



D-18769

T
614
LEY

**ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DEL
LITORAL**

**ESCUELA DE POSTGRADO EN
ADMINISTRACION DE EMPRESAS**

**PROGRAMA DE GERENCIA EN SERVICIOS
DE SALUD**

PRIMERA PROMOCION

TRABAJO DE GRADUACION

TITULO DEL TRABAJO:

**ESTUDIO DE LOS PROGRAMAS MATER-
NO-INFANTIL, PROPUESTA DE FOR-
TALECIMIENTO EN LA PRESTACION
DE SERVICIOS MATERNO-INFANTIL
1.997**

REALIZADO POR:

LIC. AIDA LEYES QUIÑONEZ

DIRIGIDO POR:

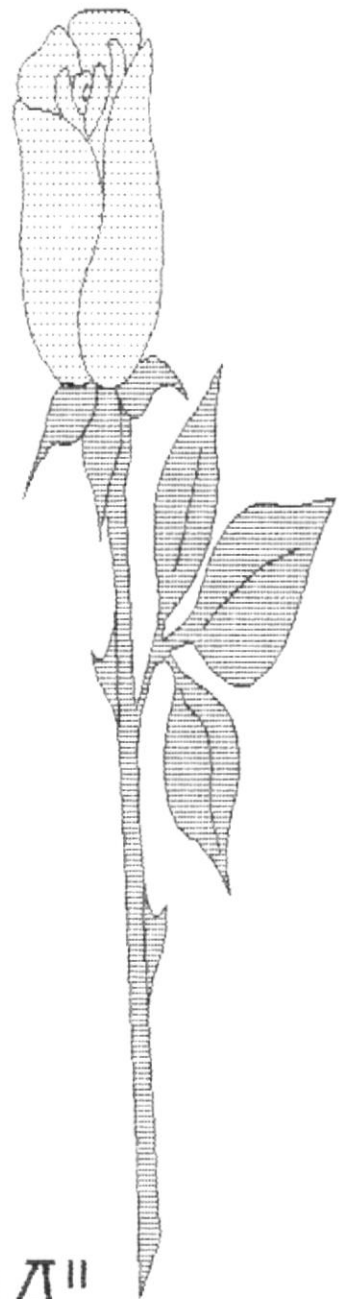
DR. RAFAEL MARTINEZ

GUAYAQUIL, DICIEMBRE 1.996

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a DIOS por su presencia en donde quiera que estuve y a mis PADRES que me brindaron fortaleza y valores espirituales que me ayudaron y me siguen ayudando para el éxito en mi carrera profesional.

A mis hijas SOLANGE y ALEXANDRA por su amor y su paciencia.



"AIDA"

RESUMEN EJECUTIVO

Las condiciones migratorias acentuadas en los últimos años contribuyen a la formación de cinturones de miseria, cuyas necesidades básicas no han podido ser satisfechas, agravándose de este modo la situación de salud materno-infantil y del adolescente, expresadas por altas tasas de morbilidad y mortalidad.

Las iniciativas tomadas por el Estado en los últimos años no han sido suficientes para modificar más profundamente la situación actual, haciéndose necesario buscar nuevos mecanismos de cooperación interinstitucional e intersectorial.

El estudio retrospectivo de la situación materno-infantil en la provincia de Esmeraldas recoge información de Junio de 1984 a Mayo de 1994, el mismo que tiene como propósito final la identificación de problemas, causas y alternativas de solución que permita la elaboración de un Plan Estratégico que conlleve hacia la disminución de la morbilidad y mortalidad materno-infantil.

La propuesta de fortalecimiento a las actividades materno-infantil se basan en la visión, misión, objetivos, estrategias y líneas de acción tendientes a incrementar las coberturas, la calidad de la atención y facilitar la accesibilidad física, económica, social y cultural de la salud de la mujer en edad fértil tanto en el período genésico como inter-genésico y culmine su etapa de productiva en buenas condiciones biológicas, intelectuales, psicológicas, laborales y sociales.

CAPITULO

I



INTRODUCCION

INTRODUCCION

Los cambios socio-económicos y políticos que se han venido suscitando durante los últimos años a nivel internacional y nacional, han determinado situaciones especiales que los países deberán enfrentar en la década de los 90.

La Deuda Externa es una de las principales causas que limita el desarrollo del país, ya que conlleva a la reducción del gasto público y a la asignación de menores recursos para programas de carácter social, afectando desde el punto de vista de la salud, a los grupos más vulnerables como son las mujeres y los niños, especialmente de las áreas urbano-marginales y rurales.

El Ecuador es un país de desarrollo multi-étnico con diferencias socio-económicas y culturales, cuyas características son entre otras: El crecimiento acelerado de la población; aproximadamente 12% de analfabetismo, desempleo y subempleo y desigualdad en la distribución de los recursos.

Las condiciones migratorias acentuadas en los últimos años contribuyen a la formación de cinturones de miseria, cuyas necesidades básicas no han podido ser satisfechas, agravándose de este modo la situación de salud materno-infantil y del adolescente, expresadas por altas tasas de morbilidad y mortalidad.

Las iniciativas tomadas por el Estado en los últimos años no han sido suficientes para modificar más profundamente la situación actual, haciéndose necesario buscar

nuevos mecanismos de cooperación interinstitucional e intersectorial.

Por lo tanto, el gran desafío consiste en fortalecer la elaboración y ejecución de proyectos sociales integrados y, en el caso de la salud, la realización de programas conjuntos interinstitucionales, encaminados a mejorar la calidad de vida de la población en general y del grupo materno infantil en particular, de manera que se dé cumplimiento a los compromisos asumidos por el país, para rectificar la DECLARACION MUNDIAL SOBRE LA SUPERVIVENCIA: LA PROTECCION Y EL DESARROLLO DEL NIÑO.

Para la elaboración y ejecución de los programas en mención, es necesario partir de un Análisis de la Situación Actual que permita primeramente identificar los problemas, sus causas y determinantes y, posteriormente definir un plan estratégico de intervención.

ANTECEDENTES

GENERALIDADES DE LA POLITICA DE SALUD EN EL ECUADOR.

Como en todo el país, la situación de salud refleja las condiciones económicas de vida de la población. El gobierno del Ecuador ha realizado los mayores esfuerzos por mejorar las condiciones económicas del país, habiendo conseguido algunos resultados positivos, por ejemplo haber bajado la inflación del 100 por ciento aproximadamente el 50 por ciento durante el primer año y haber mantenido pequeñas variaciones en ese nivel (1.992).

Aunque desde 1.988 hasta fines de 1.991 el país registró algún aumento en la producción general y, sobre todo, la exportable e igualmente en el producto nacional bruto, prevalecen condiciones de pobreza crítica que afecta a grandes sectores poblacionales y prevalece también un índice relativamente alto de desempleo.

Las acciones de salud emprendidas durante la última década han dado por resultado mejorías en las condiciones de salud, que entre otros indicadores se reflejan en una disminución de la mortalidad infantil y materna todavía las tasas correspondientes siguen siendo elevadas en comparación con países desarrollados.

Con anterioridad a 1.988 se habían incrementado servicios ambulatorios mientras la población creció a un ritmo acelerado del 3 por ciento y a más del 6 por ciento

en ciudades como Quito y Guayaquil a la migración interna.¹

La cobertura de atención tanto hospitalaria como ambulatoria, no había logrado rebasar del 30 al 40 por ciento de la población según los sitios, con la circunstancia de que la atención era sólo por consulta espontánea de los propios enfermos.

Frente a estas condiciones el gobierno decidió el cambio de modelo de atención, siguiendo los lineamientos de la Atención Primaria de Salud y con énfasis en Salud Familiar y Comunitaria Integral, bajo cuyo modelos se instaló en el país más de 400 unidades operativas, ubicadas especialmente en las zonas urbano-marginales y rurales, con lo cual, a más de desarrollar programas destinados al fomento y protección de la salud, sobre todo de la madre y el niño.

En agosto de 1.988, el 54 por ciento de niños había recibido el beneficio de las vacunas, hasta finales de 1.991 la cifra se elevó a más del 70 por ciento.

Igualmente el gobierno desarrolló varios programas destinados a mejorar la alimentación y desarrollo infantil, para lo cual, mediante una ley específica creó un fondo que permitió a los cuatro Ministerios del Frente Social: Salud, Bienestar Social, Educación y Trabajo, atender tales programas.

En el caso del Ministerio de Salud Pública, tiene a su cargo los programas de Vigilancia Nutricional, trata-

¹ *Plan de Acción para la Supervivencia, la protección y el desarrollo del niño en el Decenio del 90.* (M.S.P. 1992)

miento de niños desnutridos, programas de complementación alimentaria para embarazadas y niños hasta cinco años.

Los programas mencionados tienen carácter prioritario, se han visto limitados por escasos recursos fiscales que sobre todo se hicieron sentir en 1.991.

La continuación de los programas y sobre todo su ampliación para garantizar la salud integral de la madre y el niño de la población requiere de nuevos recursos económicos que compensen la subida de precios por la inflación y permita el desarrollo mayor de las acciones de salud. El Ecuador aplica las siguientes políticas de acción:

- 1) Salud Familiar Integral y Comunitaria,
- 2) Nutrición y Alimentación,
- 3) Saneamiento básico,
- 4) Abastecimiento de medicamentos, y
- 5) Mejoramiento de la atención hospitalaria.

El Ministerio de Salud Pública es la entidad rectora del sector salud, de acuerdo a lo establecido en el Código de la Salud, instrumento a través del cual se regulan todas las actividades de salud del país, sin embargo, por no existir un Sistema Nacional de Salud, cada una de las instituciones del sector se rige por normas propias y atiende a grupos poblacionales específicos y dependen de presupuestos propios.

Tradicionalmente, se ha considerado porcentajes poblacionales para la atención de cada institución por sector, de la siguiente manera: 70 por ciento MSP, 10 por ciento IESS, 5 por ciento a las FFAA y 7 por ciento a la Junta de Beneficencia de Guayaquil y el resto al sector privado.

El Programa materno-infantil se orienta en el IESS al control prenatal, atención del parto y post-parto de la afiliada y al control del menor de 1 año únicamente al hijo de la afiliada.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA MATERNO INFANTIL DEL MINISTERIO.-

- 1) Garantizar servicios de salud materno-infantil integrados, oportunos y permanentes a la población, con énfasis en los grupos de más alto riesgo en áreas urbanas marginales y rurales.
- 2) Promover servicios integrados de salud materno-infantil a las familias más vulnerables del campo y la ciudad, tendientes a incrementar las coberturas, mejorar la calidad de la atención y facilitar la accesibilidad física, económica, social y cultural.
- 3) Mejorar la salud de la mujer en edad fértil, tanto en su período genésico como integénésico, para que culmine su etapa reproductiva en buenas condiciones biológicas, intelectuales, psicológicas, laborales y sociales.
- 4) Lograr un adecuado crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente desde su concepción, para que llegue a la vida adulta en mejores condiciones biológicas, psicológicas y sociales.

ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA MATERNO-INFANTIL.

- * Coordinar los esfuerzos e iniciativas loables mediante la articulación de todos los recursos de salud materno-infantil, existentes tanto del sistema formas e informal, para mejorar su utilización, adecuarlos a la realidad y establecer una relación de mutua responsabilidad
- * Identificar espacios de deliberación y concertación para la participación social de diferentes organizaciones, grupos, factores sociales y familias para realizar acciones de salud materno infantil en áreas prioritarias, orientarnos hacia la autoresponsabilidad y autogestión.
- * Buscar la acción coparticipativa de los diferentes sectores e instituciones relacionadas con el desarrollo integral para el mejoramiento de la salud y calidad de vida de niños, mujeres y adolescentes.
- * Incrementar recursos de salud materno infantil, mejorar su utilización y fiscalizarlos en personas, familias y comunidades.

JUSTIFICACION

La muerte de una mujer por causas derivadas del embarazo, parto y post-parto, ocurren con mucha frecuencia en los países en vías de desarrollo. En la región de las Américas, cada año mueren alrededor de 28.000 embarazadas y 500.000 a nivel mundial como consecuencia del embarazo y del post-parto. Dado el papel que juegan las madres no sólo en sus familias, sino en sus comunidades, esas muertes se hacen sentir con ominosas consecuencias sobre toda la sociedad.

La muerte de una madre significa la pérdida de estabilidad y en ocasiones la manutención de la familia. Su trascendencia social va más allá de su magnitud numérica.

La mortalidad materna tiene dos características fundamentales: Es evitable en gran número de caos y predomina en determinado grupo de mujeres y clases sociales. En relación a la primera, se calcula que en la Región Andina, del análisis de las muertes ocurridas cada año entre el 65% al 80% de las mismas son evitables mediante la introducción de modificaciones en el comportamiento de las mujeres con alto riesgo reproductivo y obstétrico, además de un aumento en la oferta y mejoramiento de la calidad de atención de los Servicios de Salud, sumando todo esto a una participación social y comunitaria activa.¹

¹ *Plan de Acción Regional para la Reducción de la mortalidad materna en las Américas, O.P.S./O.M.S., 1994*

En relación a la segunda característica, las mujeres más afectadas son aquellas que pertenecen a los estratos socio-económicos más bajos y las que viven en zonas rurales alejadas de centros hospitalarios, o que por otras razones ven reducida su accesibilidad a los servicios de salud.

Se estima que entre el 60% a 80% de los partos en países en desarrollo se realizan fuera de unidades de salud.

Las tasas de Mortalidad Materna, a pesar de haber disminuido en varios países de América, incluyendo al Ecuador durante las dos últimas décadas, continúan siendo elevadas. Uno de los factores importantes que pueden explicar las grandes diferencias entre las tasas de mortalidad materna, está relacionado con la calidad de atención, accesibilidad y grado de cobertura de los servicios pre-natales y de atención del parto.

La mortalidad materna es un indicador importante de la accesibilidad, la cobertura y la calidad de atención de los servicios de salud materna, así como también de la deficiente participación individual y comunitaria frente al problema.

Para tener éxito en todo programa encaminada a reducir la mortalidad materna, se debe cumplir por lo menos con uno de los siguientes objetivos:

- a) Reducir la fecundidad y por consiguiente la exposición al riesgo de muerte materna.
- b) Reducir la incidencia de complicaciones en las mujeres embarazadas.

- c) Reducir la Tasa de Mortalidad entre las mujeres que sufren complicaciones obstétricas durante el parto.¹

No todas las madres corren el riesgo de enfermar o morir. Se sabe que numerosos factores ocupacionales, ambientales y biológicos aumentan la posibilidad para que algunas mujeres más que otras, desarrollen complicaciones serias o fatales para ellas o para el feto en el embarazo, durante y después del parto. El conocimiento de estos factores y la puesta en marcha de acciones que lo minimicen o eliminen, puede convertirse en una herramienta de prevención de indudable importancia.

¹ *Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas*, OPS/OMS, 1994

CAPITULO

II

A decorative rectangular border with a repeating floral or leaf-like pattern surrounds the text.

**CARACTERISTICAS
GENERALES DE LA
PROVINCIA DE
ESMERALDAS**

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA PROVINCIA DE ESMERALDAS

ASPECTOS GEOGRAFICOS.-

La provincia de Esmeraldas, tiene una superficie aproximada de 15.239 Km², está localizada en el extremo norte de la región costa, limita al Norte con Colombia, al Sur con Manabí, Pichincha e Imbabura, al Este con la Provincia del Carchi e Imbabura y al Oeste con el Océano Pacífico. La capital provincial es Esmeraldas.

Administrativamente se divide en siete cantones (Esmeraldas, Atacames, Río Verde, Eloy Alfaro, San Lorenzo, Quinindé y Muisne). Esmeraldas está ubicado al Norte del Litoral ecuatoriano; el clima varía entre tropical, subhúmedo, subtropical húmedo y muy húmedo.

La temperatura promedio es de 23° C. Topografía plana con pequeñas elevaciones que no superan los 300 metros sobre el nivel del mar.

DINAMICA POBLACIONAL.-

Entre las características más importantes de la población, se engloban en tres aspectos: el estado de la población, su dinámica y la infraestructura básica.

La población de la provincia para el año 1.950 en que se realizó el Primer Censo fué de 75.407 habitantes, en 1.990, fecha del último Censo se incrementó a 306.628 habitantes, en el transcurso de 40 años el volumen demográfico se incrementó cuatro veces. La tasa de crecimiento

más alta se presentó en el período de 1.966 a 1.974 (4,2%), disminuyó a 2,4 por ciento en el lapso de ocho años (1.974 a 1.982); en el último período intercensal, entre 1.982 y 1.990 alcanzó una tasa de 2,6 por ciento.

La densidad poblacional es de 25,0 habitantes por Km² con una variación interna que fluctúa entre 50,0 y 5,8 en los diferentes cantones.

La población tiende a concentrarse principalmente en la ciudad del Cantón Esmeraldas. Según estimaciones y proyecciones de población, en el año 2.000 será de 416.772 habitantes con una tasa de crecimiento del 2.2 por ciento.

PROCESO DE URBANIZACION.-

La población residente en áreas rurales de 1.950 fue más de las tres cuartas partes de la provincia, progresivamente se ha dado un proceso persistente de urbanización, de tal manera que para 1.990, el 44 por ciento de la población se ubica en las ciudades hacia la ciudad de Esmeraldas que alberga a 56,8 por ciento de la población.

La tendencia concentrada de la población según estimaciones para el año 2.000, la provincia contará con el 48,4 por ciento de población urbana, lo que requerirá de una mayor cobertura y calidad de infraestructura.

ASPECTOS ECONOMICOS Y SOCIALES.-

La economía de la provincia de Esmeraldas se fundamenta en el turismo y la explotación de varios productos, entre los más importantes tenemos: café, cacao, banano,

balsa y tagua. La población económicamente activa (P.E.A.) en 1.990 fue el 45 por ciento de la población de 12 y más años del área urbana y el 48 por ciento aproximadamente del área rural.

La tasa de desocupación 4,2 por ciento para el área urbana y 2,7 para el área rural. Entre los aspectos sociales se destaca la disminución de la tasa de analfabetismo en los últimos 16 años ubicándose para el año 1.990 en el 13,0 por ciento. Existe 8,7 médicos por cada 10.000 habitantes (un médico por cada 1.162 personas).¹

¹ Ecuador: Encuesta Demográfica y de Salud Materno-Infantil (ENDEMAIN-94), Septiembre 1.996

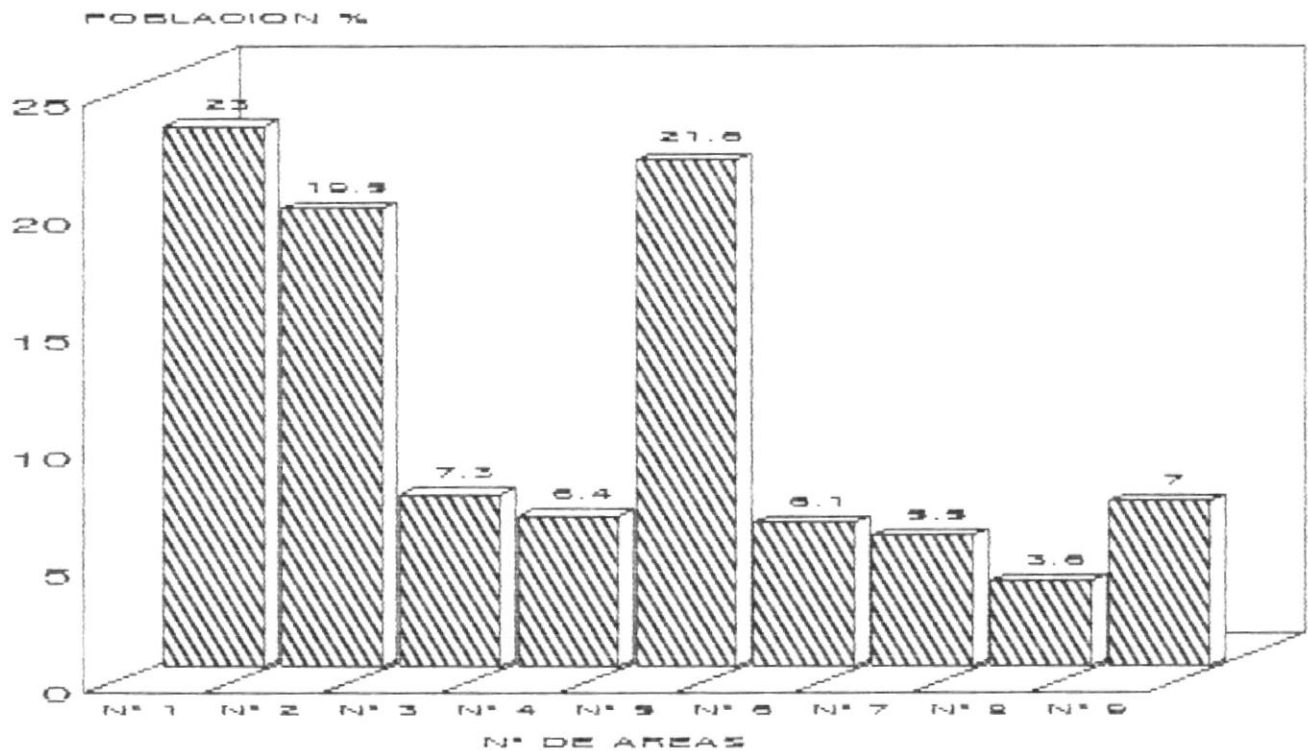
CUADRO N° 1

DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE LA PROVINCIA DE
ESMERALDAS POR AREA DE SALUD

AREAS DE SALUD	N° AREA	POBLACION	%
Esmeraldas Urbano	1	87.608	23,0
Esmeraldas Centro	2	74.258	19,5
Río Verde	3	27.786	7,3
Atacames	4	24.341	6,4
Quinindé	5	82.420	21,6
San Lorenzo	6	23.397	6,1
Borbón	7	21.143	5,5
Limones	8	13.672	3,6
Muisne	9	26.511	7,0
TOTAL		381.136	100,0

FUENTE : ESTADISTICA DE LA DIRECCION PROVINCIAL DE SALUD DE ESMERALDAS.

ELABORADO POR : AIDA LEYES QUINONEZ.



CAPITULO

III



**MINISTERIO DE
SALUD PUBLICA**

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Para poder entender la organización actual del M.S.P., su Doctrina y las Políticas de Salud a nivel del País, es necesario hacer un recorrido histórico para ubicarnos en el momento actual, por lo que revisaremos los siguientes períodos:

*** PERIODO PREVIO A LA CREACIÓN DEL M.S.P.**

El país hasta 1.967 careció de un ministerio que defina las políticas de salud. Este quehacer formaba parte de las funciones del Ministerio de Previsión Social y Trabajo, quien a través de una Dirección General de Sanidad atendía los aspectos relacionados con la prevención y control de las enfermedades transmisibles.

De la recuperación de la salud se encargaban las Juntas Centrales y Provinciales de Asistencia Social, las mismas que tenían el poder de formular y ejecutar políticas de salud. Esto hizo que los recursos se concentraran en su totalidad en área urbana.

*** PERIODO DE CREACION DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA 1967**

La Asamblea Legislativa de 1.967, creó el Ministerio de Salud Pública con el fin de atender todos los aspectos de "Sanidad, Asistencia Social, Nutrición y Vivienda de los ecuatorianos".

Con tal objeto emitió el Decreto 084, para el cumplimiento el Ministerio de Previsión Social y Trabajo

designó una comisión presidida por el titular de la Subsecretaría para elaborar el Reglamento organizativo, el mismo que fué entregado al Presidente de la República y sancionado mediante Resolución 084-A del 26 de Junio de 1.967.

*** PERIODO DE IMPLEMENTACION DE PROGRAMAS 1.976 - 1.979.**

Programa materno-infantil, control de diarreas, enfermedades respiratorias agudas, lucha operacional contra el bocio endémico, complementación alimentaria, equipamiento hospitalario, enfermedades transmitidas por vectores, enfermedades crónicas, etc.

*** PERIODO DE CONSOLIDACION DEMOCRATICA. AGOSTO 1.979 - AGOSTO 1.988.**

- Creación del Consejo Nacional de Salud, como organismo coordinador de las acciones del sector salud y asesor de políticas y estrategias del Ministerio de Salud Pública.
- Se continúa con los programas prioritarios en salud: materno-infantil, vacunación, control de diarreas, control de enfermedades respiratorias agudas, control epidemiológico de endemias y epidemias, servicios de salud, PREMI, MEGRAME, agua y saneamiento.

*** PERIODO ACTUAL 1.988 - 1.996**

Se inicia con la elaboración del Plan Nacional de Salud 1.989 - 1.996 en el que contempla acciones a cumplirse en una época de crisis nacional que obliga a priorizar actividades y optimizar los recursos disponibles. Este plan contempla la profundización de lí-

neas políticas que se venían cumpliendo en los gobiernos anteriores, contiene cinco líneas fundamentales de acción:

- * Salud Familiar integral y comunitaria,
- * Nutrición y alimentación,
- * Saneamiento básico,
- * Abastecimiento de medicamentos,
- * Mejoramiento de la atención hospitalaria.

Adicionalmente la política de salud planteada por el gobierno, destaca la coordinación y complementación no sólo de las instituciones pertenecientes al sector salud, sino que apoya la conformación del frente social y la cooperación con los sectores productivos.

Además señala la importancia del desarrollo de la capacidad gerencial, tanto de los niveles administrativos como técnicos, a fin de mejorar la eficacia y la eficiencia en las acciones que ejecuta el Ministerio de Salud Pública. Este plan fue reformado y aprobado por Decreto Presidencial N° 2738-A para desarrollarse en la década de 1.991 y para dar cumplimiento a la estrategia de la OMS de "Salud para todos en el año 2.000".

Este plan contempla las siguientes políticas:

- a.- Desarrollo del modelo de atención orientado al fomento de la salud con participación familiar y comunitaria.
- b.- Mejoramiento de la alimentación y nutrición, en general, de niños menores y embarazadas.
- c.- Impulso al saneamiento básico y dotación de agua potable.

También constituyen políticas importantes las siguientes:

- Fortalecimiento y ampliación de los servicios de salud.
- Desarrollo institucional.
- Desarrollo del sistema nacional integrado de salud.

Estas políticas se cumplen a través de los programas correspondientes y atendiendo las prioridades del país. Es obvio suponer que las administraciones futuras del M.S.P. podrán realizar ajustes en las políticas señaladas en el Plan de Salud del Decenio.

CAPITULO

IV

**CARACTERISTICAS
DE LA MUJER EN
EDAD FERTIL**

CARACTERISTICAS DE LA MUJER EN EDAD FERTIL (15-49 AÑOS DE EDAD)

Para tener una visión global de las principales características de las Mujeres en edad fértil (MEF) objeto del presente estudio, a continuación se presentan algunas variables socio-económicas importantes.

EDAD.-

El mayor porcentaje de mujeres en edad fértil lo ocupa el grupo de 15 a 45 años de edad con el 28,0 por ciento y 20,1 por ciento de 20 a 24 años de edad en relación país y en la región Costa.

INSTRUCCION.-

El 46,6 por ciento de las mujeres tienen instrucción secundaria, un 44,7 por ciento instrucción primaria y un 8,8 por ciento con instrucción superior.

ACTIVIDAD ECONOMICA.-

Un 70,8 por ciento de MEF no trabajan y un 2,9 por ciento trabajan dentro y fuera del hogar.

ESTADO CIVIL.-

En lo referente al estado civil, existen diferencias entre mujeres "unidas" del 39,7 por ciento para Esmeraldas y a nivel nacional el 18,0 por ciento; en cuanto a mujeres "casadas" el 19,8 por ciento y un 33 por ciento de "solteras".

CUADRO N° 2

CARACTERISTICAS DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL
(15 A 49 AÑOS) PROVINCIA DE ESMERALDAS 1.994

CARACTERISTICAS	PAIS			COSTA	ESMDAS.
	TOTAL	URBANO	RURAL		
15 - 19 AÑOS	24,4	23,3	25,9	25,9	28,0
20 - 24 AÑOS	18,6	18,7	18,4	18,5	20,1
25 - 29 AÑOS	15,2	16,1	13,9	14,8	15,0
30 - 34 AÑOS	13,7	14,4	12,6	14,1	41,0
35 - 39 AÑOS	11,3	11,4	11,2	10,9	9,2
40 - 44 AÑOS	9,6	9,3	10,1	9,4	8,7
45 Y MAS	7,2	6,7	7,8	90,4	7,9
INSTRUCCION					
NINGUNA/PRIMAR.	47,9	31,8	71,2	44,9	44,7
SECUNDARIA	40,5	50,8	25,5	43,6	46,6
SUPERIOR	11,6	17,4	3,3	11,5	8,7
ACTIVIDAD ECONOMICA					
NO TRABAJA	58,6	59,3	57,4	70,1	70,8
TRABAJA	41,4	40,7	42,5	29,9	29,2
CLASIFICACION MIGRATORIA					
NATIVA	91,0	90,5	91,7	93,0	87,6
MIGRANTE	9,0	9,5	8,3	7,0	12,4
ESTADO CIVIL					
UNIDA	18,0	17,6	18,6	29,4	39,7
CASADA	40,6	39,5	42,1	30,1	19,8
VIUDA	1,2	1,2	1,3	1,2	0,6
DIVORCIADA	5,9	6,9	4,6	7,0	7,0
SOLTERA	34,3	34,9	33,4	32,3	33,0
N° HIJOS VIVOS					
0	36,1	37,6	34,0	37,2	32,7
1	15,3	16,5	13,7	14,6	15,3
2	14,9	16,0	13,2	14,8	13,6
3	12,3	12,9	11,4	12,0	11,5
4	8,4	8,0	8,9	8,6	8,5
5	4,7	3,8	6,0	4,8	4,8
6 y más	8,4	5,2	12,9	8,0	13,6

FUENTE : ENDEMAI 1.994

ELABORADO POR : AIDA LEYES QUINONEZ.

FECUNDIDAD.-

El cuadro N° 3 muestra las tasas específicas y general de fecundidad por grupos de edad, los que indican un comportamiento mayor en el grupo de 20 a 24 años de edad y disminuye conforme avanza la edad de la mujer. Se puede observar diferencias al comparar las tasas específicas en mujeres mayores de 30 años a nivel nacional, área y región Costa.

CUADRO N° 3

TASAS ESPECIFICAS Y GENERAL DE FECUNDIDAD DE MUJERES EN EDAD FERTIL, PROVINCIA DE ESMERALDAS JULIO DE 1.989 A MAYO 1.994

GRUPO DE EDAD	PAIS			ESMERALDAS
	TOTAL	URBANO	RURAL	
15 - 19 AÑOS	91	76	112	119
20 - 24 AÑOS	184	163	218	214
25 - 29 AÑOS	172	158	200	208
30 - 34 AÑOS	132	107	172	189
35 - 39 AÑOS	89	62	126	133
40 - 44 AÑOS	46	24	75	63
45 - 49 AÑOS	7	1	14	5
T.G.F. 1	3,61	2,95	4,6	4,66
T.F.G. 2	121	103	148	151

1 T.G.F. : N° PROMEDIO DE HIJOS POR MUJER

2 T.F.G. : N° HIJOS DIVIDIDOS POR EL N° DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS EXPRESADAS EN NACIMIENTO POR MIL MUJERES

FUENTE : ENDEMAIN 1.994

ELABORADO POR : AIDA LEYES QUINONEZ.

La tasa de fecundidad de Esmeraldas presenta una estructura similar al área rural del país con tasas más elevadas en comparaciones con el total país y área urbana.

La tasa global de fecundidad para el período 1.989 - 1.994 fué de 4.66 hijos por mujer, superior al promedio nacional (3,61 hijos). La tasa global de fecundidad de la provincia es similar a la observada en el área rural (4,6 hijos).

"La tasa global de fecundidad que representa el promedio de nacimientos anuales por cada mil mujeres entre 15 a 49 años de edad", para el período 1.989 - 1.994 está situada a nivel nacional en 121, la provincia representa un valor de 151 (30% más) y comparadas con el área rural 148 nivel país son más altas.

CUADRO N° 4

TASA ESPECIFICA DE FECUNDIDAD SEGUN NIVEL DE INSTRUCCION DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL, ESMERALDAS 1.989 - 1.994

GRUPO DE EDAD	INSTRUCCION			TOTAL
	NINGUNA	SECUNDARIA	SUPERIOR	
15 - 19 AÑOS	200	86	---	119
20 - 24 AÑOS	299	195	59	214
25 - 29 AÑOS	254	192	129	208
30 - 34 AÑOS	208	149	195	189
35 - 39 AÑOS	136	109	16	133
40 - 44 AÑOS	85	137	---	63
45 - 49 AÑOS	7	---	---	5
T.G.F.	187	131	79	151
T.F.G.	6,1	3,7	2,0	4,6

FUENTE : ENDEMAIN 1.994

ELABORADO POR : AIDA LEYES QUINONEZ.

La tasa de fecundidad según el nivel de instrucción presentan comportamientos diferentes para mujeres sin instrucción, teniendo valores significativos el grupo de 20 - 24 años (214), para la instrucción secundaria tasas mayores en el grupo de 20 a 24 años (195), mayores que el grupo de 20 a 24 años, mientras que la instrucción superior el mayor volumen lo tienen de 30 - 34 años (195).

CUADRO N° 5

TASA ESPECIFICA DE FECUNDIDAD POR GRUPOS DE EDAD
(POR MIL MUJERES) Y TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD
POR PROVINCIAS. JUNIO 1989 A MAYO 1.994

EDAD	ESMERALDAS	PICHINCHA	IMBABURA	MANABI
15 - 19 AÑOS	119	89	76	93
20 - 24 AÑOS	214	173	173	180
25 - 29 AÑOS	209	164	213	152
30 - 34 AÑOS	189	114	165	140
35 - 39 AÑOS	133	89	158	64
40 - 44 AÑOS	63	37	59	56
45 - 49 AÑOS	5	---	45	---
T.G.F.	4,66	3,29	4,44	3,43

FUENTE : ENDEMAIN 1.994

ELABORADO POR : AIDA LEYES QUINONEZ.

"El aporte del grupo de edad de 15 a 19 años a la fecundidad de Esmeraldas (119) es el valor más alto en las provincias seleccionadas. La fecundidad es más temprana en Esmeraldas, Pichincha y Manabí, se presenta tardía en Imbabura. La tasa global de fecundidad provincial se ubica en 4,66 hijos por mujer, superior a los observados en Imbabura, Pichincha y Manabí (4,44 - 3,29 - 3,43); la mayor diferencia es de 1,3 hijos con respecto a Pichincha".

REGULACION DE LA FECUNDIDAD

La constitución política del Estado ecuatoriano, propugna la paternidad responsable y garantiza el derecho a los padres a tener el número de hijos que deseen. La planificación familia, es uno de los aspectos importantes para el cabal cumplimiento de este derecho.

CUADRO N° 6

PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FERTIL CON
CONOCIMIENTO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS
JUNIO 1.989 A MAYO 1.994

	CONOCE ALGUN METODO	CONOCE UN METODO MODERNO
TOTAL PAIS	92,6	91,8
URBANO	97,9	97,4
RURAL	85,4	84,2
COSTA	94,4	93,9
ESMERALDAS	95,5	85,1

FUENTE : ENDEMAIN 1.994

ELABORADO POR : AIDA LEYES QUINONEZ.

El conocimiento de métodos anticonceptivos entre las mujeres en edad fértil, se ha incrementado muy poco en los últimos cinco años incremento y esto guarda relación con elevados conocimientos a partir de 1.987 habiéndose mantenido constante.

Entre las mujeres en edad fértil, el 95,5 por ciento conoce algún método para Esmeraldas, el 97,9 por ciento a nivel país urbano tiene los porcentajes más altos y más bajos del promedio nacional 92,6.¹

A nivel nacional las diferencias son mínimas entre conocimiento de cualquier método 92,6 por ciento y el conocimiento de método modernos 91,8 por ciento y en Esmeraldas son similares los porcentajes de conocimientos de cualquier método y método moderno con el 95,5 por ciento.

¹ ENDEMAIN - 94, Esmeraldas, Septiembre, 1996

ATENCIÓN PRENATAL

Conocer el nivel de atención de salud materna permite correlacionar los indicadores de mortalidad materna que tiene la provincia y reformular líneas de intervención.

Las actividades que se relacionan con la atención de la mujer se brindan a través de diversas instituciones estatales y privadas, algunas de ellas prestan atención integral tanto ginecológica como obstétrica y otras lo hacen en forma parcial orientando sus acciones hacia actividades específicas como: Planificación Familiar o Detección Oportuna del Cáncer Cérvico uterino y mamario. La captación temprana y los controles periódicos de la etapa gestacional de la mujer, disminuye el riesgo de muerte materna y fetal, y garantiza la adecuada atención del parto.

CUADRO N° 7

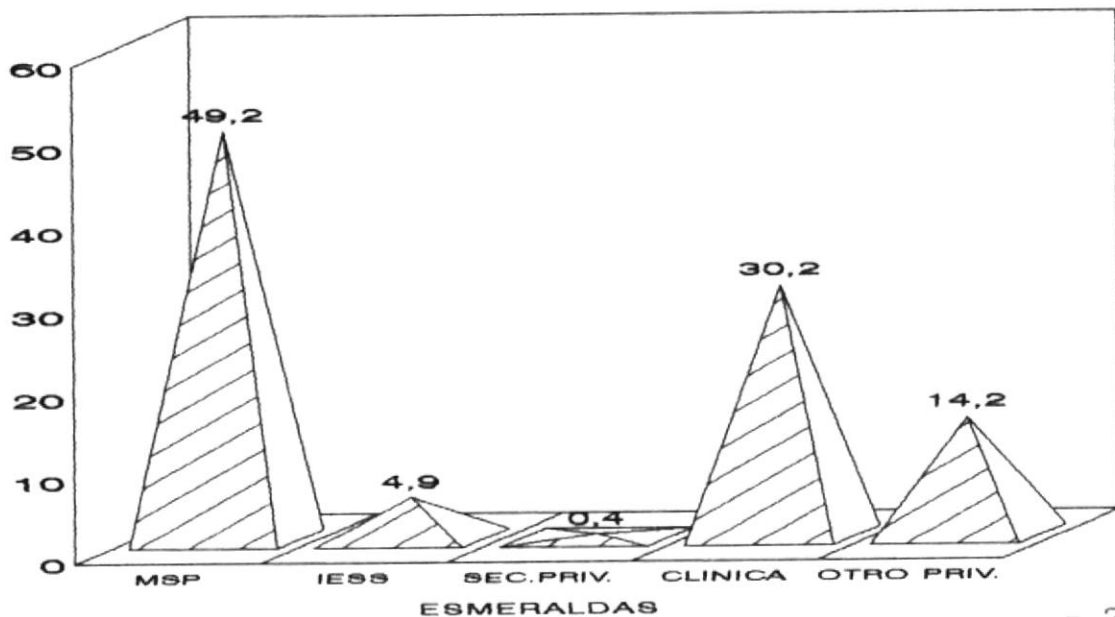
PORCENTAJE DE EMBARAZADAS QUE RECIBIERON CONTROLES
Y LUGAR DE ATENCIÓN A NIVEL PAIS Y PROVINCIA DE
ESMERALDAS. JUNIO 1.989 A MAYO 1.994

PAIS	ATENCIÓN PRENATAL		LUGAR DE ATENCIÓN					TOTAL
	RIESGO	N° CASOS	MSP	IESS	OTRO SEC. PRIVADO	CLINICA	OTRO PRIVADO	
PAIS	74,7	8.837	47,0	6,4	5,1	36,2	4,1	100
TOTAL PAIS								
URBANO	82,9	4.010	40,3	6,6	7,3	40,9	3,8	100
RURAL	66,1	4.827	55,9	6,1	2,2	30,1	4,5	100
COSTA	75,7	3.514	41,8	4,3	7,9	40,7	4,2	100
ESMERALDAS	72,7	558	49,2	4,9	0,4	30,2	14,2	100

FUENTE : ENDEMAIN 1994

ELABORADO POR : AIDA LEYES Q.

GRAFICO N° 2



Del total de nacidos vivos a nivel país, el 74,7 por ciento recibía atención prenatal, con similar porcentaje le corresponde a la costa, porcentaje mayor está en ~~áreas~~ áreas urbana con el 82,9 por ciento, cuyo control resulta más bajo en el área rural con el 66,6 por ciento y la provincia de Esmeraldas con el 72,7 por ciento.

En relación al lugar de atención del parto, el mayor porcentaje se da en unidades del MSP con el 47,0 por ciento a nivel país, destacándose en el área rural con el 55,9 por ciento, otro porcentaje importante está el de las clínicas con el 36,2 por ciento, porcentajes similares se observa a nivel urbano-rural, región costa y la provincia de Esmeraldas.

CUADRO N° 8

PORCENTAJE DE ATENCION PRENATAL Y LUGAR DE ATENCION POR NIVEL DE INSTRUCCION

INSTRUCCION	ATENCION PRENATAL	LUGAR DE ATENCION					
	RECIBIO	MSP	IESS	OTRO SEC. PRIVADO	CLINICA	OTRO SEC. PRIVADO	OTROS NO SABE
TOTAL	72,7	49,2	4,9	0,4	30,2	14,4	0,8
NINGUNA/PRIM.	59,3	60,9	4,3	0,0	22,1	11,9	0,9
SECUNDARIA	90,3	39,1	5,5	0,7	37,3	16,6	0,7

FUENTE : ENDEMAIN 1.994
 ELABORADO POR : AIDA LEYES

El porcentaje de madres que recibe atención por el Ministerio de Salud Pública, es del 49,2 por ciento, teniendo un porcentaje significativo las madres con instrucción primaria o ninguna con el 60,9 por ciento y con instrucción secundaria un 39,1 por ciento, existiendo un porcentaje similar (instrucción secundaria) las que asisten a clínicas o consulta privada con un 37,3 por ciento.

CUADRO N° 9

PORCENTAJE DE CONTROLES Y TRIMESTRE DEL PRIMER
CONTROL PRENATAL PAIS Y ESMERALDAS
JUNIO 1.984 A MAYO 1994 PROVINCIA ESMERALDAS

INSTRUCCION	N° DE CONTROLES				TRIMESTRE			TOTAL
	1-4	5- 8	9 y +	NO REC.	1RO.	2DO.	3RO.	
TOTAL PAIS	35,9	42,2	21,4	0,5	75,9	19,7	4,5	100
AREA Y REGION								
URBANA	25,1	46,8	27,9	0,1	82,3	15,0	2,7	100
RURAL	50,1	36,1	12,9	1,0	67,4	25,8	8,7	100
COSTA	32,3	44,1	22,9	0,7	81,0	16,0	3,0	100
ESMERALDAS	43,1	45,8	10,3	0,8	72,3	24,3	3,4	100

FUENTE : ENDEMAIN 1.994
ELABORADO POR : AIDA LEYES

A nivel provincia, el porcentaje de atención de 5 - 8 controles prenatal, ocupa un 45,8 por ciento ligeramente alta en relación país y región costa. También se observa que el porcentaje de 9 y + controles tiene un 10,3 por ciento inferior a nivel país, por régimen área urbana y rural.

CUADRO N° 10

PORCENTAJE ATENCION PRENATAL POR NUMERO DE
CONTROLES Y TRIMESTRE DEL PRIMER CONTROL
ESMERALDAS JUNIO 1984 A MAYO 1994

CARACTERISTICA	N° DE CONTROLES				TRIMESTRE			TOTAL
	1-4	5- 8	9 y +	NO REC.	1RO.	2DO.	3RO	
TOTAL	43,1	45,8	10,3	0,8	72,3	24,3	3,4	100
INSTRUCCION NINGUNA/ PRIMARIA	58,3	33,6	6,8	1,3	62,1	31,9	6,0	100
SECUNDARIA/ SUPERIOR	29,9	56,5	13,3	0,4	81,2	17,7	1,1	100

FUENTE : ENDEMAIN 1.994

ELABORADO POR : AIDA LEYES

Se observa que a mayor instrucción hay un mayor número de control prenatal de 5 - 8 con el 56,5 por ciento, el 58,3 por ciento de 1 - 4 controles en mujeres con ninguna instrucción es insuficiente. En relación al inicio del primer control, las mujeres con instrucción superior ocupan un 81,2 por ciento y las de ninguna instrucción con el 62,1 por ciento, existiendo un promedio provincial del 72,3 por ciento.

ATENCIÓN DEL PARTO

La atención del parto está asociado a la accesibilidad, cobertura de los servicios de atención materno infantil que reciben las embarazadas, lo que determina de alguna manera la morbilidad y mortalidad materna.

CUADRO N° 11

PORCENTAJE DE ATENCIÓN DEL PARTO, POR TIPO DE RECURSOS A NIVEL PAIS Y PROVINCIA DE ESMERALDAS JUNIO 1.989 A MAYO 1994

DOMINIO	LUGAR DE ATENCIÓN DEL PARTO							OTRO NO SABE	TOTAL
	PROFESIONAL				NO PROFESIONAL				
	MSP	IESS	OTRO SEC. PUBLICO	CLINICA MED.PRIV.	CASA PTA.	CASA FAM.	PARTO SOLA		
PAIS	32,8	4,5	9,3	16,9	19,1	12,4	3,7	1,3	100
AREA Y REGION									
URBANO	39,7	6,9	15,9	21,7	9,4	4,3	1,0	1,0	100
RURAL	25,6	1,9	2,5	11,9	29,3	20,8	6,4	1,6	100
COSTA	30,4	3,0	16,7	19,7	20,4	7,2	1,7	0,9	100
ESMERALDAS	32,8	2,4	0,6	13,2	33,0	14,8	3,0	0,1	100

FUENTE : ENDEMAIN 1.994
 ELABORADO POR : AIDA LEYES Q.

La atención del parto se da con similar porcentaje para establecimiento del M.S.P. con el 32 por ciento a nivel país y Esmeraldas, siendo mayor en el área urbana.

El parto atendido por parteras es del 33,0 por ciento para Esmeraldas, mayor que promedio nacional, así mismo se nota que el 29,3 por ciento son atendidos en área urbana, además se observa que un 20,8 por ciento del área rural país son atendidos en casa por familiares y un 14,8 por ciento parto familiar para Esmeraldas.

CUADRO N° 12

PORCENTAJE DE ATENCION POR TIPO DE RECURSO Y
GRADO DE INSTRUCCION, PROVINCIA DE ESMERALDAS
JUNIO 1.989 A MAYO 1.994

DOMINIO	LUGAR DE ATENCION DEL PARTO								
	PROFESIONAL				NO PROFESIONAL			OTRO NO SABE	TOTAL
	MSP	IESS	OTRO SEC.	CLINICA	PARTERA	FAM.	SOLA		
TOTAL	32,8	2,4	0,6	13,2	33,0	14,8	3,0	0,1	100
INSTRUCCION									
NINGUNA/ PRIMARIA	26,0	0,3	0,5	6,6	39,1	22,2	5,1	0,3	100
SECUNDARIA/ SUPERIOR	41,7	5,3	0,7	22,0	25,0	5,0	0,3	0,0	100

FUENTE : ENDEMAIN 1.994
ELABORADO POR : AIDA LEYES Q.

La atención profesional del parto se da en 41,7 por ciento para el MSP y un 22,0 por ciento tienen instrucción secundaria o superior, un 26,0 por ciento con instrucción primaria o ninguna.

Así mismo se observa en el parto No Profesional un 39,1 por ciento de las que tienen instrucción secundaria o superior con un 25,0 por ciento, además un 22 por ciento de parto de mujeres con primaria o ninguna sus partos son atendidos por familiares.

CUADRO N° 13

PORCENTAJE DE ATENCION DEL PARTO PROFESIONAL POR
TIPO DE RECURSO PAIS Y PROVINCIA DE ESMERALDAS
JUNIO 1984 A MAYO 1994

INSTRUCCION	ASISTENCIA PROFESIONAL DEL PARTO				
	MEDICO	OBSTETRIZ	ENFERMERA AUXILIAR	NO SABE	TOTAL
TOTAL PAIS	89,9	7,7	1,1	1,2	100
AREA Y REGION					
URBANA	89,3	8,5	0,9	1,3	100
RURAL	91,2	6,2	1,7	0,8	100
COSTA	85,4	12,2	0,8	1,5	100
ESMERALDAS	95,2	2,8	1,6	0,4	100

FUENTE : ENDEMAIN 1.994
ELABORADO POR : AIDA LEYES

La mayoría de los partos son atendidos por profesionales médicos a nivel país un 89,9 por ciento, proporción similar en áreas urbanas y rural y región costa.

La atención del parto por obstetrix es el 3 por ciento porcentaje inferior a nivel país, rural y región costa.

CUADRO N° 14

PORCENTAJE DE ATENCION DEL PARTO PROFESIONAL POR TIPO DE RECURSO PAIS Y NIVEL DE INSTRUCCION PROVINCIA DE ESMERALDAS JUNIO 1984 A MAYO 1994

CARACTERISTICA	ASISTENCIA PROFESIONAL DEL PARTO				
	MEDICO	OBSTETRIZ	ENFERMERA AUXILIAR	NO SABE	TOTAL
PAIS	95,2	2,8	1,6	0,4	100
INSTRUCCION					
NINGUNA/	94,3	3,8	1,8	0,0	100
PRIMARIA					100)
SECUNDARIA/	95,8	2,1	1,4	0,7	100
SUPERIOR					100)

FUENTE : ENDEMAIN 1.994

ELABORADO POR : AIDA LEYES Q.

En general, los porcentajes de asistencia profesional del parto por médicos en toda la provincia no presentan diferencias importantes, ya que las mismas se mantienen entre 94 a 96 por ciento, con un intervalo corto, lo que indica que existe un marcado predominio de la atención del parto por el médico.

CUADRO N° 15

PORCENTAJE DE ATENCION POR TIPO DE PARTO JUNIO 1.989 A MAYO 1.994

DOMINIO	TIPO DE PARTO		
	VAGINAL	CESAREA	TOTAL
PAIS	82,9	17,1	100
AREA Y REGION:			
URBANA	74,8	25,2	100
URBANA	91,3	8,7	100
COSTA	79,2	20,8	100
ESMERALDAS	92,5	7,5	100

FUENTE : ENDEMAIN 1.994
 ELABORADO POR : AIDA LEYES

El parto vaginal es más elevado en la provincia de Esmeraldas con el 92,5 por ciento, seguido del área rural con el 91,3 por ciento. La cesárea se practica al 25,2 por ciento en el área urbana y en Esmeraldas un 7,5 por ciento similar al área rural.

CUADRO N° 16

PORCENTAJE DEL CONTROL POST-PARTO POR LUGAR DE
RESIDENCIA PROVINCIA ESMERALDAS
JUNIO 1.989 A MAYO 1.994

CARACTERISTICA	TOTAL	RESIDENCIA	
		COSTA	ESMERALDAS
CONTROL POST-PARTO			
SI	33,3	32,5	30,8
NO	66,7	67,5	69,2
TOTAL	100,0	100,0	100,0
LUGAR DE ATENCION			
CLINICA PRIVADA	40,3	45,1	35,3
MSP	37,0	39,2	39,1
IESS/SSC	7,3	5,4	6,3
OTROS PRIVADOS	8,1	9,7	1,3
OTROS PUBLICOS	4,1	7,2	16,4
OTROS	3,2	1,6	1,7
TOTAL	100,0	100,0	100,0
DIAS DESPUES DEL PARTO QUE RECIBIERON ATENCION:			
< 8	11,6	14,8	6,3
8 - 29	27,6	28,7	21,4
30 - 59	30,1	26,2	29,4
60 y +	30,7	30,2	42,9
OTRO	0,1	0,1	0,0
TOTAL	100,0	100,0	100,0

FUENTE : ENDEMAIN 1.994

ELABORADO POR : AIDA LEYES Q.

De acuerdo a la encuesta en ENDEMAIN-94 el 69,2 por ciento de mujeres no se realizan control prenatal y un 30,8 por ciento si demandan atención postparto.

En cuanto al lugar de atención, el 39,1 por ciento son atendidas en unidades del M.S.P. y el 45,1 por ciento en clínicas privadas. Así mismo, se observa que el 42,9 por ciento de consulta post-parto son realizadas a partir del 60 y más días mayor que en la región costa.

CUADRO N° 17

PORCENTAJE DEL ATENCION POST-PARTO POR NIVEL DE INSTRUCCION EN MUJERES EN VIDA REPRODUCTIVA JUNIO 1.989 A MAYO 1.994

CARACTERISTICA	TOTAL	INSTRUCCION	
		NINGUNA/ PRIMARIA	SECUNDARIA/ SUPERIOR
CONTROL POST-PARTO			
SI	30,8	25,7	37,5
NO	69,2	74,3	62,5
LUGAR DE ATENCION			
* CLINICA/MEDICOS P.	35,3	35,4	32,5
* MSP	39,1	54,0	26,6
* IESS/SSC	6,3	4,4	8,0
* OTROS PRIVADOS	1,3	0,9	1,6
* OTROS PUBLICOS	16,4	5,3	26,4
* OTROS	1,7	0,0	3,2

FUENTE : ENDEMAIN 1.994

ELABORADO POR : AIDA LEYES Q.

De acuerdo al nivel de instrucción, el 35,4 por ciento el post-parto tienen primaria o ningún nivel de instrucción las mismas que son atendidas en clínicas o Médicos privadas, el 54.0 por ciento con primaria o ninguna son atendidos por el MSP similar porcentaje con instrucción superior son atendidos en el MSP y otros servicios públicos (26.6% y 26.4 % respectivamente).

CAPITULO

V



**SITUACION DE
SALUD DEL NIÑO**

SITUACION DE SALUD DEL NIÑO

La situación de salud del niño está relacionada desafortunadamente con los niveles sociales, culturales y económicos de las familias y la comunidad a la que pertenece.

El proceso de desarrollo y crecimiento de los niños es fuertemente afectado por las características demográficas y de desarrollo social. Esto se debe a varios factores. Así tenemos que el 55 por ciento de niños menores de 5 años presentan algún grado de desnutrición; el 49,4 por ciento tiene DESNUTRICION CRONICA, el 37 por ciento DESNUTRICION GRAVE y el 4 por ciento DESNUTRICION MODERADA, abarcando Sierra, Costa, Oriente y Zonas marginales de las grandes ciudades. Esto demuestra que la calidad de vida de la mayor parte de la población ecuatoriana se encuentra en rangos de pobreza y miseria. (División Nacional Materno-Infantil 1.994).

CUADRO N° 18

PORCENTAJE DE VACUNACION EN MENORES DE
5 AÑOS, PROVINCIA ESMERALDAS
1.991 - 1.995

GRUPO EDAD	BIOLOGICO	1991	1992	1993	1994	1995
< 1 AÑO	B.C.G.	59	117	119	102	102
	D.P.T.	83	123	133	110	105
	P.O.V. 3	37	74	81	75	51
	ANTISARAMPION CONTROL	39	64	78	46	72
1 - 4 AÑOS	B.C.G.	1	4	5	4	5
	D.P.T.	9	14	16	12	12
	P.O.V. 3	9	14	17	13	12
	ANTISARAMPION CONTROL	10	14	17	9	15

FUENTE : ESTADISTICA D.P.S.E.

ELABORADO POR : AIDA LEYES Q.

De las coberturas de atención en actividades de crecimiento y desarrollo se desprende que:

1. Se observa incremento de cobertura ascendente en el período 1.991 - 1.995.
2. En relación a coberturas de vacunación con B.C.G. y D.P.T. éstas sobrepasan el 100 por ciento. Según el INEC, la provincia refleja la población real de la misma, sumándose a esto el problema limítrofe con la provincia de Pichincha.

3. Comparando la vacunación entre los dos grupos de edad especialmente el grupo de 1 a 4 años, pese a tener ligeros incrementos, las coberturas no llegan al 20 por ciento.
4. En cuanto a los controles de crecimiento y desarrollo, está en un 83 por ciento (1.992) y en 137 por ciento (1.995) para los menores de un año y en 12 por ciento (1.992) y 27 por ciento (1.995) para los dos de 1 a 4 años.
5. En los controles de los dos grupos de edad, su cobertura es superior al 50 por ciento, pero mantiene en los últimos años concentraciones de 2, lo que refleja por una parte, que el niño es llevado a una primera consulta de diagnóstico y una de control y por otro el desaprovechamiento de las oportunidades de atención por parte del personal de salud.

CUADRO N° 19

PORCENTAJE DE MORBILIDAD MAS FRECUENTE
EN MENORES DE 5 AÑOS (1.994 - 1.995)

MORBILIDAD	1.994		1.995	
	< 1 AÑO	1-4 AÑOS	< 1 AÑO	1-4 AÑOS
- INFECCIONES RESPIRAT. AGUDAS	48	45,12	51	50
- ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	43	34,29	32	29
- PALUDISMO	8	17,31	8	14
- OTROS	1	3,27	9	7

FUENTE : CONSOLIDADO AREAS DE SALUD 1.995
ELABORADO POR : AIDA LEYES Q.

Entre las principales causas de morbilidad en los niños menores de 5 años están las Infecciones Respiratorias agudas (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y el Paludismo, las mismas que se mantienen para los años 1994-95.

Sin embargo, los mayores afectados son los menores de 1 años con un 51 por ciento en IRA, 32 por ciento en EDA y un 8 por ciento en PALUDISMO.

Además se observa que el 14 por ciento de niños de 1 a 4 años de edad son los más afectados con paludismo con el 14 por ciento (DPSE-1996), según investigación, Conocimientos, Actitudes y Prácticas (1.993)

CUADRO N° 20

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL SEGUN PROVINCIAS
 PERIODO: JUNIO 1.984 A MAYO 1.994
 (TASA x 1000 NACIDOS VIVOS)

PROVINCIAS	T.M.I.	NEONATAL	POST-NEONATAL
- CHIMBORAZO	100	6	39
- COTOPAXI	74	32	42
- LOS RIOS	59	35	24
- ESMERALDAS	58	32	26
- BOLIVAR	56	34	22
- IMBABURA	51	27	24
- TUNGURAHUA	49	29	20
- LOJA	48	26	22
- CARCHI	42	25	17
- CAÑAR	39	27	12
- EL ORO	38	24	14
- MANABI	35	15	20
- AZUAY	34	20	14
- GUAYAS	33	18	15
- PICHINCHA	32	16	16
TOTAL PAIS	49	28	22

FUENTE : CONSOLIDADO AREAS DE SALUD 1.995
 ELABORADO POR : AIDA LEYES Q.

La Tasa de Mortalidad Infantil es del 58 x 1.000 Nacidos Vivos, de los cuales, la Tasa de Mortalidad Neonatal es del 32 x 1.000 Nacidos Vivos y un 26 x 1.000 Nacidos Vivos la muerte Post-Neonatal.

CUADRO N° 21

PORCENTAJE DEL ESTADO NUTRICIONAL DE
 NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
 PRIMER SEMESTRE 1.996

EDAD	ESTADO NUTRICIONAL					TOTAL %
	SOBRE PESO	NORMAL	DESNUT. LEVE	DESNUT. MODERADA	DESNUT. GRAVE	
< 1 año	2	82	12	3	1.6	100
1 - 4 años	1	7	18	3	1.6	100

FUENTE : SISVAN PRIMER SEMESTRE - 96 DIRECCION
 PROVINCIAL DE SALUD ESMERALDAS

ELABORADO POR : AIDA LEYES Q.

Tanto el menor de 1 año 82 por ciento y el de 1-4 años 77 por ciento, tienen porcentajes altos en su estado normal.

Los niños 1-4 años 22 por ciento tienen algún grado de desnutrición, los menores de 1 año el 16 por ciento padece algún grado de desnutrición. En los dos grupos de edad existe un predominio de desnutrición leve.

SALUD INFANTIL Y DE LA NIÑEZ

La salud de la niñez e infantil constituye una de las preocupaciones de la Salud Pública.

PESO DEL NIÑO AL NACER.-

Según la "O.P.S. reconoce que el peso al nacer es un indicador esencial para la vigilancia y evaluación de los programas de salud Materno-Infantil y Nutrición".

El bajo peso en el nacimiento involucra a aquellos niños que pesan igual o menor de 2.500 gramos (5.5 lbs), pasando por experiencias mayores de mortalidad durante el primer año de vida y en lo posterior. La tasa de mortalidad en recién nacidos en países en vías de desarrollo son más altas, la elevación de la mortalidad en bajo peso al nacer 2.500 gramos ocurre en todas las regiones.

El bajo peso al nacer ocurre y transcurre con el embarazo, determinada por el estado nutricional previo de la madre y mantiene durante la gestación. Este factor está relacionado con factores socio-económico como: pobreza, toxemia gravidica; factores genéticos como: trabajo pesado en la gestación, toxicomanía materna, embarazos frecuentes y corto espaciamiento intergenésico.

En las estrategias para la infancia en la década de los 90 UNICEF hace referencia que un 20 por ciento de lactantes nacen con bajo peso. El Fondo de población de las Naciones Unidas indica bajo peso mundial del 16.7 por ciento.

CUADRO N° 22

PORCENTAJE DE REPORTE DE PESO AL NACER Y
PREVALENCIA DE BAJO PESO EN NIÑOS NACIDOS VIVOS
ENTRE JUNIO 1.989 A MAYO 1.994

DOMINIOS	REPORTA BAJO PESO	BAJO PESO		
		TOTAL *	PREMATURO**	NO PREMATURO
TOTAL PAIS	76,3	16,9	2,9	13,9
AREAS:				
URBANA	88,7	14,2	3,2	11,0
RURAL	63,3	20,7	2,6	18,1
COSTA	79,7	11,0	2,4	8,6
ESMERALDAS	73,1	8,1	2,6	5,5

* : NIÑOS CON BAJO PESO

** : NACIDOS DOS SEMANAS ANTES DE TIEMPO.

FUENTE : SISVAN PRIMER SEMESTRE - 96
DIRECCION PROVINCIAL DE SALUD
ESMERALDAS.

ELABORADO POR : AIDA LEYES Q.

El cuadro indica que el 76. por ciento de los recién nacidos fué pesado al nacer de los cuales el 16.9 por ciento son de bajo peso, el 2.9 por ciento prematuro y un 1.9 por ciento con bajo peso sin ser prematuro.

Según residencia de la madre en el área urbana los recién nacidos fueron pesados en un 88.7 por ciento, es decir mayor que el nivel nacional y provincia de Esmeraldas, con el 76. por ciento y 73.1 por ciento, el área rural alcanza un 63.3 por ciento.

Esmeraldas relacionada con la región costa, los niños con bajo peso es bajo de 8,1 por ciento (costa 11.0%) y comparada con el área urbana y rural la cifra es más baja.

El porcentaje de niños prematuros en Esmeraldas es similar al área rural con el 2.6 por ciento ligeramente menor que el nivel nacional (2.9 %). Así mismo se observa que el 5.5 por ciento de los niños no son prematuros pero nacen con bajo peso.

CUADRO N° 23

PORCENTAJE DE NIÑOS REPORTADOS CON BAJO PESO
SEGUN EDAD GESTACIONAL DE LA MADRE ESMERALDAS

EDAD GESTACIONAL MADRE	TOTAL	BAJO PESO		
		TOTAL	PREMATURO	NO PREMATURO
< 25 años	75,4	5,9	0,7	5,2
25 - 29 años	79,7	6,6	5,7	0,9
30 y más años	64,9	13,5	3,8	9,8

FUENTE : ENDEMAIN - 94

ELABORADO POR : AIDA LEYES Q.

La edad de la madre en los niños con bajo peso al nacer el porcentaje es más alto en madres de 25-29 años de edad, en menores 25 años de edad el 75.4 por ciento.

Del porcentaje de niños reportados con bajo peso en madres con más de 30 años de edad el 9.8 por ciento son niños no prematuros, seguido de los niños prematuros en edad de 25-29 años de edad.

CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO

El control del niño después del nacimiento tiene significado en la atención del crecimiento y desarrollo que permiten evaluar condiciones de desarrollo para prevenir y tratar oportunamente la morbilidad.

A nivel país el 89.3 por ciento de los niños recibieron control médico, un porcentaje menor es región costa 87.3 por ciento y Esmeraldas con el 82.5 por ciento.

CUADRO N° 24

CONTROL DEL NIÑO

CARACTERISTICAS	TOTAL PAIS	COSTA	ESMERALDAS
CONTROL DEL NIÑO:			
SI	89,3	87,3	82,5
NO	10,7	12,7	17,5
ESTADO DE SALUD DEL NIÑO:			
SANO	82,4	77,0	78,2
ENFERMO	17,5	22,9	21,3
LUGAR DE ATENCION:			
M.S.P.	66,5	58,5	71,7
CLINICA	24,2	32,5	21,4
IESS	4,6	2,9	4,4
OTROS	4,7	6,1	2,5
EDAD DEL NIÑO AL PRIMER CONTROL (MESES)			
< 1	49,1	54,7	42,2
1	34,4	29,8	35,1
2	8,7	8,3	12,5
3 Y MAS	7,8	7,3	10,2

FUENTE : ENDEMAIN - 94

ELABORADO POR : AIDA LEYES Q.

El lugar de control del niño es el MSP con el 75.7 por ciento mayor que el nivel nacional 66.5 por ciento, Costa 58.5 por ciento; en segundo lugar encontramos a las Clínicas y consultorios privados con el 21.4 por ciento, costa 32.5 por ciento y a nivel nacional con el 24.2 por ciento.

El control médico del niño permite evaluar su crecimiento y desarrollo y evita posibles complicaciones en su nacimiento. En la provincia de Esmeraldas menos del 50 por ciento de niños son controlados en los primeros días de nacimiento esto es un 42.2 por ciento, de 1-2 meses recibió atención en un 47.5 por ciento y un 10.2 por ciento recibió atención de tres meses en adelante.

CUADRO N° 25

PORCENTAJES DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS
CON INFECCION RESPIRATORIA AGUDA
JUNIO 1.989 A MAYO 1.994

DOMINIOS	GRAVEDAD I.R.A.			I.R.A.
	LEVE	MODERADA	GRAVE	
TOTAL PAIS	19,8	25,2	14,4	59,4
AREAS:				
URBANA	21,0	25,1	15,3	61,4
RURAL	18,5	25,3	13,4	57,2
COSTA	19,3	25,5	15,8	60,6
ESMERALDAS	19,5	24,0	9,3	52,9

FUENTE : ENDEMAIN - 94

ELABORADO POR : AIDA LEYES Q.

El 19.5 por ciento de niños de Esmeraldas presenta IRA Leve porcentaje similar a la costa 19.3 por ciento y nivel nacional 19.8 por ciento, 21.0 por ciento urbano.

La IRA Moderada en Esmeraldas es ligeramente inferior a los otros valores.

VIGILANCIA DEL CRECIMIENTO DEL NIÑO

El cuadro contiene información sobre disponibilidad de carnet y registro de peso y vigilancia de crecimiento a nivel país, las proporciones más altas acontecen en áreas urbanas y rural en Esmeraldas es inferior con el 43.6 por ciento.

En el registro de peso Esmeraldas tiene un 13.5 por ciento menor en relación país y área urbana, así mismo la vigilancia y el crecimiento es inferior con un 24.6 por ciento en relación al país.

CUADRO N° 26

PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS CON
VIGILANCIA DEL CRECIMIENTO A NIVEL PAIS Y
PROVINCIA DE ESMERALDAS JUNIO 1.989 A MAYO 1.994

DOMINIOS	CARNE	PESO	VIGILANCIA DEL CRECIMIENTO
PAIS	50,6	16,7	38,0
AREAS:			
URBANA	53,3	19,6	36,2
RURAL	46,6	13,1	40,2
COSTA	54,5	9,2	38,3
ESMERALDAS	43,6	13,5	24,6

FUENTE : ENDEMAIN - 94

ELABORADO POR : AIDA LEYES Q.

INMUNIZACIONES EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS

Entre las enfermedades que pueden prevenirse por inmunización tenemos: tuberculosis, difteria, tosferina, tétanos, sarampión y poliomielitis.

Para 1.885 se consideró que la vacunación había prevenido cerca de un millón de niños, también se estimó que 3.5 millones de infantes y niños morirán anualmente en el mundo por enfermedades prevenibles y sus complicaciones.

CUADRO N° 27

PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS
INMUNIZADOS POR TIPO DE VACUNA A NIVEL PAIS Y
PROVINCIA DE ESMERALDAS JUNIO 1.989 A MAYO 1.994

DOMINIOS	B.C.G.	D.P.T.	ANTIPOLIO	ANTISARAMPION
TOTAL PAIS	95,8	84,8	83,5	84,7
AREAS:				
URBANA	97,5	83,9	88,1	87,2
RURAL	94,1	80,0	78,6	82,1
COSTA	94,8	84,0	82,5	85,2
ESMERALDAS	90,9	81,0	79,2	82,9

FUENTE : ENDEMAIN - 94
ELABORADO POR : AIDA LEYES Q.

Las coberturas de niños inmunizados para Esmeraldas en B.C.G. 90.0 por ciento, D.P.T. 81.0 por ciento y anti-polio 82.9 por ciento corresponde al mínimo de inmunizaciones adecuada para detener las enfermedades inmunoprevenibles según UNICEF.

CAPITULO

VI



**SALUD DEL
ADOLESCENTE**

SALUD DEL ADOLESCENTE

El país se caracteriza por tener una población eminentemente joven, donde el grupo de adolescentes de 10 a 19 años constituyen el 23% del total de la población.

Algunos factores afectan al normal desarrollo del adolescente, entre los cuales mencionamos: la migración, medio ambiente inadecuado, bajo nivel de instrucción educativa, difícil acceso a los servicios de salud y problemas de organización familiar.

ANTECEDENTES HISTORICOS DEL SERVICIO INTEGRAL JUVENIL (SIJU)

Al Consejo Nacional de Salud (CONADE) le compete por mandato institucional establecer la política poblacional de acuerdo al artículo 89 de la Carta Constitucional. En razón de este mandato, el CONADE en su Plan Nacional de Desarrollo del año 1988 resaltó la necesidad de influir sobre el volumen, composición y distribución de la población afectando el ritmo de crecimiento y las pautas de asentamiento en territorio nacional. No solamente dirige sus acciones al cuidado del niño, adolescente y madres gestantes, sino también a la educación sexual y su fácil acceso a los medios más modernos y eficientes de control para regular la fecundidad.

Los jóvenes adolescentes no reciben educación adecuada en sexualidad, población, etc. A través de **UNFPA** (Fon-

do de Población de las Naciones Unidas) se propone: difundir en los países desarrollados y en desarrollo, el conocimiento de los problemas de población y posibles estrategias para enfrentarlos.

En junio de 1.990 UNFPA se propone apoyar un programa cuyos objetivos tiendan a **crear consciencia** sobre población y apoyar un programa de **educación sexual** para adolescentes que dirige el Departamento de la Juventud del Ministerio de Bienestar Social.

Pues trata de brindar conocimientos sobre: población, sexualidad y salud reproductiva. Por otro lado, utilizar el sistema educativo con el propósito de que se involucre en el "Programa de Educación e información en población, sexualidad y salud reproductiva como actividad del sistema educativo" .

OBJETIVOS.-

1. Brindar educación en sexualidad y salud reproductiva a través del sistema educativo.
2. Prestar atención de salud y asesoría en sexualidad y en aquellos problemas propios de la vida de los jóvenes.

El proyecto se ejecuta en la ciudad de Esmeraldas, el mismo que está dividido en dos componentes:

1. Proyecto de educación en sexualidad y salud reproductiva.
2. Atención Integral a los adolescentes.

La población involucrada en el primer componente son los estudiantes de los cuartos a sextos cursos (ciclo diversificado) de tres colegios de la ciudad de Esmeraldas.

Para la elección se tomaron algunos indicadores cuya presencia incrementa en los jóvenes más riesgo de embarazo no deseado, abortos, etc.

INDICADORES:

- Analfabetismo de 10 a 20 años
- Tasa de mortalidad materna
- Deserción escolar en cuarto curso.

El último indicador determina que los jóvenes de ambos sexos queden expuestos casi siempre al desempleo aumentando las condiciones de riesgo.

ENTIDADES A CARGO DEL PROGRAMA:

- Ministerio de Salud Pública
- Ministerio de Bienestar Social
- Ministerio de Educación y Cultura

La población objeto del SIJU abarca a los jóvenes y adolescentes escolarizados de su área de influencia y comprende los menores de 10 a 19 años de la ciudad de Esmeraldas.

SERVICIOS OFERTADOS A LOS BENEFICIARIOS DEL SIJU.-

- Control prenatal.
- Atención del parto.
- Atención post-parto.
- Regulación de la fecundidad.

- D.O.C.
- Atención psicológica

La atención psicológica a la adolescente embarazada porque éstas enfrentan los conflictos sociales, familiares, etc.

CUADRO N° 28

PORCENTAJE DE ADOLESCENTES POR EDAD Y SEXO
ATENDIDOS EN EL SERVICIO INTEGRAL JUVENIL
1.996

EDAD	MUJER		HOMBRE	
	N°	%	N°	%
13 - 14 años	299	41	209	48
15 - 19 años	423	59	223	52
TOTAL	722	100	432	100

FUENTE : TESIS DE GRADO PONTIFICIA
UNIVERSIDAD CATOLICA, SEDE
ESMERALDAS.

ELABORADO POR : AIDA LEYES

El mayor porcentaje de adolescentes en ambos sexos corresponden a la edad de 15 - 19 años de edad, siendo mayor en el sexo femenino con el 59 por ciento (según grupo de edad).

Entre los dos sexos, el femenino ocupa un 62,56 por ciento.

CUADRO N° 29

PORCENTAJE DE ATENCIONES RECIBIDAS POR
 ADOLESCENTES EN EL SIJU PROVINCIAL DE
 ESMERALDAS 1.994 A 1.995

AÑO	N° DE ATENCIONES	PRIMERAS		SUBSC.	I.U.
		N°	%	N°	N°
1.994	1.300	889	68	508	1.6
1.995	2.700	1.154	43	715	1.6

FUENTE : TESIS DE GRADO PONTIFICIA
 UNIVERSIDAD CATOLICA, SEDE
 ESMERALDAS, 1.996.

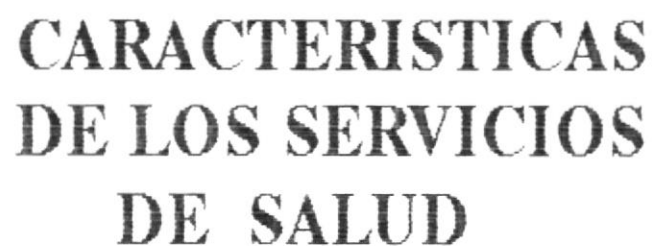
ELABORADO POR : AIDA LEYES

Las coberturas alcanzadas en atención del adolescente en 1.994 fue del 68% y en 1.995 el 43%

En los dos años se mantiene una intensidad de uso del servicio de 1.6, lo que indica que cada adolescente recibe una atención por demanda espontánea y una de seguimiento.

CAPITULO

VII

A decorative rectangular border with a repeating floral or leaf-like pattern surrounds the text.

**CARACTERISTICAS
DE LOS SERVICIOS
DE SALUD**

CARACTERISTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La provincia de Esmeraldas cuenta con nueve áreas de salud, independientemente de la división política con criterio de accesibilidad, de las cuales: El 44 por ciento de los Centros de Salud funcionan como Sede de Jefatura de Area y el 56 por ciento tienen como sede de Jefatura de Area el Centro de Salud Hospital Cantonal, además existe un hospital provincial.

El 42 por ciento de las unidades de salud no cuentan con profesionales de salud como son: médicos, enfermera y solo funcionan con auxiliares de enfermería, de las cuales el 70 por ciento son no diplomadas y trabajan a nivel de hospitales, centros de salud y puestos de salud.

El 58 por ciento y el 20 por ciento de las unidades trabajan con médicos y enfermeras del Plan de Salud Rural, respectivamente.

El tipo de atención que brindan estas unidades de salud, a nivel de subcentros y centros de salud, es ambulatoria, intramural y extramuralmente y para los casos que ameritan hospitalización son referidos a los más cercanos como es el Hospital de Area o provincial.

ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La organización de los servicios de salud de la ciudad y provincia de Esmeraldas se dividen en dos niveles:

PRIMER NIVEL:

Constituye el primer nivel funcional del sistema regionalizado de servicio de salud y está integrado por los subcentros de salud urbanos y rurales, Centros de salud y los centros de salud de 15 a 30 camas, siendo éstas dos últimas las sedes de las respectivas jefaturas de área.

SEGUNDO NIVEL:

Está constituido por la Dirección Provincial de Salud y el Hospital Provincial con jurisdicción técnica-administrativa y de referencia que integran la provincia.

Red de servicios de salud dependientes de la dirección provincial de salud de esmeraldas.-

AREA N° 1

Esmeraldas central, conformada por la mitad norte de la ciudad de Esmeraldas y parroquias periféricas del cantón Esmeraldas como son: Carlos Concha, Chinca, San Mateo, Tabiazo, Tachina y Vuelta Larga.

AREA N° 2

Esmeraldas urbano, conformada por la zona central y sur de la ciudad de Esmeraldas.

AREA N° 3

Esmeraldas norte, está constituida por las parroquias rurales de la provincia, teniendo como jefatura de área el Centro de Salud de la cabecera del reciente creado cantón Río Verde.

AREA N° 4

Esmeraldas sur, constituida por las parroquias rurales del cantón Atacames y dos parroquias del Cantón Muisne, que son accesibles al área de Atacames.

AREA N° 5

Quinindé, constituida por parroquias del Cantón Quinindé.

AREA N° 6

San Lorenzo, con excepción de las parroquias de tambillo, Concepción, Pampanal de Bolívar que pertenecen a las áreas de salud de Borbón y Limones conforma el área las restantes parroquias del cantón San Lorenzo.

AREA N° 7

Borbón, constituida por parroquias situadas en los márgenes de los Ríos Santiago, Cayapas y Onzole.

AREA N° 8

Limones, constituida por la parroquia Valdéz y La Tola del cantón Eloy Alfaro.

AREA N° 9

Muisne, constituida por parroquias del cantón Muisne.

CUADRO N° 30

PORCENTAJE DE CAMAS POR AREAS DE SALUD

AREA	N° DE CAMAS	%
HOSPITAL PROVINCIAL	125	45,4
5	22	8,0
6	68	25,0
7	20	7,2
8	20	7,2
9	20	7,2
TOTAL	275	100,0

FUENTE : DPTO. ESTADISTICA DIRECCION PROV.
DE SALUD DE ESMERALDAS.

ELABORADO POR : AIDA LEYES Q.

El Hospital Provincial cuenta con el mayor porcentaje ocupacional del 70 por ciento, el mismo que tiene el 45,4 por ciento de camas a nivel provincial y cuenta con las siguientes especialidades:

- Pediatría
- Gineco-obstetricia
- Clínica
- Cirugía

Además los servicios de emergencia, consulta externa, centro quirúrgico y obstétrico.

Los hospitales a nivel de Area de Salud, tienen una dotación promedio de 30 camas, de las cuales el Hospital Divina Providencia de San Lorenzo (Area N° 6) ocupa el 45 por ciento con similitud de población y un porcentaje poblacional inferior al 50 por ciento, siendo más baja en el área N° 9 con el 25 por ciento de ocupación.

CUADRO N° 31

PORCENTAJE OCUPACIONAL DE LOS HOSPITALES DE LA
 PROVINCIA DE ESMERALDAS DE ENERO-SEPTIEMBRE
 1.996

AREA	HOSPITAL	N° DE CAMAS	%
1	PROVINCIAL DELFINA TORRES	125	70
5	ALBERTO BUFFONI	22	72
6	DIVINA PROVIDENCIA	68	51
7	BORBON	20	29
8	LIMONES	20	49
9	CARLOS DEL POZO	20	25

FUENTE : DPTO. ESTADISTICA DE LA DIRECCION
 PROVINCIAL DE SALUD DE ESMERALDAS

ELABORADO POR : AIDA LEYES Q.

CUADRO N° 32

PORCENTAJE DEL PRESUPUESTO DE SALUD DE LA
PROVINCIA DE ESMERALDAS POR AREAS DE SALUD
AÑO 1.996

AREA	PRESUPUESTO	%
HOSPITAL PROVINCIAL	4.044'477.000	34,4
DIRECCION PROV. DE SALUD	973'114.000	8,3
1	699'756.000	6,0
2	951'526.000	8,1
3	253'946.000	2,2
4	289'541.000	2,5
5	1.262'458.000	10,7
6	1.261'926.000	10,7
7	637'145.000	5,4
8	551'145.000	4,7
9	821'776.000	7,0
TOTAL	11.747'183.000	100,0

FUENTE : DEPARTAMENTO FINANCIERO DE LA
DIRECCION PROVINCIAL DE SALUD

ELABORADO POR : AIDA LEYES Q.

El Hospital Provincial ocupa el mayor porcentaje ocupa el presupuesto de salud de la provincia con el 34,4 por ciento, el mismo que tiene una dotación de 125 camas y un porcentaje ocupacional del 70 por ciento.

Del presupuesto de un área, el 84 por ciento ocurre para el gasto de sueldos y salarios, quedando el 16 por ciento para:

- * Servicios (viáticos, subsistencias, movilización y mantenimiento de vehículos.
- * Suministros y materiales (papelería, combustible y lubricantes)

En el presupuesto no consta partida presupuestaria para acciones de fomento y protección, en los últimos cinco años la provincia recibe aporte de Agencias Internacionales como: UNICEF, UNFPA, USAID, BID y OPS/OMS para acciones de fomento y protección en:

- * Capacitación de parteras tradicionales comunitarias.
- * Capacitación a enfermeras, Jefes de Areas de Salud y Auxiliares de Enfermería como facilitadoras para capacitar parteras.
- * Fases de vacunación en menores de cinco años, embarazadas y mujeres en edad fértil.
- * Supervisión a Jefaturas de Areas y Unidades de Salud.

CUADRO N° 33

INFRAESTRUCTURA FISICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD
DE LA PROVINCIA DE ESMERALDAS 1995

AREA	HOSPITAL PROVINCIAL	HOSPITAL AREA	C.S.	S.C.S	M.P.
D.P.S.	1				
1			1*	10	
2			1*	7	
3			1*	11	
4			1*	6	
5		1*		18	
6		1*		8	3)
7		1*		11	20)
8		1*		4	
9		1*		8	17)
TOTAL	1	5	4	78	40)

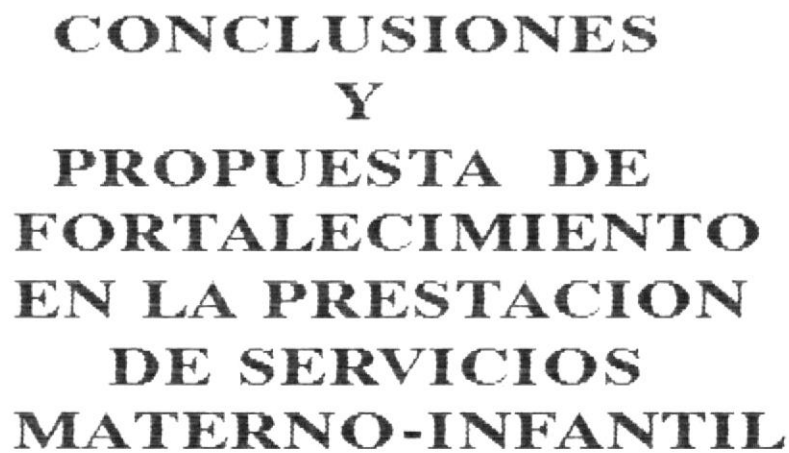
* : UNIDAD SEDE JEFATURA DE AREA

FUENTE : DIRECCION PROVINCIAL DE SALUD,
AREAS DE SALUD.

ELABORADO POR : AIDA LEYES Q.

CAPITULO

VIII



**CONCLUSIONES
Y
PROPUESTA DE
FORTALECIMIENTO
EN LA PRESTACION
DE SERVICIOS
MATERNO-INFANTIL**

C O N C L U S I O N E S

1. En las áreas en las que existen hospitales, la relación entre la inversión del nivel hospitalario vs. ambulatorio está en favor del primero. A pesar de esto, la mayor parte de la inversión se dedica al pago de sueldos y salarios.
2. La ausencia de políticas adecuadas de distribución del ingreso, uno de los problemas estructurales que hoy enfrenta el Ecuador, en especial Esmeraldas, es el de la pobreza, los indicadores sociales más críticos que reflejan esta situación tienen relación con las altas tasas de mortalidad infantil y mortalidad materna.
3. Otro problema a ser enfrentado es la ampliación de cobertura y la calidad de los servicios.
4. La tendencia del descenso de la fecundidad a nivel país también se produce en la provincia de Esmeraldas. La tasa global de fecundidad para 1989 a 1994 fue de 4,66 hijos por mujer siendo la más alta de las provincias y de la región Costa.
5. El 46,8 por ciento de la mujeres en "unión" se encuentran regulando su fecundidad.
6. La atención prenatal cubre al 72% de mujeres, reduciendo a la mitad (49,9%) la atención profesional del parto.

7. La cobertura de atención post-parto es baja (30,8%)
8. El 8,1 por ciento de los niños registra bajo peso al nacer igual o menos (5.5 libras), 2.6 por ciento en condiciones de bajo peso y prematuridad y el 5.5 por ciento tiene bajo peso sin ser prematuros.
9. La infección respiratoria aguda afecta a los menores de 5 años en un 52,9 por ciento, siendo más grave la IRA moderada con el 24,0 por ciento y leve con el 19,5 por ciento.
10. Los niveles de vacunación alcanzan coberturas aceptables para Esmeraldas; el 75,3 por ciento recibieron las vacunas.
11. No existe suficiente adaptación a los programas de intervención a la realidad local, por lo que la población no está lo suficientemente comprometida hacia la atención de su salud.
12. En el primer semestre del año 1996 se realizaron el 96,6 por ciento de cesáreas a nivel provincial.
13. El complemento alimentario sólo se lleva en un área de salud (N° 4), en el resto del área se detecta la desnutrición y no existe un programa que permita la recuperación del peso perdido tanto en embarazadas como en niños menores de cinco años.

PROPUESTA DE FORTALECIMIENTO EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MATERNO- INFANTIL, PROVINCIA DE ESMERALDAS

El cambio de situación de la mujer en su salud reproductiva, están condicionadas a las acciones sectoriales e intersectoriales de promoción y desarrollo de la población y por aquellas medidas relativas al incremento de cobertura de la calidad de atención.

Las áreas de acción implican para el país y en particular para la provincia de Esmeraldas, un compromiso político en la aplicación de políticas instrumentadas y programadas de acción, a nivel provincial requiere de una concertación de los gobiernos seccionales para apoyar medidas convergentes y reflejar programática y financieramente la prioridad asignada a la mujer.

MISION DEL AREA DE SALUD.-

Contribuir a solucionar los problemas y necesidades de salud más frecuentes, trascendentes y de mayor demanda que afectan a la población y al ambiente en su jurisdicción, reduciendo significativamente la morbilidad general y la mortalidad prematura de la madre y el niño.

OBJETIVOS.-

1. Mejorar las condiciones de salud de la mujer en edad fértil, a través del incremento de cobertura y de la calidad de los servicios de salud reproductiva, tanto en su período genésico como intergenésico para que culmine la etapa reproductiva en buenas condiciones biológicas, psicológicas y sociales.

2. Aumentar la capacidad y la calidad de la atención materno-infantil mediante el reforzamiento del primer nivel de referencia y así recuperar la confianza perdida de los usuarios.
3. Incrementar el conocimiento y la participación social para una maternidad sin riesgo y movilizar a la comunidad para la identificación de las embarazadas y que éstas tengan una atención oportuna e integral.
4. Implementar el sistema provincial de vigilancia epidemiológica de la morbi-mortalidad materna e infantil.
5. Mejorar la atención de la mujer en vida reproductiva en el parto domiciliario mediante el seguimiento permanente de las parteras adiestradas y de otro personal que accidentalmente lo atiende.

METAS.-

De acuerdo con la situación general de salud de la población femenina, con los niveles de mortalidad materna e infantil, el Ecuador se haya en el primer grupo de países con una tasa de mortalidad más alta de 160 x 100.000 nacidos vivos y Esmeraldas entre las provincias con más alta tasa de mortalidad infantil.

1. Reducir la tasa de mortalidad materno-infantil en 10 por ciento para el año 1.997 y al 50 por ciento para el año 2.000
2. Reforzar el primer nivel de referencia mediante el equipamiento con materiales básicos al 90 por ciento

de unidades de salud de atención ambulatoria y al 100 por ciento de hospitales en beneficio de la población materna-infantil.

3. Incrementar al 60 por ciento el porcentaje ocupacional en hospitales con capacidad menor de 50 camas y al 80 por ciento el porcentaje ocupacional del Hospital Provincial.
4. Capacitar al 80 por ciento del recurso humano en la atención materno-infantil.
5. Lograr que el 80 por ciento de las unidades de salud que atienden partos notifiquen mensualmente a la autoridad de salud del área y provincial sobre las muertes materna-infantil.
6. Incrementar a cinco controles mediante la captación precoz de las embarazadas.

ESTRATEGIAS.-

1. Coordinar los esfuerzos e iniciativas locales mediante la articulación de todos los recursos de salud materno-infantil existente tanto del sistema formal e informal para su utilización adecuarlas a la realidad y establecer una relación de mutua responsabilidad.
2. Difundir la propuesta al personal responsable de la conducción de las áreas de salud y provincial involucradas en su ejecución.
3. Mejorar la utilización de los recursos e identificar personas, familias y comunidades en riesgo.

4. Hacer uso de los perfiles epidemiológicos a nivel local con participación de la comunidad y personal de salud.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCION.-

GENERALES:

1. Promoción de las condiciones de salud de la mujer.
2. Capacitación.
3. Investigación de la mortalidad materno-infantil.
4. Mejorar el sistema de información.

ESPECIFICAS:

1. Promover la atención humanizada de la mujer y del niño.
2. Organizar los servicios de atención materno-infantil con cobertura universal y enfoque de riesgo, el reforzamiento del sistema de referencia y contra referencia para asegurar la atención continua e integral dando prioridad a la embarazada de alto riesgo.
3. Mejorar las condiciones de eficiencia, eficacia de los servicios materno-infantil, reforzando la capacidad resolutive del primer nivel de atención.
4. Aumentar la utilización de los servicios y calidad en la atención del embarazo, parto, post-parto y recién nacidos con énfasis en la población urbano marginal.
5. Mantener un porcentaje de cesáreas inferior al 15 por ciento del total de partos.
6. Poner en marcha una red de club de mujeres para la vigilancia de la salud reproductiva.

7. Mejorar la comunicación con parteras tradicionales comunitarias para asegurar la atención del parto y del embarazo en buenas condiciones.

LINEAS DE ACCION.-

RECURSOS:

El cumplimiento de las estrategias requiere de la participación intersectorial para lograr mejorar las condiciones de vida de la población femenina.

PARTICIPACION SOCIAL:

Estimular el autocuidado de la salud femenina y brindar apertura para la participación de la población en decisiones sobre salud de la mujer.

FORTALECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS SILOS:

Los silos son una estrategia operativa para la puesta en práctica de políticas y programas en áreas geográficas y poblacional definida. Lo que orienta las acciones multisectoriales y la participación social en que se busca solucionar las necesidades de salud identificada por la misma comunidad.

Estarán definidas las jerarquías de los servicios de salud para la atención materno-infantil tomando en cuenta los riesgos reproductivos, por lo que habrá estrecha relación entre nivel primario de atención y las unidades hospitalarias.

DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS:

La atención de salud de la mujer y el niño, constituye una actividad prioritaria, por lo tanto, es necesario garantizar una atención idónea en todas las unidades de salud.

Es necesario realizar actividades de capacitación, tanto en instituciones universitarias, colegios de profesionales y en unidades prestadoras de servicio de salud a la madre y al niño.

1. NIVEL FORMATIVO

Coordinar con la Universidad para la formación de profesionales de Enfermería para que se incluya conocimientos que promuevan actitudes y desarrollen habilidades y destrezas de manera que estén en condiciones de enfrentar las necesidades de salud prioritarias de la mujer.

2. NIVEL POST-GRADO

Motivar a la Universidad para que desarrolle programas de educación permanente del personal en los servicios de salud en aspectos gerenciales, metodológicos y técnicos sobre bases científicas para una mejor atención de la madre y el niño.

3. NIVEL DE SERVICIO.

La capacitación del personal deberá ser asumida como una educación permanente que involucre en su totalidad a profesionales y auxiliares de enfermería, tanto del primero y segundo nivel.

4. NIVEL COMUNITARIO.

Continuar la capacitación y seguimiento de las parteras tradicionales, líderes comunitarios, voluntarios para que contribuyan a la detección y referencia oportuna de riesgos en el embarazo, parto, post-parto y recién nacido.

EDUCACION PARA LA SALUD.-

Identificar los esfuerzos cuantitativos y cualitativos, con el propósito de generar comportamientos positivos en torno a la salud reproductiva, los contenidos abarcarán dos puntos: Educación sexual, cuidado del embarazo, parto, post-parto, planificación familiar y DOC.

Su aplicación se hará a través de:

- Medios de comunicación social
- Establecimientos de salud
- Organizaciones no gubernamentales
- Trabajo con el sistema educativo formal.

SISTEMA DE INFORMACION, REGISTRO, CONTROL Y EVALUACION.-

- * Asegurar la existencia de un sistema provincial de vigilancia epidemiológica sobre muertes de las mujeres en edad reproductiva e infantil, conocer la magnitud del problema y causas determinantes de mortalidad materna e infantil.
- * Mejorar los registros de información de todas las acciones de embarazo, parto, puerperio, planificación familiar, DOC y Control de Crecimiento y Desarrollo del niño.

INVESTIGACION.-

Promover investigaciones sobre:

- Mejoramiento de registros, datos y análisis estadísticos.
- Determinar causas de muerte materna-infantil.
- Evaluaciones cualitativas a través de grupos Focales y Entrevistas a Profundidad para la medición de la mortalidad materna-infantil.
- Atención del parto domiciliario por parteras y otros agentes de la comunidad.
- Investigación a los servicios de salud destinados a la valoración en sus intervenciones para la reducción de la mortalidad materna.
- Eficiencia, eficacia y costos de las distintas alternativas para mejorar la salud de la madre y el niño.

**PRESUPUESTO PARA LA PUESTA EN
MARCHA DE LA PROPUESTA**

- | | | | |
|----|--|-----|-------------------|
| 1. | Difusión de la propuesta al personal del nivel provincial y de Jefatura de Area | | |
| | S/. 86.100 x 7 d.v. | S/. | 602.700,00 |
| | 21.525 x 7 d.a. | | 150.675,00 |
| | 40.000 x 7 func. | | 280.000,00 |
| | Material de Trabajo | | <u>100.000,00</u> |
| | | S/. | 1'133,375,00 |
| 2. | Actualización de Normas materno-infantil | | |
| | S/. 86.100 x 84 d.v. | S/. | 7'232.400,00 |
| | 21.525 x 84 d.a. | | 1'808.100,00 |
| | Material de Trabajo | | <u>460.000,00</u> |
| | | S/. | 9'460.500,00 |
| 3. | Implementación del Proyecto Hospital Amigo del niño y la madre en áreas de Borbón y Limones: | | |
| | S/. 86.100 x 6 d.v. | S/. | 516.600,00 |
| | 21.525 x 6 d.a. | | 129.150,00 |
| | 60.000 x 3 func. | | 180.000,00 |
| | Material de Trabajo | | <u>500.000,00</u> |
| | | S/. | 1'325.750,00 |
| 4. | Seguimiento a 260 parteras tradicionales adiestradas: | | |
| | S/. 75.000 x 260 P.A. | S/. | 19'500.000,00 |
| | 30.000 x 260 P.A. Transp. | | 7'800.000,00 |
| | 60.000 x 3 func. | | 180.000,00 |
| | Material de Trabajo | | <u>500.000,00</u> |
| | | S/. | 27'800.000,00 |

5. Supervisión del nivel de Jefaturas de
Areas de Salud:
S/. 4'000.000 x 7 AREAS S/. 28'000.000,00
6. Formación de la red del club de
mujeres:
S/. 500.000 x 9 CLUBS S/. 4'500.000,00
S/. 72'219.625,00

BIBLIOGRAFIA

- Plan de Acción Provincial para la Supervivencia,
Protección y Desarrollo del Niño en el Decenio del 90
- ECUADOR: Hacia la Reforma del Sector Salud, Quito, 1995
- M.S.P. UNICEF, Proyecto Juntos por la Salud, MEJORAMIENTO
DE LA CALIDAD DE ATENCION EN SALUD, Módulos N° 1 y 2,
1996
- M.S.P. División Nacional de Desarrollo Comunitario, MANUAL
DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA PROMOTORES DE SALUD,
Tercera edición, Diciembre, 1986.
- M.S.P. Dirección Nacional de Epidemiología, Unidad de
Análisis, FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD PERINATAL,
Quito, Noviembre, 1993.
- M.S.P. Programa Nacional de Capacitación a Parteras
Tradicionales, Ecuador, 1995.
- M.S.P. Dirección Nacional de Fomento y Protección, DIVI-
SION MATERNO-INFANTIL, Sistema de Vigilancia
Epidemiológica de Muerte Materna, Ecuador, 1.994
- O.P.S. Plan de Acción Regional para la Reducción de la
Mortalidad Materna de las Américas, 1994
- M.S.P. Manual de Ginecología y Obstetricia, Hospital
Enrique Garces, 3ra. edición, Quito, 1995.
- M.S.P. Programa Nacional de Crecimiento y Desarrollo,
Quito, Ecuador, 1990

- M.S.P. Dirección General de Salud, Dirección Nacional de Fomento y Salud, MANUAL DE NORMAS PARA ATENCION MATERNO INFANTIL, 3ra. Edición, 1988
- CEPAR ENDEMAIN-94 ECUADOR, Encuesta Demnográfica y de Salud Materno-infantil, INFORME GENERAL.
- M.S.P. Manual del Equipo de Salud Rural, Serie: Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios Locales de Salud N° 3, Quito, 1995
- M.S.P. Guía para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes serie: Desarrollo y Fortalecimiento de los servicios locales de Salud N° 4, 1995
- Dirección Provincial de Salud de Esmeraldas PLAN DE ACCION PARA LA SUPERVIVENCIA, PROTECCION Y DESARROLLO DEL NIÑO EN EL DECENIO DEL 90, Esmeraldas, Agosto, 1993
- M.S.P. Manual de Normas para la atención materno-infantil por niveles de complejidad.
- M.S.P. Manual de Normas para la atención materno-infantil 2DA Edición, Mayo, 1983
- CEPAR, Plan Nacional de Acción en Población, Agosto, 1994.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN EJECUTIVO

CAPITULO I

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	3
OBJETIVOS DEL PROGRAMA MATERNO-INFANTIL	6
ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA MATERNO-INFANTIL	7
JUSTIFICACION	8

CAPITULO II

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA PROVINCIA	11
DE ESMERALDAS	
Aspectos Geográficos	11
Dinámica Poblacional	11
Proceso de Urbanización	12
Aspectos Económicos Sociales	12

CAPITULO III

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	15
Período previo a la Creación del MSP	15
Período de Creación del MSP 1967	15
Período de Implementación de Programas 1976-1979	16
Período de Consolidación democrática Agosto	16
1979 Agosto 1988.	
Período Actual 1988 - 1996	16

CAPITULO IV

CARACTERISTICA DE LA MUJER EN EDAD FERTIL

Edad Fértil (15 a 49 años)	19
Edad	19
Instrucción	19
Actividad Económica	19
Estado Civil	19

SALUD DE LA MADRE

Fecundidad	21
Regulación de la Fecundidad	25
Atención Prenatal	27
Atención del Parto	33

CAPITULO V

SITUACION DE SALUD DEL NIÑO	42
SALUD INFANTIL DE LA NIÑEZ	48
Peso del Niño al nacer	48
Control de crecimiento y desarrollo del niño	52
Vigilancia del crecimiento del niño	55
Inmunizaciones en niños menores de 5 años	56

CAPITULO VI

SALUD DEL ADOLESCENTE

Antecedente histórico del Servicio	58
Integral Juvenil (SIJU)	
Objetivos	59

Indicadores	60
Entidades a cargo del Programa	60
Servicios ofertados a beneficio del SIJU	60

CAPITULO VII

CARACTERISTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD	64
Organización de los servicios de salud	65

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES	73
PROPUESTA DE FORTALECIMIENTO EN LA PRESTACION	75
DE SERVICIOS MATERNO-INFANTIL	
Misión del Area de Salud	75
Objetivos	75
Metas	76
Estrategias	77
Estrategias de Intervención	78
Línea de Acción	79
Desarrollo de Recursos Humanos	80
Educación para la salud	81
Sistema de Información, Registro, Control	81
Investigación	82
Presupuesto para la puesta en marcha de la	83
propuesta	
BIBLIOGRAFIA	85

TABLA DE CUADROS

CUADRO N° 1

Distribución de la Población de la Provincia . . .	14
de Esmeraldas por Areas de Salud	

CUADRO N° 2

Característica de las Mujeres en edad fértil . . .	20
de 15 a 49 años de edad Provincia de Esmeraldas	

CUADRO N° 3

Tasas específicas y general de fecundidad de . . .	21
Mujeres en edad fértil	

CUADRO N° 4

Tasa específica de fecundidad según nivel de . . .	23
Instrucción en mujeres de edad fértil	

CUADRO N° 5

Tasa específica de fecundidad por grupo de edad .	24
---	----

CUADRO N° 6

Porcentaje de mujeres en edad fértil con conocimientos de métodos anticonceptivos	25
--	----

CUADRO N° 7

Porcentaje de embarazadas que recibieron	28
controles y lugar de atención	

CUADRO N° 8

Porcentaje de atención prenatal por nivel	30
de instrucción	

CUADRO N° 9

Porcentaje de controles y trimestre del primer control prenatal . . .	31
---	----

CUADRO N° 10

Porcentaje de atención prenatal por # de controles y trimestre del primer control	32
---	----

CUADRO N° 11

Porcentaje de atención del parto	33
--	----

CUADRO N° 12

Porcentaje de atención por tipo de recurso y grado de atención	35
--	----

CUADRO N° 13

Porcentaje de atención del parto profesional por tipo de recurso	36
--	----

CUADRO N° 14

Porcentaje de atención del parto profesional por tipo de recurso y nivel de instrucción	37
---	----

CUADRO N° 15

Porcentaje de atención por tipo de parto	38
--	----

CUADRO N° 16

Porcentaje del control post-parto por lugar de residencia	39
---	----

CUADRO N° 17

Porcentaje del nivel post-parto por nivel de instrucción	41
--	----

CUADRO N° 18

Porcentaje de Vacunación en menores de	43
5 años	

CUADRO N° 19

Porcentaje de morbilidad más frecuente	45
en menores de 5 años	

CUADRO N° 20

Tasas de mortalidad infantil según provincias . .	46
---	----

CUADRO N° 21

Porcentaje del estado nutricional en menores de 5 años	47
---	----

CUADRO N° 22

Porcentaje de reporte de peso al nacer y	49
prevalencia del bajo peso en niños nacidos vivos	

CUADRO N° 23

Porcentajes de niños reportados con bajo peso . .	51
según edad gestacional de la madre	

CUADRO N° 24

Control de crecimiento y desarrollo del niño . . .	52
--	----

CUADRO N° 25

Porcentaje de niños menores de 5 años con	54
infección respiratoria aguda	

CUADRO N° 26

Porcentaje de niños menores de 5 años con vigilancia del crecimiento	55
---	----

CUADRO N° 27

Porcentaje de niños menores de 5 años inmunizados	56
--	----

CUADRO N° 28

Porcentaje de adolescentes por edad y sexo atendidos en el SIJU	62
--	----

CUADRO N° 29

Porcentaje de atenciones recibidas por adolescentes en el SIJU	63
---	----

CUADRO N° 30

Porcentajes de camas por área de salud	67
--	----

CUADRO N° 31

Porcentaje ocupacional de la provincia de Esmeraldas	69
---	----

CUADRO N° 32

Porcentaje del presupuesto de la provincia por área de salud.	70
--	----

CUADRO N° 33

Infra-estructura física de la provincia de Esmeraldas	72
--	----