfermedades crónicas .....	113
De la consulta preventiva de los niños .....	114
De la consulta preventiva de mujeres embarazadas .....	114
De la prevención y promoción para la salud .....	114
Del Trabajo comunitario .....	115
Aspectos técnico-médicos de actividades específicas de la consulta de estomatología .....	115
Del Laboratorio .....	115
Aspectos técnicos administrativos:	
Relacionados con los recursos humanos .....	115
Relacionados con los recursos financieros .....	115
Relacionados con los recursos materiales .....	115
Relacionados con la infraestructura .....	116
Relacionado con la comunidad .....	116
Relacionado con el Área de salud y/o la UO. ....	116
Conclusiones .....	117
Bibliografía .....	120

## AGRADECIMIENTO

Queremos presentar nuestro más sincero agradecimiento a todas aquellas personas e Instituciones que de una u otra forma han contribuido para que podamos culminar este curso de post-grado entre ellas: ESPOL, MSP, AUPHA, USAID, MISION SALESIANA DEL ORIENTE. De manera especial va nuestro sentido agradecimiento a nuestras esposas, que con su comprensión y apoyo permanente contribuyeron para alcanzar este objetivo, de obtener una Especialidad en Servicios de Salud.

## **DEDICATORIA**

**A las madres y niños que permanentemente experimentan en carne propia las vicisitudes e iniquidades de una atención de salud injusta y con su amor y abnegación a sus hijos tratan de paliar esta situación.**

## RESUMEN EJECUTIVO DEL TRABAJO DE GRADO

### SALUD MATERNO-INFANTIL EN LA PROVINCIA DE MORONA SANTIAGO

El presente estudio está dividido en tres capítulos: Historia, Evaluación y diagnóstico, y , Políticas y propuestas. Nos permite conocer los aspectos históricos de la Atención Materno Infantil tanto en la Provincia de Morona Santiago como a nivel del país, ya sea en el desarrollo de la medicina formal como informal.

Se realiza una comparación entre los datos nacionales y los provinciales, con lo que se logra una caracterización demográfica, socioeconómica y epidemiológica, además, se hacen constar indicadores de producción de servicios de salud del MSP del Ecuador, durante el quinquenio comprendido de 1991 a 1995. Se inicia con la distribución de las atenciones ambulatorias, según los diversos componentes, luego las coberturas de atención Materno Infantil y un análisis de su evolución que incluye vacunación en menores de un año, estado nutricional, y además atención odontológica . También se presenta información sobre hospitalización, cirugía y exámenes complementarios para diagnóstico y tratamiento, evolución de egresos y rendimiento hospitalario e indicadores sobre intervención quirúrgica.

La propuesta diseñada permitirá ampliar las cobertura en la atención de la madre y el niño optimizando la utilización de los recursos disponibles, mejorar la calidad de los servicios de salud y conseguir equidad, solidaridad, eficiencia, eficacia y universalidad, así como la coordinación con entidades públicas y privadas que invierten sus recursos en salud, capacitación de recursos humanos del MSP, así como del sector informal de la salud, principalmente en la población Shuar-Achuar. En estas propuesta se incorporan los elementos Gerenciales en la administración de la Salud en la Provincia.

## INTRODUCCIÓN

Existe una alta tasa de morbi-mortalidad materno-infantil en la provincia de Morona Santiago, producida principalmente por enfermedades infecto contagiosas.

Barreras económicas, sociales, organizacionales, culturales y geográficas determinan falta de equidad en la prestación de servicios médicos materno-infantiles.

Es necesario mejorar los recursos humanos, financieros y materiales para ofrecer servicios de salud de óptima calidad.

Se hace indispensable que los servicios de salud sean eficientes, optimizando los recursos existentes y ofreciendo los servicios médicos al menor costo.

La salud es un derecho de todos los habitantes, sin distinción de edad, raza, nacionalidad, situación socio-económica-cultural, a la que deben tener acceso en iguales condiciones. Esto nos determina que la cobertura universal es un imperativo que debe implementarse a mediano plazo.

Solo la solidaridad social para hacer frente a la enfermedad evitará la muerte prematura y bajará el índice de los años de vida perdidos por la morbi-mortalidad.

Cuando vemos en los Hospitales, en las calles, en los hogares a niños y madres desnutridos, nos vemos ante el imperativo de unirnos para combatir esta injusticia.

Cuando vemos a niños desamparados, solos, abandonados, sin recursos para sobrevivir, sin un hogar, pensamos que debemos tomar medidas para cambiar esta estructura social y económica.

Cuando vemos a las madres solas, desamparadas, abandonadas, sin recursos para sobrevivir creemos necesario combatir esta injusticia.

Cuando por las calles deambulan mujeres trabajadoras sexuales porque no tienen recursos para sobrevivir con sus hijos consideramos que hay inmensas injusticias que es necesario terminarlas.

Cuando existen niños y madres enfermos, sin recursos para consulta médica en hospitalización, ni medicinas, todos buscamos un cambio.

Cuando vemos a madres y niños maltratados e indefensos estamos frente a un grave problema social.

Cuando sentimos el dolor inmenso de la muerte prematura de nuestros hijos, nuestras madres, nos sentimos impotentes ante estas realidades y nuestras vidas quedan

marcadas para siempre con un recuerdo de tristeza, porque al irse para siempre se van sus esperanzas de un mundo mejor.

- Cuando vemos en un lejano paraje de la Amazonía morir a una madre y un niño por no poder acudir a tiempo en busca de atención médica, creemos que es obligación del Estado proporcionar una cobertura universal en salud.

Por estas razones creemos que se justifica todo trabajo que intente desentrañar las causas de esta lacerante realidad y encontrar caminos que nos permitan una vida digna, donde los seres humanos no mueren antes de tiempo.

Los niños son los orientadores de la sociedad del mañana y solo sus madres podrán formarlos sanos y equilibrados física y psíquicamente.

En este trabajo presentamos una historia, un diagnóstico y una propuesta de cambio; un cambio en que participemos todos quienes vivimos en Morona Santiago.

El objetivo de este trabajo es conocer la situación actual de la madre y el niño en este espacio geográfico, conocer los indicadores de morbi-mortalidad, las coberturas alcanzadas en la prestación de servicios de los diferentes componentes de salud materno infantil. Nuestra propuesta se encamina a mejorar la actual situación de deterioro de los indicadores de salud materno-infantil, para alcanzar una cobertura universal en atención médica preventiva y curativa, desarrollando un sistema de salud donde los servicios que se presta sean de calidad, eficientes y eficaces, y con iguales oportunidades de acceso para todos, creando mecanismos de solidaridad social para que los que más tienen ayuden a los más pobres. La propuesta se encamina a aumentar en cantidad y calidad los recursos humanos, modernizar la estructura física y el equipamiento incorporando la tecnología; incorporando recursos tanto de parte del Estado como con una autogestión bien concebida y desarrollada, creando la competencia en el mercado en base de la calidad y la eficiencia.

Si los recursos existentes no son bien administrados no producen los resultados deseados y el impacto en la población es menor, por lo mismo relevamos la importancia del liderazgo en la gerencia de los servicios de salud, para conseguir la excelencia, eficiencia y equidad, alcanzando una cobertura universal. Destacamos la importancia de que el proceso de producción de los servicios de salud se haga con la participación motivada de todos los recursos humanos, conformando el equipo de salud multidisciplinario dirigido por **EL GERENTE EN SERVICIOS DE SALUD**.

# CAPITULO I

## MARCO TEÓRICO

### 1.1 ANTECEDENTES

El Ministerio de Salud Pública de Ecuador ha implementado el Programa Materno Infantil, cuyo objetivo general es entregar al País un ciudadano en adecuadas condiciones biológicas, psicológicas y sociales, mediante la atención adecuada de la madre y el niño, desde su concepción hasta los cuatro años de edad, incluye también la planificación familiar.

Este programa tiene vigencia a nivel nacional, teniendo en la actualidad como organismos ejecutores a las Áreas de Salud, bajo la supervisión de las Direcciones Provinciales y la Dirección Nacional de Fomento y Protección a nivel Central.

Dentro del proceso de reformas del sector salud que se está implementando en el País el mismo que está avalizado por Organismos Internacionales como la OMS y OPS, con la colaboración de la AID y el Banco Mundial, se ha dado énfasis en la capacitación de los recursos humanos en actividades gerenciales.

Dentro de este contexto de formación de futuros gerentes en servicios de Salud se ha seleccionado el Programa Materno Infantil en la provincia de Morona Santiago, para efectuar una revisión amplia de su evolución histórica de su estructura organizacional, del grado de cumplimiento de los objetivos y metas, así como las coberturas y deficiencias del mismo.

### 1.2 JUSTIFICATIVOS

- a.- Conocimiento del proceso histórico del programa Materno Infantil a nivel del País y de la provincia de Morona Santiago.
- b.- Impacto del programa en la población.
- c.- Valoración en los usuarios del grado de satisfacción.

- d.- Valoración de la estructura organizativa y la ejecución del programa.
- e.- Evaluación de la cobertura del programa a través del tiempo.
- f.- Conocer la participación Estatal de los Organismos no Gubernamentales y la participación comunitaria.
- g.- Implementación del manejo gerencial del programa Materno Infantil.

### 1.3 RESEÑA HISTÓRICA

“La vida de toda institución pública o privada dispone de fechas memorables que a manera de hitos históricos, permiten recordar las grandes decisiones que en su momento fueron adoptadas para iniciar su organización o para lograr su perfeccionamiento o desarrollo. No hay duda que serán muchos los hitos de esta historia; sin embargo es preciso señalar dos fechas que tienen especial consideración: el día de la creación del Ministerio de Salud Pública, el 16 de Junio de 1967 y el 14 de Abril de 1972, fecha en la cuál se decidió la reestructuración de ésta Cartera de Estado, entregándole las facilidades necesarias para satisfacer eficiente y eficazmente la gran responsabilidad que implica la salud de una comunidad, agobiada por una enorme y compleja problemática que actuaba y actúa todavía, negativamente, sobre el nivel y calidad de vida de los ecuatorianos. Es importante efectuar una breve descripción de los hechos que ocurrieron en el País al rededor de la fecha de creación del Ministerio de Salud”.

“Luego de la Revolución Liberal de 1985, se constituyen las Juntas de Asistencia Social dirigidas por el Ministerio de Previsión Social, Trabajo, Salud y Cooperativas y se estimaba que el Ministerio disponía de no más del 30% de su tiempo para la conducción de los Servicios de Salud, para esa época ya funcionaba la Subsecretaría de Salud creada 4 años antes en aplicación al plan elaborado por el Dr. Atilio Machiavello consultor de la OPS, contratado por la Junta de Planificación. En líneas de coordinación con la subsecretaría se encontraban las cuatro Juntas Centrales de Asistencia Social, de las cuales dependía doce Juntas Provinciales. De conformidad con la ley, las Juntas Centrales y Provinciales, tenían atribuciones para formular y decidir sus propias políticas, encaminadas en general a la recuperación de la salud, eminentemente hospitalaria. Así

mismo había una escasa coordinación con LEA, SOLCA, y la Junta de Beneficencia, que disponía de camas y servicios ambulatorios para la atención en sus respectivos campos.

De la Subsecretaría de Salud dependía la Dirección Nacional con sede en Guayaquil la misma que disponía de un Subdirector Nacional, 3 Jefes de Divisiones Nacionales de Epidemiología, Salud Materno-Infantil y atención médica, y los Jefes de las distintas Campañas de Control Epidemiológico, así como el Director del Instituto Nacional de Higiene. Estas divisiones se crearon también con aplicación al citado plan”.

En línea directa había tres Inspectorías Técnicas Zonales de Sanidad: Central, Litoral y Austral, de las que dependían las correspondientes Jefaturas Provinciales de Sanidad de su circunscripción geopolítica, desarrollado con el auspicio de la OPS y UNICEF conformando la primera manifestación moderna de un sistema regionalizado de servicios, aunque sin la participación de los Hospitales. Cada Jefatura Provincial de Sanidad disponía de oficinas administrativas y de control epidemiológico y sanitario, con una complejidad relacionada con la magnitud e importancia de la Provincia. Así mismo en cada provincia había Centros de Salud en cada Cabecera Provincial e Inspectorías Sanitarias cantonales.

“En Guayaquil y Quito, funcionaban alrededor de cuatro Centros de Salud. Los Centros estaban organizados para entregar prioritariamente servicios de fomento y protección de Salud Materno Infantil. Era característica la escasa dotación de personal, en la mayoría de los Centros de Salud, con excepción del Centro # 1 Quito y 2 Centros de Salud en Guayaquil”

“Muy pocos Centros tenían planta física propia construida funcionalmente. Finalmente el Ministerio disponía solamente de 300 camas para la atención de Infectología. En la mayoría de las provincias había laboratorios provinciales del Instituto de Higiene”.

“En síntesis la organización de la salud pública en esa época permite identificar una clara delimitación entre la atención hospitalaria y la atención ambulatoria, sin ninguna coordinación entre sí, al mismo tiempo que una escasa cobertura, con elevada marginación de las poblaciones de cabeceras Cantonales y Parroquiales.

Esta grave situación originó el constante reclamo de las facultades de medicina del País, la Federación Nacional de Médicos y la Sociedad Ecuatoriana de Salud Pública que solicitaron al Congreso y al Ejecutivo la creación del Ministerio de Salud. Lo cuál se logró con decreto # 084 expedido en el Registro Oficial del 16 de Junio de 1967 siendo el Dr. Cesar Acosta Vázquez el primer Ministro de Salud Pública del Ecuador”.

Desde la creación del Ministerio de Salud Pública hasta la fecha se realizaron algunas actividades importantes:

- En 1969 aprobación por el Congreso del Plan de Medicina Rural.
- En 1970 salida de la primera promoción de médicos de campo.
- Aprobación por el Congreso del Código de Salud en sustitución del antiguo código sanitario.
- Unificación del sistema del Presupuesto del Ministerio de Salud con las Juntas de Asistencia Social.
- Iniciación de la primera vacunación Antípolio con vacuna Sabin.
- Contratación de un empréstito y construcción de 24 centros de salud hospital para cabeceras cantonales.
- Primera reunión fronteriza Colombo-Ecuatoriano en Salud.
- Abril de 1972 centralización de la Dirección General de Salud.
- En 1973 surgió el llamado Plan País y se formularon un buen número de programas, inclusive de saneamiento básico, aunque no habían aún los apropiados niveles educativos.
- En 1979 se estructura un segundo plan quinquenal de salud.
- El 29 de Agosto de 1986, el Ministerio de Salud dicta un acuerdo aprobando las normas del Programa de Control de Enfermedades Diarreicas.
- El 7 de Junio de 1988, se aprueban las normas clínicas para Fomento y Protección de la salud materno Infantil en servicios ambulatorios.
- En 1990 se crea el Programa Nacional de Control, Crecimiento y Desarrollo.
- En 1992 se dictan las Normas para la atención Materno Infantil por niveles de complejidad.

- El 10 de noviembre de 1989, se aprueba el manual de Normas Técnicas del programa ampliado de Inmunizaciones.
- El 20 de Septiembre de 1991, se aprueba el Plan Nacional de Salud, estableciéndose políticas esenciales en Salud que son:
  - 1.- Desarrollo del modelo de atención orientada al fomento de la salud con participación familiar y comunitaria.
  - 2.-Mejoramiento de la alimentación y la nutrición especialmente de los menores y de las madres embarazadas.
  - 3.- Impulso al saneamiento básico y dotación de agua potable.
  - 4.- Fortalecimiento y ampliación de los servicios de salud.
  - 5.- Desarrollo Institucional.
  - 6.- Desarrollo del Sistema Nacional Integrado de Salud.
- El 19 de Julio de 1993, se aprueba el Manual de Organización y Funcionamiento de las Áreas de Salud y los documentos “Sistema Regionalizado de Servicio de Salud” y “Capacidad Resolutiva de las Unidades y Áreas de Salud”.
- El 18 de Julio de 1993, el Ministerio de Salud aprueba el Manual de Fomento y Protección de la Lactancia Materna.
- En 1992 se decreta el establecimiento de los SILOS, mediante las modalidades de áreas de salud.
- El 19 de Abril de 1989, se dicta un acuerdo sobre el manual de procedimientos de Recursos Humanos, para la descentralización administrativa en las Direcciones provinciales y Áreas de Salud.
- El Ministerio de Salud Pública, establece normas para la atención Materno-Infantil, mediante acuerdo ministerial del 1 de Noviembre de 1989, entendiéndose por normas de atención al conjunto de pautas explícitas que regulan las actividades del Equipo de Salud, y que sean aplicadas a la mayor proporción de casos y que se ajusten a las circunstancias, para de ésta manera asegurar niveles adecuados de atención.

El MSP del Ecuador implementa el manual de normas para la atención Materno-Infantil por niveles de complejidad, mediante acuerdo ministerial del 12 de Mayo de 1992, que comprende normas de atención prenatal, de atención del parto eutócico, de atención del post-parto, de planificación familiar y de detección oportuna del cáncer cervico-uterino.

En Enero de 1995 se aprueban reformas substanciales en la Constitución Política de Estado Ecuatoriano, en el capítulo referente al derecho de las personas, estableciendo que el Estado formulará la Política Nacional de Salud y determina su aplicación en los servicios de salud tanto públicos como privados. El sistema nacional de salud, con la participación de los sectores públicos y privados, funcionará de acuerdo a los principios de universalidad, equidad, solidaridad y eficiencia, fomentará la investigación científica y el desarrollo tecnológico con criterios éticos.

En lo que respecta a la provincia de Morona Santiago, ésta no ha estado ajena a los cambios que han ocurrido a nivel del País.

La información histórica, ha sido obtenida de datos bibliográficos y entrevistas a personeros de mayor antigüedad institucional tales como la Lcda. Sor Marcia Muñoz, Enfermera jefe del Hospital Pío XII de Sucúa que labora en la provincia desde el año de 1962; la enfermera Sor. Gina Tessari, presente en la provincia desde el año 1952.

- En 1952 se crea el primer Hospital en la provincia mediante un convenio entre el Estado y la Misión Salesiana, es el Hospital Quito de Santiago de Méndez, siendo el primer médico el Dr. Rosendo Rojas, oriundo de la provincia del Cañar y la primera enfermera misionera salesiana Sor Gina Tessari, con estudios en el Hospital Mauriciano de Turín Italia, con presupuesto de 5.000 sucres mensuales, se dedicaban a la medicina asistencial con los servicios de hospitalización, emergencia y medicina preventiva, a una población aproximada de 5.000 habitantes.

- En 1963, se crea el Hospital MISEREOR de Gualaquiza, con un médico y como primera enfermera a la misionera salesiana Sor Leonor Espinoza, orientada a la medicina asistencial.

- En los años siguientes, se creó el Hospital de Macas, siendo la primera enfermera Sor Carlota Nieto, que al igual que los anteriores estaba orientada a la medicina asistencial.

La población de la provincia de Morona Santiago, tiene un núcleo de inmigrantes en tiempo de la colonia en la ciudad de Macas y de inmigrantes de otras provincias del País

que desde hace aproximadamente 50 años se viene incrementando, que se han distribuido en toda la provincia, pero predomina la población shuar y achuar que constituye aproximadamente el 50%.

Como en todo el País, el presupuesto del Estado para la salud es insuficiente, por lo mismo, pese al esfuerzo de algunos funcionarios, empleados y trabajadores del MSP, pero a la ayuda de organismos internacionales como la OMS, OPS, UNICEF, pero a la ayuda de ONG's no se ha alcanzado una cobertura universal en la prestación de los servicios de salud ni en saneamiento ambiental, por ello predominan las enfermedades cuyo perfil epidemiológico corresponde a Países subdesarrollados; y, los indicadores de morbi-mortalidad, sobre todo materno-infantil son elevados.

Las etnias shuar y achuar, milenarios habitantes de esta provincia, han tenido y tienen una vida libre en su selva y han logrado sobrevivir con su propia cultura.

En entrevista con los habitantes shuar nos han manifestado que es costumbre que los partos sean atendidos por familiares de la madre, así como el control del embarazo y post-parto. Es costumbre que la lactancia materna sea de 2 años. En el tratamiento de la morbilidad materno-infantil se ha utilizado y se utiliza la medicina tradicional shuar, prescrita por el UWISHIN (curandero) shuar, en base de plantas medicinales endémicas de la amazonía.

Cabe destacar que el aporte importante prestado a la salud en general y básicamente a la materna infantil, por los misioneros Salesianos, quienes desde hace 100 años se han constituido en un baluarte en el desarrollo y progreso de los pueblos. Cuando el Estado no prestaba ninguna atención a la salud en esta provincia, fueron los Salesianos, con sus recursos, quienes instalaron los primeros centros de salud. Hasta hoy prestan su aporte, en convenio entre el Vicariato Apostólico de Méndez y el Ministerio de Salud Pública en los hospitales fiscomisionales Pío XII de Sucúa, San José de Taísha, MISERECOR de Gualaquiza y Quito de Méndez (4 de los 6 hospitales que tiene el MSP en la provincia).

## 1.4 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD MATERNO-INFANTIL EN EL ECUADOR

La población estimada del Ecuador del año 1988 alcanzó los 10'203.000 habitantes según la proyección del censo de 1982, el 49% habita en la Sierra, el 48% en la Costa y el 3% restante en las regiones del Oriente y Galápagos.

El crecimiento de la población en los dos últimos períodos intercensales fue el 3.3 % entre 1962 y 1974, y apenas disminuyó al 2.6% entre 1974 y 1982. Constituye uno de los crecimientos más elevados de América latina, a excepción de México, presentando variaciones entre las diferentes regiones del País. En efecto, se presenta muy elevado en los sectores urbanos y especialmente en las grandes ciudades como Quito, Guayaquil y Portoviejo, en tanto que en los sectores rurales el crecimiento es moderado e inclusive en algunas provincias y cantones es menor.

A partir de 1984 la población urbana comienza a superar a la población rural, alcanzando en 1987 el 52.6% del total de la población. sin embargo debe notarse que el proceso de urbanización en el Ecuador es uno de los más lentos en América latina.

La estructura de la población muestra un elevado porcentaje de población de niños y jóvenes.

La estructura de la población según grupos etáreos, de acuerdo a la última información censal, es la siguiente:

Menores de 1 año	3.08%
1 - 4 años	12.54%
5 - 14 años	25.68%
15 - 44 años	44.53%
45 años y más	14.17%

No obstante que la población menor de 15 años ha disminuido de 45.7% a 41.3%, entre 1974 y 1987, debe notarse el elevado porcentaje que representa el segmento poblacional de niños y jóvenes con respecto al total de la población (41.3%), así como el escaso porcentaje de los mayores de 45 años (14.17%).

Actualmente el País tiene múltiples etnias, estimándose el grupo indígena alrededor de la tercera parte de la población total; el 50% es mestiza, mientras el 10% está conformado por negros y mulatos.

Como consecuencia se produce un mosaico en el que se observa una conjugación de los estilos de vida modernos y tradicionales, y un comportamiento distinto frente al proceso Salud-Enfermedad.

#### **1.4.1 CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS**

Las condiciones socioeconómicas y las características culturales de hecho condicionan la calidad de vida de los ecuatorianos vinculándose directamente con el estado de salud individual y colectivo. A partir de 1980 el Ecuador viene sufriendo una crisis económica sin precedentes. En consecuencia, el desempleo, la caída de la oferta alimentaria, la inflación, la contracción del gasto social y el deterioro del salario real, afectan a las familias en general y particularmente a las mujeres y niños de clases desposeídas, disminuyendo en forma ostensible su capacidad para luchar contra la enfermedad y la muerte. La proporción mayor de la población económicamente activa vive en áreas urbanas, centro de los polos de desarrollo.

Alrededor de 3.75 millones de la población rural se encuentra en situación de pobreza absoluta y alrededor de 2.75 millones, en situación de pobreza crítica.

La corriente migratoria experimentada en la última década ha dado lugar al crecimiento de los barrios marginales en las grandes ciudades.

## 1.4.2 EDUCACIÓN

El analfabetismo en la población mayor de 15 años alcanza un porcentaje de aproximadamente el 12%, sin embargo, deberá señalarse como grave el problema de la subalfabetización en los sectores rurales y el hecho que el analfabetismo sea mayor en el sexo femenino. Cuando se asocia la variable analfabetismo, con grupo étnico de pertenencia, clase social baja, residencia rural, emigrante temporal u asentamiento urbano marginal se registran niveles de mortalidad más altos en el grupo de menores de 3 años.

## 1.4.3 SITUACIÓN DE LA SALUD DE LA MUJER

Los daños de salud en la mujer de sectores populares se generan fundamentalmente en las condiciones de vida que son productos a la vez de la marginación tradicional ejercida contra ella por la sociedad. Los riesgos de embarazo en adolescentes, el agotamiento por embarazos muy seguidos, las cargas de trabajo físico intenso, el riesgo de parto después de los 35 años, la multiparidad, el alto índice de abortos ilegales y sin asistencia médica, son condiciones asociadas directamente a la morbilidad y mortalidad materna.

La escasa educación de la mujer le ha dificultado incorporarse a la fuerza laboral remunerada, las mujeres económicamente activa de sectores populares trabajan, en general, en áreas de servicio personales, agricultura y artesanía, con bajas remuneraciones.

La situación de la mujer ecuatoriana es altamente grave, no solo en el ámbito social-laboral, sino en el ejercicio de otros derechos como la salud.

## 1.4.4 MORBILIDAD

Las principales causas de egresos hospitalarios (INEC/86) en la población de 10 a 19 años corresponden a partos (28.628 con tasas de 12.7 por mil), traumatismos (6.888 con 3.9 por mil) y enfermedades infecciosas y parasitarias (6.531 con 2.9 por mil).

La fecundidad en los adolescentes es alta. En 1993 se produjeron 329.000 nacimientos; de éstos, alrededor de 45.000 ocurrieron en adolescentes entre 15 y 19 años, lo que representa el 14% del total.

En el Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora" de Quito en 1986 se atendieron 13.131 partos de los cuales 32 fueron en menores de 15 años y 2.447 en el grupo de 15 a 19 años, correspondiendo al 18% del total de partos atendidos (Departamento de Estadística del Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora" Quito 1987).

A este centro de salud Materno Infantil acuden mujeres en edad fértil de condiciones socioeconómicas bajas, presentando un porcentaje importante el número de adolescentes embarazadas.

Los embarazos precoces y la problemática obstétrica derivada de los mismos, es un tema complejo en la medida que no puede ser considerado simplemente como resultado de un descuido o de falta de información, puesto que responde a motivaciones mucho más complicadas y profundas.

Las enfermedades de transmisión sexual son otro problema preocupante no solo por la situación actual sino por la perspectiva y condiciones dadas por su expansión.

La mortalidad materna según fuentes oficiales, señala tasas de 1.5 mujeres fallecidas por cada 1000 nacimientos en el año de 1985, cifra que no solo es muy alta en comparación con otros Países latinoamericanos, sino que ha disminuido poco en las últimas décadas.

En el Ecuador el 41% de todas las muertes maternas ocurridas en 1986 en mujeres menores de 20 años y mayores de 35. El 50% de las defunciones registradas para éste año se debieron a hemorragias o toxemias.

Se mantiene como primera causa las complicaciones del trabajo de parto y otras complicaciones de éste hecho fisiológico como la hipertensión, sepsis, apareciendo en sexto lugar el aborto no esperado.

### **1.4.5 SITUACIÓN DE SALUD DEL NIÑO**

El trabajo de la madre determina la desprotección de los niños en una de las etapas más críticas determinando deprivación afectiva, alimentaria y de seguridad. Otro de los problemas lo constituye la deserción y repetición escolar.

La desnutrición del niño especialmente en el menor de 5 años es frecuente y grave, ya que el 55.4% de los niños menores de 5 años presenta algún grado de desnutrición. El problema es mayor en los sectores de ingresos más pobres del País.

Las principales causas de ingresos hospitalarios en niños menores de un año corresponden a infecciones intestinales, infecciones respiratorias y deficiencias nutricionales. En el pre-escolar (1-4 años) persisten las infecciones respiratorias, luego las intestinales y en tercer lugar los accidentes.

La mortalidad infantil a nivel nacional correspondió a 40 por mil nacidos vivos en el año 1985, sin embargo debido a un importante subregistro especialmente en el niño menor de un mes se ha estimado que sería entre un 60 a 70 por mil.

Las principales causas de muerte fueron las siguientes: perinatales; sufrimiento fetal agudo, prematuréz(29.2%), enfermedades respiratorias agudas (21.3%) y enfermedades diarreicas agudas (18.4%). La tendencia ha sido el aumento progresivo de las causas perinatales.

### **1.4.6 SERVICIOS MATERNO-INFANTIL BRINDADOS A LA POBLACIÓN**

La prestación de servicios a la madre y al niño se la efectúa a través de distintas Instituciones estatales y privadas. A pesar de los esfuerzos realizados por el Ministerio de Salud Pública aún no se han alcanzado las metas propuestas, siendo evidente la necesidad de incrementar esfuerzos y sobre todo, recursos en aquellas provincias cuyas cifras son menores a los promedios nacionales.

En atención prenatal las coberturas en el MSP en los últimos 10 años han fluctuado entre el 40 a 50%; en el parto la cobertura de atención se ha mantenido y no ha superado el

30%, de éstos el 75% en la zona rural y el 25% en la zona urbana, no tuvieron asistencia médica.

En relación la Post-Parto las coberturas se han mantenido alrededor del 14%. La regulación de fecundidad alcanza una tasa de prevalencia del 29% en las mujeres de edad fértil y el 44% de las mujeres actualmente unidas. La situación de Detección Oportuna del Cáncer (cervico-uterino y mamario en mínimo) alcanzando una cobertura de 2.4% en las mujeres de riesgo. Se carece de información respecto a la atención perinatal así como del bajo peso al nacer.

El control del crecimiento y desarrollo tiene coberturas insuficientes 51.3% (1986) y 7.4% en preescolares a nivel del MSP. En relación a las coberturas de inmunizaciones: en menores de 1 año BCG 84.7%, tercera DPT 50.5%, tercera AP 50.9%, y Antisarampionosa 46.3%. La cobertura de atención del escolar alcanzó el 10% de los niños matriculados en primero y sexto grado.

#### **1.4.7 RECURSOS DEL SISTEMA DE SALUD**

**a.- SISTEMA FORMAL DE SALUD.-** Frente a la situación materno-infantil antes señalada, la oferta del sistema institucional se caracteriza por ser fragmentada con funcionamiento disperso de las Instituciones públicas y privadas.

En relación a los recursos humanos hay una distribución desigual de los trabajadores del sector salud. Los profesionales médicos prefieren ejercer en las grandes ciudades como son: Quito, Guayaquil y Cuenca, dejando desprotegido de atención grandes grupos poblacionales. La escasez del personal de enfermería es realmente crítica. A esto se agrega una inadecuada formación de los recursos humanos frente a la realidad de la sociedad.

Un hecho evidente es la existencia de una gran desarticulación de la red de servicios de las diferentes Instituciones del sector salud, es particularmente grave en relación a la concentración y congestionamiento de la atención del parto hospitalario en las grandes ciudades sin una red de referencia y contrareferencia adecuada.

**b.- SISTEMA NO FORMAL.-** Gran parte de la atención en salud Materno-Infantil, especialmente en las áreas rurales es realizada por la propia familia, o por miembros de la

comunidad, que están organizados en gradientes según el conocimiento y poder para resolver, neutralizar o prevenir la enfermedad.

La condición multicultural y multiétnica del País requiere reconocer ésta realidad y buscar mecanismos de articulación participativa del sistema formal y no formal.

#### **1.4.8 CONSIDERACIONES GENERALES**

- El análisis reflexivo de la situación de salud Materno-Infantil en el Ecuador, nos permite rescatar los siguientes hechos importantes:
- La población del Ecuador es heterogénea y presenta diferencias significativa según sus condiciones socioeconómicas culturales.
- Se identifica con claridad que la situación Materno-Infantil es multicausal, multifactorial y requiere respuestas integradoras.
- La inserción socioeconómica y cultural y la desigual distribución de los recursos, determinan que grandes sectores de la población estén actualmente en condición de pobreza crítica y con necesidades Materno-Infantil insatisfechas.
- La familia de grupos populares, urbanos, rurales, indígenas, sufren el impacto de la discriminación, en el acceso a la educación, a la incorporación al estado laboral, a los servicios de salud, agravados por la falta de protección social y jurídica, lo que repercute gravemente en el estado de salud de la familia.
- La situación Materno-Infantil en la actualidad se expresa en altas tasas de morbilidad y mortalidad, siendo sus causas prevenibles.
- Frente a ésta situación las respuestas institucionales han sido dispersas, centralizadas, con bajas coberturas, con poca participación interinstitucional y comunitario, sin considerar las características socioculturales de la población.

## CAPITULO II

### DIAGNOSTICO Y EVALUACIÓN

#### 2.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Para cualquier mecanismo de investigación que se proponga es imprescindible contar con información demográfica básica, pues se requiere cuantificar la población a la que potencialmente se va atender, conocer su distribución espacial, su composición etárea y por sexo, su potencial de crecimiento, su concentración, etc.

El INEC, para 1996 calcula que la provincia de Morona Santiago tiene un total de 127989 habitantes, lo que corresponde a 1.1% del total nacional (11'968.496 hb). Es la quinta provincia menos poblada del País, pero la segunda más poblada del Oriente Ecuatoriano después de Napo. Morona Santiago tiene una superficie de 25690 Km<sup>2</sup>, lo que da una densidad poblacional de 5 habitantes por Km<sup>2</sup>, es decir, bastante menor que la densidad total nacional (43 hb por Km<sup>2</sup>). Se ubica entre las provincias de menor densidad poblacional del País, pero es la segunda con mayor densidad población de la Región Oriental, después de Sucumbíos (7 hb por Km<sup>2</sup>).

Morona Santiago, se divide en 8 cantones que son: Morona, Gualaquiza, Limón Indanza, Palora, Santiago, Sucúa, Huamboya y San Juan Bosco. La población, superficie y densidad poblacional cantonal para 1996 consta en el cuadro a continuación:

**CUADRO No. 1**  
**POBLACIÓN, SUPERFICIE Y DENSIDAD POBLACIONAL**  
**CANTONES DE MORONA SANTIAGO - 1996**

CANTONES	HABITANTES	SUPERFICIE	DENSIDAD
SUCÚA	18667	1828.1	10.2
SANTIAGO	11032	1979.6	5.6
GUALAQUIZA	15973	3152.1	5.1
MORONA	56597	11402.4	5.0
SAN JUAN BOSCO	4534	1039.2	4.4
LIMON-INDANZA	10993	2700.2	4.1
PALORA	5824	1456.7	4.0
HUAMBOYA	4370	2132.8	2.0
<b>TOTAL</b>	<b>127989</b>	<b>25690</b>	<b>5.0</b>

Fuente: INEC, Proyecciones de Población por Provincias, cantones, áreas sexo y grupos de edad. Período 1900-2000.

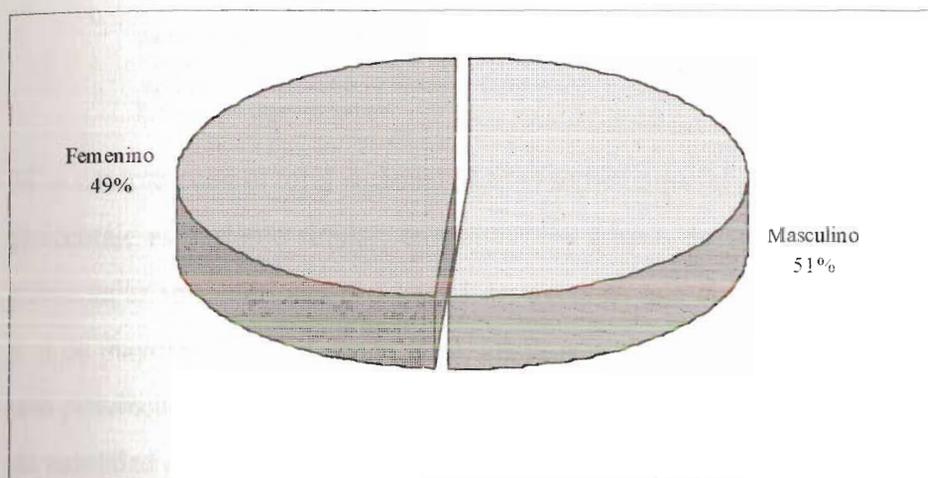
Ecuador 1994 y Censo 1990.

Elaboración: Grupo de trabajo

Como se puede apreciar existe una gran heterogeneidad entre los cantones. El número poblacional y su concentración y/o dispersión hace que las estrategias de comunicación, educación, salud, etc. sean distintas, de ahí la importancia del conocimiento de éstos datos.

Para 1996 la distribución de la provincia de Morona Santiago por sexo se puede ver en el gráfico siguiente:

**GRÁFICO No. 1**  
**PORCENTAJE DE POBLACIÓN POR SEXO**  
**MORONA SANTIAGO - 1996**



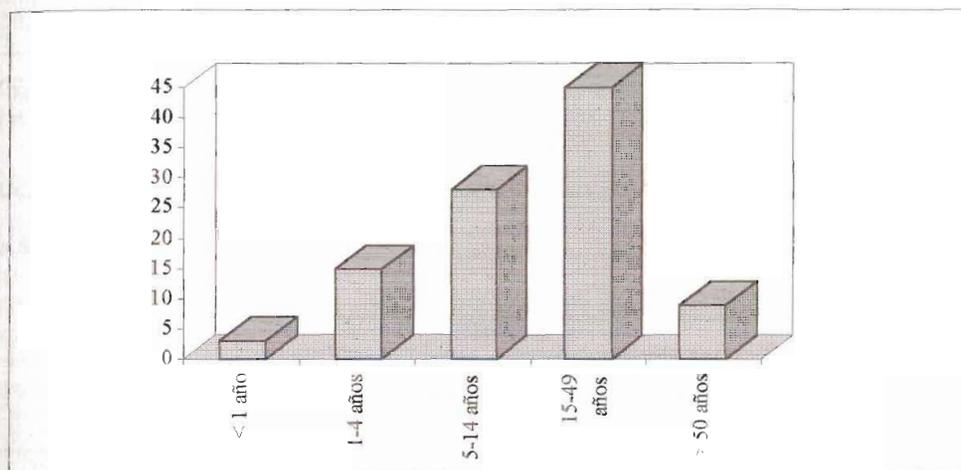
Fuente: INEC, Proyecciones de Población por provincias, cantones, áreas, sexo y grupos de edad.

Periodo 1990 - 2000. Ecuador 1994 y Censo 1990.

Elaboración: Grupo de trabajo

La composición por grupos de edad que a continuación se presenta se basa en una proyección realizada por el Ministerio de Salud Pública. En Morona Santiago, para 1995 el grupo de menores de 1 año corresponde al 2.5% (3.104) del total de habitantes de la provincia, el de 1 a 4 años a 14.9% (18.443), el de 5 a 14 años 28.3% (35.144), el de 15 a 49 años 45.3% (56.227) y el de 50 años y más a 9.0% (11.215) (Ver gráfico No.2).

**GRÁFICO No.2**  
**PORCENTAJES POR GRUPOS DE EDAD**  
**MORONA SANTIAGO - 1995**



Fuente: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Planificación, División Nacional de Estadística. Proyecto APS. Proyección de Población por grupos de edad según provincias, cantones y parroquias. Ecuador 1995.  
 Elaboración: Grupo de trabajo

Si se compara con el total nacional (2.6%) se tiene que el grupo de menores de un año el porcentaje es bastante similar, en cambio los grupos de 1 a 4 años y de 5 a 49 años los porcentajes son inferiores (10.1 y 23.7), mientras que el grupo de 15 a 49 años (51.4%) y el de mayores de 50 años (12.2%), los porcentajes son mayores. Lo que podría sugerir una provincia que prácticamente aún no inicia una transición demográfica, aunque la tasa de natalidad es menor a la nacional (13.7 por 1000 nacidos vivos en 1994 versus 16.4).

Las tasas de natalidad reportadas por el INEC para 1994, para los cantones de Morona Santiago van desde 25.6 en Palora, hasta 8.8 por 1000 habitantes en San Juan Bosco.

Estas son:

**CUADRO No. 2**  
**TASA DE NACIDOS VIVOS POR CANTÓN**  
**MORONA SANTIAGO-AÑO 1994**

CANTONES	NACIDOS VIVOS	TASA NATALIDAD
PALORA	136	25.6
HUAMBOYA	108	25.4
SANTIAGO	217	20.36
GUALAQUIZA	233	15.1
SUCÚA	268	14.8
LIMON-INDANZA	126	11.8
MORONA	520	10.1
SAN JUAN BOSCO	39	8.8
<b>TOTAL</b>	1647	13.7

Tasa: 1000 nacidos vivos

Fuente: INEC, Anuario de Estadísticas Vitales. Ecuador. 1994.

Elaboración: Grupo de trabajo

**CUADRO No. 3**  
**POBLACIÓN TOTAL Y POR SEXO**  
**MORONA SANTIAGO 1990 A 2000**

AÑOS	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
HOMBRES	54490	56381	58280	60196	62088	63989	65863	67740	69613	71478	73333
MUJERES	5027	52217	54197	56182	58167	60147	62126	64105	66082	68053	70015
TOTAL	104737	108598	112477	116367	120255	124133	127989	131845	135695	139531	143348

Fuente: INEC, Proyecciones de Población por provincias, cantones, áreas, sexo y grupos de edad. Período 1990 - 2000. Ecuador 1994  
Elaboración: Grupo de trabajo

El crecimiento de la población por grupos de edad, en cambio se lo puede apreciar en el cuadro siguiente:

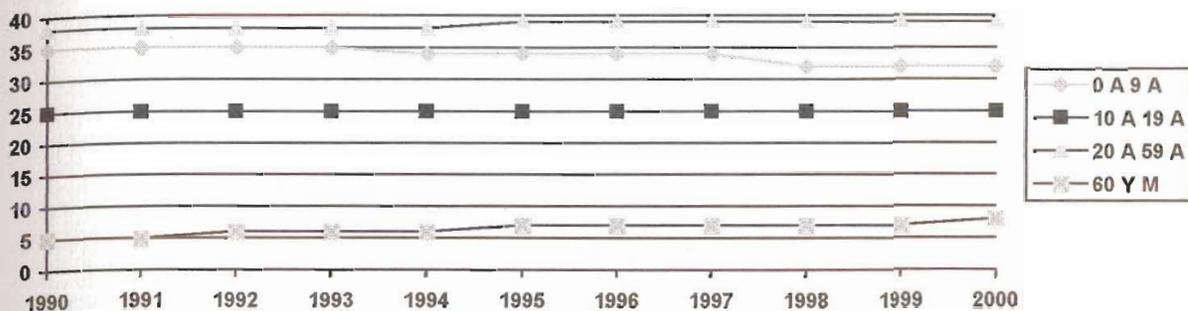
**CUADRO No. 4**  
**POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDAD**  
**MORONA SANTIAGO 1990 A 2000**

AÑOS	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
0 - 4	18983	19494	20018	20545	21059	21547	22437	22437	22856	23263	23660
5 - 9	16790	17324	17828	18316	18804	19314	20408	20408	20968	21519	22049
10 - 14	13591	14084	14554	15002	15428	15830	16520	16520	16830	17140	17469
15 - 19	11958	12453	12962	13474	13976	14455	15359	15359	15790	16200	16585
20 - 24	9291	9694	10101	10512	10927	11349	12230	12229	12677	13117	13537
25 - 29	7475	7802	8136	8474	8813	9148	9805	9804	10131	10460	10793
30 - 39	10767	11105	11414	11707	11998	12298	12925	12925	13241	13550	13849
40 - 49	7060	7374	7742	8144	8562	8977	9837	9837	10283	10719	11135
50 - 59	4453	5635	4814	4995	5183	5383	5787	5787	6002	6245	6528
50 Y +	4369	4633	4908	5198	5505	5832	6537	6537	6917	7318	7743

Fuente: INEC, Proyecciones de Población por provincias, cantones, áreas, sexo y grupos de edad. Período 1990 - 2000. Ecuador 1994  
Elaboración: Grupo de trabajo

Ahora bien, si se agrupa los datos anteriores en niños (0 a 9 años), adolescentes (10 a 19 años), adultos (20 a 59 años) y el grupo de la tercera edad (mayores de 60 años), se aprecia que el porcentaje de los dos primeros grupos, es decir, niños y adolescentes con respecto al total tienen tendencia a disminuir mientras que los otros grupos tienen la tendencia contraria (ver gráfico siguiente), lo que significa que hay una propensión al envejecimiento poblacional y por tanto un cambio en la problemática de salud-enfermedad y en sus soluciones.

**GRÁFICO No. 3**  
**PORCENTAJES DE POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDAD**  
**MORONA SANTIAGO - 1990 A 2000**



Fuente: INEC, Proyecciones de Población por provincias, cantones, áreas, sexo y grupos de edad. Período 1990 - 2000.  
 Ecuador 1994  
 Elaboración: Grupo de trabajo

La tasa de crecimiento calculada para el País de 1995 al 2000 es de 1.97 en general y de 0.10 rural en cambio Morona Santiago tiene tasas más altas: 2.9 general y 1.07 rural. Las tasas de crecimiento por cantones es la siguiente.

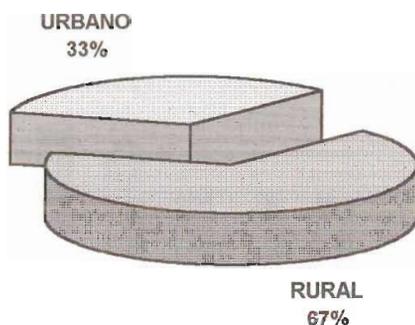
**CUADRO No. 5**  
**TASAS PORCENTUALES DE CRECIMIENTO TOTALES Y RURALES**  
**POR CANTONES**  
**MORONA SANTIAGO 1995 - 2000**

CANTONES	Tasa Crecim. total	Tasa Crecim. Rural
MORONA	4.5	1.06
PALORA	4.2	1.07
LIMÓN INDANZA	1.4	1.07
GUALAQUIZA	1.3	1.06
SUCÚA	1.3	1.07
SANTIAGO	1.3	1.07
SAN JUAN BOSCO	1.1	1.06
HUAMBOYA	1.1	1.06

Fuente: INEC, Proyecciones de Población por provincias, cantones, áreas, sexo y grupos de edad. Período 1990 - 2000.  
 Ecuador 1994  
 Elaboración: Grupo de trabajo.

Como se puede observar los cantones que tendrán un crecimiento general más elevado son Morona y Palora, estos crecimientos se dan a expensas tanto de la zona urbana como rural.

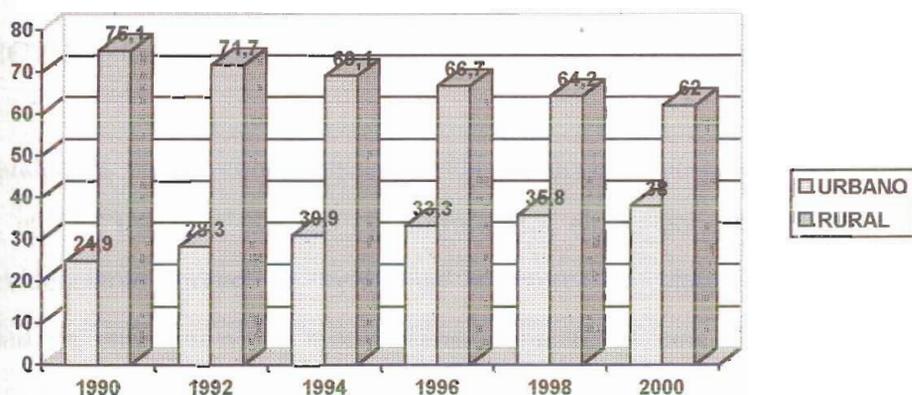
**GRÁFICO No. 4**  
**PORCENTAJE DE POBLACIÓN SEGÚN ÁREAS**  
**MORONA SANTIAGO - 1996**



Fuente: INEC, Proyecciones de Población por provincias, cantones, áreas, sexo y grupos de edad. Período 1990 - 2000 Ecuador 1994  
 Elaboración: Grupo de trabajo

El porcentaje rural de Morona Santiago es bastante superior al nacional (38.9% para 1996). En general Morona Santiago, durante la década de los noventa tiene una tendencia de crecimiento urbana - rural que se presenta en el siguiente gráfico y es compatible con el comportamiento nacional, es decir un crecimiento urbano y decrecimiento rural.

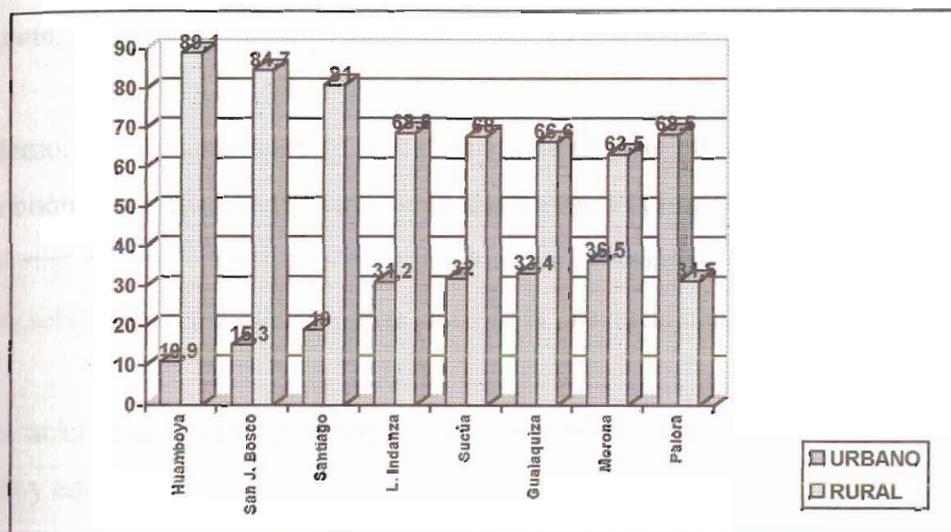
**GRÁFICO No. 5**  
**PORCENTAJES DE CRECIMIENTO SEGÚN ÁREAS**  
**MORONA SANTIAGO 1990 - 2000**



Fuente: CEPAR, Proyecto Análisis y Promoción de Políticas de Salud, 1994  
 Elaboración: Grupo de trabajo

La distribución urbano rural por cantones para 1996, es heterogénea (ver gráfico No. 6) así como su crecimiento rural cantonal se lo puede apreciar en el cuadro No. 5

**GRÁFICO No. 6**  
**PORCENTAJES DE DISTRIBUCIÓN URBANA - RURAL**  
**POR CANTONES**  
**MORONA SANTIAGO - 1996**



Fuente: CEPAR- Proyecto Análisis y Promoción de Políticas de Salud, 1994  
 Elaboración: Grupo de trabajo

Huamboya tiene el mayor porcentaje de población rural, mientras que Palora tiene el menor, esto implica problemas distintos así como también estrategias de solución diversas acorde con cada realidad y sus tendencias. Palora es el único cantón de la provincia con la población urbana predominante.

## 2.2 ASPECTOS SOCIO-ECONÓMICOS:

Las desigualdades en las condiciones de vida, es decir socio-económicas, culturales, sanitarias, etc. se traducen también en **iniquidades** en las condiciones de salud, que pueden evidenciarse, como se verá más adelante, en algunos indicadores. “La **probabilidad** de enfermar y de morir prematuramente es más alta en determinados estratos socio-económicos como consecuencia de problemas de alimentación, condiciones ambientales insanas, actividades laborales riesgosas o contaminantes, el **desempleo**, la falta de educación para comprender las ventajas del cuidado de la propia salud y además, las dificultades que existen para acceder a la atención de salud tanto **preventiva** como curativa. A los problemas relacionados con la oferta de servicios se

suman los de la demanda, pues hay aspectos que limitan o condicionan el acceso de una población a los servicios de salud como: “la distribución espacial de la población, las comunicaciones y el grado de heterogeneidad u homogeneidad cultural y étnica. También inciden factores asociados al desarrollo social y a la dinámica económica, tales como el nivel de analfabetismo, la concentración del ingreso y el porcentaje de los asalariados. Finalmente, las reivindicaciones de organizaciones con poder político...”

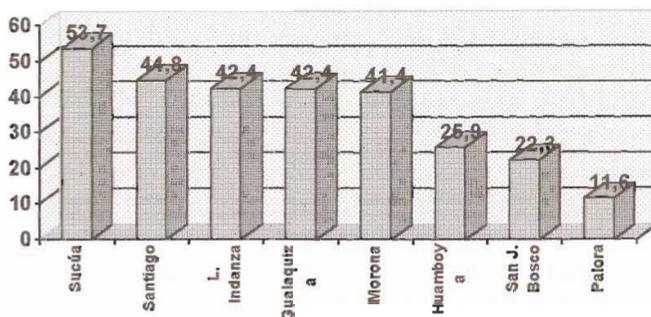
Para demostrar lo antedicho se inicia una descripción de algunos de los aspectos socioeconómicos mencionados para luego analizarlos a la luz de la salud de la población. Esto permitirá por ejemplo, asignar recursos a programas que tendrán un máximo impacto sobre el perfil epidemiológico tanto de la provincia como de sus cantones.

En este acápite se tratan dos aspectos socio-económicos que parecen más relevantes: vivienda y educación.

Para los aspectos relacionados con **vivienda** se consideran las siguientes características: viviendas que tienen servicio de agua por red pública, agua por tubería dentro de la vivienda, eliminación de aguas servidas por alcantarillado, servicio higiénico de uso exclusivo, servicio eléctrico y la posibilidad de eliminar la basura mediante el carro recolector. El contar o no con cada uno de estos elementos se relaciona con un riesgo distinto de vivienda y por tanto de salud.

El 57.1% de las viviendas del País para 1990 tiene acceso a agua por red pública. El porcentaje calculado para Morona Santiago es inferior (40.4%). Al romper este promedio provincial se pueden observar interesantes diferencias entre los cantones de esta provincia (ver gráfico No. 7). Cantones como Sucúa y Santiago son los mejor dotados de este servicio mientras que Palora es el más afectado.

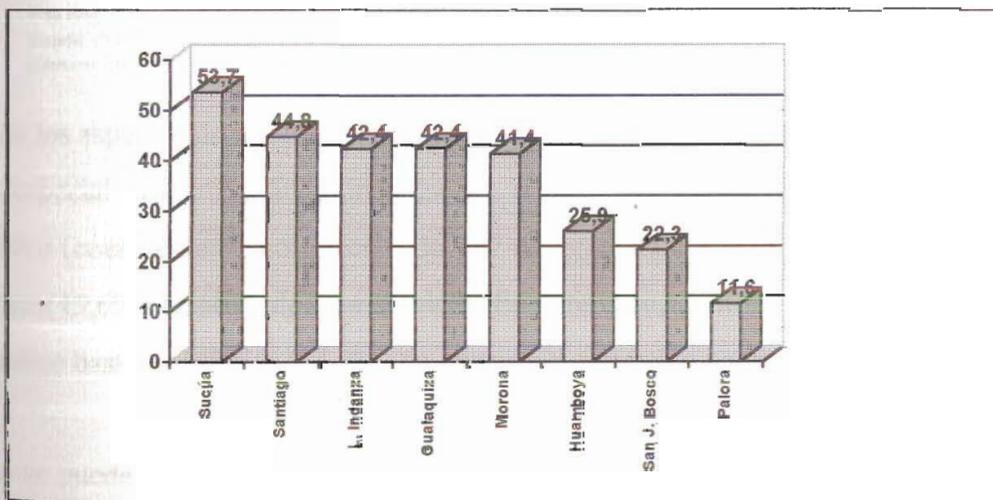
**GRÁFICO No. 7**  
**PORCENTAJES DE VIVIENDAS CON AGUA POTABLE**  
**POR CANTONES**  
**MORONA SANTIAGO - 1990\***



\* Se realiza una recomposición parroquial para los cantones creados hasta 1993. Fuente: INEC, Censo 1990.  
 Elaboración: Grupo de trabajo

Ahora bien, Morona Santiago tiene un menor porcentaje de viviendas con agua potable a su interior (26.5%) que el promedio nacional (40.6%). La heterogeneidad cantonal se evidencia en el siguiente gráfico.

**GRÁFICO No. 8**  
**PORCENTAJES DE VIVIENDAS CON AGUA A SU INTERIOR**  
**POR CANTONES**  
**MORONA SANTIAGO - 1990\***

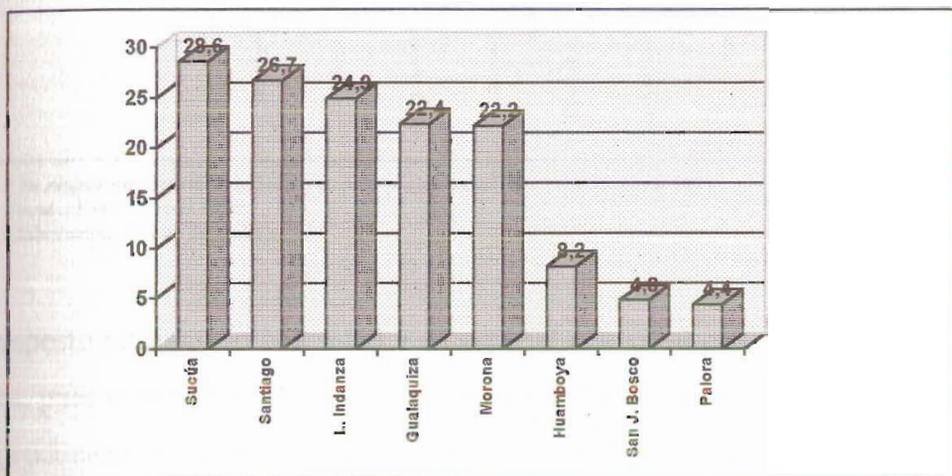


\* Se realiza una recomposición parroquial para los cantones creados hasta 1993.  
 Fuente: INEC, Censo 1990.  
 Elaboración: CEPAR - Proyecto Análisis y Promoción de Políticas de Salud

Como se puede observar, en todos los cantones de la provincia de Morona Santiago, alrededor de una tercera parte o menos de las viviendas tienen agua a su interior. Los cantones menos dotados son San Juan Bosco y Palora.

Otro aspecto importante de infraestructura a considerar es el alcantarillado. Al igual que en los casos anteriores, Morona Santiago tiene un porcentaje inferior al nacional (21.3 versus 39.5%). La dotación de este servicio es aún más limitada en esta provincia que para el caso de agua potable. Nuevamente San Juan Bosco y Palora son los cantones menor servidos en este aspecto. Los diferenciales cantonales se pueden ver a continuación.

**GRÁFICO No. 9**  
**PORCENTAJES DE VIVIENDAS CON**  
**ALCANTARILLADO POR CANTONES**  
**MORONA SANTIAGO - 1990\***



\* Se realiza una recomposición parroquial para los cantones creados hasta 1993.

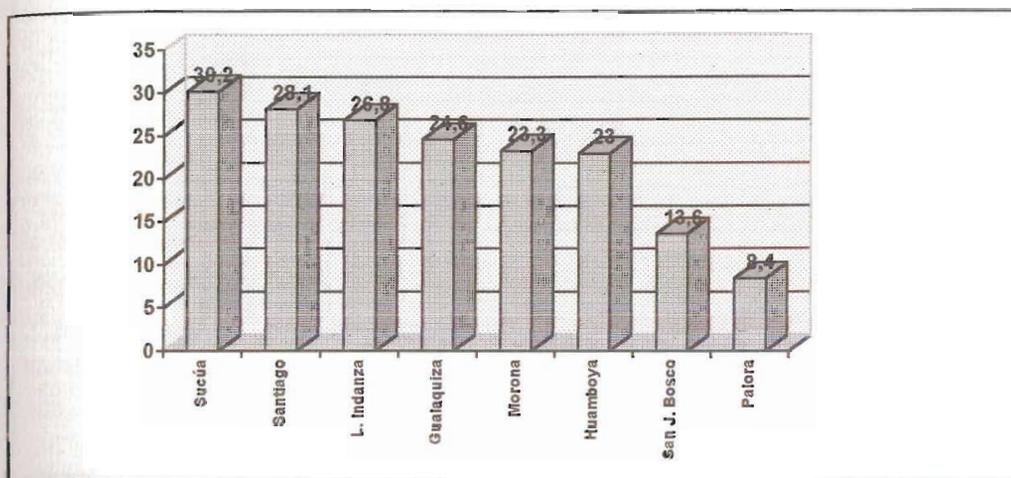
Fuente: INEC, Censo 1990.

Elaboración: CEPAR - Proyecto Análisis y Promoción de Políticas de Salud

Uno de los aspectos de infraestructura sanitaria más relacionados con problemas de salud y en especial con mortalidad materna es el disponer de servicio higiénico de uso exclusivo (coeficiente de correlación de -0.7 en general), cerca de la mitad de viviendas del País (49.6%) dispone de este servicio. En este caso, Morona Santiago presenta un porcentaje bastante inferior (24.2%) en relación al promedio nacional.

Como se puede ver en el gráfico No. 10, Palora y San Juan Bosco nuevamente son los cantones más perjudicados en este sentido, mientras que cantones como Santiago y Gualaquiza son los que más disponen de este servicio.

**GRÁFICO No. 10**  
**PORCENTAJES DE SERVICIO HIGIÉNICO DE**  
**USO EXCLUSIVO POR CANTONES**  
**MORONA SANTIAGO - 1990\***



\* Se realiza una recomposición parroquial para los cantones creados hasta 1993.

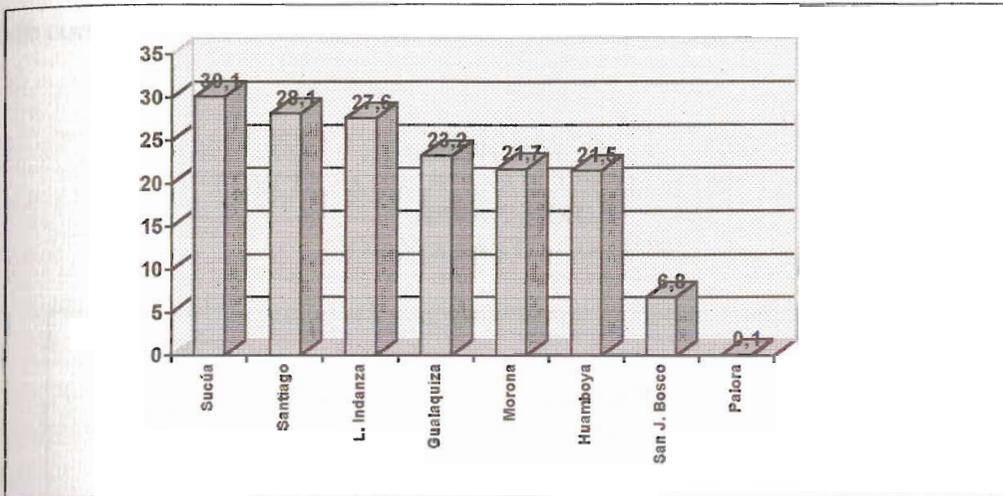
Fuente: INEC, Censo 1990.

Elaboración: Grupo de trabajo

Otro aspecto relacionado con salud y en especial con salud pública es la disposición de basuras, pues el hecho de eliminarlas a campo abierto, una práctica frecuente en nuestro País, produce un daño importante a la salud individual y colectiva. Sin embargo, sólo un 43.2% de las viviendas del País cuenta con el carro recolector para eliminar su basura el resto lo hace incinerándola, enterrándola o simplemente echándola a campo abierto, es decir Morona Santiago dispone de un menor servicio de carro recolector de basuras ya que tan sólo cerca de la cuarta parte de sus viviendas lo tienen.

La distribución cantonal (ver gráfico No. 11) muestra nuevamente que Sucúa está mejor atendida y con más del doble de los otros cantones.

**GRÁFICO No. 11**  
**PORCENTAJES VIVIENDAS CON DISPOSICIÓN DE BASURAS**  
**POR CARRO RECOLECTOR POR CANTONES**  
**MORONA SANTIAGO - 1990\***



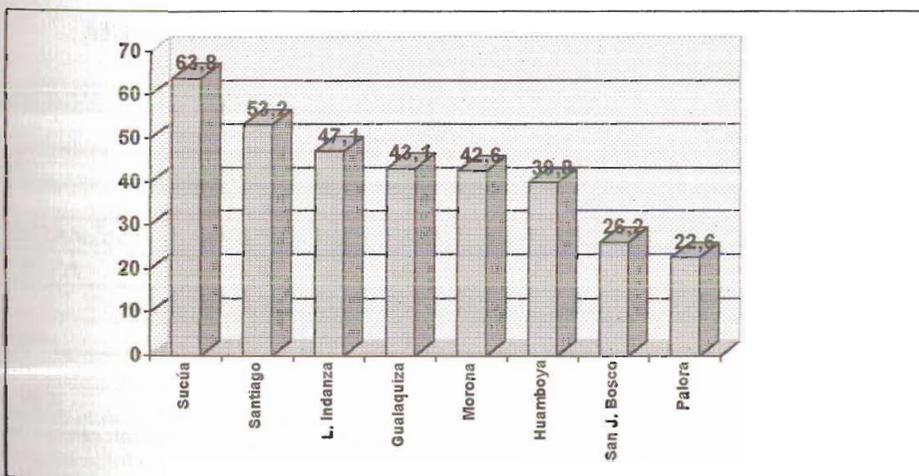
\* Se realiza una recomposición parroquial para los cantones creados hasta 1993.

Fuente: INEC, Censo 1990.

Elaboración: Grupo de trabajo

Finalmente, el servicio de energía eléctrica es el de mayor alcance a nivel nacional (77.7%) y Morona Santiago tiene un porcentaje menor de dotación de este servicio (44.3%), pero los diferenciales cantonales persisten siendo San J. Bosco y Huamboya los menos servidos.

**GRÁFICO No. 12**  
**PORCENTAJES DE VIVIENDAS QUE DISPONEN DE**  
**ENERGÍA ELÉCTRICA POR CANTONES**  
**MORONA SANTIAGO - 1990\***



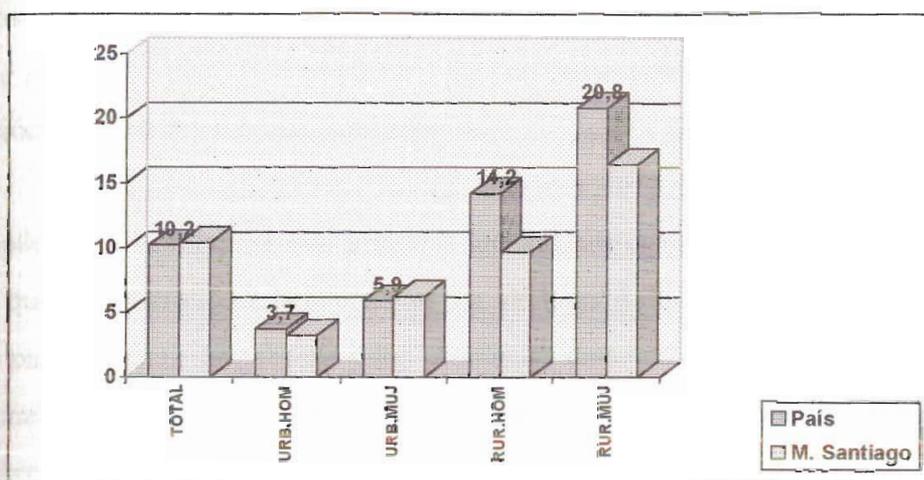
\* Se realiza una recomposición parroquial para los cantones creados hasta 1993.

Fuente: INEC, Censo 1990.

Elaboración: Grupo de trabajo

En **educación**, Morona Santiago comparte los problemas que aquejan al País y sus porcentajes de analfabetismo total, por área y sexo son inferiores al promedio nacional pero la distribución y la iniquidad que afecta principalmente a mujeres del área rural persiste como se puede observar en el gráfico comparativo siguiente:

**GRÁFICO No. 13**  
**PORCENTAJES DE ANALFABETISMO SEGÚN**  
**ÁREA Y SEXO**  
**MORONA SANTIAGO - 1990\***



Fuente: INEC, Censo 1990.

Elaboración: CEPAR - Proyecto Análisis y Promoción de Políticas de Salud

Los diferenciales cantonales se evidencian en el cuadro siguiente

**CUADRO No. 6**  
**PORCENTAJES DE ANALFABETISMO SEGÚN**  
**ÁREA, SEXO Y CANTONES DE MORONA SANTIAGO - 1990\***

CANTONES	TOTAL	URBANO HOMBRES	URBANO MUJERES	RURAL HOMBRES	RURAL MUJERES
MORONA	12.8	2.8	4.5	11.0	19.5
PALORA	11.8	3.2	6.0	11.8	13.8
LIMÓN INDANZA	15.5	3.4	6.1	10.0	16.0
GUALAQUIZA	11.4	6.1	8.8	9.3	17.0
SUCÚA	10.7	3.7	8.5	8.3	14.8
SANTIAGO	10.5	4.3	6.9	8.8	15.5
SAN JUAN BOSCO	9.3	1.9	6.5	9.4	15.3
HUAMBOYA	8.6	3.2	6.5	8.3	13.0

\* Se realiza una recomposición parroquial para los cantones creados hasta 1993.

Fuente: INEC, Censo de 1990

Elaboración: CEPAR - Proyecto Análisis y Promoción de Políticas de Salud

Morona y Huamboya son los cantones de Morona Santiago que tienen un mayor porcentaje de analfabetismo total, mientras que Gualaquiza y Sucúa tienen los menores. Pero Palora y Santiago presentan los porcentajes más elevados de analfabetismo en hombres que habitan en la zona urbana, Limón Indanza y nuevamente Palora disputan el primer lugar de los cantones que tienen el mayor porcentaje de analfabetismo en mujeres del área urbana. En el área rural, Huamboya en hombres y Morona en mujeres tienen los mayores porcentajes de este problema.

Entre los aspectos socioeconómicos considerados, educación es el que da un mayor grado de asociación tanto con mortalidad general como con infantil. Los coeficientes de correlación son de 0.8 y 0.6, respectivamente.

Esto implica que se requiere con urgencia luchar para disminuir el analfabetismo en el País, ya que el desarrollo de la educación es, sin lugar a dudas, una de las acciones que se tiene para combatir la pobreza y los problemas de salud que presentan las mayorías poblacionales. La cumbre Iberoamericana reunida en Bariloche - Argentina en Noviembre del año pasado analizó y promocionó el lema "La Educación, factor esencial de desarrollo económico y social" y esto porque la educación no implica sólo transmisión pasiva de conocimientos sino es aquella que propende a un cambio de actitud del ser humano frente a sí mismo en relación con sus semejantes y a su medio geográfico.

Por otro lado, gracias a la Encuesta ENDEMAIN-94 realizada por el CEPAR se calculó el coeficiente de correlación entre ninguna educación de la madre y la tasa de mortalidad infantil y se obtuvo el siguiente resultado: 0.62. Es decir que el grado de educación especialmente de la madre está influyendo de manera importante en la posibilidad de morir de sus hijos en particular de aquellos menores de un año, pero también, de los demás miembros de la familia; pues, "En la mayoría de los hogares son fundamentalmente las mujeres quienes se ocupan de una amplia variedad de actividades que inciden en la salud, realizan los quehaceres domésticos, limpian la casa, elaboran los alimentos y preparan las comidas, alimentan y cuidan a los niños pequeños y atienden a los enfermos.

El Banco Mundial considera que: “La educación mejora notablemente la capacidad de las mujeres para desempeñar su papel fundamental como artífices de las unidades familiares saludables. Acrecienta su habilidad para sacar provecho de la información sanitaria y utilizar los servicios de salud, aumenta el acceso a los ingresos y les permite llevar vidas más sanas”.

Estudios en varios Países demuestran que un aumento en la tasa de alfabetización femenina disminuye de manera importante la mortalidad infantil. Esto por múltiples razones entre ellas:

Antes del nacimiento:

- Las mujeres con un mayor nivel de instrucción se casan y forman una familia siendo mayores, con lo cual los riesgos que los embarazos precoces acarrearán para la salud e los niños.
- Las mujeres instruidas suelen también recurrir más a la atención prenatal y a la asistencia obstétrica.

Después del nacimiento porque:

- Logran una mejor higiene doméstica que reduce el riesgo de infección;
- Dan una mejor alimentación y más inmunizaciones que disminuyen la susceptibilidad a las infecciones.
- Dan un mejor uso a los servicios médicos.
- Las mujeres con un mayor nivel de instrucción son más capaces de procurarse información sobre cuestiones sanitarias y obrar de acuerdo con ella.

Además, la educación no sólo influye en la salud infantil sino también en la salud en general, pues, las personas que tienen un mayor nivel de educación pueden “escoger lo que es mejor para su salud”. Por otro lado, hay estudios que evidencian que “Las tasas de mortalidad por enfermedades específicas también muestran diferencias en función de la educación” y, “Las ventajas de la educación siguen demostrándose cuando aparecen nuevos tipos de riesgos para la salud. Por ejemplo, en los comienzos de la epidemia del

SIDA la infección se concentró en las élites con su buen nivel de educación, pero esos mismos grupos fueron los primeros en modificar su comportamiento a medida que fue teniendo más información acerca de la enfermedad y su prevención". De ahí que, el Banco Mundial, entre sus recomendaciones expresa la necesidad de ampliar las inversiones en educación, en particular para las niñas.

Un aspecto que no puede ser dejado de lado cuando se trata de realizar una caracterización nacional, provincial y/o cantonal son las formas de trabajo pues "... son esenciales desde el punto de vista epidemiológico porque: a.-) condicionan las modalidades del desgaste (o consumo físico y psíquico) y reposo del trabajador, que repercuten sobre su propio ser, así como frente a su familia y similares; b.-) determinan la intensidad y frecuencia de exposición a los bienes y riesgos del trabajo y su ambiente inmediato; c.-) porque el producto de la venta de su fuerza de trabajo (e.g. salario) o de la comercialización de los productos excedentes, etc. condicionan a su vez, la cantidad y calidad del consumo; y d.-) porque determina las formas de trabajo familiar complementario (...). Para el presente trabajo una aproximación al tema son los datos del CENSO del 90, donde se llega a un detalle cantonal, pues no se ha encontrado una investigación que contenga este nivel de desagregación.

La población económicamente activa (PEA) es "aquella que interviene en la producción de bienes y servicios" y la inactiva (PEI) "Es la conformada por aquellas personas que no estaban trabajando durante la semana del 19 al 24 de Noviembre, clasificados en las siguientes situaciones: Solo quehaceres domésticos, solo estudiante, solo jubilado, solo pensionista o impedido para trabajar". De la población total del País el 44% conforman la PEA y de Morona Santiago el 47.2%, así también del total nacional el 53.5% conforman la PEI, mientras que de esta provincia este porcentaje llega al 50.0%, los porcentajes restantes corresponden a la población no declarada. Los datos en este aspecto sobre los cantones de Morona Santiago se puede ver en el cuadro siguiente:

**CUADRO No. 7**  
**PORCENTAJES DE POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE**  
**ACTIVA, INACTIVA Y NO DECLARADA POR CANTONES**  
**MORONA SANTIAGO 1995 - 2000**

CANTONES	PEA	PEI	ND
MORONA	41.1	48.2	10.7
PALORA	43.7	53.9	2.4
LIMÓN INDANZA	46.0	48.4	5.6
GUALAQUIZA	47.0	49.6	3.4
SUCÚA	49.1	48.9	1.9
SANTIAGO	49.5	49.2	1.2
SAN JUAN BOSCO	51.3	47.3	1.4
HUAMBOYA	54.5	44.3	1.3

\* Se realiza una recomposición parroquial para los cantones creados hasta 1993.

Fuente: INEC, Censo de 1990

Elaboración: CEPAR- Proyecto Análisis y Promoción de Políticas de Salud.

Como se puede ver, Huamboya tiene el menor porcentaje de población económicamente activa, mientras que Gualaquiza y San Juan Bosco tienen los mayores.

De la PEA, se considera como ocupados aquellas “personas que durante la semana del 19 al 24 de noviembre realizaron una o más actividades remuneradas o no, dentro o fuera del hogar, al menor o una hora; y aquellas que teniendo trabajo, pero en la semana de referencia no trabajaron por vacaciones, enfermedad, huelga, mal tiempo, etc.” y desocupados se entiende que “Son aquellos que no estaban trabajando o se retiraron de su trabajo voluntario o involuntariamente y que han buscado trabajo en la semana de referencia; se incluyen las personas que no han trabajado nunca en la semana del 19 al 24 de noviembre estaban buscando trabajo por primera vez. El 42.7% de la población ecuatoriana mayor de 8 años se encuentra ocupada mientras que en Morona Santiago el porcentaje de ocupación es de 46.2% y el de desocupados llega a 1.0%.

**CUADRO No. 8**  
**PORCENTAJES DE POBLACIÓN OCUPADA**  
**DESOCUPADA POR CANTONES**  
**MORONA SANTIAGO 1995 - 2000**

CANTONES	OCUP	DESOC
SUCÚA	42.9	0.8
PALORA	44.9	0.9
MORONA	45.1	1.36
LIMÓN INDANZA	47.8	0.9
SANTIAGO	48.3	1.2
GUALAQUIZA	50.4	0.4

Fuente: INEC, Censo de 1990

Elaboración: CEPAR- Proyecto Análisis y Promoción de Políticas de Salud.

La PEA se distribuye en los distintos sectores, el terciario absorbe un 45.5%, el sector primario un 30.8% y el sector secundario un 17.9%. En Morona Santiago, el 59.4% se ubica en el sector primario, el 9.1% en el sector secundario y el 28.9 en el terciario. Cada cantón de Morona Santiago aporta a cada sector de manera diferente como se puede apreciar a continuación.

**CUADRO No. 9  
PORCENTAJES DE POBLACIÓN SEGÚN SECTOR DE OCUPACIÓN  
POR CANTONES DE MORONA SANTIAGO 1995 - 2000**

CANTONES	S.PRIM	S.SEC	S.TER	NO DEC.	T.NUE
SUCÚA	68.4	9.2	20.4	1.4	0.6
PALORA	66.9	6.4	21.9	3.8	1.0
MORONA	60.9	7.3	28.5	2.4	0.8
LIMÓN INDANZA	56.5	13.1	28.8	1.0	0.6
SANTIAGO	56.5	8.2	32.4	1.9	0.9
GUALAQUIZA	52.7	10.0	35.7	1.0	0.9

Fuente: INEC, Censo de 1990

Elaboración: CEPAR- Proyecto Análisis y Promoción de Políticas de Salud.

Limón Indanza, es el cantón que presenta un mayor porcentaje de la PEA en el sector primario, mientras que Gualaquiza lo tiene en el secundario. Así también Santiago tiene el mayor porcentaje en el terciario pero el menor en el primario. Los cantones que menor porcentaje de su población económicamente activa tienen en los sectores secundario y terciario son: Palora y Limón Indanza, respectivamente. Además en Palora en donde se encontró un mayor porcentaje de trabajadores nuevos.

Dentro de este tema también se presenta las diferencias entre las categorías de ocupación. Esto "Se refiere a la posición según la cual la persona desempeña su ocupación durante la semana anterior al empadronamiento o desempeñó la última ocupación si estuvo cesante. Comprende las siguientes categorías: patrono o socio activo (PATR), cuenta propia (C:PROP), empleado asalariado (ASAL), trabajador familiar sin remuneración.

En los cantones la distribución según categorías de ocupación se presenta a continuación:

**CUADRO No. 10**  
**PORCENTAJES DE POBLACIÓN SEGÚN CATEGORÍA**  
**DE OCUPACIÓN POR CANTONES DE MORONA SANTIAGO 1995 - 2000**

CANTONES	PATRONO	C. PROPIA	ASALARIADO
MORONA	4.4	39.4	36.7
PALORA	3.8	44.4	31.4
LIMÓN INDANZA	3.2	49.3	30.7
GUALAQUIZA	4.5	39.3	30.1
SUCÚA	4.5	39.3	30.1
SANTIAGO	4.7	50.3	24.9
SAN JUAN BOSCO	4.7	50.3	24.9

\* Se realiza una recomposición parroquial para los cantones creados hasta 1993.

Fuente: INEC, Censo de 1990

Elaboración: CEPAR- Proyecto Análisis y Promoción de Políticas de Salud.

**CUADRO No. 11**  
**PORCENTAJES DE POBLACIÓN SEGÚN LUGAR**  
**DE OCUPACIÓN POR CANTONES DE MORONA SANTIAGO 1990**

CANTONES	ESTADO	PRIVADO	MUNICIPIO/C. PROVINCIAL
MORONA	15.3	12.5	2.3
PALORA	7.1	21.4	2.2
LIMÓN INDANZA	9.4	11.9	1.4
GUALAQUIZA	16.5	13.8	1.1
SUCÚA	10.0	13.6	1.3
SANTIAGO	24.0	10.6	2.1

Fuente: INEC, Censo de 1990

Elaboración: CEPAR- Proyecto Análisis y Promoción de Políticas de Salud.

En el País muchos estudios que dan cuenta de la situación de pobreza en la que se debate la mayoría de la población ecuatoriana.

Un primer estudio considerado, es un mapa de pobreza realizado por el CIESE-MTRH-INEM-BIC. Este trabaja en base a las siguientes variables a las que se les pondera: educación, vivienda, empleo, salud, ingreso. Se elaboran 5 índices y la construcción del mapa se lo hizo con "... un modelo de regresión logística, en donde la variable dependiente discreta es la probabilidad de pobreza; es decir integración social, pobreza reciente, inercia y crónica".

A nivel nacional un 6.9% son pobres inerciales, es decir que "... a pesar de que sus niveles de ingreso están sobre el valor de la canasta alimentaria, no se puede satisfacer alguna (o todas) las necesidades básicas", en Morona Santiago este porcentaje aumenta a

9.3%. El 36.3% del País sufre pobreza reciente o sea que, "...su nivel de ingreso se encuentra bajo la línea de pobreza, más no así en cuanto a los servicios y otras necesidades". En Morona Santiago, este dato es similar 36.3%. finalmente, el 35.2% del País tiene pobres crónicos, que son personas "...que su ingreso no les permite un consumo adecuado y su grado de satisfacción de necesidades no es suficiente". En Morona Santiago se llega a un 40.7%. los datos cantonales son:

**CUADRO No. 12**  
**ÍNDICES DE POBREZA CANTONAL, SEGÚN**  
**LABASTIDA Y COL. MORONA SANTIAGO**

CANTONES	INERCIAL	RECIENTE	CRÓNICA
MORONA	7.2	35.7	40.3
PALORA	9.5	32.1	36.3
LIMÓN INDANZA	8.9	33.1	37.4
GUALAQUIZA	9.5	32.1	36.2
SUCÚA	10.2	31.1	35.0
SANTIAGO	10.5	30.5	34.5

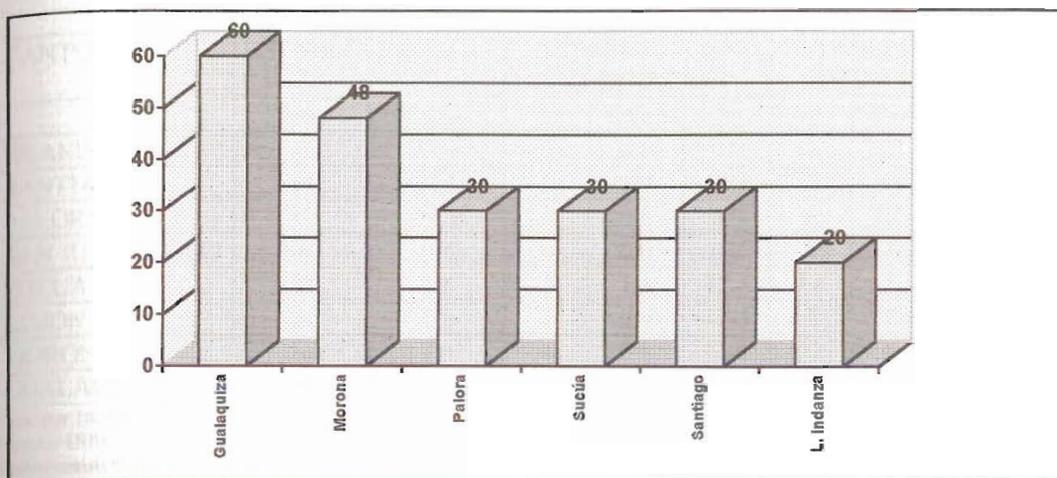
Fuente: INEC, Censo de 1990

Elaboración: CEPAR- Proyecto Análisis y Promoción de Políticas de Salud.

Santiago, es el cantón que mayor índice de pobreza inercial presenta y los menores de pobreza reciente y crónica, mientras lo contrario sucede en Morona.

El otro trabajo al respecto es el del Centro de Estudios y Asesoría en Salud publicado en el libro denominado "El deterioro de la vida. Un instrumento de análisis de prioridades regionales en lo social y en salud". De Breilh, J y colaboradores publicado por la Corporación Editora Nacional y el CEAS. En este trabajo, cada cantón tiene un índice de deterioro construido en base a variables como: producción, consumo, morbilidad y mortalidad materno-infantil, aspectos climáticos, etc., su interrelación configura un índice de deterioro cantonal. Calculando el promedio nacional el índice de deterioro es de 30 y para Morona Santiago es de 36. Los datos cantonales se presentan en el gráfico siguiente:

**GRÁFICO No. 14**  
**ÍNDICES DE POBREZA SEGÚN EL CEAS**  
**MORONA SANTIAGO 1990.**



Fuente: Breilh, J y col. el deterioro de la vida. Un instrumento de análisis de prioridades regionales en lo social y en salud. Corporación Editora Nacional. CEAS  
 Elaboración: CEPAR - Proyecto Análisis y Promoción de Políticas de Salud, 1994

Tanto los datos de condiciones socio-económicas desagregados como de pobreza permiten establecer las provincias y cantones que presentan mayores problemas y su estrecha vinculación con salud. Esto posibilitará construir equidad en base al conocimiento de necesidades.

### 2.3 INFRAESTRUCTURA EN SALUD

El País cuenta con un total de 3.442 establecimientos de prestación de servicios de salud para 1994 (de todos los subsectores) lo que da una tasa de 3.1 por 10.000 hbs. De ellos 442 son con internación (0.4 por 10.000 hbs) y 3000 sin internación (2.7 por 10.000 hbs.), es decir del total de establecimientos un 12.8% tiene internación. Morona Santiago tiene para ese año 103 establecimientos totales (la tasa es de 8.6 por 10.000 habitantes) 10.6 son con internación (0.8 por 10.000 hbs) y 93 sin internación (7.7 por 10.000 hbs). Es decir, que Morona Santiago tiene un 9.7% de establecimientos con internación y el porcentaje restante es sin este servicio (90.3%). Esta información para los distintos cantones que conforman la provincia de Morona Santiago se la presenta en el cuadro siguiente:

**CUADRO No. 13**  
**PORCENTAJES Y TASAS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**CON Y SIN INTERNACIÓN POR CANTONES**  
**MORONA SANTIAGO**

CANTONES	ESTABLECIMIENTO		ESTABLEC. CON INTERNACIÓN			ESTABLECIMIENTOS SIN INTERNACIÓN		
	No.	TASA	No.	TASA	%	No.	TASA	%
HUANBOYA	9	21.1	0	0.0	0.0	9	21.1	100.0
SANTIAGO	14	13.1	2	1.9	14.3	12	11.2	85.7
PALORA	6	11.3	0	0.0	0.0	6	11.3	100.0
SAN JUAN BOSCO	4	9.1	0	0.0	0.0	4	9.1	100.0
SUCÚA	16	8.8	2	1.1	12.5	14	7.7	87.5
LIMÓN INDAZA	8	7.5	1	0.9	12.5	7	6.6	87.5
MORONA	36	7.0	4	0.8	11.1	32	6.2	88.9
GUALAQUIZA	10	6.5	1	0.6	10.0	9	5.8	90.0

Tasa: por 10.000 Hb.

Fuente: INEC: Anuario de Recursos y Actividades de Salud. Quito 1994

Elaboración: Grupo de trabajo

Huamboya es el cantón que mayor tasa de establecimientos totales tiene y Gualaquiza el menor. Sucúa y Limón Indanza tienen la tasa más elevada de establecimientos con internación, mientras que existen cantones como Huamboya, Palora y San Juan Bosco que no disponen de este tipo de servicios. Por otro lado, Huamboya tiene la tasa más elevada de establecimientos sin internación y Gualaquiza la menor.

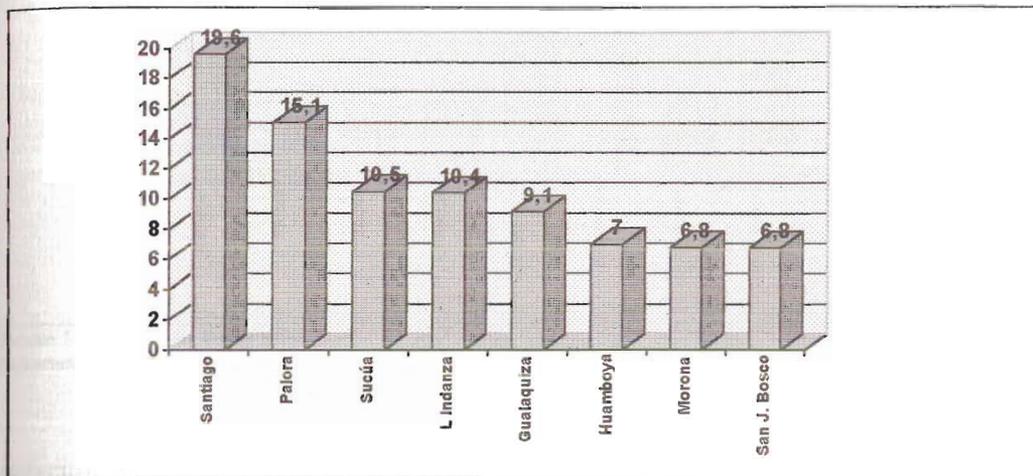
De 1990 hasta 1994 en el País han aumentado de 407 a 452 establecimientos, el número camas por 1000 habitantes se ha mantenido (1.6), mientras que el porcentaje de ocupación ha disminuido de 57.4% a 53.4%. En Morona Santiago se han incrementado de 9 a 10 establecimientos hospitalarios.

## 2.4 RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Otro elemento de fundamental importancia para trabajar en una propuesta de Reforma del sector salud, es el conocimiento de los recursos humanos en salud con los que se cuenta, su cantidad, calificación, distribución, etc. Esta información es de compleja recolección, más aún cuando se trata de lograr un análisis cualitativo. Por el momento se dispone de la siguiente información cuantitativa para la provincia de Morona Santiago y sus cantones:

En relación a médicos Morona Santiago cuenta con una tasa inferior al promedio nacional (9.5 versus 12.7 por 10.000 hb). La distribución de médicos por cantones de Morona Santiago se puede apreciar en el gráfico siguiente:

**GRÁFICO No. 15**  
**TASAS DE MÉDICOS QUE TRABAJAN EN**  
**ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, POR CANTONES**  
**MORONA SANTIAGO 1994.**



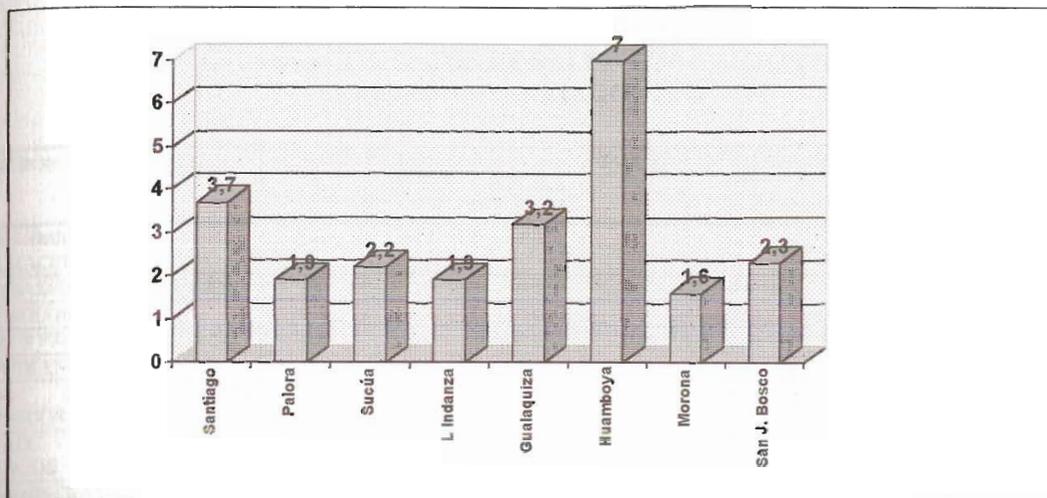
\* Se realiza una recomposición parroquial para los cantones creados hasta 1993.

Fuente: INEC, Censo 1990.

Elaboración: Grupo de trabajo

En cambio, la tasa de Obstetrices en la provincia de Morona Santiago (0.2) es bastante menor que el promedio nacional (0.7 por 10.000 hb) y además éstas profesionales se encuentran en Limón Indanza y Santiago (0.9), y Gualaquiza (0.6), el resto de cantones no tienen este personal, lo que hace suponer una fuerte atención informal dada por parteras, comadronas y demás personal empírico.

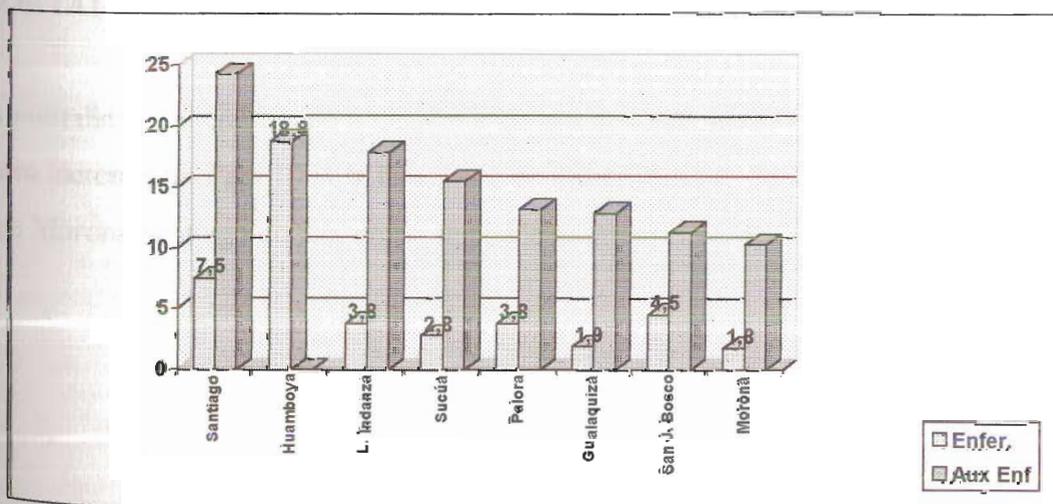
**GRÁFICO No. 16**  
**TASAS DE ODONTÓLOGOS QUE TRABAJAN**  
**EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR CANTONES**  
**MORONA SANTIAGO 1994**



Fuente: INEC, Base de Datos 1990.  
 Elaboración: Grupo de trabajo

En relación a enfermeras, la tasa provincial es bastante inferior al promedio nacional, mientras que la tasa de auxiliares de enfermería provincial es algo superior a la nacional. Su distribución cantonal ver en el gráfico No. 17

**GRÁFICO No. 17**  
**TASA DE ENFERMERIA QUE TRABAJAN EN ESTABLECIMIENTOS**  
**DE SALUD POR CANTONES**  
**PROVINCIA MORONA SANTIAGO**  
**AÑO 1994**



Fuente: INEC, Base de Datos 1990.  
 Elaboración: Grupo de trabajo

Finalmente, hay otros profesionales y demás recursos humanos que laboran en establecimientos de salud. Sus respectivas tasas se presentan en el siguiente cuadro:

**CUADRO No. 14**  
**TASAS DE PERSONALES QUE LABORAN EN**  
**ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR CANTONES \***  
**MORONA SANTIAGO - 1994**

OTROS TRABAJADORES	MORONA	GUALA-	L.	PALORA	SANTIA	SUCÚA	HUAMB	SAN
	A	QUIZA	INDANZ		GO		OYA	JUAN
			A					BOSCO
BIOQUÍMICOS-FARMACÉUTICOS	0.1	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
TRABAJADORES SOCIALES	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
TECNOLOGOS	0.7	0.4	0.6	1.9	0.0	1.9	0.6	0.0
OTROS PROFESIONALES 5/	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
ESTUDIANTES INTERNOS	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
AUX. DE SERVICIOS TÉCNICOS	3.0	2.3	1.9	4.7	5.7	4.7	4.4	0.0
ESTAD. Y REGISTROS MÉDICOS	0.9	0.4	1.3	1.9	1.9	1.9	1.1	0.0
ADMINISTRATIVO	3.1	1.6	3.9	6.6	3.8	3.4	2.8	0.0
DE SERVICIOS	5.3	3.5	5.2	12.2	3.8	10.3	6.6	0.0

Tasa por 10.000 habitantes

FUENTE: INEC: Base de Datos, 1994

ELABORACIÓN: Grupo de trabajo

## 2.5 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

“... la proyección de los perfiles epidemiológicos de la población son el fundamento para estimar la demanda potencial de los servicios de salud y las posibilidades económicas nacionales para darles respuesta.” De ahí que es necesario conocer la siguiente información:

### MORTALIDAD GENERAL

La mortalidad general tiende a disminuir en nuestro País pero, en el año 1991 sufre un ligero incremento. Para 1994 la tasa bruta de mortalidad fue de 4.6 por mil habitantes y para Morona Santiago de 2.6, como se puede mirar en el cuadro siguiente.

**CUADRO N° 15**  
**INDICADORES DEMOGRÁFICOS**  
**PROVINCIA MORONA SANTIAGO**  
**PERIODO 1991 - 1995**

Tasa: Natalidad, Mortalidad General Infantil y Materna por 1000 habitantes

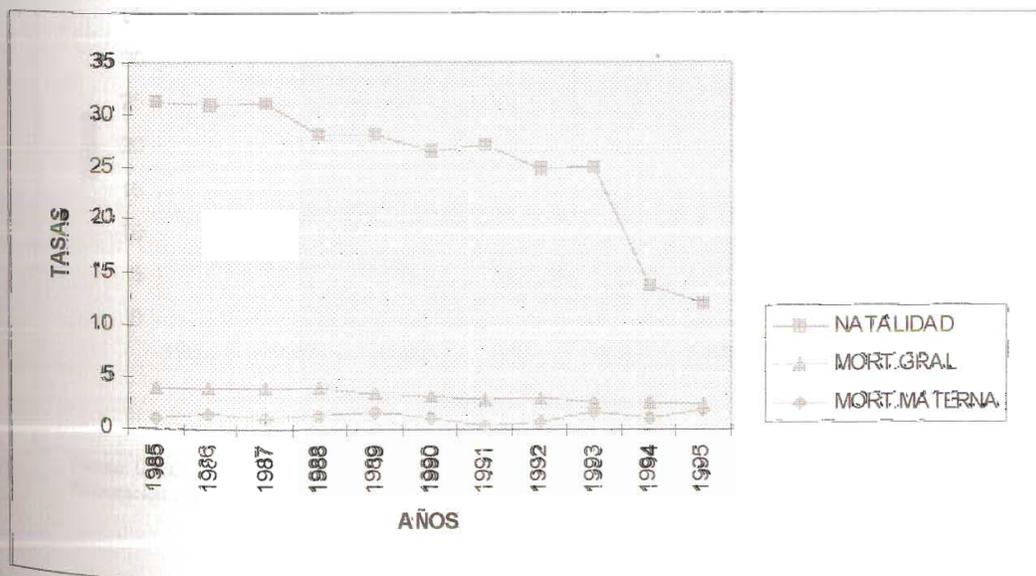
AÑOS	NATALIDAD		MORTALIDAD					
	#	TASA	GENERAL		INFANTIL		MATERNA	
			#	TASA	#	TASA	#	TASA
1985*	2581	31.3	334	4.0	76	29.4	3	1.2
1986*	5650	31.0	344	4.0	103	38.9	4	1.5
1987*	2769	31.2	359	4.0	92	33.2	3	1.1
1988*	2764	28.2	378	4.1	95	34.3	4	1.4
1989*	2702	28.2	340	3.5	68	25.2	5	1.8
1990*	2784	26.6	344	3.3	91	32.7	3	1.1
1991*	2957	27.2	315	2.9	66	22.3	1	0.3
1992*	2785	24.8	336	3.0	73	26.2	2	0.7
1993*	2917	25.1	320	2.7	58	19.9	5	1.7
1994**	1647	13.7	310	2.6	57	34.7	2	1.2
1995**	1485	12.0	309	2.5	52	35.0	3	2.0

\* Datos corregidos con las inscripciones tardías (INEC), 1995

\*\* Datos receptados del Registro Civil

Elaboración : Grupo de trabajo

**GRÁFICO N° 18**  
**TENDENCIAS DE INDICADORES DEMOGRÁFICOS**  
**MORONA SANTIAGO**  
**PERIODO 1985 - 1995**



Fuente: INEC, 1995

Elaboración : Grupo de trabajo

**CUADRO N°. 16**  
**TASA DE MORTALIDAD INFANTIL**  
**PRECOZ, NEONATAL Y POSTNEONATAL POR 1000 NACIDOS**  
**VIVOS**

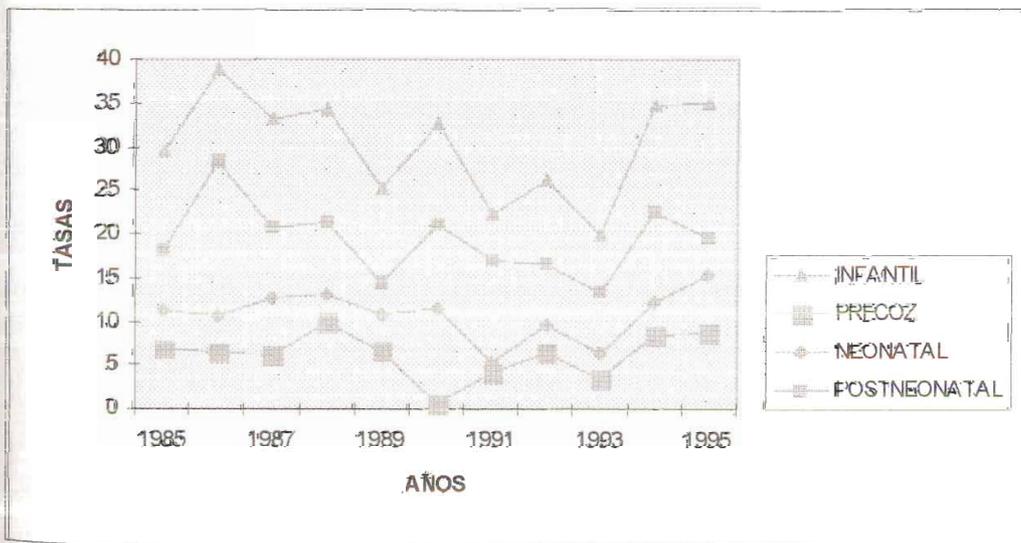
AÑOS	MORTALIDAD					
	PRECOZ		NEONATAL		POSTNEONATAL	
	#	TASA	#	TASA	#	TASA
1985*	18	7	29	11.2	47	18.2
1986*	17	6.4	28	10.6	75	28.3
1987*	17	6.1	35	12.6	57	20.6
1988*	27	9.8	36	13.0	59	21.3
1989*	18	6.7	29	10.7	39	14.4
1990*	17	0.6	32	11.4	59	21.2
1991*	12	4.1	16	5.4	50	16.9
1992*	18	6.5	27	9.7	46	16.5
1993*	10	3.4	19	6.5	39	13.4
1994**	14	8.5	20	12.1	37	22.5
1995**	13	8.7	23	15.5	29	19.5

\* Datos corregidos (INEC), 1995

\*\* Datos Registro Civil

Elaboración : Grupo de trabajo

**GRÁFICO N° 19**  
**TENDENCIA DE MORTALIDAD INFANTIL**  
**MORONA SANTIAGO**  
**PERIODO 1985 - 1995**



Fuente: INEC, 1995

Elaboración : Grupo de trabajo

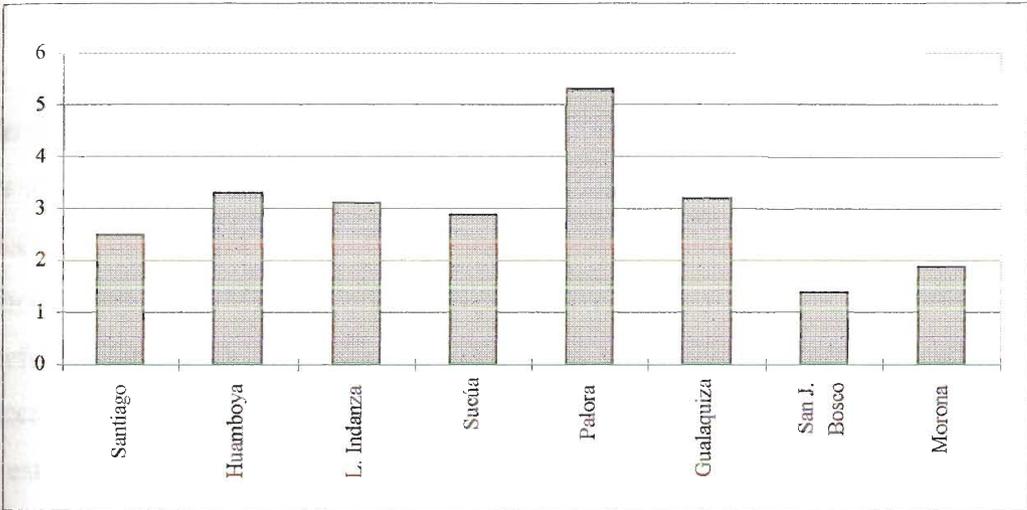
En el cuadro número 15 nos indica que la tasa de natalidad ha bajado en este quinquenio de 27.2 a 12.0 nacidos vivos por cada 1000 habitantes.

En lo que se refiere a la mortalidad infantil existen variaciones en el comportamiento de las tasas como puede observarse en dicho cuadro. La mortalidad infantil se produce más en la edad de 1 a 11 meses (post-neonatal). Es algo superior al total nacional.

El comportamiento de la mortalidad materna en 1985 es de 1.2 y en 1995 es de 2.0 muertes maternas, que es similar al total nacional.

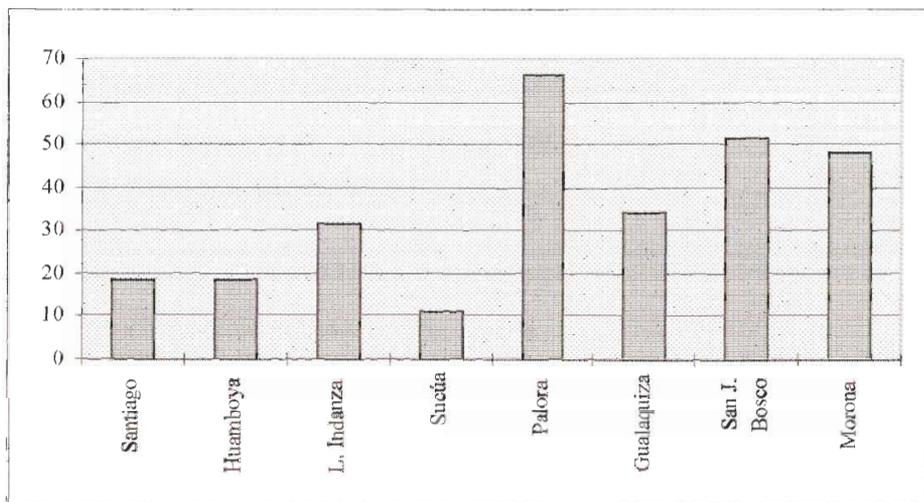
A nivel cantonal las tasas de mortalidad general van desde 5.3 en Palora hasta 1.4 en San Juan Bosco, los diferenciales se pueden observar en el siguiente gráfico:

**GRÁFICO No. 20**  
**TASAS DE MORTALIDAD GENERAL POR CANTONES**  
**MORONA SANTIAGO - 94**



FUENTE: INEC. Anuarios de Estadísticas Vitales. Ecuador, 1994  
ELABORACIÓN: Grupo de trabajo

**GRÁFICO N.º 21**  
**TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR CANTONES**  
**MORONA SANTIAGO - 1994**



FUENTE: INEC. Anuarios de Estadísticas Vitales. Ecuador, 1994  
 ELABORACIÓN: Grupo de trabajo

Las diez principales causas de muerte a nivel general en el Ecuador para 1994 son: Enfermedad Cerebro Vascular (ECV); Neumonía (N); Enfermedad Isquémica del Corazón (EIC); Accidentes de Tráfico de vehículos a motor (ATVM); Enfermedades infecciosas intestinales (EII); Tumor maligno de estómago (TME); Homicidio (H); Diabetes Mellitus (DM); Enfermedad Hipertensiva (EH); y, Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis (N,SN,N). Las mayores diferencias con 1993 es que las enfermedades infecciosas intestinales pasan del tercero al quinto puesto, mientras que el tumor maligno de estómago sube del noveno al sexto puesto, esto podría significar un ligero mejoramiento en educación y saneamiento ambiental por un lado, pero un fuerte incremento de la pobreza por su relación con los tumores de estómago. En Morona Santiago la priorización y causas difieren como se puede apreciar en el siguiente cuadro.

**CUADRO N°. 17**  
**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL**  
**MORONA SANTIAGO - 1994**

COD.	CAUSAS	TASA
468	OTROS SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	0.37
323	BRONQUITIS CRÓNICA Y LA NO ESPECIFICADA, ENFISEMA Y ASMA	0.23
016	INFECCIÓN INTESTINAL MAL DEFINIDA 1/	0.15
321	NEUMONÍA	0.13
525	OTROS ACCIDENTES, INCLUSO LOS EFECTOS TARDÍOS	0.11
471	ACCIDENTES DE TRAFICO DE VEHÍCULOS DE MOTOR	0.10
282	OTRAS ENFERMEDADES DE LA CIRCULACIÓN PULMONAR Y OTRAS FORMAS DE ENFERMEDAD DEL CORAZÓN	0.08
464	DOLOR ABDOMINAL	0.07
091	TUMOR MALIGNO DE ESTOMAGO	0.07
350	NEFRITIS, SÍNDROME NEFROTICO Y NEFROSIS	0.07

Tasa: por 1000 habitantes

Fuente: INEC, Base de Datos, 1994

Elaboración: Grupo de trabajo

Las diferencias cantonales y por sexo se pueden apreciar en el siguiente cuadro síntesis, el cual no incluye los otros signos, síntomas y estados morbosos mal definidos pues este aspecto ocupa siempre el primer lugar tanto general como por sexo, lo cual refleja problemas de diagnóstico, tanto por la cantidad y calidad de recursos humanos en salud, como recursos tecnológicos y de infraestructura.

**CUADRO N°. 18**  
**PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL**  
**TOTALES Y POR SEXO SEGÚN CANTONES**  
**MORONA SANTIAGO - 1994**

CANTONES	CAUSAS TOTALES	CAUSAS HOMBRES	CAUSAS MUJERES
MORONA	1.- Otros signos, síntomas y estados morboso mal definidos. 2.- Bronquitis crónica y la no especificada.	1.- Otros signos, síntomas y estados morboso mal definidos. 2.- Otros accidentes, incluso los efectos tardíos.	1.- Bronquitis crónica y la no especificada. 2.- Dolor abdominal
GUALAQUIZA	1.- Otros signos, síntomas y estados morboso mal definidos. 2.- Bronquitis crónica y la no especificada.	1.- Otros signos, síntomas y estados morboso mal definidos. 2.- Bronquitis crónica y la no especificada.	1.- Otros signos, síntomas y estados morboso mal definidos. 2.- Neumonía
LIMON INDANZA	1.- Otros signos, síntomas y estados morboso mal definidos. 2.- Tumor maligno del estómago	1.- Tumor maligno del estómago. 2.- Infección intestinal mal definida	1.- Otras enfermedades de la circulación pulmonar. 2.- Otros signos, síntomas y estados morbosos mal definidos
PALORA	1.- Infección intestinal mal definida. 2.- Bronquitis crónica y la no especificada	1.- Infección intestinal mal definida. 2.- Infarto agudo de miocardio	1.- Bronquitis crónica y la no especificada. 2.- Hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias.
SANTIAGO	1.- Infección intestinal mal definida 2.- Neumonía	1.- Neumonía 2.- Accidentes de tráfico de vehículo de motor	1.- Infección intestinal mal definida 2.- Otros signos, síntomas y estados morbosos mal definidos
SUCÚA	1.- Accidentes de tráfico de vehículo de motor 2.- Otros signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	1.- Accidentes de tráfico de vehículo de motor 2.- Otros signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	1.- *
HUAMBOYA	1.- Otros signos, síntomas y estados morboso mal definidos. 2.- Bronquitis crónica y la no especificada.	1.- Otros signos, síntomas y estados morboso mal definidos. 2.- *	1.- Bronquitis crónica y la no especificada. 2.- Otros signos, síntomas y estados morbosos mal definidos
SAN JUAN BOSCO	1.- Bronquitis crónica y la no especificada.	1.- *	1.- *

Todas las entidades tienen la misma frecuencia

Fuente: INEC, Base de Datos, 1994

Elaboración: CFPAR - Grupo de trabajo.

Entre las diez principales causas de mortalidad infantil para el País en 1994 se reportan las siguientes: Hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del feto o del recién nacido (H; A y O); Neumonía (N); Crecimiento fetal lento, desnutrición e inmadurez fetal (CFL); Infección intestinal mal definida; Bronquitis crónica y la no especificada (BC); Otra desnutrición proteico-calórica (ODPC); bronquitis y bronquiolitis agudas (B,B); anomalías congénitas del corazón y del aparato circulatorio (ACCC); piroxia de origen desconocido y complicaciones obstétricas que afectan al feto o al recién nacido (CO). Para Morona Santiago, las causas priorizadas constan en los siguientes cuadros:

**CUADRO N°. 19**  
**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL**  
**MORONA SANTIAGO**  
**PERÍODO 1993**

CAUSAS	#	TASA	%
1.- SIGNOS Y SINT. ESTADOS MORB. MAL DEF.	9	3.1	15.2
2.- INFECCIONES INTESTINAL MAL DEF.	8	2.7	13.5
3.- BRONQUITIS	7	2.4	11.8
4.- ENFISEMA Y ASMA	7	2.4	11.8
5.- HIPOXIA ASFIXIA DEL FETO	4	1.4	6.7
6.- NEUMONÍA	3	1.0	5.0
7.- CRECIMIENTO FETAL LENTO	2	0.7	3.3
8.- SEPTICEMIA	2	0.7	3.3
9.- ANOMALÍAS CONG. DEL CORAZÓN	2	0.7	3.3
10.- OTRAS ANOMALÍAS CONGÉNITAS	2	0.7	3.3
LAS DEMÁS	12	4.1	22.0
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Fuente: INEC, 1993  
Tasa: 1000 nacidos vivos  
Elaboración: Grupo de trabajo

**CUADRO N°. 20**  
**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL**  
**MORONA SANTIAGO - 1994**

CGD.	CAUSAS	N°.	TASA	PORCENT.
468	OTROS SIGNOS, SÍNTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	9	5.46	15.8
323	BRONQUITIS CRÓNICA Y LA NO ESPECIFICADA, ENFISEMA Y ASMA	7	4.25	12.3
016	INFECCIÓN INTESTINAL MAL DEFINIDA 1/	8	4.86	14.0
321	NEUMONÍA	4	2.43	7.0
452	CRECIMIENTO FETAL LENTO, DESNUTRICIÓN E INMADUREZ FETAL	3	1.82	5.3
038	SEPTICEMIA	2	1.21	3.5
442	ANOMALÍAS CONGÉNITAS DEL CORAZÓN Y DEL APARATO CIRCULATORIO	2	1.21	3.5
448	OTRAS ANOMALÍAS CONGÉNITAS	2	1.21	3.5
457	OTRAS CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PRENATAL.	2	1.21	3.5
460	PIREXIA DE ORIGEN DESCONOCIDO	2	1.21	3.5
	LAS DEMÁS	16	9.7	28.0
	<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>34.6</b>	<b>100</b>

Tasa: por 1000 nacidos vivos  
Fuente: INEC, Base de Datos, 1994  
Elaboración: Grupo de trabajo

## MORBILIDAD

La descripción y el análisis de morbilidad resulta complementario al de mortalidad y para ello se utilizan los egresos hospitalarios en la medida en que la atención ambulatoria especialmente de consultorios no se registra sistemáticamente.

Las principales causas de egresos totales masculinos en el Ecuador para 1994, fueron: Infección Intestinal mal definida, Hernia de la cavidad abdominal, Neumonía, las demás enfermedades del aparato digestivo, fractura del cráneo y de la cara, otras lesiones y complicaciones precoces de los traumatismos, etc. En Morona Santiago, fueron: Infección intestinal mal definida, Neumonía, Otras lesiones, complicaciones precoces de los traumatismos, Otros envenenamientos y efectos tóxicos, las demás enfermedades del aparato digestivo, Bronquitis crónica y la no especificada, fractura del cráneo y cara, las demás enfermedades infecciosas y parasitarias, infecciones de la piel y el tejido celular subcutáneo, Otros signos, Síntomas y estados morbosos más definidos, etc.

En cambio las primeras causas de egresos hospitalarios femeninos para ese año, en el País fueron: Parto normal, Otras causas obstétricas directas, Otros abortos, colestiasis y colecistitis, Otras enfermedades de los órganos genitales femeninos, Infección intestinal mal definida, Neumonía, Otros abortos, Enfermedades del aparato urinario, Las demás enfermedades del aparato digestivo, bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma, Colelitiasis y colecistitis, Otros envenenamientos y efectos tóxicos, etc. A nivel cantonal, las primeras causas de muerte se pueden observar en el siguiente cuadro:

**CUADRO N° 21**  
**PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD POR SEXO**  
**SEGÚN CANTONES**  
**MORONA SANTIAGO - 1994**

CANTONES	CAUSAS HOMBRES	CAUSAS MUJERES
MORONA	1.- Infección intestinal mal definida	2.- Otras causas obstétricas directas
GUALAQUIZA	1.- Infección intestinal mal definida	2.- Otras causas obstétricas directas
LIMON INDANZA	1.- Infección intestinal mal definida	2.- Infección intestinal mal definida
PALORA	1.- Neumonía	2.- Otras causas obstétricas directas
SANTIAGO	1.- Neumonía	2.- Neumonía
SUCÚA	1.- Infección intestinal mal definida	2.- Otras causas obstétricas directas
HUAMBOYA	1.- Neumonía	2.- Neumonía
SAN JUAN BOSCO	1.- Infección intestinal mal definida 1.- Síndrome de dependencia al alcohol 1.- Otras ciertas afecciones originadas en el período perinatal 1.- Otras quemaduras	2.- Infección intestinal mal definida

Tasa: por 1000 habitantes

Fuente: INEC, Base de Datos, 1994

Elaboración: CEPAR - Proyecto análisis y promoción de políticas de salud

**CUADRO N° 22**  
**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL**  
**SEGÚN EGRESOS HOSPITALARIOS**  
**MORONA SANTIAGO**  
**PERÍODO 1991**

CAUSAS	#	TASA	%
1.- INFECCIÓN INTESTINAL MAL DEFINIDA	101	37.2	23.3
2.- NEUMONÍA	47	17.3	10.9
3.- BRONQUITIS, ENFISEMA, ASMA	30	11.0	6.9
4.- ANOMALÍAS CONGÉNITAS	13	4.8	3.0
5.- DEFICIENCIA NUTRICIONAL	13	4.8	3.0
6.- PALUDISMO	5	1.8	1.2
7.- ENFERMEDAD DEL APARATO URINARIO	2	0.7	0.5
8.- INFLUENZA	2	0.7	0.5
9.- OTROS TRAUMATISMOS	2	0.7	0.5
10.- ENVENENAMIENTO Y EFECTOS TÓXICOS	2	0.7	0.5
LAS DEMÁS	216	79.6	48.9
<b>TOTAL</b>	<b>433</b>	<b>159.5</b>	<b>100</b>

Fuente: Anuario de estadísticas hospitalarios (INEC), 1991

Tasa: 1000 niños menores de 1 año

Elaboración : Grupo de trabajo

**CUADRO N° 23**  
**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL**  
**SEGÚN EGRESOS HOSPITALARIOS**  
**MORONA SANTIAGO**  
**PERÍODO 1993**

CAUSAS	#	TASA	%
1.- NEUMONÍA	134	46.0	26.0
2.- INFECCIONES INTESTINALES	96	33.0	18.6
3.- BRONQUITIS, ENFISEMA, ASMA	24	8.2	4.7
4.- ANOMALÍAS CONGÉNITAS	15	5.2	2.9
5.- DEFICIENCIA NUTRICIONAL	11	3.8	2.2
6.- QUEMADURAS	5	1.7	1.0
7.- ENFERMEDAD DEL APARATO URINARIO	4	1.4	0.8
8.- INFLUENZA	3	1.0	0.6
9.- FRACTURAS	3	1.0	0.6
10.- ENVENENAMIENTO Y EFECTOS TÓXICOS	3	1.0	0.6
LAS DEMÁS	218	74.9	42.2
<b>TOTAL</b>	<b>516</b>	<b>177.3</b>	<b>100</b>

Fuente: Anuario de estadísticas hospitalarios (INEC), 1993

Tasa: 1000 niños menores de 1 año

Elaboración : Grupo de trabajo

En estos cuadros de las 10 principales causas de morbilidad infantil nos indica que:

- 1.- La primera causa de morbilidad en 1991 aparece: Enfermedad infecciosa intestinal con una tasa de 37.2 por ciento. En 1993 es la neumonía con una tasa de 46.0 por ciento. En 1991 la segunda causa de morbilidad es la neumonía con una tasa de 17.3 por mil, en 1993 la segunda causa de morbilidad son las infecciones intestinales con una tasa de 33 por mil. Esto nos permite concluir que predominan las 2 causa enunciadas de morbilidad, que se alternan, ambas de tipo infeccioso, lo cual es una condición de la situación medio-ambiental, servicios básicos, agua potable y tratamiento de agua servidas, problema de falta de control inmigratorio. lo que llama la atención es que la tasa va en aumento, lo que es un indicador de que la presencia de malas condiciones ambientales y socioeconómicas aumentan la morbilidad.
- 2.- Como tercera causa de morbilidad aparece en los dos años. Bronquitis, enfisema y asma, con una tasa en 1991 de 11.0 por mil y en 1993 de 8.2 por mil. lo cual nos indica que hay una baja leve.
- 3.- Como cuarta causa de morbilidad aparecen en ambos años las anomalías congénitas con una tasa en 1991 de 4.8 por mil y en 1993 de 5.2 por mil sin ser una causa de tipo infeccioso, tiene un leve incremento.
- 4.- Como quinta causa aparece en ambos años deficiencia nutricional, con una tasa de 4.8 por mil en 1991 y de 3.8 por mil en 1993 con una leve baja, siendo esta una enfermedad de la pobreza. Es importante acotar que existe un subregistro de información.
- 5.- En 1991 aparece como sexta causa de morbilidad el paludismo, con una tasa de 1,8 por mil, pero en 1993 no aparece entre las diez primeras causas de morbilidad, lo cual nos indica que el control y vigilancia epidemiológica de esta patología ha mejorado.

- 6.- Las enfermedades causadas por accidentes aparecen como causa de morbilidad, pero en un porcentaje muy inferior a las de origen infeccioso.
- 7.- Completan las diez primeras causas de morbilidad, enfermedades infecciosa lo cual incrementa las tasas por estas causas. Esto nos indica que el mayor porcentaje de enfermedades se deben a las malas condiciones socioeconómicas y a la contaminación del medio ambiente de la población del sector de nuestra amazonia.

## 2.6 PROGRAMA MATERNO INFANTIL EN LA PROVINCIA DE MORONA SANTIAGO

### 2.6.1 CONSULTAS AMBULATORIAS

**CUADRO N°. 24**  
**TOTAL CONSULTAS BRINDADAS EN SERVICIOS AMBULATORIOS POR AÑOS SEGÚN COMPONENTES**  
**PROVINCIA MORONA SANTIAGO**  
**PERIODO 91-95**

COMPONENTE	1991	%	1992	%	1993	%	1994	%	1995	%	% de Cambio
FOMENTO	20126	14.9	38208	22.5	43596	27.6	34169	22.3	36444	20.6	81.0
MORBILIDAD	76843	56.8	39089	52.4	76477	48.3	78463	51.2	89965	50.1	17.1
ODONTOLOGÍA	19530	14.4	24903	14.7	21992	13.9	23708	15.4	28546	16.2	46.2
EMERGENCIA	13397	9.9	13535	78.0	12206	7.7	13122	8.5	17180	9.7	28.2
CERTIFICADOS	5530	4.8	4135	44.0	3954	2.5	3542	2.3	4543	2.6	18.4
<b>TOTAL</b>	<b>135226</b>	<b>100</b>	<b>169870</b>	<b>100</b>	<b>158205</b>	<b>100</b>	<b>153004</b>	<b>100</b>	<b>176678</b>	<b>100</b>	<b>30.6</b>

Fuente: Dirección de Salud de Morona Santiago, 1995

Elaboración: Grupo de Trabajo

**CUADRO N°. 25**  
**CONSULTAS AMBULATORIAS POR HABITANTE Y AÑOS SEGÚN COMPONENTES**  
**PROVINCIA MORONA SANTIAGO**  
**PERIODO 1991 - 1995**

COMPONENTE	1991	1992	1993	1994	1995
FOMENTO	0.2	0.3	0.4	0.3	0.3
MORBILIDAD	0.7	0.8	0.7	0.7	0.7
ODONTOLOGÍA	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
EMERGENCIA	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
CERTIFICADOS	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>TOTAL</b>	<b>1.2</b>	<b>1.5</b>	<b>1.4</b>	<b>1.3</b>	<b>1.4</b>

Fuente: Dirección de Salud de Morona Santiago, 1995

Elaboración: Grupo de Trabajo

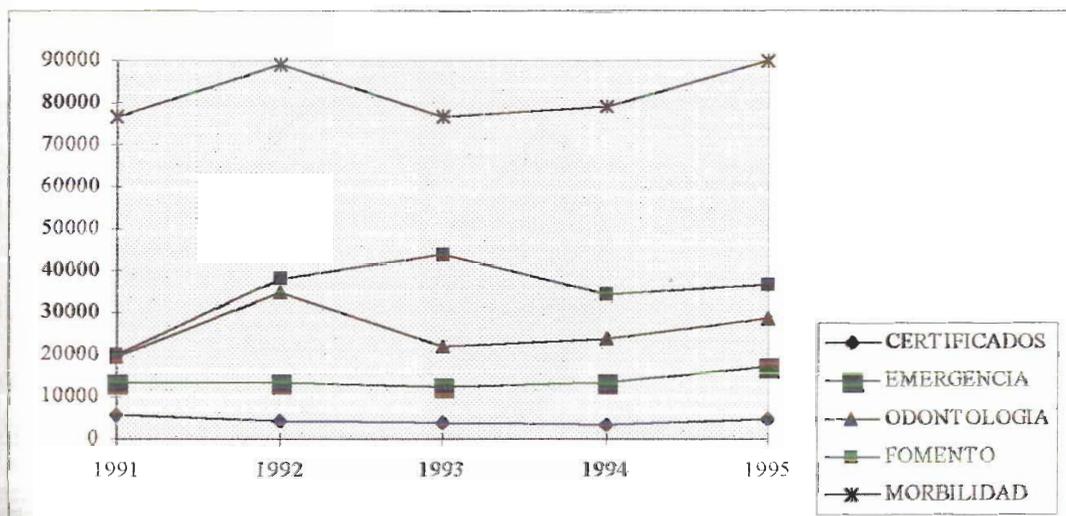
La información esta desglosada por componentes: Fomento, Morbilidad, Odontología, Emergencia.

El cuadro 24 indica que las atenciones crecieron en una tasa anual de 6.1% durante el periodo señalado. El mayor crecimiento experimento en fomento con 16.2%; los de morbilidad también crecieron pero a un ritmo menor al promedio general de 3.4%; las de odontología a un ritmo mayor al crecimiento general en 9.2%, las de consulta de emergencia se encuentra casi igual al promedio general con 5.6%, y los certificados decrecieron a 3.6%.(ver gráfico # 22)

El 50.9% de las atenciones se han concentrado en el tratamiento de morbilidad, 20.6% corresponde a fomento, 16.2% a odontología, 9.75 a emergencia y 2.6% a certificados en el año de 1995. Durante este periodo (91-95) la composición de las atenciones ambulatorias ha variado muy levemente, las de fomento pasaron de un 14.9% en 1991 a 20,6% en 1995; las de morbilidad ha disminuido del 56.8% en 1991 al 50.9% en 1995; las de odontología ha aumentado del 14.4% en 1991 al 16.2% en 1995; las de emergencia de 9.9% en 1991 a 9.7% en el año de 1995, y los certificados de 4.1% en el 1991 a 2.6% en el 1995.(ver gráfico # 23)

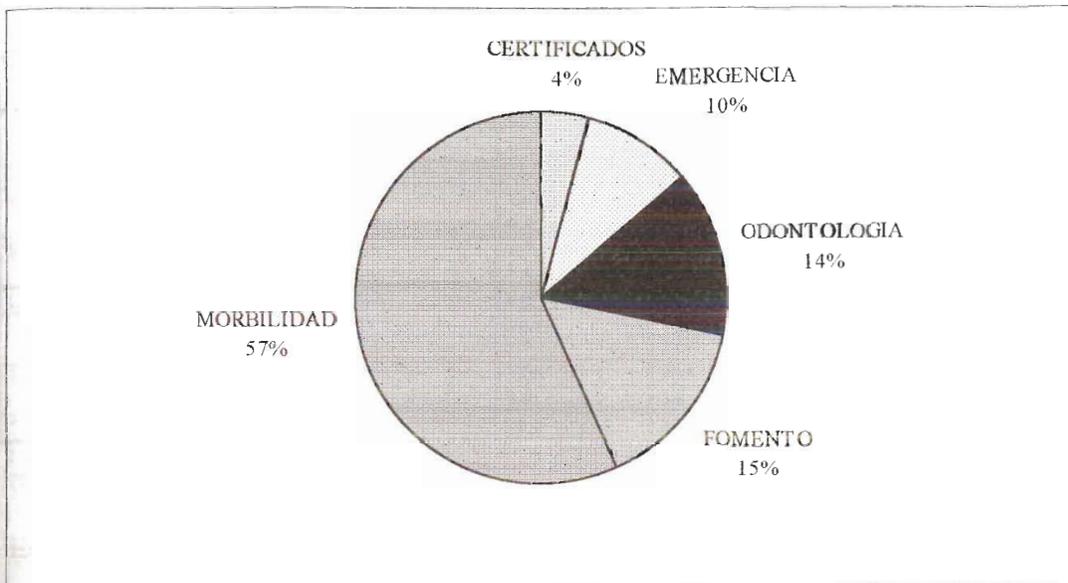
Relacionando el total de atenciones producidas con el total de la población, la producción del periodo refleja que los servicios del Ministerio de Salud Pública en la Provincia de Morona Santiago ha proporcionado 1.2 y 1.4 atenciones por persona en 1991-1995, respectivamente.

**GRÁFICO N° 22**  
**EVOLUCIÓN DE CONSULTAS AMBULATORIAS SEGÚN COMPONENTES**  
**PROVINCIA MORONA SANTIAGO**  
**PERIODO 1991 - 1995**

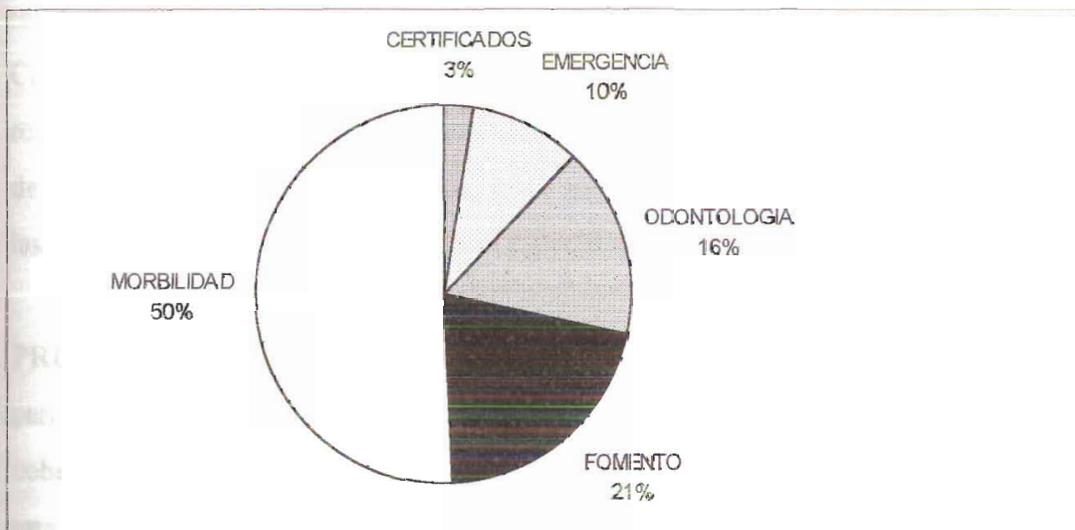


Fuente: Dirección de Salud de Morona Santiago, 1995  
 Elaboración: Grupo de Trabajo

**GRÁFICO N° 23**  
**DISTRIBUCIÓN DE CONSULTAS AMBULATORIAS SEGÚN COMPONENTES**  
**PROVINCIA MORONA SANTIAGO**  
**PERIODO 1991 - 1995**



Fuente: Dirección de Salud de Morona Santiago, 1995  
 Elaboración: Grupo de Trabajo



Fuente: Dirección de Salud de Morona Santiago, 1995  
 Elaboración: Grupo de Trabajo

## 2.6.2 COBERTURA MATERNO-INFANTIL

CUADRO N°. 26  
COBERTURAS Y CONCENTRACIONES DE SALUD MATERNO INFANTIL SEGÚN COMPONENTES  
PROVINCIA MORONA SANTIAGO  
PERIODO 91-95

COMPONENTES		1991	1992	1993	1994	1995	% CAMBIO
PRENATAL	COBERT.	32.4	52.4	63.0	56.5	66.4	104.9
	CONCENT.	2.0	2.4	2.7	2.2	2.2	10.0
PARTOS	COBERT.	22.6	23.6	27.6	28.6	33.4	47.8
POST-PART	COBERT.	8.7	15.1	26.0	18.4	22.9	163.0
	CONCENT.	1.6	2.1	2.2	1.7	1.6	0.0
REG. FEC	COBERT.	2.6	3.7	3.8	3.6	2.8	7.7
	CONCENT.	3.0	3.4	3.6	4.3	3.6	20.0
DOC	COBERT.	0.5	0.6	0.5	1.2	0.8	60.0
< 1 AÑO	COBERT.	48.2	88.9	131.1	92.3	115.7	140.0
	CONCENT.	1.5	1.7	2.0	1.8	1.7	13.3
1-4 AÑOS	COBERT.	17.6	32.0	35.1	28.8	33.0	87.5
	CONCENT.	1.9	2.4	2.8	2.3	2.0	5.3
5-14 AÑOS	COBERT.	20.3	26.5	14.4	15.9	22.5	10.8

Fuente: Dirección de Salud de Morona Santiago  
Elaboración: Grupo de Trabajo Morona Santiago

El cuadro # 26 indica información sobre las coberturas de servicios Materno-Infantiles, según tipo de atenciones para el periodo 91-95. En la materna se incluye prenatal, parto y post-parto, relacionando el total de números de atenciones por componentes con el total de embarazos esperados. La Regulación de la fecundidad y Detección oportuna del Cáncer se relaciona con la población de mujeres de 15-49 años y de 20 a 64 años respectivamente. En la infantil se consideran, las coberturas de niños menores de un año, de los cuatro años y de 5 a 14 años, estos tres indicadores son calculados relacionando las primeras consultas con la población específica de cada grupo de edad.

**PRENATAL.-** La cobertura prenatal ha fluctuado entre 32.4% y el 66.4% durante el período, sin embargo entre 1991 y 1995 existe un incremento de 104.9% de cambio a la cobertura, quizás se debe a que a nivel de las unidades operativas y jefaturas de área se esta trabajando en base a metas.

Entre 1991 y 1992 este incremento es más alto.

La concentración de atenciones prenatales en los años 91 al 95 sufre un cambio y existe un incremento del 10% a las atenciones por mujeres durante el período de embarazo, este incremento es más notorio entre los años 1991 y 1992 alcanzando un alza del 12.5% a la atención por mujer, sin embargo la norma establece 5 atenciones por mujer embarazada (se cumple el 46% de lo indicado por la norma ).

En ninguno de los años llegan a la mínima de las concentraciones y ha venido fluctuando de 1.5 a 2 controles por niño.

**NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS.-** La cobertura fue de 33% en 1995, esto significa un aumento de 87% durante el período ( 17.66%, en 1991 ) y un crecimiento anual de 17,5%.

La concentración alcanza un cumplimiento de un 63.3% en relación a la norma (tres controles anuales).

**NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS.-** La cobertura fluctúa entre 14.4% y 26.5% durante el periodo. Se ha notado un incremento ( a un promedio anual de 2.2% ) de la cobertura de 20.3 % en 1991 a 22.55 en el 95. En gran medida, esta cobertura es producto de atenciones a escolares en establecimientos educativos de primer nivel.

## 2.6.4 COBERTURAS DE VACUNACIÓN

CUADRO N° 27  
COBERTURAS DE VACUNACIÓN DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO  
PROVINCIA DE MORONA SANTIAGO  
PERIODO 1991 - 1995

VACUNAS	1991	1992	1993	1994	1995	% CAMBIO
BCG	52.0	89.9	118.8	118.1	114.9	121.0
DPT 1	65.3	86.1	107.5	97.6	118.9	82.1
DPT 2	54.1	65.0	85.9	78.6	87.5	61.7
DPT 3	41.3	53.3	83.6	74.8	75.8	83.5
ANTIPOLIO 1	66.2	85.6	107.2	97.8	110.9	67.5
ANTIPOLIO 2	53.9	64.5	85.0	77.7	81.7	51.6
ANTIPOLIO 3	40.5	51.9	83.2	74.0	69.9	72.6
ANTISARAMPIONOSA	39.6	50.5	90.1	60.4	77.3	95.2

Fuente: Dirección de Salud de Morona Santiago  
Elaboración: Grupo de Trabajo Morona Santiago

La evolución durante el período de los distintos tipos de vacunas puede ser apreciada en el gráfico # 24.

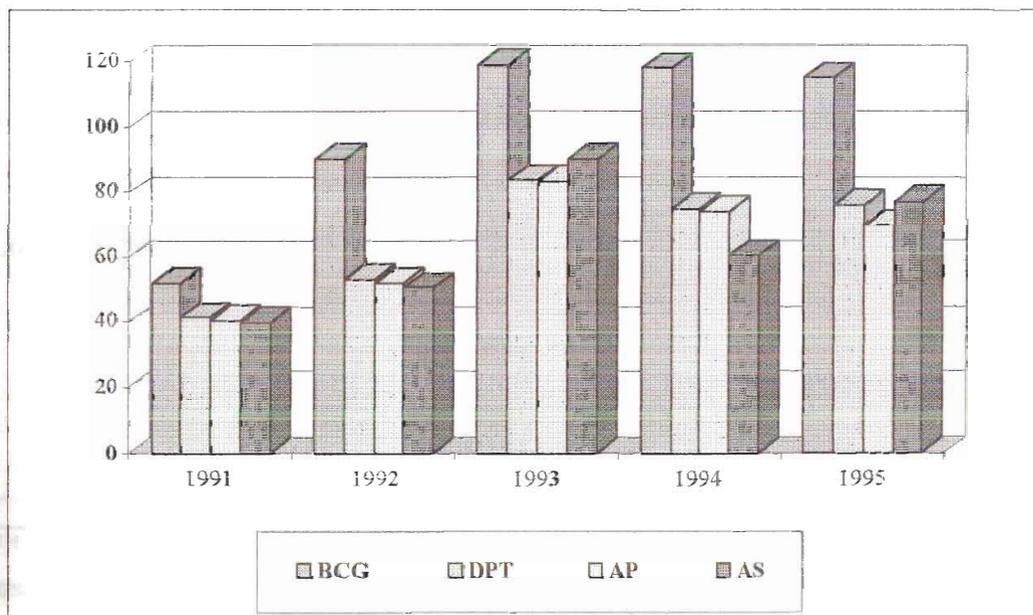
La cobertura de BCG para los niños menores de 1 año se encuentra en uno de los niveles más altos en 1993-1994 (118,4%) para bajar en 1995 a 114,9% . Durante el período la cobertura ha subido alrededor de 121% a un ritmo anual de 24,2%, este aumento sin

embargo, está determinado por las variaciones de la población durante el período, es decir que del total de la población de la provincia el porcentaje de cobertura a niños menores de un año es bajo (2.5%) en los años 93, 94 y 95 y en los años 91, 92 es del 4%. La cobertura con tercera dosis en DPT (niño inmunizado) ha aumentado significativamente durante el período. Tal es así, que en 1991 la cobertura es de 41.3% y 75.8% en 1995 (un promedio anual del 16.7% de crecimiento).

La tercera dosis de Antipolio también ha experimentado un aumento muy significativo de 40.5% en 1991 a 69,9% en 1995, a un incremento anual de 14.5%.

Es importante anotar que durante el período, el porcentaje de deserción entre primera y tercera dosis para las vacunas DPT, Antipolio es de un 79,6%. Por último la cobertura de vacuna Antisarampionosa aumentó en el período de 39.65% en 1991 a 77.3% en 1995, un incremento anual de 19.0%.

**GRÁFICO N° 24**  
**EVOLUCIÓN DE LAS COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO**  
**PROVINCIA DE MORONA SANTIAGO**  
**PERÍODO 1991 - 1995**



Fuente: Dirección de Salud de Morona Santiago, 1995  
 Elaboración: Grupo de Trabajo Morona Santiago

## 2.6.5 SITUACIÓN NUTRICIONAL INFANTIL

**CUADRO N° 28**  
**ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACIÓN INFANTIL**  
**MENORES DE 5 AÑOS(SISVAN) PERIODO 1994-1995.**

COMPONENTES	0 - 1 AÑO				1 - 4 AÑOS			
	1994		1995		1994		1995	
	#	%	#	%	#	%	#	%
SOBREPESO	143	4.8	112	2.2	54	1.3	60	0.6
NORMAL	2240	75.5	4036	80.9	2683	62.4	6741	72.8
DES. LEVE	436	14.7	689	13.8	1106	25.7	1984	21.4
DES. MODERADO	116	3.9	124	2.5	405	9.3	404	4.4
DES. GRAVE	32	1.0	25	0.5	55	1.3	74	0.8
TOTAL	2966	100	4986	100	4299	100	9263	100

Fuente: Dirección de Salud de Morona Santiago  
 Elaboración: Grupo de Trabajo Morona Santiago

En esta tabla se presente el estado nutricional de la población atendida mediante el programa SISVAN. Al examinar el cuadro podemos notar que el porcentaje de desnutrición decreció, entre 1994 y 1995 de 19.6% a 16.8%.

En el grupo etáreo de 1 a 4 años atendidos por el programa SISVAN, se experimentó una disminución del grado de desnutrición entre 1994 y 1995 de 36.3% a 26.6%.

Cabe anotar que este análisis se realiza en base a las primeras consultas del programa.

## 2.6.6 ODONTOLOGÍA

**CUADRO N° 29**  
**TOTAL DE CONSULTAS ODONTOLÓGICAS POR COMPONENTES**  
**PROVINCIA DE MORONA SANTIAGO**  
**PERIODO 1993-1995**

COMPONENTES	1993	1994	1995	% CAMBIO
ESCOLARES SIST. INCREMENT.	2324	5359	6295	170.9
PREESCOLARES	881	1071	1900	115.7
GESTANTES	151	148	297	96.7
ESCOLARES FUERA SIST. INC.	8189	7786	8759	7.0
OTROS ADULTOS	10447	9344	11295	8.1
TOTAL	21992	23708	28546	29.8

Fuente: Dirección de Salud de Morona Santiago  
 Elaboración: Grupo de Trabajo Morona Santiago

En el cuadro se puede apreciar el incremento de las consultas odontológicas durante los años de estudio, si bien en su totalidad el incremento es de 29.8% (a un promedio anual de 9.9%). A nivel de la atención de gestantes se puede apreciar un porcentaje de cambio de 96.7%.

Al analizar por componentes se puede apreciar que el mayor nivel se encuentra en la atención del sistema incremental con el 170 % y en preescolares con 115.7% y un crecimiento anual de 57 y 38.6 % respectivamente.

**CUADRO N°. 30**  
**ACTIVIDADES DE ODONTOLOGÍA**  
**PROVINCIA MORONA SANTIAGO**  
**PERIODO 1991 - 1995**

TIPO	1993		1994		1995		% CAMBIO
	#	%	#	%	#	%	
FOMENTO							
PREVENCIÓN	4430		6520		9281		
ENJUAGATORIO	17487		20898		19718		
SUBTOTAL	21917	34.7	27418	37.0	28999	33.5	32.3
RECUPERACIÓN	26917		31759		39703		
OPERATORIAS	461		546		631		
ENDODONCIAS	632		603		720		
PROFILAXIS	45		46		80		
CIRUGÍA							
SUBTOTAL	28055	44.4	32954	44.4	41134	47.5	46.6
EXODONCIAS	13204	20.9	13762	18.6	16507	19.0	25.0
TOTAL	63176	100	74134	100	86640	100	37.1

Fuente: Dirección de Salud de Morona Santiago  
Elaboración: Grupo de Trabajo Morona Santiago

Este cuadro nos indica que las actividades de odontología durante el período, han experimentado un crecimiento anual de 12.4%, el mismo que es más notorio en las actividades de recuperación que han crecido a un ritmo de 46.6%, luego vemos que en cuanto a fomento es de 32.3% y 25% de exodoncias.

## 2.6.7 EGRESOS Y RENDIMIENTOS HOSPITALARIO

**CUADRO N°. 31**  
**EGRESOS Y RENDIMIENTO HOSPITALARIO**  
**ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**SEGÚN TIPO PROVINCIA DE MORONA SANTIAGO**  
**PERIODO 1991-1995**

EGRESOS	1991	1992	1993	1994	1995
ALTAS	4782	4657	4658	4908	5059
< 48 HORAS	33	31	41	33	42
> 48 HORAS	16	20	24	24	29
TOTAL DEFUNCIONES	49	51	65	57	71
TOTAL	4831	4708	4723	4965	5130
POBLACIÓN	108.598	112.477	116.367	120.255	124.133
TASA	44.5	41.9	40.6	41.3	41.3

Fuente: Dirección de Salud de Salud de Morona Santiago, 1995

Población en base al censo de 1990

Tasa: 1000 habitantes

El total de egresos hospitalarios no ha variado significativamente durante este período; de 4831 en 1991 solo aumento a 5230 en 1995 ( crecieron a un promedio anual de 1.2%. La mayor parte de este crecimiento, se produjo entre los años 94-95. Sin embargo d este crecimiento, al efectuar el análisis de indicador egresos/habitantes, podemos observar que este se redujo a 44 egresos por cada 1000 hb. en 1991 , a 41 egresos por cada 1000 hb. en el año 1995.

**CUADRO N°. 32**  
**INDICADORES DE RENDIMIENTO HOSPITALARIO**  
**ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**SEGÚN TIPO PROVINCIA DE MORONA SANTIAGO**  
**PERIODO 1991-1995**

INDICADORES	1991	1992	1993	1994	1995
DOT. NORMAL DE CAMAS	103	103	103	103	103
CAMA HABITANTE*	0.95	0.91	0.88	0.86	0.82
% DE OCUPACIÓN	75.4	74.2	71.7	72.0	73.9
PROM. DÍA ESTADA	3.3	3.3	3.3	3.4	3.6
PROM. CAMA DISPONIBLE	75.9	74.5	78.3	83.8	84.2
GIRO DE CAMAS	63.6	63.2	60.3	59.2	60.9
PROM. DÍA PACIENTE	57.3	55.3	56.2	60.3	62.2

\* Tasa: 1000 habitantes

Fuente: Dirección de Salud de Morona Santiago, 1995

Elaboración: Grupo de trabajo

En este período la dotación normal de camas es de 103, no ha existido ningún cambio. Sin embargo su tasa por 1000 habitantes decreció a 13.7% para el mismo período que representa una tasa anual de decrecimiento de 2.7% anual. Esto se debe a que la población ha aumentado significativamente pero la dotación normal de camas se ha venido manteniendo sin ningún incremento.

**PARTOS.-** La cobertura de partos por los servicios del MSP se ha incrementado considerablemente durante el período de 22.6% en el 91 a 33.4% en el 95 (incremento promedio de 9.6% por año). Pero el período que mejor desarrollo ha alcanzado es en 1992-1993 con 17% de alza a la cobertura, luego está el período 1994-1995 con 16.8%.

Es posible que esto se deba a que las mujeres toman conciencia que deben ser atendidas por profesional, sin embargo solo el 50.3% reciben atención médica.

**POST-PARTO.-** Esta cobertura ha incrementado de 8.7% en 1991 a 22.95 en 1995, con un incremento de 32.6% promedio por año. En los años 92 y 93 la concentración es de 2.2 atenciones, pero en los años 91 y 95 de 1.6 concentraciones, un 60 % superior a la norma ( una atención por mujer ) .

**REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD.-** La cobertura de nuevas captaciones es de 2.6% en 1991 y de 2.8% en el 95 existiendo un incremento de 7.7% en la cobertura. Si se asume que estas usuarias nuevas representan del total de beneficiarias de este tipo en un 10%, se puede estimar que la cobertura real esta entre 27.7% de las mujeres susceptibles a usar planificación familiar.

**DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER (DOC).-** Se ha mantenido a un nivel bajo en 1991 con 0.5% y en 1995 con 0.8% de cobertura; la subida de 1.2% en el 94 parece reflejar mejores condiciones del sistema de información en los servicios. Sin embargo, las posibilidades de crecimiento significativo de esta cobertura son limitadas debido a que no existe recursos humanos, materiales y económicos en servicios de laboratorio imprescindibles para este análisis.

### 2.6.3 ATENCIÓN INFANTIL

**NIÑOS MENORES DE 1 AÑO.-** La cobertura de este grupo ha fluctuado entre el 48.2% y el 115% entre 1991 y 1995; sin embargo, en 1993 y 1995 pasaron del ciento por ciento de la población en este grupo etáreo lo que indican que existe más población o a su vez esta mal registrada la información.

El porcentaje de ocupación ha experimentado una baja de este mismo período de 75,4% en 1991 a 73% en 1995 ( un decrecimiento anual de 0.4% promedio por año). Cabe recalcar que el porcentaje de ocupación bajo y se debe principalmente a la inadecuada distribución de camas disponibles según especialidad.

El promedio de días de estada se ha mantenido sin grandes variaciones (3.4 días de ocupación de una cama por paciente); lo mismo ha sucedido con el giro de camas de alrededor de 61 pacientes por cama durante el año.

### 2.6.8 INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

**CUADRO N° 33**  
**INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y ANESTESIAS EN QUIRÓFANO**  
**PROVINCIA MORONA SANTIAGO**  
**PERIODO 1991 - 1995**

QUIRÚRGICAS Y ANESTESIAS	1991	1992	1993	1994	1995	% CAMBIO
Q ELECTIVAS	148	255	220	278	520	251.3
Q EMERGENTES	399	247	188	193	330	-17.3
TOTAL QUIRURG.	547	502	408	471	850	55.3
ANESTESIAS	547	497	394	452	834	52.4

Fuente: Dirección de Salud de Morona Santiago, 1995

Elaboración: Grupo de trabajo

El total de intervenciones quirúrgicas aumentaron en un 55.3% en 1991 y 1995. La totalidad de este crecimiento se produjo en el área de intervenciones quirúrgicas de servicios ambulatorios (251.3% de incremento). Por otra parte las intervenciones de emergencia decreció a 17.3% (a un decrecimiento anual de 3.5%). Las anestias se mantuvieron al total de las intervenciones quirúrgicas de 52.4% y 55.3%, respectivamente. Del total de internaciones quirúrgicas de 1995, el 46% son intervenciones relacionadas con la especialidad de gineco-obstetricia.

**CUADRO N° 34**  
**ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO SEGÚN SERVICIOS**  
**PROVINCIA DE MORONA SANTIAGO**  
**PERIODO 1991 - 1995**

ESTUDIOS	AMBULATORIOS			INTERNACIÓN		
	1991	1995	% CAMBIO	1991	1995	% CAMBIO
LAB. CLÍNICO	37772	58287	54.3	20624	26864	1.3
RADIOGRAFÍAS	538	2047	280.0	410	1755	328.0
ELECTROCARDIOGRAMAS	4	10	150.0	7	3	-70.0

Fuente: Dirección de Salud de Morona Santiago. 1995  
 Elaboración: Grupo de trabajo

El cuadro entrega información sobre diversos tipos de estudio o exámenes que se hacen en las jefaturas de área con el fin de proporcionar un mejor diagnóstico y tratamiento de las atenciones brindadas.

Los estudios de los laboratorios clínicos han subido durante este período (45.8%). Sin embargo esta subida general se debe en forma exclusiva al aumento de los análisis para atenciones ambulatorias que alcanzaron al 54.3%; mientras que los estudios para casos de internación existe un leve aumento que es de 1.3%.

En general los estudios radiológicos también se han incrementado durante este período en 280%. En este caso el incremento es más marcado en las internaciones 328%, en los servicios ambulatorios 280%.

Los estudios de electrocardiogramas subieron en general en 18.1%. En este caso el incremento esta en los servicios ambulatorios en 150%; mientras que los estudios para casos de internación disminuyeron en un 70%.

## CAPITULO III

### POLÍTICAS Y PROPUESTAS

#### 3.1 POLÍTICAS

Gracias al esfuerzo de los ecuatorianos, se han consolidado instituciones de gran valor que constituyen la estructura del Ministerio de Salud Pública. Se han conseguido logros importantes en el descenso de la mortalidad materno infantil, con la ampliación de la cobertura, en la prestación de servicios médicos, la protección financiera otorgada por la seguridad social, la formación de recursos humanos competentes y la investigación científica. Es necesario reforzar los avances y atender los problemas persistentes. Ahora debemos abrir el horizonte en busca de nuevas opciones en un proceso de convergencia social alrededor de los propósitos de equidad, eficiencia, eficacia y calidad de la atención.

De esta convergencia estamos presentando una propuesta específica para la atención materno infantil en la provincia de Morona Santiago, cuya implementación constituye un proyecto a corto, mediano y largo plazo, con cambios estructurales. No obstante que en la provincia de Morona Santiago los indicadores de mortalidad materno infantil son inferiores en comparación con el resto del País, sin embargo en la población de las etnias shuar y achuar, que representa el 43% de la población, las tasas de morbimortalidad materno infantil siguen siendo altas, constituyendo un serio problema de salud.

Es importante un conjunto de cambios generados por el MSP, y sus instancias provinciales y locales con la participación organizada de la sociedad civil a efectos de transformar las instituciones de salud, mejorándolas. El cambio debe ser deliberado y sustentable.

Las políticas de salud abarcan cuatro niveles: sistémico, programático, organizacional e instrumental:

La Provincia de Morona Santiago se encuentra en un proceso de desarrollo socio-económico, al cual se incorpora el sector salud, por lo elemental que esto representa.

Dentro de las políticas de salud se plantean las siguientes estrategias en el nivel sistémico: priorizar la salud con la asignación de recursos para esta vital área ,

complementando con la inversión en educación, sobre todo mejorar la alimentación, la vivienda, dotación de agua potable, infraestructura sanitaria.

En salud materno infantil es imperativo definir el rol del Estado, específicamente de la Dirección Provincial de Salud, las cinco áreas y la red de servicio determinando la capacidad resolutoria de las unidades operativas, el grado y la forma de participación de la sociedad civil y la coordinación con las organizaciones generadoras de recursos económicos.

En el nivel programático debe definirse la participación del Estado con la asignación de presupuestos que priorize la defensa de la salud Materno-infantil. Las unidades operativas definirán un paquete de intervenciones costo-efectivas que puedan ser universalmente accesibles, el propósito es que los recursos disponibles se utilicen en forma tal que produzcan los mayores beneficios para la salud de la población; sobre todo en materno infantil y atención primaria de salud, se plantea las siguientes estrategias: la asignación de presupuestos que prioricen la defensa de la salud materno infantil. Las unidades operativas determinarán un paquete de intervenciones costo-efectivas que puede ser universalmente accesibles.

El nivel organizacional de las políticas de salud debe ocuparse de los procesos que ocurren al interior de las instituciones prestadoras de servicios para asegurar la eficiencia técnica y la calidad. Debiendo actualizarse su estructura y funcionamiento para que se adapte a la demanda de los servicios, se plantea las siguientes estrategias: mejoramiento continuo en el desempeño, conseguir alta calidad y eficiencia. Un elemento vital en el desarrollo de las organizaciones de salud es la sociedad civil.

Las otras políticas son las instrumentales que generen la inteligencia institucional; dicha inteligencia toma forma en los sistemas de información, para la correcta y oportuna toma de decisiones. La investigación científica, incorporando los conocimientos milenarios de los shuar y achuar, contempla también la innovación tecnológica y el desarrollo integral de los recursos humanos, se plantea como estrategias: generar la inteligencia institucional que toma forma en los sistemas de información, para la correcta y oportuna toma de decisiones. La investigación científica, la innovación tecnológica y el desarrollo integral de los recursos humanos.

Consolidar un sistema universal de salud asegurando el acceso de toda la población a los servicios esenciales, sobre todo a la población étnica shuar y achuar, procurando romper

las barreras culturales, geográficas, sociales y económicas. Fomentar el establecimiento de organizaciones para la protección de la salud, involucrándose y participando en la reforma del sector salud, incorporar el proceso de descentralización, con integral funcionamiento de las áreas de salud, asignación presupuestaria que responda a las necesidades y demandas de la población, estimular la coordinación entre instituciones públicas y privadas.

Se debe definir el paquete mínimo de atenciones basado en el costo efectividad de las intervenciones. Enfatizar aquellos servicios que actúan sobre la prevención de los riesgos de salud, crear incentivos necesarios para limitar la oferta de intervenciones de baja efectividad y alto costo; establecer un mecanismo participativo para la evaluación continua y revisión periódica de las prioridades.

La evaluación a determinado que la calidad de los servicio que se ofrecen en el componente materno infantil no ha respondido a las expectativas de los usuarios. Los programas de calidad deben ser integrados en el sentido de abarcar tanto la dimensión técnica como interpersonal. La calidad técnica debe comprender a la estructura, proceso y el resultado de la atención. Se debe diversificar a los sitios de atención de la salud reforzando la capacidad resolutiva del primer nivel. Las unidades operativas deben elevar su capacidad resolutiva y adoptar un sistema de referencia acorde a las necesidades.

Debe darse un reforzamiento integral a las unidades de primer nivel porque solo así podrá cumplir el papel de ser la puerta de entrada de los usuarios y que estos encuentren respuesta efectiva a sus problemas de salud

Hay que promover una cultura organizacional cuyo objetivo único sea el de mejoramiento continuo en el desempeño. Un elemento vital en el desarrollo de las organizaciones de salud es la sociedad civil. Los usuarios son la materia prima con la que trabajan los prestadores de servicios de salud y deben ser sobre quienes recae la mayor responsabilidad, por lo que es necesario estimular el papel protagónico de la

población en la prestación de servicios de salud. Hay que efectuar un esfuerzo para unir voluntades por un objetivo común. La comunidad debe actuar en la toma de decisiones.

La otra política a implementarse es la optimización de los recursos tanto materiales, humanos y económicos con los que cuenta la provincia de Morona Santiago racionalizando su uso, ampliando la infraestructura básica materno infantil del sistema y aprovecharlas al máximo para que presten el servicio para el cual fueron creadas.

Debe desarrollarse un sistema de información que sirva de base para la toma de decisiones, proponemos incentivar la investigación en el ámbito materno infantil de tal manera que tenga un desarrollo científico. Siempre será necesario la innovación y la evolución de la tecnología en salud, se debe estimular el desarrollo integral de recursos humanos para la salud.

Finalmente proponemos fortalecer la capacidad gerencial en las organizaciones de salud y lograr la especialización en gerencia de salud. Se debe formar y actualizar a especialistas en el manejo gerencial de las organizaciones; la modernización del sistema de salud difícilmente podrá llevarse a cabo sin un esfuerzo concentrado por fortalecer la capacidad gerencial.

En la propuesta que estamos desarrollando está presente los valores, principios y propósitos de un sistema de salud.

Dadas las características geográficas, sociales culturales y económicas de la provincia de Morona Santiago es necesario crear las condiciones básica para que las madres y los niños tengan acceso a los servicios médicos,, tomando en consideración que la morbimortalidad esta dada fundamentalmente por enfermedades prevenibles. debemos considerar además las externalidades, esto es la consecuencias para los demás de las decisiones propias, así como cuando una persona no cuidada su salud tiene efectos sobre los demás.

Tomemos en cuenta el principio de que la protección de la salud en general, y específicamente la materno infantil deja de ser un bien de consumo para convertirse en un derecho social

Si partimos del hecho de que toda persona tiene derecho de ocupar a los mejores prestadores de los servicios de salud, creemos que es un imperativo mejorar la calidad y eficiencia de las unidades operativas del MSP, para competir con al medicina privada.

Debemos incorporar la solidaridad, para que toda la sociedad asuma la responsabilidad para atender a los grupos más vulnerables. madre -niño.

Consideramos que los servicios de salud materno infantil deben ser accesibles de forma universal, siempre existiendo la eficiencia y equidad.

Son propósitos substanciales a la salud materno infantil:

- La equidad, esto es ante una misma necesidad de salud, igual oportunidad de acceso, pero esta atención debe ser de calidad, ya que de no ser así, no sirve el acceso. la calidad incluye la técnica, que consiste en optar por la mejor estrategia con las innovaciones científicas y académicas y tecnológicas , y dar la mayor satisfacción al usuario.
- Debe buscarse la eficiencia, utilizando la menor cantidad de recursos, o alcanzando mayores niveles de salud con los recursos disponibles.

Estos valores que tenemos en cuenta en nuestra propuesta son: trato semejante ante necesidades semejantes, todas las vidas humanas tienen el mismo valor, ningún tipo de discriminación en el acceso a los servicios es moralmente válido, solo la necesidad de atención debe regular dicho acceso. Cada generación debe entrar a la vida con las mismas oportunidades, esto sirve de base para que la distribución d de la riqueza sea socialmente justa, toda persona tiene libertad para decidir lo que más le conviene para el y su familia, pero esta libertad conlleva una gran responsabilidad.

Es importante la solidaridad, la cual debe corresponder a valor que se le da a la responsabilidad social en atender a los grupos más vulnerables en este caso a la madre y al niño y conlleva el principio de que los sanos se solidaricen con los enfermos al contribuir al financiamiento de su atención.

La misión que nos proponemos es mejorar al máximo posible las condiciones de salud de la madre y el niño reduciendo las desigualdades, conteniendo los costos, satisfaciendo a los usuarios y creando buenas condiciones de trabajo para los prestadores de servicios.

La visión que tenemos en la atención de la madre y el niño es que debe ser universal, que comprenda algunas características como integralidad, preventiva, curativa, ambulatoria con un costo efectividad razonable. Debe ser proactiva es decir que antes que reparar los daños producidos se debe anticipar a los mismos y prevenirlos.

Debemos priorizar la atención primaria de salud, “ la cual es una estrategia integral y coherente de intervención sobre el proceso salud-enfermedad, por lo que su ámbito de acción no puede circunscribirse a ser un simple programa de alcance nacional y, mucho menos, un proyecto especial por más autónomo e importante que sea. La APS tampoco puede limitarse al nivel primario de atención en salud, concibiéndose erróneamente como “medicina simplificada”. La APS no puede ser la atención de salud “para los pobres” dejando intocados los recursos involucrados en la atención de los grupos sociales más acomodados , social y económicamente. Como estrategia integral de intervención, la APS asume una concepción teórica propia sobre la naturaleza de las relaciones de causalidad del proceso salud- enfermedad, a partir del cual desarrolla su respuesta sobre el mismo, abarcando, por eso, al conjunto del modelo de atención de salud. Esto es que la APS supone un replanteamiento integral del modelo de atención vigente, sea en su ordenamiento jurídico-institucional, en la naturaleza de su función de producción, en la calidad y cantidad de los recursos técnicos-económicos involucrados, como en la totalidad de las formas de atención y del sistema escalonado de niveles de atención. En síntesis, la APS es una alternativa técnica integral para el conjunto del modelo de

atención de salud y todos sus elementos constitutivos, incluyendo la naturaleza de las relaciones entre tales elementos.

La APS, como estrategia integral de intervención también abarca la naturaleza de las relaciones entre el modelo de atención de salud y el contexto externo en sus aspectos jurídicos-institucionales, socioeconómicos y sociopolíticos. De modo que, desde esta perspectiva, la APS constituye un enfoque técnico político con un alto contenido ideológico y no solo un enfoque meramente técnico”.

La atención debe ser descentralizada y regionalizada, las decisiones deben tomarse en el nivel más cercano a la realidad, debe también ser participativa, fomentar a la población para que se convierta en un socio activo de su propia atención.

Nos proponemos que las políticas públicas de atención a los derechos de los niños y la madre se ejecuten por un conjunto articulado de acciones del Estado y la sociedad civil.

Hay un nuevo concepto de políticas sociales ya no afincadas en la socialización que hace el Estado de las necesidades y/o demanda de la población, sino desde el derecho de la población que participa en la formulación, ejecución y evaluación de las políticas y que el Estado debe traducir en acciones, en tanto y cuanto son obligaciones contempladas en los marcos jurídicos nacionales y/o internacionales.

La población considerada dentro del grupo de la infancia corresponde según la legislación “a todo ser humano desde su estado prenatal hasta los 18 años”.

Las políticas que proponemos se ha estructurado sobre un principio que es la de atención integral a las necesidades de supervivencia materna infantil: salud, nutrición, ambiente y de desarrollo, integración, recreación y educación.

La infancia y maternidad constituyen unos de los grupos más vulnerables por las condiciones biológicas, sociales, económicas, culturales y psicológicos a que se encuentran sometidas.

La necesidad de políticas y acciones integrales se traduce en las altas tasas de mortalidad y morbilidad en general por causas prevenibles tanto de la madre como del niño y la prioridad de actuar articuladamente entre los sectores sociales y económicos.

En el Ecuador, el 45% de la población está constituida por menores de 18 años, lo que corresponde a una pirámide poblacional de País joven.

En nutrición los problemas más frecuentes que inciden sobre la niñez, son la desnutrición y la anemia.

Las políticas integrales parten del hecho de que todos los niños deben tener la posibilidad de crecer y desarrollarse. Esto significa atender tanto a las necesidades físicas del crecimiento relacionado con aspectos nutricionales y de las condiciones de salud del niño, como a las relaciones sociales que implican su cuidado, en el marco de una familia en la que se ofrece un ambiente de salud social y psicológico favorable.

Las políticas integrales deben tener en cuenta tanto el crecimiento como el desarrollo psico-motor, cognoscitivo, emocional y social.

Las políticas integrales van dirigidas a la supervivencia de los niños, como el derecho a la vida, a la salud y a la alimentación, como la que abarca las posibilidades de desarrollo personal y social de los niños y las madres y que se refieren a los derechos de educación, al esparcimiento, a la profesionalización y a la cultura.

Estas políticas buscan el cumplimiento de los derechos que aseguran la integralidad física, psicológica y moral de los niños y la madre para lograr el ejercicio de la libertad, el respeto, la dignidad, la convivencia familiar y comunitaria y la protección a los niños contra situaciones de riesgo selectivo.

## **3.2 PROPUESTA**

Nuestra propuesta tiene como objetivos: alcanzar los niveles de salud materno infantil que la ciencia y la tecnología hacen posible, reducir las desigualdades en los niveles de salud que existen entre sectores urbanos y rurales, entre pobres y ricos, entre shuar y colono de manera que solo persistan desigualdades debidas a la distribución natural de atributos biológicos entre la población, controlar el aumento de los costos de la atención para que todos tengan acceso al mismo. La salud debe ser una preocupación constante del proceso general de desarrollo.

La propuesta se basa fundamentalmente en conseguir un buen funcionamiento de las áreas de salud, con descentralización técnica, administrativa y financiera, aplicando un paquete mínimo de servicios de salud. En ésta área de salud se dará prioridad a los programas de capacitación y educación continua de los recursos humanos; se plantea un sistema de cogestión con la sociedad, frente a una realidad que es la falta de recursos económicos para una atención integral en salud con una cobertura universal. Se plantea como una necesidad establecer un sistema de control con la participación de un equipo de coordinación.

### **3.2.1 DESCENTRALIZACIÓN**

Es fundamental el pleno funcionamiento de las Áreas de Salud, con un sistema descentralizado en los aspectos financieros, técnicos y administrativos, donde se puedan cumplir todas las normas en atención materno infantil.

Cumpliendo con el decreto ejecutivo Num. 3392 del 29 de Abril de 1992 en que se establece la conformación de las áreas de salud y con el Acuerdo Ministerial del 3 de Marzo de 1995 se aprueba el Manual de Programación a nivel de Jefaturas de Áreas de Salud, se han estructurado en el Ecuador las Áreas de Salud.

La programación local de las áreas de salud busca como producto final el funcionamiento articulado y armónico del conjunto de unidades y la eficaz organización de la atención al interior de cada una de ellas, evidenciando a su vez el incremento de la calidad y la capacidad resolutoria de todos sus servicios en beneficio de la población atendida.

En las Jefaturas de Área la programación se centra en los aspectos técnicos y administrativos que se requieren para mantener la dirección y coherencia de la gestión, por tanto debe ser concebida como un proceso continuo que se retroalimenta a sí mismo y se reajusta en forma permanente para abordar los problemas que se vayan presentando.

El propósito es asegurar el funcionamiento del modelo de atención primaria que impulsa el MSP y cuyas características son:

- Adecuada capacidad resolutoria de los servicios, frente a los problemas de salud más frecuentes, trascendentes y de mayor demanda de la población.
- Integralidad de la atención: promoción, fomento, recuperación y rehabilitación básica no solo de problemas biológicos sino también ambientales y socioeconómicos.
- Cobertura universal con acciones preventivas básicas y de atención a la morbilidad más frecuente, promoviendo para ello coordinación y complementación entre todas las entidades locales que realizan actividades de salud.
- Atención priorizada de acuerdo al riesgo, a las personas, familia y grupos más deprimidos.
- Proyección a la comunidad organizada con atención en el ámbito extramural en trabajos conjuntos con organizaciones comunitarias e instituciones de desarrollo social.

Por lo tanto el proceso se inicia con el diagnóstico global de la situación del área que incluye los niveles de salud de la población, infraestructura básica, servicios de salud existentes. Todos los recursos y aspectos que pueden ser potencialmente positivos o negativos para la salud de las personas y la comunidad.

El MSP tiene como objetivo principal el proporcionar servicios de salud a la población para lo cual dispone de las Unidades Operativas que se distribuyen en el área urbano y rural, las mismas que son de diversa complejidad.

En la provincia de Morona Santiago contamos con la Dirección Provincial de Salud que apoya, supervisa y evalúa a las áreas de salud.

Tenemos 5 áreas de salud que son las siguientes:

Área 1.- Comprende a los cantones de Morona, Huamboya y Palora con una población de 54.786 habitantes.

Área 2.- Comprende el cantón Taisha con una población de 15.000 habitantes.

Área 3.- Comprende los cantones Santiago y Sucúa con una población de 29.259 habitantes.

Área 4.- Comprende los cantones de General Plaza y San Juan Bosco con una población de 15.294 habitantes.

Área 5.- Comprende el cantón Gualaquiza con una población de 15.728 habitantes.

En cada área de salud tenemos un Hospital de Referencia y Unidades Operativas que cubren a la totalidad del territorio y a las poblaciones en el asentadas.

Cada Unidad Operativa tiene un Subcentro de Salud y Puestos de Salud. El Equipo de salud está integrado por un médico, un odontólogo, una enfermera y auxiliar de enfermería.

Los Hospitales de Referencia cuentan con medios diagnósticos: Laboratorio, Rx; en cuanto a recursos humanos cuentan con 2 médicos tratantes, 3 residentes y personal paramédico y administrativo.

- Razonabilidad en costo
- Calidad en la atención
- Motivación del personal

Buscamos conseguir en cada área de salud la satisfacción de los usuarios que se traduzcan en los más elevados estándares de atención y servicio en cualquiera de los momentos en que un cliente tenga contacto con la organización.

La calidad total promueve la participación de todas las personas mediante la educación y delegación de autoridad y autonomía, en la solución de los problemas de su puesto de trabajo y en el perfeccionamiento de los procesos de su área, para que puedan satisfacer a su usuarios internos y externos.

La calidad total promueve la concepción de Karl Albruch de una pirámide organizacional invertida en cuya parte superior aparecen los clientes externos, seguido de los operarios y del personal de contacto directo con los clientes. Posteriormente aparecen los supervisores y Jefes de Sección, cuya misión es asegurarse de que los anteriores puedan realizar adecuadamente su trabajo y mejorarlo permanentemente. En la base de esta pirámide invertida están los directivos, encargados de crecer y mantener esta cultura y definir las estrategias y los destinos generales de la empresa. La calidad total se define en términos de satisfacción de los clientes internos y externos. La calidad se debe obtener en todos los procesos de la organización y por lo tanto cubre a todas las áreas en una cadena de relaciones de clientes-proveedores internos y externos. La calidad se debe buscar no solo en el producto, sino en todas las funciones de la organización.

### 3.2.2 DEFINICIÓN DEL PAQUETE MÍNIMO DE ACTIVIDADES

Se trata de definir y de encontrar para cada problema de salud materno infantil soluciones eficaces y entre esas soluciones, las que son factibles, es decir aceptables.

La eficacia de una actividad se revela cuando es capaz de prevenir o controlar un problema, por lo tanto debe ser fiable y válida, es decir que la actividad da los mismos resultados cada vez que se realiza en las mismas condiciones; y, válida significa que el resultado obtenido es conforme al resultado que se espera obtener por su aplicación.

Una actividad también debe de ser factible, o sea que se pueda operacionalizar. Por eso hace falta considerar los elementos que podrían frenar o favorecer la implantación del programa, esos elementos corresponden a las siguientes dimensiones: factibilidad legal, factibilidad política, factibilidad económica, factibilidad organizacional, factibilidad sociocultural, factibilidad ética.

En resumen la definición de las actividades en un sistema se hace en base a criterios técnicos, epidemiológicos y económicos.

El contenido de los PMA es potencialmente similar en el País, por las razones siguientes:

a.- El PMA debe cubrir la intersección de la demanda y de las necesidades, entendiéndose por demanda de atención la que exige la población, las necesidades son definidas por profesionales de la salud y la oferta corresponde a la atención disponible en un lugar y momento dado.

b.- Origen gestor del concepto de PMA la definición de un PMA se funda también sobre un concepto de gestión de los servicios de salud. Cuando se introduce un PMA en una unidad operativa, se debe reorganizar la utilización de los recursos (financiamiento, horarios, mano de obra, etc.). Se añaden las actividades que aumentan mucho la capacidad de respuesta de una infraestructura a los problemas de salud y que permiten cubrir un gran número de intervenciones.

Un PMA comprendería las siguientes actividades:

1.- Consulta curativa

- demanda espontánea
- consulta subsecuente

2.- Seguimiento de enfermedades crónicas

- desnutrición
- hipertensión arterial
- tuberculosis
- otros

3.- Consulta preventiva de niños

- PAI
- Control de niño sano
- Detección de desnutridos y niños en riesgo

4.- Consulta preventiva de embarazadas

- detección de riesgos de dístocia
- detección de infecciones ginecourinarias
- toxoides tetánico

5.- Promoción de la salud

- planificación familiar
- DOC
- lactancia materna
- educación nutricional

6.- Trabajo comunitario

- comité de salud
- visitas domiciliarias

7.- Estomatología

- prevención escolar y a embarazadas
- demanda espontánea

### 3.2.3 CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

#### 3.2.3.1 FORMACIÓN DE PROMOTORES DE SALUD SHUAR - ACHUAR

Consideramos que la capacitación es fundamental para mejorar los servicios de salud, por lo mismo el área programará la capacitación de recursos humanos de acuerdo al siguiente esquema de educación:

- Capacitar a 20 promotores de salud de la raza shuar - achuar para que trabajen en los puestos de salud que a continuación se detalla:

COMUNIDADES	PROMOTOR
Pimpints	1
Yaupi	1
Santiago	1
Tutinentza	1
Shinkiatam	1
Iniwua	1
Cuchaentza	1
Campana	1
Wichimi	1
Wasaga	1
Pitiur	1
Maki	1
Pumpuentza	1
Miazal	1
Cushirumi	1
San Luis	1
Panki	1
Cumbantza	1
Tsarentza	1
Yapi	1

El curso será dictado en la ciudad de Macas, en el mes de Enero de 1997 con el auspicio cultural de la Federación de Centros Shuar y Achuar del Ecuador y el financiamiento de la ONG Ayuda en Acción que tiene su sede en Sucúa.

La población shuar y achuar, habitantes ancestrales de la amazonía, con una cultura que se pierde en el tiempo, calculada en 12000 años, conservan aun sus costumbres y modo de vida de cazadores recolectores, siembran su huerto de yuca y se movilizan de un sitio

a otro de la selva, esto hace que la población sea dispersa, organizándose en los centros comunitarios, unidos por parentesco, que aunque dispersos en la llanura amazónica tiene una escuela bilingüe que les sirve de nexo.

Es muy difícil para una unidad operativa movilizar a su equipo de salud a todas las habitaciones, ya que deben caminar por estrechos senderos de la selva hasta 12 horas, cruzando ríos, llanuras y colinas, lo cual no es posible para los mestizos que son quienes trabajan en estas unidades operativas.

El Ministerio de Salud Pública tiene en cada unidad operativa los puestos de salud pero son insuficientes para una cobertura poblacional total, por lo mismo nuestra propuesta de capacitar a 20 promotores es para cubrir la prestación de los servicios de salud a quienes por hoy se encuentran marginados, que son precisamente habitantes de las etnias shuar y achuar.

El personal docente estará integrado por: Médico, Enfermera, Educador para la Salud, Uwichin (curandero shuar) y un auxiliar de enfermería shuar.

El perfil ocupacional para el cual se le va a proporcionar conocimientos es el siguiente:

Capacitarse en la ejecución de cada uno de los programas materno infantil del Ministerio de Salud Pública: inmunizaciones, planificación familiar, crecimiento y desarrollo del niño, control del embarazo, atención del parto eutócico y control del puerperio.

- Hacer un diagnóstico clínico de las patologías más frecuentes.
- Dar tratamiento sintomático para bajar la fiebre
- Hacer hidratación oral y tratar las enfermedades digestivas y respiratorias más frecuentes.
- Conocer sobre nutrición para que pueda ayudar a la población, en especial a las madres y niños a fin de evitar la desnutrición, consumiendo una dieta equilibrada con los propios nutrientes que se encuentran en el medio, como peces, animales de cacería, yuca, maíz, plátano, papa china, palmito, chonta y frutas
- Hacer un diagnóstico de salud en el área de su trabajo, de acuerdo a sus posibilidades.

- Dar educación para la salud.
- Junto con la comunidad, evitar la contaminación del medio ambiente, en especial propiciar el consumo de agua potable, el tratamiento de aguas servidas y la recolección adecuada de los desechos sólidos.
- Conocer sobre las formas de trasmisión de las enfermedades infecto contagiosas más comunes en el sector como es la parasitosis, enfermedades bacterianas y virales, la hepatitis que es muy frecuente, el paludismo, la leishmaniasis y la tuberculosis.
- Conocer la estructura y funcionamiento del Ministerio de Salud y de los demás subsectores como el IESS, Fuerzas Armadas, Seguro Campesino y Medicina Privada.
- Referir oportunamente al paciente a la unidad operativa mas cercana cuando no esté en capacidad de resolverle el problema de salud.
- Organizar a la comunidad para que sea participe en la solución a sus problemas de salud.
- Incorporar a la medicina curativa los conocimientos ancestrales shuar y achuar.
- Dar primeros auxilios en casos de mordedura de serpiente y traumatismos.

**COSTOS**

Material didáctico	200.000
Bonificación alumnos	18'000.000
Viáticos para Docentes	9'000.000
Transporte aéreo	5'000.000
	.....
<b>TOTAL</b>	<b>32'000.000</b>

**3.2.3.2 CURSO DE SEGUIMIENTO A PARTERAS EMPÍRICAS**

Se debe incorporar a la medicina formal a las personas que en forma empírica vienen atendiendo partos (comadronas) que se organice un curso de capacitación para que sean colaboradoras del equipo de salud en las unidades operativas.

La provincia de Morona Santiago cuentan con las 5 áreas de salud con 20 Colaboradoras Voluntarias Rurales (CVR) quienes han sido formadas por el Ministerio de Salud Pública de acuerdo a los lineamientos de la Dirección Nacional de Fomento y Protección conformando una importante red de asistencia para la atención de los partos en el sector rural y marginal.

Desgraciadamente, este personal no ha tenido el apoyo suficiente y su trabajo no tiene un seguimiento creando un gran desinterés, lo que perjudica a las comunidades donde están radicadas.

La propuesta va encaminada a actualizar los conocimientos de la CVR existentes para lo cual se ha diseñado un programa de capacitación a efectuarse en el segundo semestre del año 1997.

De la evaluación del programa materno infantil se determina que el porcentaje de atención de partos domiciliarios es superior a los partos intrahospitalarios, de ahí la importancia de que este recurso informal esté debidamente preparado para cubrir esta demanda de atención. A esto se agrega que por las condiciones culturales y la idiosincrasia de la población rural el factor confianza de los usuarios juega un papel relevante.

## **OBJETIVO GENERAL**

Actualizar a la CVR para la atención materna infantil que permita disminuir la morbimortalidad en este segmento de la población en la provincia de Morona Santiago.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1.- Disminuir la tasa de morbimortalidad materno infantil
- 2.- Mejorar las técnicas de atención del embarazo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido intradomiciliarios por parte de la CVR.
- 3.- Mejorar el sistema de referencia de la CVR a las Unidades Operativas del primer nivel en embarazos de alto riesgo.

- 4.- Fortalecer la interrelación entre el sistema formal y la medicina alternativa, complementando en su gestión.
- 5.- Favorecer al acercamiento mutuo de la comunidad y los servicios de salud, transformando a la partera en un agente de enlace y de cambio.
- 6.- Disminuir la práctica nocivas para la salud de la madre.
- 7.- Mejorar el sistema de información de las actividades de las CVR.

## **DURACIÓN**

El curso de capacitación tendrá una duración de 6 días (10 - 16 de Julio de 1997)

## **LUGAR**

Dirección Provincial de Salud y Hospital Provincial de Macas.

## **GRUPO HUMANO**

22 Colaboradores Voluntarios Rurales de las 5 Áreas de Salud

## **RECURSOS**

*Institucionales.*- Dirección Provincial de Salud, Hospital Provincial de Macas.

*Económicos.*- Presupuesto (Anexo 1)

*Equipo responsable.*- Departamento de Enfermería del Dirección Provincial de Salud y Obstetrices Rurales.

## **CONTENIDOS**

Anexo 2

## **JUSTIFICATIVO**

- a.- Evaluar el trabajo de las CVR durante los 2 últimos años.
- b.- Asesorar a las CVR y a las auxiliares de enfermería encargadas de la supervisión.
- c.- Convocar a las CVR para el curso de seguimiento.
- d.- Seleccionar a las CVR para el cursillo de capacitación.

**NOMINA DE LAS COMUNIDADES CON CVR PARTICIPANTES EN EL  
CURSO**

COMUNIDAD	CANTÓN	ÁREA
9 de Octubre	Morona	1
Alshi	Morona	1
Sevilla	Morona	1
24 de Mayo	Morona	1
San José de Morona	Morona	1
San Luis de Ininkis	Morona	1
Chiguaza	Morona	1
Macuma	Morona	1
Nueva Tarqui	Gualaquiza	5
La Pradera	Gualaquiza	5
Bomboiza	Gualaquiza	5
Ideal	Gualaquiza	5
Ganazhuma	Gualaquiza	5
Chiviaza	Limón	4
Yunganza	Limón	4
San Juan Bosco	San Juan Bosco	4
Taisha	Taisha	2
Tutinentza	Taisha	2
Wampuik	Taisha	2
Shinkiatam	Taisha	2
Santiago	Santiago	3
Wambi	Sucúa	3

**SUPERVISIÓN**

La supervisión estará a cargo de los auxiliares de enfermería como responsables directos, apoyados por el resto del equipo de salud en el área donde están ubicadas las CVR

**ANEXO 1**

**PRESUPUESTO PARA CURSO DE CAPACITACIÓN DE CVR**

**PROVINCIA DE MORONA SANTIAGO**

ÁREA	COMUNIDAD	BONIFICACIÓN	TRANSPORTE	TOTAL
1	9 de Octubre	20.000 x 6 días = 120.000	9.000	129.000
1	Alshi	20.000 x 6 días = 120.000	15.000	135.000
1	Sevilla	20.000 x 6 días = 120.000	3.000	123.000
1	24 de Mayo	20.000 x 6 días = 120.000	15.000	135.000
1	San José de Morona	20.000 x 6 días = 120.000	40.000	160.000
1	San Luis de Ininkis	20.000 x 6 días = 120.000	5.000	125.000
1	Chiguaza	20.000 x 6 días = 120.000	8.000	128.000
1	Macuma	20.000 x 6 días = 120.000	80.000	200.000
2	Taisha	20.000 x 6 días = 120.000	80.000	200.000
2	Tutinentza	20.000 x 6 días = 120.000	90.000	210.000
2	Wampuik	20.000 x 6 días = 120.000	100.000	220.000
2	Shinkiatam	20.000 x 6 días = 120.000	80.000	200.000
3	Santiago	20.000 x 6 días = 120.000	30.000	150.000
3	Wambi	20.000 x 6 días = 120.000	6.000	126.000

ÁREA	COMUNIDAD	BONIFICACIÓN	TRANSPORTE	TOTAL
4	Chiviaza	20.000 x 6 días = 120.000	15.000	135.000
4	Yunganza	20.000 x 6 días = 120.000	15.000	150.000
4	San Juan Bosco	20.000 x 6 días = 120.000	30.000	150.000
5	Nueva Tarqui	20.000 x 6 días = 120.000	40.000	160.000
5	La Pradera	20.000 x 6 días = 120.000	40.000	160.000
5	Bomboiza	20.000 x 6 días = 120.000	50.000	170.000
5	Ideal	20.000 x 6 días = 120.000	40.000	160.000
5	Ganazhuma	20.000 x 6 días = 120.000	50.000	170.000
TOTAL				3.496.000

MATERIALES	CANT.	TOTAL
Cuadernos 100 hojas	22 x 5.000 = 110.000	110.000
Esferográficas	22 x 1000 = 22.000	22.000
Papel periódico pliegos	12 x 600 = 7200	7.200
Marcadores	10 x 3500 = 35.000	35.000
TOTAL		174.200

PRESUPUESTO CURSO 3.496.000

MATERIALES 174.000

BONIFICACIÓN INSTRUCTORES(3x6dx50.000) 900.000

IMPREVISTOS 300.000

.....  
TOTAL 4.870.000

### MATERIALES, EQUIPOS E INSUMOS PARA EL CURSO

Maletines

Cubetas con instrumental

Cabestrillos

Romanillas

Gasa, algodón, alcohol, tela, toalla, reata

## ANEXO 2

### TEMÁTICA PARA EL CURSO DE CAPACITACIÓN A PARTERAS TRADICIONALES

DURACIÓN	OBJETIVOS	CONTENIDO	PREGUNTAS DE REFLEXIÓN	METODOLOGÍA	EQUIPO Y MATERIALES
	UNIDAD 1	Ambientación			
	1.- Lograr la integración de los participantes.	Presentación de los docentes y participantes, información sobre el curso		Juegos motivacionales	Materiales de papelería
	Receso				
	2.- Reconocer el rol que desempeña la CVR en la comunidad.	Rol de la CVR, ventajas del adiestramiento y relación con la unidad de salud. Integración grupal	Experiencias personales del grupo, logros y problemas limitantes.	Trabajos de grupo. Plenaria. Charla	Hojas mimeografiadas papelógrafo
	3.- Conocer la estructura básica de los órganos de la reproducción humana.	Visión general de los órganos de la reproducción. Integración grupal	Que conoce, para qué sirven.	Charla Intercambio de ideas	Pizarra material audiovisual
	4.- Detectar signos y síntomas del embarazo.	Signos y síntomas. Desarrollo y crecimiento del feto.	Como sabe que está embarazada. Que pasa con el cuerpo? Cómo cambia la vida de la mujer embarazada?	Método reflexivo crítico	Rotatorio y slides
	Receso				
	5.- Conocer la importancia de la higiene, alimentación y control de la embarazada.	Higiene y alimentación. Atención médica.	Partido del conocimiento de ellas: Que cuidados se da a la mujer embarazada en la comunidad?	Participativo Charla	Papelógrafo Slides Películas
	6.- Identificar signos y síntomas de riesgo en el embarazo y la referencia oportuna a las unidades de salud.	Hiperhemesis, edema, hemorragia, placenta previa, alcoholismo, uso de medicamentos. Referencia a las unidades de salud.	Partido del conocimiento de ellas	Charla participativas Que hablen de su experiencia	Papelógrafo
	7.- Descartar prácticas nocivas para la embarazada y el feto.	Tacto, palpaciones bruscas. Integración grupal	Partido del conocimiento de ellas.	Diálogo	
	8.- Efectuar visitas domiciliarias a gestantes y recién nacido.	Objetivos, consejos sobre el control médico, higiene, preparación para el parto. Cuidados en las diferentes etapas.	Qué haría en una visita en casa de la embarazada?	Sociodrama	Maletín con material
	9.- Aplicar la técnica correcta para el uso del maletín obstétrico.	Higiene personal de la CVR: corte de uñas, lavado y cepillado de manos, manejo de equipos, uso del maletín, gorro.	Partido del conocimiento de ellas	Demostración y devolución en grupos	Tijeras, cepillo palangana material obstétrico

**UNIDAD 2**

10.- Realizar la atención del parto normal con limpieza.

Integración grupal  
Control de las contracciones. medidas de apoyo y comodidad a la parturienta. Limpieza perineal. Protección del periné. Nacimiento, recepción del niño, corte y ligadura. Alumbramiento, revisión de la placenta

Como se da luz en la comunidad?

Dinámica de grupo, sociodrama Charla y demostración

Material que soliciten Material de salud pública

11.- Identificar signos y síntomas de complicaciones en el parto y medidas preventivas.

Integración grupal  
Síntomas de alarma Labor prolongada, hemorragia. Sufrimiento fetal. Líquido amniótico meconial, prolapsos de cordón, presentación de nalgas o extremidades. Como realizar la referencia.

Por que no se debe: -Administrar medicamentos o alcohol Presionar el vientre y cordón Hacer tactos.

Charla e intercambio de ideas

Papelógrafo

Receso

12.- Realizar una revisión general de la puerpera para identificar complicaciones durante el puerperio.

Revisión general de la puerpera. Síntomas de peligro en el puerperio: fiebre, dolor abdominal, hemorragia, loquios de mal olor. Referencia de complicaciones a la unidad de salud.

Partir del conocimiento de las participantes

Diálogo e intercambio de ideas

Pizarra Rotafolio Papelógrafo

13.- Efectuar visitas domiciliarias con la puerpera y recién nacido.

Lactancia materna. Aseo de la madre y del recién nacido. Limpieza del cordón umbilical. Detección de mal formaciones en el recién nacido. Referencia para vacunación y control del niño sano: post-parto, abrigo del RN.

-Partir del conocimiento de las participantes.

Charla Demostración

Dibujos Diapositivas Maletín

14.- Brindar cuidados inmediatos al recién nacido.

Integración grupal  
Lactancia materna, limpieza y baño del RN

Partir del conocimiento de los participantes.

Demostración

Maletín Dibujos y equipo para demostración

**UNIDAD 3**

Informar a la pareja sobre los servicios de la salud y control de la fecundidad.

Integración grupal  
Servicios básicos sobre materno infantil y regulación de la fecundidad. Métodos anticonceptivos modernos

Partir de sus conocimientos: Que hace la pareja para espaciar los embarazos.

Juegos motivacionales Demostración y diálogo

Pizarra Equipos maquetas

Receso

Identificar y manejar los cupones de referencia para el sistema de información.

Proyección de películas sobre métodos de PF  
Manejo correcto de los cupones de referencia. Sistema de información. Integración grupal

Para que la referencia? Como hacerla?

Charla y demostración

Cupones de referencia

Coordinar las actividades de

Importancia de la relación

Pizarra papelógrafo

	promoción y visitas del equipo de salud a la CVR	armónica del auxiliar de enfermería con los líderes comunitarios. Responsabilidad del auxiliar en la orientación, capacitación y supervisión de la CVR.		Diálogo	
	Receso				Cupones
	Continuación	Revisión de formularios para la visita mensual. Evaluación del curso.		Diálogo	

### 3.2.3.3 PROYECTO PARA EL CURSO DE CAPACITACIÓN DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA SIN FORMACIÓN QUE LABORAN EN LA PROVINCIA DE MORONA SANTIAGO -1996

#### a.- JUSTIFICATIVO

El contexto que conlleva el alcance de la meta de salud para todos en el año 2000 y la estrategia de atención primaria han producido una nueva concepción en cuanto a la oferta y demanda de los servicios de salud.

El personal de auxiliar de enfermería cumple un papel muy importante dentro del equipo de salud, viene realizando una actividad caracterizada por ser biológica, intrahospitalaria, la misma que no responde al desarrollo social, cultural actual, por lo que se hace necesario la formación y la capacitación de éstos recursos con una mentalidad crítica, interesada en ajustarse a la realidad para la solución de los problemas.

La formación del auxiliar de enfermería no se debe circunscribir solo al proceso educativo sino que debe estar articulado al desarrollo social y económico del País, analizándolo a través de la investigación, y la fuerza de trabajo, aspectos como la propia formación, producción, utilización y evaluación de éste recurso.

## **b.- DIAGNOSTICO DEL PROBLEMA**

La Provincia de Morona Santiago desde el año de 1990 entro en el proceso de regionalización y mediante Acuerdo Ministerial 14122 de Mayo 20 de 1992, Publicado en el Registro Oficial de Junio de 1992, se logró la descentralización administrativa, estableciéndose 7 Áreas de Salud (hoy son 5), con las siguientes unidades operativas:

### **UNIDADES DE SALUD**

Hospital Provincial	1
Hospitales Cantonales	5
Centros de Salud	2
Subcentros de salud urbanos	8
Subcentros de salud rurales	30
Puestos de salud	15
Puestos de salud comunitarios	19

### **PERSONAL DE ENFERMERÍA**

Enfermeras profesionales	27
Auxiliares de enfermería hosp.	61
Aux. de enfermería rurales	49
Aux. de enf. área hosp. sin diploma	28
Aux. de enf. área rural sin diploma	06

Analizando los datos presentados podemos observar que en la provincia laboran 34 auxiliares de enfermería sin la preparación debida, siendo uno de los causales de la deficiente prestación de servicios de salud a la comunidad, agravando esta situación con el personal que se contrata para los reemplazos que así mismo no es capacitado.

En la Provincia se han realizado cursos de formación para auxiliares de enfermería en los años de 1975, 1982 y 1993; los primeros cursos fueron de auxiliares hospitalarias y el

último de salud comunitaria, cabe indicar que en 1995 personal de la provincia participó en el curso de formación de auxiliares en la Ciudad de Baños.

Por otro lado la mayor parte del tiempo los pacientes están atendidos por el personal auxiliar de enfermería lo que ocasionan infecciones cruzadas, infecciones post-operatorias y la queja constante del usuario de la falta de calidez y humanismo, dando como resultado la mala calidad de atención al paciente, familia y comunidad.

Toda esta problemática se deben a los siguientes factores:

- 1.- En la Provincia existen 2 enfermeras profesionales por hospital
- 2.- 1 enfermera profesional en ciertas unidades operativas (subcentros de salud)
- 3.- El tráfico de influencias en la asignación de cargos de auxiliares de enfermería
- 4.- Déficit de actualización de conocimientos y educación en servicio
- 5.- Falta de criterio técnico y científico en el que hacer diario de la auxiliar de enfermería
- 6.- Trabajo rutinario
- 7.- Insuficiente personal auxiliar de enfermería capacitado
- 8.- Escasas supervisiones a las unidades operativas
- 9.- Falta de integración del auxiliar de enfermería hospitalario a las actividades de participación comunitaria

### **c.- PROPUESTA PARA LA CAPACITACIÓN DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA**

Capacitar a las auxiliares de enfermería que no tienen diploma y vienen prestando sus servicios en las diferentes unidades operativas de la provincia por medio de un curso de formación con duración de 12 meses con la Modalidad Semipresencial, las jornadas presenciales serán de una semana al mes y estarán orientadas a la evaluación intermedia o terminal de cada ciclo, las alumnas organizarán su tiempo individual, su ritmo de estudio para abordar la temática, la realización de las tareas prácticas según la orientación y su perfil de ocupación.

La modalidad semipresencial que se utilizará se fundamenta en el autoaprendizaje en la posibilidad de descubrir nociones, significados, fundamentos y razones de las cosas y los procesos en los que interacciona el auxiliar de enfermería.

La modalidad semipresencial le permitirá realizar sus estudios compartiendo y articulando el trabajo y estudio, una parte del rigor académico estará dado por la experiencia y solvencia institucional complementándose con el esfuerzo y compromiso del alumno.

La propuesta que presentamos pretende formar auxiliares capaces de poder brindar los servicios de salud con palidez, participación crítica y reflexiva, para contribuir al desarrollo de las unidades operativas de salud de la provincia.

El perfil del auxiliar de enfermería que se formará estará de acuerdo a la realidad de los problemas de salud de la población.

El curso tendrá una duración de doce meses con asistencia presencial de 1 semana cada mes, lo que nos resulta el siguiente plan de estudios:

EXTENSIÓN	2 Semestres	
ORGANIZACIÓN	Estudio presencial	640 Horas
	Estudio Independiente	1440 Horas.
DIPLOMA	Auxiliar de Enfermería	

#### **d.- ANÁLISIS DE COSTO EFICACIA.**

La estrategia elegida reúne los siguientes criterios:

##### **1.- IDONEIDAD**

- El curso de capacitación en forma semipresencial responde a las necesidades sentidas del auxiliar de enfermería.

## 2.- ACEPTABILIDAD

- El personal técnico de las unidades de salud han venido sugiriendo la capacitación de las auxiliares de enfermería que no tienen preparación; por los diferentes problemas surgidos en la atención diaria brindada por éste personal.

## 3.- CONTINUIDAD

En el desarrollo de cada unidad didáctica permitirá la fusión entre lo práctico y lo científico, por otro lado coadyuvará a las actividades de seguimiento y evaluación de las estudiantes. Según el análisis de causalidad realizado al inicio del proyecto se irán solucionando conforme se desarrolle el curso de capacitación.

## 4.- OPORTUNIDAD

En la medida que los usuarios demanden los servicios de salud el equipo deberá ofrecer una atención eficiente, eficaz y de calidad, razón por la cual la capacitación presentada desarrollará contenidos innovadores en lo que se refiere a la prestación de los servicios, logrando solucionar las bajas coberturas y accesibilidad a los mismos.

## e.- ANÁLISIS DE COSTO

La población atendida vendría a ser la población total de la provincia: 127.929 habitantes ya que sus 82 unidades operativas ofrecen sus servicios a las diferentes comunidades.

### CALCULO DE GASTOS OPERACIONALES :

Material de laboratorio de enfermería	10'000.000
Material bibliográfico	3'000.000
Curso de capacitación a docentes	5'000.000
Personal docente de apoyo	5'000.000
Seguimiento y supervisión	12'000.000
Elaboración de documentos y material de secretaría	5'000.000
Pago de inscripciones a la universidad	4'000.000
	-----
TOTAL	44'000.000

## COLABORACIÓN Y APOYO TÉCNICO NECESARIO

- Aprobación del proyecto de parte del Ministerio de Salud por medio de la División Nacional de Enfermería.
- Aprobación del proyecto por parte del Convenio Bilateral Bélgica-Ecuador
- Aprobación por parte de la Federación Ecuatoriana de Enfermeras para la realización del curso
- La escuela de Enfermeras de la Universidad de Cuenca brindará asesoría técnica adiestramiento a las docentes , programación conjunta de los contenidos del curso de formación, supervisará las actividades de los docentes y alumnado y participará en la elaboración final del informe.
- El MSP colaborara con el personal técnico de enfermería y otras especialidades de acuerdo al desarrollo y necesidades del curso
- La Dirección Provincial de salud brindará el apoyo necesario a las enfermeras que actuarán como docentes y supervisoras tanto en el desarrollo del curso como en el trabajo práctico que realizarán las auxiliares de enfermería en sus sitios de trabajo.
- El personal técnico de las Áreas se involucraran especialmente en las prácticas y el seguimiento al personal de las UO's que estén capacitándose.





### **3.2.3.4 CURSO DE ENFERMERÍA PARA AUXILIARES DE SALUD COMUNITARIA**

#### **1.- DESCRIPCIÓN DEL CURSO**

Corresponde a un proceso de enseñanza aprendizaje teórico práctico integrado dirigido a la preparación de Auxiliares de Salud Comunitaria en los conocimientos, habilidades y destrezas y en el desarrollo de actitudes, todos ellos señalados en el perfil de desempeño descrito (numeral 3).

Contiene 4 áreas curriculares las mismas que a su vez se organizan en unidades didácticas que le den la continuidad y secuencia al proceso de aprendizaje.

Las áreas son las siguientes:

ÁREA I El auxiliar de Salud Comunitaria en los servicios de salud y en la comunidad.

ÁREA II La salud de la comunidad como indicador de desarrollo y como responsabilidad del estado.

ÁREA III Atención de salud de la mujer, el niño, el adolescente, el adulto y el adulto mayor

ÁREA IV Experiencia de aprendizaje integral en la comunidad.

La duración del curso es de 8 meses, contiene un total de 1300 horas distribuidas en 35 semanas (Anexo A)

La intensidad horaria semanal es de 35 a 36 horas presenciales de trabajo-práctico, en donde el estudiante se constituye en un sujeto activo del aprendizaje y exhibe un comportamiento que denota un fuerte compromiso con su comunidad en la que retornaba a trabajar.

Los alumnos que mediante proceso de selección han sido admitidos al curso son en número de 26 distribuidos así: 6 de la Provincia de Napo, 13 de la Provincia de Pastaza y 7 de la Provincia de Morona Santiago; el 65.4% son hombres y el 34.6% son mujeres. La edad oscila entre 19 y 38 años. En cuanto a escolaridad, el 90% posee el requisito básico de primaria completa y el 10% ha cursado la secundaria.

Siendo lo más deseable que el curso se hubiese desarrollado en cualquiera de las provincias orientales para que el aprendizaje sea una realidad mucho más próxima a la que corresponderá retornar, es la ciudad de Baños en donde se efectuará por existir la infraestructura física adecuada tanto para la ejecución de las actividades de aprendizaje como para instaurar un internado, modalidad que precisa dada la característica de procedencia de los estudiantes.

## **2.- PROPÓSITO DEL CURSO**

Preparar auxiliares de Salud Comunitaria con una visión global de la realidad de salud y desarrollo socio-económico de sus comunidades y para una activa participación que contribuya al mejoramiento cualitativo de la atención de la salud y a la ampliación de cobertura de los servicios.

## **3.- OBJETIVOS DEL CURSO**

El estudiante tendrá capacidad para:

- 1.- Elaborar el diagnóstico de la comunidad en la cual le corresponda actuar.
- 2.- Identificar los riesgos de enfermar y morir asociados a las enfermedades de mayor prevalencia en el medio y según grupos etáreos.
- 3.- Participar en la programación local.
- 4.- Ejecutar acciones promocionales, preventivas, de recuperación y de rehabilitación en el contexto de la atención primaria de salud.
- 5.- Orientar a las familias y grupos comunitarios para una activa participación en el mejoramiento de las condiciones de salud y de vida.

- 6.- Promover el desarrollo de acciones comunitarias tendientes a proteger y preservar el medio ambiente y la riqueza de los recursos naturales.
- 7.- Utilizar metodologías y técnicas de educación participativa.
- 8.- Orientar a las familias y grupos comunitarios para prevenir y afrontar los accidentes y desastres naturales.
- 9.- Dar atención de salud a madres, niños, adolescentes, adultos y ancianos haciendo uso de algoritmos.
- 10.- Realizar el seguimiento a usuarios, pacientes y familias con el propósito de evaluar la condición de salud y el cumplimiento de prescripciones médicas y tratamiento según normas.
- 11.- Participar en la administración de la unidad de salud haciendo uso de principios de organización y normas de limpieza y la observancia del cumplimiento correcto y oportuno de informes y registros.
- 12.- Participar con grupos de población y otros grupos multidisciplinarios e intersectoriales en acciones tendientes al desarrollo de la comunidad.

#### **4.- METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE APRENDIZAJE**

La modalidad metodológica del curso es la de “aprender-haciendo”, buscando de esta forma conducir al estudiante al logro del conocimiento y una práctica originada en los requerimientos de salud del individuo, familia y grupos de la comunidad.

El curso combina periodos alternativos de teoría y práctica con periodos en los que estos dos elementos del aprendizaje marchan paralelos, esto con el fin de que el estudiante confronte realidades concretas de los servicios de salud o de las comunidades en donde prueba la aplicabilidad del conocimiento.

El uso de técnicas educativas participativas hace del estudiante un ente activo en el aprendizaje, constituyéndose el docente en un guía orientador-evaluador.

La integración teoría-práctica da gran importancia al trabajo de campo, talleres de análisis de casos y de experiencias vivenciales en la comunidad.

## **5.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

La evaluación del estudiante se lleva a cabo en las tres siguientes formas:

- 1.- **Evaluación diagnóstica.**- Sirve para determinar el nivel de entrada de los estudiantes sobre todo en cuanto a aspectos propedéuticos. En vista de que el test de conocimientos adoptado como mecanismo de selección e ingreso arroja datos que determinan déficits en el conocimiento y aplicación del lenguaje y matemáticas, se constituye en una necesidad desarrollar una unidad introductoria que nivele al grupo en los aspectos básicos señalados.
- 2.- **Evaluación formativa.**- Permite determinar el grado de aprendizaje de los estudiantes y los consecuentes reajustes que requiere hacerse durante el desarrollo del curso. La evaluación formativa que no tiene calificación se aplicará una vez al mes.
- 3.- **Evaluación terminal.**- Es aquella que es hecha durante el desarrollo del curso y al final del mismo y es la que determina la aprobación o reprobación del curso por el estudiante.

En cuanto al seguimiento, este es un proceso de observación del desempeño de este personal una vez concluido el curso. Este monitoreo permite el hallazgo de aspectos positivos y negativos del desempeño; en base a estos últimos se determinan contenidos de la educación permanente.

## **6.- COORDINACIÓN, JEFATURA Y DOCENTES DEL CURSO**

### **Coordinación**

La coordinación la ejerce una docente de la Escuela Nacional de Enfermería de la Universidad Central.

Sus funciones son:

- 1.- Presentar a las Autoridades de la Escuela y a las de la Institución auspiciadora la propuesta inicial del curso.

- 2.- Conducir la programación, ejecución y evaluación del curso.
- 3.- Participar conjuntamente con la Jefe y Docentes del Curso en la Programación Analítica del curso.
- 4.- Supervisar conjuntamente con la Enfermera de nivel nacional y/o Enfermeras Provinciales de la Región Oriental y autoridades de la División de Desarrollo Rural del Ministerio de Salud Pública.
- 5.- Intervenir en el seguimiento de egresados del curso y proponer recomendaciones.
- 6.- Revisar conjuntamente con las autoridades de la División de Salud Rural el movimiento económico del curso.

### **Jefatura**

La ejerce una Licenciada en Enfermería con experiencia hospitalaria y comunitaria y alguna experiencia docente.

Sus funciones son:

- Orientar a los alumnos sobre el desarrollo del curso
- Orientar al nuevo personal docente y administrativo
- Organizar y dirigir todas las actividades docentes del curso y responsabilizarse de ellas.
- Coordinar el desarrollo de la enseñanza teórico-práctica
- Estudiar con el personal docente los recursos para la práctica del alumno y planificar junto con los jefes de servicios el programa de experiencia práctica.
- Establecer líneas de comunicación con las autoridades y personal de enfermería de las instituciones que servirán como área de experiencia clínica.
- Solicitar el material, equipos y recursos bibliográficos necesarios para el desarrollo de las actividades administrativas y docentes.
- Convocar al personal a reuniones semanales, con el fin de discutir horarios, recibir o dar informes y evaluar internamente la marcha del curso, conocer problemas y buscar alternativas de solución.
- Citar a reuniones con la coordinadora del curso en caso necesario.

- Elaborar junto con las profesoras de planificación horaria semanal del curso.
- Estudiar y modificar junto con las docentes el plan de estudios aprobado a nivel nacional de acuerdo a las necesidades existentes.
- Se responsabilizará de la planificación, ejecución y evaluación de la clase dictada, sujetándose al plan de estudios y al trabajo de la semana.
- Elaborar con el personal docente las normas administrativas internas que facilitan el desarrollo del curso.
- Mantener debidamente informada a la coordinadora de cursos sobre la marcha docente y administrativa del curso.
- Elaborar y presentar informes mensuales a la coordinadora de cursos adscritos de la Escuela Nacional de Enfermería y autoridades correspondientes sobre la marcha del curso.
- Vigilar la marcha adecuada del internado y lo que concierne a funciones del servicio de cocina, lavado y planchado, etc.
- Presentar informe de movimiento económico del curso según directrices establecidas.

## **Docentes**

Son docentes permanentes del curso tres profesionales enfermeras:

Una Licenciada (la jefe de cursos) y dos enfermeras generales quienes igualmente tienen experiencia en servicios hospitalarios y comunitarios y una mínima experiencia docente. Se cuenta también con profesores en la categoría de temporales e invitados.

Las funciones de las profesoras permanentes son:

- Revisar la documentación del estudiante seleccionado por la comunidad.
- Estudiar y modificar en caso necesario el plan de estudios con participación conjunta de la Jefe y Coordinadora del Curso.
- Cada docente se responsabilizará de la planificación, ejecución y evaluación de sus clases sujetándose al plan de estudios y al trabajo de la semana.

- Preparará los materiales de enseñanza necesarios con suficiente anticipación y entregará el material para fotocopiar con 3 días de anticipación.
- Preparar con anticipación las demostraciones conjuntamente con el resto de las docentes antes de hacerlo a los alumnos.
- Asistir conjuntamente a las clases teóricas y prácticas de acuerdo con las necesidades del curso.
- Informar a la jefe del curso las necesidades de materiales requeridos para la enseñanza y velar por su control y conservación.
- Supervisar las experiencias clínicas de los alumnos y evaluar el aprendizaje de los mismos.
- Elaborar y presentar a la jefe de curso los informes que fueren requeridos.
- Asistir a las reuniones ordinarias y extraordinarias convocadas por la jefe de curso y actuar de secretaria en forma rotativa.
- Mantener orden y disciplina en el desempeño de sus funciones.
- Colaborar en otras funciones y actividades que le fueron encomendadas tendientes a la buena marcha del curso.
- Reemplazar a la jefe en caso de ausencia según designación hecha por la coordinadora de los cursos adscritos.
- Elaborar y presentar el plan de experiencia clínica en cada área.

Las funciones de los profesores temporales e invitados es cumplir con los temas planificados según horario.

- Preparará los materiales de enseñanza necesarios con suficiente anticipación y entregará el material para fotocopiar con 3 días de anticipación.
- Preparar con anticipación las demostraciones conjuntamente con el resto de las docentes antes de hacerlo a los alumnos.
- Asistir conjuntamente a las clases teóricas y prácticas de acuerdo con las necesidades del curso.
- Informar a la jefe del curso las necesidades de materiales requeridos para la enseñanza y velar por su control y conservación.
- Supervisar las experiencias clínicas de los alumnos y evaluar el aprendizaje de los mismos.
- Elaborar y presentar a la jefe de curso los informes que fueren requeridos.
- Asistir a las reuniones ordinarias y extraordinarias convocadas por la jefe de curso y actuar de secretaria en forma rotativa.
- Mantener orden y disciplina en el desempeño de sus funciones.
- Colaborar en otras funciones y actividades que le fueron encomendadas tendientes a la buena marcha del curso.
- Reemplazar a la jefe en caso de ausencia según designación hecha por la coordinadora de los cursos adscritos.
- Elaborar y presentar el plan de experiencia clínica en cada área.

Las funciones de los profesores temporales e invitados es cumplir con los temas planificados según horario.

- Preparará los materiales de enseñanza necesarios con suficiente anticipación y entregará el material para fotocopiar con 3 días de anticipación.
- Preparar con anticipación las demostraciones conjuntamente con el resto de las docentes antes de hacerlo a los alumnos.
- Asistir conjuntamente a las clases teóricas y prácticas de acuerdo con las necesidades del curso.
- Informar a la jefe del curso las necesidades de materiales requeridos para la enseñanza y velar por su control y conservación.
- Supervisar las experiencias clínicas de los alumnos y evaluar el aprendizaje de los mismos.
- Elaborar y presentar a la jefe de curso los informes que fueren requeridos.
- Asistir a las reuniones ordinarias y extraordinarias convocadas por la jefe de curso y actuar de secretaria en forma rotativa.
- Mantener orden y disciplina en el desempeño de sus funciones.
- Colaborar en otras funciones y actividades que le fueron encomendadas tendientes a la buena marcha del curso.
- Reemplazar a la jefe en caso de ausencia según designación hecha por la coordinadora de los cursos adscritos.
- Elaborar y presentar el plan de experiencia clínica en cada área.

Las funciones de los profesores temporales e invitados es cumplir con los temas planificados según horario.



### **3.2.4 DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER ( D.O.C )**

Uno de los aspectos, que necesariamente debe ser incluido en la propuesta, es ampliar la cobertura del programa de Detección Oportuna del Cáncer, considerando que apenas el 1.2% de la población ha sido beneficiada del mismo, para lo cual se plantea la capacitación de los microscopistas y tecnólogos de los hospitales de Macas que tiene el nivel provincial y de los hospitales cantonales de Gualaquiza, Limón Indanza, Santiago de Méndez, Sucúa y Taisha y los centros de salud de San Juan Bosco, Palora, Federación Shuar e Innfa.

El adiestramiento para el personal de laboratorio se estima bajo el sistema de pasantías por 90 días en los centros asistenciales de Quito, Guayaquil y Cuenca, financiados por los presupuestos normales de estas unidades operativas de las partidas de capacitación

El objetivo de la capacitación, es que estas personas adquieran las habilidades, destrezas y conocimientos para el diagnóstico microscópico que oriente el control y seguimiento de los casos, aprovechando los recursos materiales existentes en cada una de las unidades operativas.

Esta actividad se complementa con un programa intensivo de educación para la salud, para concientizar a los grupos en riesgo de la importancia que representa , como medida preventiva primordial las tomas de PAP.

Los equipos humanos que forman la red de servicios, tendrán una participación directa en las actividades de acuerdo a su grado de complejidad y de nivel resolutivo.

#### **PAQUETE MÍNIMO DE ACTIVIDADES PARA EL PROGRAMA DE D.O.C.**

- A.- Promoción y tomas de muestras para PAP test en unidades operativas.
- B.- Fijación y envío de muestra a los laboratorios de referencia.
- C.- Seguimiento de casos sospechosos o positivos.
- D.- Toma de biopsias en establecimientos específicos.
- E.- Referencia a hospitales con o sin oncología.
- F - Educación a voluntarios de la Comunidad.

El desarrollo de este programa incorpora la experiencia y el nivel tecnológico que mantiene la Cruz Roja con Sede en Macas, con personal voluntario nacional y extranjero optimizando los recursos existentes en cada sector

### 3.2.5 PROGRAMA DE LACTANCIA MATERNA

Uno de los pilares del programa de atención materno infantil es el de retomar la lactancia materna y brindar la confianza a los usuarios externos para los partos institucionales conforme los lineamientos que al respecto viene preconizando los organismos internacionales como la UNICEFF y los departamentos de Fomento y Protección del MSP, mediante el cual los hospitales provinciales acrediten para ser considerados como hospitales amigos del niño y de la madre.

La cumbre mundial en favor de la infancia se propone promover la lactancia materna para el decenio de 1990, y se establece como meta que "todas las mujeres deberán poder amamantar exclusivamente a sus hijos y todos los lactantes deberán ser alimentados exclusivamente a pecho desde el nacimiento hasta los cuatro o seis meses de edad. Posteriormente, los niños deberían seguir siendo amamantados recibiendo al mismo tiempo alimentos complementarios apropiados y en cantidades suficientes, hasta los dos años de edad o más".

Nuestra propuesta contempla que en cada unidad operativa se constituya un Comité de Madres, que recibirán el asesoramiento del personal del equipo de salud, con la participación activa de las madres, que cumplirá los siguientes objetivos:

- Buscar la solidaridad de toda la población así como de las entidades públicas y privadas para que las madres tengan los recursos necesarios para una buena nutrición.
- Estar en contacto permanente con el equipo de salud de la unidad operativa para que se de la ayuda necesaria para la recuperación de la salud de la madre y del niño.
- Programar la celebración cada año de la semana mundial de la lactancia materna. - 1 al 7 de Agosto.

- El equipo de salud programará la educación continua sobre la importancia de la lactancia materna. Este programa educativo, con un fundamento científico, incentivará a las madres a su aplicación.

Se pretende mejorar la calidad de los servicios Materno-Infantiles, que permita contribuir a la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad materno infantil. Este programa incorporará la educación de las madres que acudan a consulta externa. Se proporcionará conocimientos básicos y experiencias en la práctica de la lactancia materna.

La lactancia materna es la forma más eficiente en proveer las necesidades nutricionales y el intercambio afectivo entre la madre y su hijo.

El amamantamiento del niño fue y será una característica común de todas las culturas y razas en todas las épocas, porque nuestra supervivencia misma depende de ella.

Esta es la principal fuente de alimentación para 140 millones de niños que nacen cada año y que constituyen el 3% de la población mundial.

Las indicaciones actualizadas comprenden: Inicio dentro de la primera media hora de vida, lactancia exclusiva hasta 6 meses de edad y prolongada hasta los 2 años.

Las condiciones de salud están determinadas por las diferencias socioeconómicas de las personas, familias y comunidades, de tal manera, que la lactancia materna introduce una variación en las probabilidades de supervivencia infantil y salud materna en las poblaciones marginales donde la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud es menor.

Se hará conocer a las madres que los recién nacidos deben alimentarse exclusivamente con leche materna de 4 a 6 meses, porque protege a los niños recién nacidos de bacterias y virus, las inmunoglobulinas que contiene le protegen al niño contra las infecciones, la cantidad de proteínas es perfecta para el crecimiento del niño y el desarrollo del cerebro, las grasas son la principal fuente de calorías para el lactante, el hierro de la leche materna se absorbe bien en el intestino del niño, los niños alimentados a pecho presentan menos

casos de diarrea, infecciones gastrointestinales e infecciones de las vías respiratorias que los que reciben fórmula artificial, la lactosa ayuda a prevenir raquitismo y ayuda en la absorción del calcio y desarrollo del cerebro, los nutrientes como el zinc y los ácidos grasos contribuyen también al desarrollo de la respuesta inmunológica del niño, tiene menos problemas dentales, mejor desarrollo psicomotor, la oxitocina liberada durante la lactancia favorece la contracción del útero y ayuda a contener el sangrado después del parto, y, finalmente el costo de una dieta adecuada para la madre es menor que el costo de dar al niño una fórmula artificial.

### **3.2.6 AUTOFINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS**

Los Países del tercer mundo, entre los cuales se incluye nuestro País, y los Países desarrollados, están siendo afectados por una de las más grandes crisis financieras, puesto que por el sistema político que impera en los mismos la concentración de la riqueza se halla en pocas manos, creándose una enorme brecha y con altos niveles de pobreza.

Las políticas de los gobiernos esta orientada, a dedicar la mayor parte de sus escasos ingresos a cubrir los gastos de la Deuda externa destinando ínfimos presupuestos para el área social que comprende salud, educación, vivienda y generación de empleos

Los costos financieros de la atención de salud son altos ya que estos están en función de los procesos inflacionarios cada vez más galopantes, como consecuencia de aquello los servicios públicos de salud cada vez cuentan con menos recursos financieros para el cumplimiento cabal de sus actividades, desmejorando las prestación de los mismos, a lo que se agrega las grandes iniquidades y la no existencia de un principio de solidaridad. Estos antecedentes justifican la necesidad ineludible de que las comunidades beneficiadas de los servicios de salud que prestan los organismos públicos participen activamente en el destino de los servicios de salud, siendo copartícipes de la administración de los mismos para buscar alternativas de solución a esta problemática y estableciendo modelos que den respuestas a las necesidades sentidas de esta población.

La propuesta se inició hace aproximadamente seis meses en el Área de Salud N°. 1 de la provincia de Morona Santiago que tiene como área de influencia más del 60 % de la población de la provincia, que tiene en los subcentros de salud localizados en las cabeceras parroquiales se han constituido los Comités de Salud, que son organizaciones sociales con personería jurídica cuyos miembros son elegidos democráticamente. Este organismo representa a la población del sector geográfico que corresponde a la unidad operativa y que se benefician de los servicios de salud, colaboran con el equipo de salud y ayudan a encontrar soluciones para los problemas sanitarios locales.

## COMITÉ DE SALUD

Objetivo general.

- Lograr la participación comunitaria en la gestión de las unidades operativas y en la implementación de las actividades de salud para contribuir al desarrollo integral de su comunidad.
- Objetivo específico.
- Identificar con el equipo de las unidades operativas, los problemas de salud sentidos por la comunidad y buscar alternativas de solución.
- Apoyar en la organización administrativas de las unidades operativas, y participar en sus actividades, desde le análisis de la situación hasta la programación local y su evaluación (COGESTION ADMINISTRATIVA).
- Apoyar y estimular los mecanismos de autogestión financiera que favorezcan las actividades de servicios y supervisar todo ese proceso (COGESTIÓN FINANCIERA).
- Integrar al equipo de salud a la comunidad, para que conozcan sus problemas de salud, que se constituyan en apoyo para el logro de soluciones.
- Promocionar los servicios que brinda la unidad en su comunidad.

# **LA ORGANIZACIÓN FINANCIERA DE LOS COMITÉS DE SALUD**

## **Origen de los fondos**

Constituirán el patrimonio de la comunidad, bajo gestión del comité, los fondos provenientes de las colaboraciones y aportes voluntarios de los miembros de la comunidad, y los que procedan de las actividades que se realicen.

El monto de la contribución voluntaria tiene que ser decidido por el comité previa consulta a la comunidad, pudiendo eximirse de contribución a los indigentes bajo los principios de justicia y equidad.

## **Gestión de los fondos**

Los ingresos relacionados con el comité y las unidades operativas se depositan en una cuenta bancaria, estableciéndose una contabilidad y una revisión periódica por los responsables financieros del área y los supervisores de la Unidad de Conducción de Área (UCA).

## **Utilización de los fondos**

Los recursos financieros vienen de distintas fuentes que son:

Recursos generados por las actividades de las unidades operativas (consulta de morbilidad, odontología, Laboratorio, etc.)

Recursos generados dentro de un sistema de fondo rotativo o botiquín comunitario.

Recursos de actividades fuera del recurso médico o proveniente de donaciones.

Los fondos serán utilizados respetando el principio de la co-gestión, dedicándolos para los gastos de adquisición de materiales, medicamentos e insumos.

- Reparación, mantenimiento y mejoramiento de las unidades operativas.
- Contratación de personal complementario.
- Pago de servicios, luz, agua, etc..

## **PARTICIPACIÓN DEL COMITÉ DE SALUD EN ACTIVIDADES DEL SECTOR.**

La participación del comité es directa, en la planificación y ejecución de actividades de salud, para lo cual se constituyen las comisiones de salud que son grupos de personas organizadas para ayudar en el cumplimiento de programas específicos, destacándose la COMISIÓN MATERNO INFANTIL que cumple las siguientes actividades:

- Captación de embarazadas, lactantes y niños menores de 5 años, en colaboración con las CVR y promotores de salud, para su referencia a las unidades de salud correspondientes.
- Informar y educar sobre cuidados prenatales, lactancia materna, control de enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas y nutrición.
- Informar e educar a la comunidad sobre el programa de inmunizaciones para niños y mujeres en edad fértil

En el caso del Hospital Provincial de Macas, para la tercera semana de Diciembre, se iniciara este proceso para lo cual se ha iniciado los contactos para la conformación del COPA ( COMITÉ PARTICIPATIVO), integrado por los presidentes de los barrios más un representante de los comités de salud rurales, encontrándose en fase final el estudio de los costos por los diversos servicios hospitalarios como: Consulta Externa Especializada, Odontología, Rx, Laboratorio, Ecosonografía, Medicamentos, Hospitalización, Cirugía, Emergencia.

En cuanto al componente MATERNO INFANTIL , estos se encuentran exonerados de estos cobros. Para empezar con este sistema se realizó una encuesta a la población del área de influencia, sobre el cobro de los servicios teniendo una respuesta favorable, con la salvedad de que se le otorgue un servicio de calidad y excelencia.

### 3.2.7 SISTEMA DE CONTROL

Cada una de las áreas de salud de la provincia de Morona Santiago constituirá un tipo multidisciplinario integrado por: Médico, Enfermera y Odontólogo con conocimientos y experiencia en gerencia de servicios de salud que cumplirán las siguientes funciones y que tendrá el asesoramiento constante de otros integrantes del sistema de salud:

- Coordinar las actividades de las Unidades Operativas y el Hospital.
- Coordinar actividades con el Ministerio de Salud Pública y otras Entidades prestadoras de salud ya sean públicas o privadas, medicina formal, informal y la medicina tradicional shuar.
- Servir de nexo entre la sociedad civil y el Ministerio de Salud Pública.
- Programar y ejecutar la capacitación y actualización permanente de los conocimientos científicos.
- Mantener un sistema de referencia y contrarreferencia entre las unidades del sistema.
- Fomentar y ejecutar con el equipo de salud proyectos específicos de investigación científica sobre patologías prevalentes en el medio.
- Actualizar con todo el equipo de salud un censo poblacional, ya que es evidente el subregistro y mal registro de la información.
- Establecer el perfil epidemiológico de la zona en forma periódica (trimestral).
- Realizar un control mediante monitoreo permanente, supervisión mensual y una evaluación trimestral estableciendo un sistema de retroalimentación que permita efectuar los reajustes necesarios sobre la marcha del proceso.
- Además programas de educación a los clubes de madres, poniendo énfasis en la planificación familiar por el alto índice de multiparidad sobre todo en las mujeres de la raza shuar, lactancia materna y nutrición.

El control significa evaluar y esta evaluación constituye una parte esencial del proceso de planificación, que nos permite medir las desviaciones entre los objetivos y los logros alcanzados con el fin de establecer las causas de los mismos y buscar la solución más adecuada.

El modelo de control que se propone incluye un enfoque sistémico de la organización, tanto a nivel de Dirección Provincial de Salud como de las 5 Jefaturas de Área; comprende el análisis de los componentes que son: Demanda, Oferta, Proceso, Resultado e Impacto.

El área de demanda incluye el análisis del entorno organizacional caracterizado por la población en sus diversos niveles socioeconómicos con una determinación previa de su perfil epidemiológico que nos permite conocer los factores determinantes de su enfermedad, sobre todo en una provincia tan suigeneris como lo es Morona Santiago con una población nativa de aproximadamente 50% y que no está integrada al proceso productivo.

El área de oferta controla la calidad y la cantidad de los recursos institucionales, su organización y el ambiente laboral.

Como resultado de la evaluación se ha determinado que hay que ampliar la estructura física existente, tanto en el Hospital como en los Subcentros de Salud con la ayuda de los recursos del Estado y de organismos internacionales de apoyo, lo cual debe responder a una planificación local, esta evaluación permitirá la elaboración de programas específicos en plena ejecución porque tienen su debido financiamiento y que son: el área materno infantil del Hospital Provincial de Macas, el Centro Materno Infantil de Palora, Centro Materno Infantil de Gualaquiza, todos estos proyectos cuentan con el aval de Ministerio de Salud y el apoyo de los gobiernos de Bélgica, Gran Ducado de Luxemburgo y el gobierno de Suiza, ésta estructura física está programada concluirse a fines de 1997

En cuanto al Hospital San José de Taisha a este se lo debe dotar de los recursos humanos necesarios para su funcionamiento, así: médico tratante, ginecoobstetra, pediatra, 3 enfermeras, 6 auxiliares de enfermería. Esta unidad operativa tiene una área de influencia con una población de 15.000 habitantes, siendo el 90% de la raza shuar-achuar.

Se cuenta con las siguientes asignaciones económicas para el logro de lo anteriormente mencionado: Palora 200 millones, Hospital Provincial 500 millones del estado y 250 millones de la Cooperación Belga, Hospital Gualaquiza 480 millones del Gobierno Suizo.

Con el área de proceso controlamos la interacción entre la oferta y la demanda que caracteriza el rendimiento y la productividad de los recursos, midiendo el costo de los servicios. Se debe obtener información sobre el uso de los servicios, extensión e intensidad del uso.

En el área de resultados debemos controlar la cantidad de productos generados comparándolos con los planificados, lo cual se lo define como eficacia y determinar las metas y las coberturas alcanzadas en los programas específicos del componente materno infantil.

En el área de impacto se controla la efectividad de las acciones en términos de disminución del riesgo de enfermar o morir en el componente materno infantil, cambio de actitudes y satisfacción tanto de los usuarios como de los proveedores de los servicios de salud, así como la calidad de atención y costo beneficio.

### 3.2.7.1 LA SUPERVISIÓN

La supervisión la va ha realizar el equipo de Coordinación del Área, será mensual a cada unidad operativa.

A la supervisión la consideramos como un proceso permanente y continuo, de carácter técnico, administrativo y educativo, ejecutado por el supervisor en el lugar del trabajo normal del supervisado; tiene como objetivo fundamental conocer y mejorar la calidad del servicio que brinde el equipo de salud de la unidad operativa.

La supervisión se la concibe como una formación continua del personal que trabaja en salud. La supervisión es el único momento en el cual podemos observar la calidad técnica del proceso o del servicio prestado, porque es un proceso que verifica lo que

realiza, valoriza comparando con lo previsto y aplica medidas correctivas, de forma tal que los objetivos y resultados se alcancen de acuerdo a lo planeado.

La supervisión es una herramienta indispensable en el proceso de seguimiento y de evaluación de programas y proyectos.

La supervisión debe ser hecha por una persona que tiene un nivel de conocimiento, experiencia o capacidad resolutoria más alta que el supervisado.

La supervisión debe ser integral, incluyendo todas las acciones tanto técnicas como administrativas, dando más tiempo a las actividades prioritarias.

### **3.2.7.2 ASPECTOS A SUPERVISAR EN UNA UNIDAD OPERATIVA**

(en una secuencia de 3 supervisiones consecutivas)

#### ***ASPECTOS TECNICO-MEDICOS DE LAS ACTIVIDADES DEL PMA DE LA CONSULTA CURATIVA***

- de la pre-consulta (observación, análisis)
  - de la consulta médica (observación, auditoría historias, partes, etc.; análisis tratamiento, calidad)
  - de la post-consulta (observación, análisis)
  - análisis de referencias, cobertura, producción, concentración de consultas, etc.
- análisis del grado de cumplimiento con las normas del MSP y del grado de integración de las actividades de programas específicos (IRA, EDA, SISVAN, etc.) dentro de las actividades diarias.

#### ***DEL SEGUIMIENTO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS***

(Tuberculosis, hipertensión arterial, diabetes, desnutrición, etc...)

- análisis de los registros específicos: número de casos; regularidad del seguimiento,...
- auditoría de historias clínicas: contenido de la reconsulta, aspectos de tratamiento...
- importancia en el seguimiento de visitas domiciliarias, de referencias y contrareferencias, del laboratorio, de los aspectos socio-económicos,...
- análisis de referencias, cobertura, producción, razón espontáneas/subsecuentes,...

## ***DE LA CONSULTA PREVENTIVA DE LOS NIÑOS***

- de las vacunaciones:
  - el cronograma y la organización práctica; el manejo de las vacunas; el control de la cadena de frío,...
  - observación de la técnica (preparación; la vacunación misma)
  - análisis de la cobertura, de la producción, monitoreo, ...
- de la consulta para control de crecimiento y desarrollo del niño:
  - análisis de los registros, partes,...
  - auditoría de unas carpetas: contenido de la consulta, ...
  - análisis de datos de cobertura, de producción, ...
- de la estrategia de detección de niños desnutridos, de niños en riesgo y sus resultados.

## ***DE LA CONSULTA PREVENTIVA DE MUJERES EMBARAZADAS***

- la organización práctica de las consultas, el cronograma, el sistema de citas,...
- el contenido técnico de las consulta:
  - el control rutinario, contenido y calidad de las consultas, ...
  - la detección de riesgos de distocia, infecciones, ...
  - la prevención con Toxoide Tetánico
- análisis de referencias, cobertura, producción, razón espontáneas, subsecuentes,...

## ***DE LA PREVENCIÓN Y DE LA PROMOCIÓN PARA LA SALUD***

- actividades de planificación familiar:
  - análisis de los registros, partes diarios, ...
  - auditoría de carpetas: contenido de la consulta, ...
  - análisis de datos de cobertura, de producción, ...
  - análisis del sistema de captación de pacientes
- actividades de DOC.
  - análisis de los registros, partes diarios
  - auditoría de unas carpetas: contenido de la consulta, ...
  - análisis de datos de cobertura, de producción, ...
  - análisis del sistema de captación de pacientes, ...
- actividades en relación con la lactancia materna y educación nutricional
- actividades preventivas con adolescentes, mujeres, ancianos, drogadictos; actividades relacionados con el medio ambiente, el género, salud mental, ...

## ***DEL TRABAJO COMUNITARIO***

- lo relacionado con el CoSa: reuniones, actas, decisiones, problemas, ...
- lo relacionado con visitas domiciliarias: número, razón, contenido, resultado, ...
- lo relacionado con un PS o con recursos comunitarios: su supervisión, su seguimiento y capacitación, el contenido de su trabajo, etc.
- lo relacionado a la coordinación con otras instituciones

## ***ASPECTOS TECNICO-MEDICOS DE ACTIVIDADES ESPECIFICAS***

### ***DE LA CONSULTA DE ESTOMATOLOGIA***

- actividades curativas (demanda espontánea):
- análisis de registros, partes diarios
- auditoría de carpetas: contenido de la consulta
- análisis de datos de cobertura, de producción, ...
- actividades preventivas dentro del sistema incremental (escolares), y en embarazadas
- actividades escolares fuera del sistema incremental (actividades extramurales)
- actividades en pre-escolares

## ***DEL LABORATORIO***

- análisis de la demanda de exámenes
- análisis de los resultados, de la proporción normal versus patológicos, ...
- observación de la técnica

## ***ASPECTOS TECNICO ADMINISTRATIVOS:***

### ***RELACIONADOS CON LOS RECURSOS HUMANOS:***

- distribución de trabajo y carga de trabajo de cada uno
- revisión del registro de presencia o ausencia; planificación de vacaciones
- problemas específicos (laborales, sueldos, ... )

### ***RELACIONADO CON LOS RECURSOS FINANCIEROS:***

- revisión de los registros de ingresos y egresos (autofinanciamiento) de la botica, de odontología, del laboratorio, de las consultas, ...
- Revisión cuentas de agua, luz, arriendo, ....
- diálogo con el comité de salud

### ***RELACIONADO CON LOS RECURSOS MATERIALES:***

- abastecimiento en insumos médicos, odontológicos, administrativos, ...

- abastecimiento en medicamentos; control de rupturas de stock, del sistema de kardex, de los registros de pedido

- limpieza , mantenimiento, etc de los muebles, equipos, instrumental, locales, ...

***RELACIONADO CON LA INFRAESTRUCTURA:***

- problemas de mantenimiento, pintura, baños, agua, luz, ...

***RELACIONADO CON LA COMUNIDAD:***

- dialogo con pacientes (satisfacción), con miembros de la comunidad, con el comité de salud

- revisión de las decisiones del Comité de Salud, problemas, etc.

***RELACIONADO CON EL ÁREA DE SALUD Y/O LA UO:***

- dar información sobre decisiones tomadas por la UCA, y sobre soluciones dadas a problemas mencionados o encontrados en supervisiones anteriores

- dar retro-información sobre los datos del área, de otras UO's (datos de producción, cobertura, ... ) y compararlos con los datos de la UO.

## CONCLUSIONES

A partir del 7 de Junio de 1988, con la aprobación de las normas clínicas para fomento y protección de salud, ha tomado mayor impulso el programa materno infantil; pero, a la vez se ve también fragmentado con el funcionamiento disperso de las instituciones públicas y privadas del sector salud y de otros ámbitos de la vida nacional. En relación a los recursos humanos, la mayoría de los profesionales de la salud prefieren trabajar en las grandes ciudades, dejando desprotegidos a grandes grupos poblacionales, que se encuentran en las áreas rurales y que son atendidos por su propia familia o miembros de la comunidad que se organizan en gradientes, según el conocimiento y buscan soluciones a sus acuciantes problemas de salud y enfermedad.

La población en Morona Santiago es heterogénea en cuanto a número, concentración y dispersión. Además, se observa que los grupos de 0-9 años y de 10-19 años tienen la tendencia a disminuir, mientras que en los grupos de edad de 20-60 años y más tienen la tendencia contraria, lo que significa que hay una propensión al envejecimiento poblacional y por tanto un cambio a la problemática de salud. Existe un crecimiento urbano y un decrecimiento rural.

Morona Santiago presenta en cuanto a la disposición de infraestructura sanitaria, específicamente de servicios higiénicos de uso exclusivo en los domicilios, un porcentaje bastante inferior (24.2%) en relación al promedio nacional. Alrededor de la tercera parte de las viviendas tienen agua en su interior. En relación con la eliminación de las basuras en la provincia la cobertura es baja, ya que tan solo la cuarta parte de las viviendas disponen de un carro recolector de basura.

En cuanto a educación comparte los problemas que aquejan la País; sus porcentajes de analfabetismo total por área o sexo son inferiores al promedio nacional, pero la distribución y la iniquidad afecta especialmente a las mujeres del área rural.

De este estudio se deduce que la producción de servicios de salud nos indica que ha habido una expansión substancial de los servicios del MSP durante el último quinquenio.

Esta expansión se produjo en las consultas de fomento con 16,2% de cambio y un 3,4% de atenciones de morbilidad. Esta expansión de los servicios también se ha visto reflejada en un mejoramiento moderado de las coberturas de los programas de atención infantil, el de atención a menores de 1 año que creció en un 140%, el de atenciones a niños de 1-4 años de edad (87.5% de crecimiento), de escolares (10.8%).

En el ámbito materno todos los componentes crecieron, pero en el prenatal y post-parto se dio un crecimiento mayor (104.4% y 163%, respectivamente).

Las mejoras en la atención infantil se ven reforzadas por los logros en las actividades de inmunización, en donde la cobertura de BCG en menores de 1 año creció a un 121%, que se ve acompañada por significativos progresos de la cobertura de DPT 3 dosis (que creció en un 83.5% durante el quinquenio) la de antipolio 3 dosis (que creció en un 62.8%) y la antisarampionosa (95.2%).

En el área hospitalaria la expansión de servicios se refleja en forma muy moderada. Usando como indicador los egresos hospitalarios, se puede comprobar que aquí se ha experimentado alrededor de un 6.2% de crecimiento durante este período. En ésta área no se ha aumentado la dotación de camas, haciendo la relación de camas por habitante ha disminuido en 13.7%.

La disponibilidad de camas por habitante también se ha visto afectada por la baja en el porcentaje de ocupación (decreció en un 2%) lo cual es indicativo la mala distribución de las camas disponibles y la no óptima organización de su uso. Sin embargo aún cuando a nivel hospitalario el índice de egresos solo indica un crecimiento pequeño en lo relativo a intervenciones quirúrgicas el crecimiento ha sido substantivo (cerca de 55.3% de aumento del período). Esto ha ido acompañado con un crecimiento de estudios de laboratorio clínicos de internación y de consulta externa teniendo un porcentaje de cambio de 1.3% y 328%, respectivamente.

La expansión de servicios ya señalado, se refleja también en el aumento de los establecimientos de salud, lo cual, en forma global, ha crecido en un 41% entre 1991 y

1995. Esta expansión es concordante con el aumento de los servicios ambulatorios. Así el aumento se concentró en los establecimientos dedicados a consulta externa, los subcentros de salud crecieron en 6.6% y los puestos de salud en 131.3%. En cambio, el resto de establecimientos permanecen igual.

Esta expansión de servicios guarda coherencia con el mejoramiento general de las condiciones de salud que se reflejan, en la reducción continuada de la mortalidad general acompañada por el decrecimiento acelerado de las tasas de natalidad, durante los últimos años, no así con la mortalidad infantil y materna que no se incrementa significativamente.

## BIBLIOGRAFÍA

- Atlas Ecuador Panorámico, Ecuador, Editado por EL Universo, 1995.
- Almanaque Ecuatoriano 1990, Ecuador, Editorial de Pacífico S.A., 1990.
- Centro de Estudios y Paternidad Responsable (CEPAR). Perfil sociodemográfico de las regiones amazónicas e insular.
- Centro de Estudios y Paternidad Responsable (CEPAR). Caracterización demográfica socioeconómica y epidemiológica de la provincia de Morona Santiago.
- Declaración de Alma-Ata, Rusia, 1978.
- Ditecsha, Diagnóstico de salud, 1993
- ESTRELLA, EDUARDO, Medicina y Estructura Socio-Económica, Primera Edición, Ecuador, Editorial Belén, 1980.
- Estadística materno infantil.
- FAJARDO, Guillermo, Atención Médica teoría y práctica administrativa”, México, La Prensa Médica Mexicana, 1990.
- FULMER, Robert: Administración y Organización, Primera Edición, México, Compañía Editorial Continental S.A. 1983.
- FRANK, Julio y Otros autores. Economía y salud.
- FREIRE WILMA, BACALLAO JORGE, CARRASCO FERNANDO, Desnutrición y Condiciones socioeconómicas en el Ecuador, Ecuador, Gráfica Araujo, 1992.
- GALLEGOS ESTUARDO, Nuestra Realidad Social, Ecuador 1996.

- *Historia del Ecuador*, Ecuador, Editorial Don Bosco, Colección LNS, 1977.
- HERNANDEZ y colaboradores. *Metodología de la investigación*.
- INEC, *Proyección Poblacional de Ecuador hasta el año 2000*, Ecuador, 1990.
- *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos*.
- J. P. Unger. *Strategies de developpement des districts de santé*, IMT, Amberes 1992
- KROEGER, Axel y LUNA , Ronaldo, *Atención Primaria de Salud, principios y métodos*, Segunda Edición, México, Editorial Pax México OPS, 1992.
- *Manual de normas de organización de áreas de salud*, MSP, Marzo 1994
- McMAHON, Rosemary, BARTON, Elizabeth, POIT Maurice, *Administración de la Atención Primaria de Salud*", México, Editorial Pax México, OPS, 1989.
- *Métodos Modernos de la Administración y la Organización de los Servicios de Salud*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1974 (Documento de Salud Pública, No. 55).
- MERINO CRISTINA y VALLEJO FRANCISCO, *Iniquidades en Salud*, Correo Poblacional y de la Salud, Ecuador, CEPAR, Vol. 4, Núm. 1.
- *Minimal package of activities*, Banco Mundial
- R. Pineault, *La planification de la santé*, 1990
- REINOSO, Victor: *El proceso administrativo y su aplicación en las empresas*, Séptima Edición, Ecuador, Editorial Pedagógica Freire, 1988.

- RODRÍGUEZ EDUARDO y Col., *25 años Por la Salud del Ecuador*, Ecuador, Ministerio de Salud Pública, 1992.
  
- SUAREZ, JOSÉ y Col, *La Situación de Salud en el Ecuador 1962-1985*, Ecuador, Ministerio de Salud Pública, 1987.
  
- *World development reportes*, World Bank, 1993
  
- ZUBIZARRETA ARMANDO, *La aventura del trabajo intelectual*, Segunda Edición, Colombia, Fondo Educativo Interamericano, 1983.