

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL

ESCUELA DE POSTGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE
EMPRESAS

PROGRAMA DE GERENCIA DE SERVICIOS DE
SALUD

T
614
INC

PRIMERA PROMOCIÓN

TRABAJO DE GRADUACIÓN

**PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE PROMOCIÓN
DE LA SALUD MATERNO INFANTIL, EN UNA
ZONA DE LA DIOCESIS DE RIOBAMBA**



D-18798

REALIZADO POR:

Dr. PATRICIO INCA RUIZ

DIRIGIDO POR:

Dr. RAFAEL MARTÍNEZ GÓMEZ

GUAYAQUIL - OCTUBRE - 1996

DEDICATORIA

A mi esposa Caro y a mi hija Anita Cristina

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi esposa, mis padres y a la familia Ruiz Saá, por el apoyo y los consejos brindados, durante este proceso de fomración, que me sirvieron para poder culminar con éxito esta etapa de mi vida profesional.

RESUMEN EJECUTIVO

En el presente trabajo se realiza una revisión histórica del cuidado a la madre y al niño desde la prehistoria hasta el presente, y se destaca como a través del tiempo, estos dos grupos poblacionales han merecido especial atención.

En las distintas épocas e incluso en la actualidad, la madre y el niño tienen más riesgos de enfermar y de morir, que los otros grupos poblacionales, razón por la cual se realizó la siguiente investigación en la Provincia del Chimborazo, -que corresponde a la Diócesis de Riobamba, según la división eclesiástica-, con el fin de establecer cuales son las principales causas de morbilidad y mortalidad que afectan a estos grupos.

Como resultados del presente trabajo se encontró que la Provincia del Chimborazo, tiene las tasas más altas de mortalidad neonatal e infantil en el país y que son debidas a enfermedades prevenibles, que se podrían evitar con un buen programa de educación y organización comunitaria, que mejore la situación social en que vive la población. El cantón Guano es el que tiene la tasa de mortalidad infantil más alta de la Provincia, por lo que se propone realizar allí un **PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MATERNO INFANTIL**, basado en los principios de la Atención Primaria de Salud.

Esta no es la primera vez que la Iglesia Católica a través de su Diócesis en Riobamba, realiza acciones de salud, tanto es así que en 1963, Monseñor Leonidas Proaño incluye en su Plan Decenal Diocesano, la creación de las Escuelas Radiofónicas Populares de Ecuador, (ERPE), con un servicio médico que brindaba una atención curativa de preferencia a los indígenas de la provincia, acompañado de un trabajo educativo en salud a través de la Radio y equipos itinerantes. Tanto el servicio curativo como la radio permanecen hasta la actualidad.

Hace 5 años la Diócesis inicia nuevos programas de salud, en el campo preventivo: Trabajo Comunitario para Mejorar la Alimentación (TACMA) y el Proyecto de Supervivencia Infantil.

Estos dos últimos proyectos, no han contado con la participación de un técnico en el campo de la salud, por lo que los resultados e impacto de los programas no ha sido medidos, solo se tienen informes narrativos de las acciones y las apreciaciones de la población beneficiada.

Por esta razón, en el presente Trabajo de Grado, se realiza una propuesta de como organizar la PASTORAL DE LA SALUD en la Diócesis, como parte de la Pastoral Social, con una estructura propia y bajo la coordinación de un profesional en el campo de la salud.

El financiamiento para la realización del Proyecto, se podría solicitar a CAPODARCO, INTERMON, SOCORRO DE FRANCIA, en el exterior y en Ecuador se podría solicitar a la Fundación PABLO JARAMILLO de Cuenca.

La sostenibilidad del Proyecto lo asumirá la Diócesis con fondos propios para los profesionales y para los promotores, se animará a la Comunidad para que colabore con un pago mínimo por sus servicios.

TABLA DE CONTENIDO

Pág.

CAPITULO I: ANTECEDENTES

1.1. Antecedentes Históricos de la atención a la madre y al niño en el Ecuador.....	10
1.1.1. Creación del Ministerio de Salud.....	11
1.1.2. Programas que protegen a la madre y al niño	12
1.2. Esfuerzos de salud en la Diócesis de Riobamba.....	15
1.2.1. Plan Decenal Diocesano.....	16
1.2.2. Programas Diocesanos en salud en los años 90.....	18
1.2.2.1. Trabajo Comunitario para Mejorar la Alimentación.....	18
1.2.2.2. Proyecto de Supervivencia Infantil en áreas marginales.....	21

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. Diagnóstico Situacional de la Provincia del Chimborazo.....	25
2.1.1. Datos históricos.....	25
2.1.2. Situación Geográfica.....	26
2.1.3. Situación Político-Administrativa.....	26
2.1.4. Datos Poblacionales.....	28
2.1.5. Situación Económica.....	30
2.1.6. Datos de vivienda.....	32
2.1.7. Datos de Salud.....	33
2.1.7.1. Atención de los nacimientos.....	34
2.1.7.2. Tasa de Natalidad.....	34
2.1.7.3. Mortalidad General y sus causas.....	35
2.1.7.4. Mortalidad Neonatal y sus causas.....	36
2.1.7.5. Mortalidad Infantil y sus causas.....	37
2.1.7.6. Mortalidad Materna y sus causas.....	39
2.1.7.7. Estado Nutricional de la población infantil.....	40
2.1.7.8. Recursos Humanos y Establecimientos de Salud.....	41
2.1.8. Cultura y Educación.....	42
2.1.9. Religión.....	44
2.1.10. Familia.....	45
2.1.11. Medios de Comunicación.....	45
2.2. Administración Concepto Básico.....	46
2.3. Administración en Salud.....	48
2.4. Administración de la Pastoral de la Salud.....	51
2.4.1. Iglesia y Salud.....	51
2.4.2. Fundamentación Teológico-Bíblica.....	52
2.4.3. Concepto de Salud en la Diócesis de Riobamba.....	52
2.4.4. Pastoral de la Salud.....	53
2.5. Atención Primaria de Salud.....	56

CAPITULO III: PROBLEMAS Y PRIORIZACION

3.1. Identificación de Problemas y Priorización.....	61
--	----

CAPITULO IV: PROPUESTA

4.1. Propuesta de trabajo de la Pastoral de la Salud en la Diócesis de Riobamba.....	65
4.1.1. Objetivo General.....	65
4.1.2. Objetivos Específicos.....	65
4.1.3. Estrategias.....	65
4.1.3.1. Atención, diagnóstico precoz y cuidados básicos para menores de cinco años y mujeres embarazadas.....	66
4.1.3.2. Formación.....	73
4.1.3.3. Organización Comunitaria.....	75
4.1.4. Cronograma.....	77
4.1.5. Funciones del Personal.....	78
4.1.6. Presupuesto.....	79
4.1.7. Sostenibilidad.....	84

ANEXOS

Anexo 1: Mapa Político del Ecuador.....	85
Anexo 2: Mapa Político de la Provincia del Chimborazo.....	86
Anexo 3: Cuadros.....	87

BIBLIOGRAFÍA	93
---------------------------	----

LISTA DE CUADROS

CUADRO 1: Proyección poblacional por sexo y edad. Chimborazo 1996.....	29
CUADRO 2: Prevalencia de Desnutrición crónica y global, estructuradas a nivel cantonal . Con datos del Censo de 1982.....	40
CUADRO 3: Matriz de selección de problemas en Guano, 1996.....	63
CUADRO 4: Población Total y por Área. Ecuador 1950-1990.....	87
CUADRO 5: Proyección Poblacional por Cantones. Chimborazo 1996.....	87
CUADRO 6: Distribución de las tierras por uso productivo 1993.....	87
CUADRO 7: Características de la vivienda en el sector rural, por cantones. Chimborazo 1990.....	88
CUADRO 8: Tasa de Natalidad por cantones. Chimborazo 1994.....	88
CUADRO 9: Tasa de Mortalidad General por cantones 1994.....	89
CUADRO 10: Cinco Principales Causas de muerte. Chimborazo 1994.....	89
CUADRO 11: Causas de Mortalidad Neonatal . Chimborazo 1994.....	89
CUADRO 12: Tasa de mortalidad Infantil, Neonatal, Posnatal por Provincias, período Julio '84 a Mayo '94. Ecuador 1994.....	90
CUADRO 13: Tasa de Mortalidad Infantil, según instrucción de la madre. Ecuador 1994.....	90
CUADRO 14: Tasa de Mortalidad Infantil por cantones. Chimborazo 1994.....	91
CUADRO 15: Causas de Mortalidad Infantil. Chimborazo 1994.....	91
CUADRO 16: Mortalidad Materna en Chimborazo de 1989 a 1994.....	91
CUADRO 17: Causas de Mortalidad Materna. Chimborazo 1994.....	92
CUADRO 18: Porcentajes de analfabetismo por Provincias. Ecuador 1990.....	92

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Chimborazo: Población Total y por Área 1950-1990.....	29
GRÁFICO 2: Proyección Poblacional por Cantones. Chimborazo 1996.....	30
GRÁFICO 3: Distribución de la tierra por productividad. Chimborazo 1993.....	31
GRÁFICO 4: Tasa de natalidad por cantones. Chimborazo 1994.....	34
GRÁFICO 5: Tasa de Mortalidad General por cantones. Chimborazo 1994.....	35
GRÁFICO 6: Cinco Principales Causas de muerte. Chimborazo 1994.....	36
GRÁFICO 7: Causas de Mortalidad Neonatal. Chimborazo 1994.....	36
GRÁFICO 8: Tasas de Mortalidad Infantil según provincias. Ecuador 1994.....	37
GRÁFICO 9: Tasa de Mortalidad infantil según Instrucción. Ecuador 1989-1994....	38
GRÁFICO 10: Tasa de Mortalidad Infantil por cantones. Chimborazo 1994.....	38
GRÁFICO 11: Causas de Mortalidad Infantil. Chimborazo 1994.....	39
GRÁFICO 12: Defunciones maternas en Chimborazo 1989-1994.....	39
GRÁFICO 13: Causas de Mortalidad Materna. Chimborazo 1994.....	40
GRÁFICO 14: Porcentaje de analfabetismo por provincias. Ecuador 1990.....	44
GRÁFICO 15: Organigrama de la Diócesis de Riobamba.....	55
GRÁFICO 16: Técnicas para la selección de problemas.....	62
GRÁFICO 17: Anverso y Reverso de tarjeta de control de menores de 5 años.....	67
GRÁFICO 18: Anverso y Reverso de tarjeta de control de la embarazada.....	69

CAPITULO I: ANTECEDENTES

1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ATENCIÓN A LA MADRE Y AL NIÑO EN EL ECUADOR

LA PREHISTORIA ECUATORIANA, se remota al “Pleistoceno Superior es decir unos 10.000 a 12.000 años a.C.”¹ cuando los primeros hombres llegaron a nuestras tierras y se fueron organizando en comunidades o tribus, que tenían en común lazos de parentesco, lengua, costumbres, etc.

Estas comunidades primitivas entendían los fenómenos de salud y enfermedad por medio de ideas mágico-religiosas y con el paso del tiempo debieron avanzar en conocimientos, entre ellos “la comprensión del proceso maternal: embarazo, parto, puerperio y lactancia”². que se transmiten en forma oral de madres a hijas, originándose así un rico conocimiento empírico. Es posible que la abuela de la familia o la mujer de más edad ayudaran a las mujeres jóvenes, dando lugar así a las “primeras divisiones del trabajo médico, con la emergencia de la futura partera o comadrona”³.

La provincia del Chimborazo, estaba habitada por la tribu de los Puruháes, que eran un conjunto de familias o “ayllus”, quienes se unieron con los Quitus y Panzaleos para hacer frente a la invasión de los Incas.

LOS INCAS llegan a dominar desde el Cuzco las tierras ecuatorianas y trajeron nuevas técnicas agrícolas, relaciones sociales, idioma (quichua) y religión. Los Incas formaban sus familias con parientes para conservar la pureza de su raza y su dinastía. Construyeron el Tahuantinsuyu y su poder se cree que duró desde el siglo X hasta inicios del XVI. En estas comunidades la mujer ocupaba el puesto de sirviente en la familia y los hijos valían para el trabajo que desempeñaban. El sistema de salud que tenían era de acuerdo a las clases

¹ *Historia del Ecuador*: Ecuador, Editorial Don Bosco, Colección LNS, 1977, p. 21.

² ESTRELLA, Eduardo: *Medicina y Estructura Socio-Económica*, Primera Edición, Ecuador, Editorial Belén, 1980, p. 93.

³ *Ibid* 2, p. 94.

sociales y de esto dependía que la mujer y el niño tuviera una buena o mala atención curativa por parte de los “Ambicayu” que atenían a los ricos y los “Sancuyuc” a los pobres.

LOS ESPAÑOLES cuando arribaron a América en 1530, trajeron consigo enfermedades como viruela, sarampión, pian, tifus, difteria, escarlatina, rubéola, bronconeumonías, disentería amebiana, etc., que diezmó a la población india en un 80%. Es una época de transición entre la medicina aborigen y la científica. Dentro de la aborigen resalta la presencia de las comadronas o parteras, quienes en ocasiones al no tener buenas condiciones higiénicas para atender el parto, producen la muerte de los recién nacidos con tétanos. Por parte de la medicina científica se crean los “Hospitales de Caridad destinado a los menesterosos, regidos por la Iglesia Católica y apoyados por familias acaudaladas”⁴. Estos serían los servicios con los que podría contar la mujer o el niño en esta época.

Luego de la Independencia, empieza la **época republicana** y a tener cuerpo la asistencia pública de salud cuando en 1814 se crea la Junta de Sanidad, que se estructuró de mejor forma en 1821 para inspeccionar “los buques que entraban al puerto”⁵.

En 1893 se crea la Sociedad de Beneficencia Olmedo para manejar el problema de la tuberculosis.

1.1.1. CREACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD

En 1908 nace la Dirección de Sanidad adscrita al Ministerio del Interior. No existía una verdadera política de salud pública y es así que en 1936 se adscriben las actividades sanitarias al Ministerio de Previsión Social, en 1944 dentro de este Ministerio se crea una Comisión Asesora Permanente en materia de Salud Pública.

⁴ SUAREZ, José y Col.: La situación de la Salud en el Ecuador 1962 - 1985, Ecuador, Ministerio de Salud Pública, 1987, p.80.

⁵ ESTRELLA, Eduardo: Medicina y Estructura Socio-Económica, Primera Edición, Ecuador, Editorial Belén, 1980, p. 258.

En 1948 la Función Legislativa crea el Ministerio de Salud Pública para que el Estado asuma la dirección y coordinación de la política de salud, pero fue objetado por el presidente de ese entonces por considerar que las actividades creadas en el Decreto no eran suficientes para justificar su creación.

En la década de los 50 las prestaciones de salud en el país estaba dada por la Dirección General de Sanidad y por las Juntas Centrales y Provinciales de Salud.

En 1964 nace la Subsecretaría de Salud Pública dentro del Ministerio de Previsión Social, con la función de crear el Servicio Sanitario Nacional. “Para tal objeto se creó una Comisión de Profesionales especializados en Salud Pública”⁶, que elaboró un proyecto de organización y estructura de los servicios de salud, que no fue aprobada por el Ejecutivo.

Para 1966 había instituciones que realizaban actividades de salud sin ninguna coordinación por lo que se reactivaba “la discusión nacional de la creación de un Ministerio de Salud, que coordine las distintas acciones desarrolladas en dicho sector”⁷, por lo que el 16 de Junio de 1967, la Asamblea Nacional Constituyente creó el Ministerio de Salud Pública para atender las ramas de sanidad, asistencia social y todas las demás que se relacionan con la salud en general.

1.1.2. PROGRAMAS QUE PROTEGEN A LA MADRE Y AL NIÑO

Hasta el siglo pasado la madre y el niño contaban con una ayuda estatal de tipo asistencial para situaciones puntuales. A comienzos de este siglo si bien no existían programas exclusivos materno - infantiles se llevaban adelante otros programas para solventar las urgencias del momento, de los cuales las mujeres y los niños se beneficiaban también, por ejemplo el programa para erradicar la peste bubónica en 1908, la primera campaña antipalúdica en 1936, programa para erradicar el bocio en 1938. En 1942 por iniciativa del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública se crean las Instituciones Nacionales

⁶ *Nuevos Enfoques en Salud*: Informe del Ministro a la Nación, Ecuador, Ministerio de Salud Pública, 1992, p. 15.

⁷ SUAREZ, José y Col.: *La situación de la Salud en el Ecuador 1962 - 1985*, Ecuador, Ministerio de Salud Pública, 1987, p.85.

de Salud con la finalidad de que lleven estos programas de control de enfermedades. Estos programas se aplicaban según las necesidades productivas del país, por ejemplo las campañas antimaláricas durante el auge del banano.

En la década de los 50 el país entra en crisis debido a la reducción de las exportaciones y a la caída de los precios determinando un limitado desarrollo organizativo estatal que se manifestó en la falta de una política definida en el sector salud. En esta época la Dirección Nacional de Salud que dependía del Ministerio de Previsión Social y Trabajo era la que llevaba acciones de fomento y protección destinadas a atender a la madre y al niño: vacunación, control del embarazo, educación en salud, mejoramiento sanitario, atención a desnutridos, etc.

En 1967 como se dijo anteriormente se crea el Ministerio de Salud, con un presupuesto de 70,9 millones de sucres, equivalentes al 2,48% del presupuesto nacional y con una limitada infraestructura sanitaria: 227 camas por 100.000 habitantes, de las cuales 18 eran del sector privado, habían menos de 2.000 médicos incorporados al Ministerio a un promedio de 3 médicos por 10.000 habitantes, con una tasa de mortalidad infantil de 87,3 y materna de 2,5 por 1.000 nacidos vivos. En esta época se expidió el Código de la Salud, se formuló el Plan de Medicina Rural, aprobado por el Congreso en 1968, que viene a ser la primera manifestación de extensión de la cobertura de los servicios. Mediante este Plan se obliga al trabajo rural para los graduados en medicina, enfermería, odontología y obstetricia, en los lugares destinados por el Ministerio, como requisito previo al libre ejercicio profesional.

En 1970 el presupuesto del Ministerio de Salud fue de 163.9 millones de sucres, equivalentes al 3,8% del presupuesto nacional, 210 camas por 100.000 habitantes, de las cuales 21 eran del sector privado, un promedio de 3 médicos por 100.000 habitantes, tasa de mortalidad infantil de 83 y materna de 2,2 por mil nacidos vivos. La bonanza petrolera de los años 70 favorece el crecimiento de los servicios de salud tanto estatales como privados, y se incrementó progresivamente el presupuesto que se asignaba a salud, llegando a ser hasta del 7,4% del presupuesto nacional en 1979. Se dio énfasis a la Atención Primaria de Salud, se priorizaron los grupos poblacionales más vulnerables en términos biosociales y de patologías más frecuentes de enfermedad y muerte en el país y se crean los

programas materno infantiles que coordina con programas que ya existían como el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), Programa de Asistencia Alimentaria Materno Infantil (PAAMI), control de Enfermedades Diarreicas (EDA), Control de Enfermedades Respiratorias Agudas (IRA).

En la década de los 80 existe en Ecuador una crisis económica, “dependientes de la crisis económica internacional, derivada del resquebrajamiento del sistema monetario internacional, de los graves desajustes del comercio internacional, de los endeudamientos progresivos, y de la extrema concentración, centralización e internacionalización del capital”⁸. El presupuesto que se asigna a salud en 1980 cae drásticamente al 5,1% del presupuesto nacional, existían 181 camas por 100.000 habitantes, de las cuales 27 eran del sector privado, un promedio de 7 médicos por 100.000 habitantes, tasa de mortalidad infantil de 63,8 y materna de 1,9 por mil nacidos vivos. En esta época empieza a consolidarse la democracia, luego de 6 años de dictadura militar. Se continuaron programas prioritarios: “materno-infantil, vacunaciones, control de diarrea, control de infecciones respiratorias agudas”⁹. Entre 1987 y 1988 se crea un ente estatal para la adquisición, distribución y venta de medicamentos genéricos e insumos médicos CEMEIM que actualmente sigue funcionando; y el programa de medicina gratuita para menores de 5 años MEGRAME que está por desaparecer con el gobierno actual.

La década de los 90 empieza con el gobierno social cristiano que elabora el Plan Nacional de Salud, basado en 5 líneas fundamentales: Salud Familiar Comunitaria Integral (SAFIC), Nutrición y alimentación, Saneamiento básico, Abastecimiento de Medicamentos y Mejoramiento de la atención hospitalaria, en 1994 la mortalidad infantil es mayor en la sierra que en al costa y más en el sector rural que urbano, en 1993 la primera causa de mortalidad materna es la hipertensión en embarazo y puerperio, existen 13.754 camas en el sector público y 3.591 en el privado y 11 médicos por 10.000 habitantes, para 1995 el dinero asignado a la Salud es del 5.4% del presupuesto nacional. Se ha dado gran impulso

⁸ SUAREZ, José y Col.: La situación de la Salud en el Ecuador 1962 - 1985, Ecuador, Ministerio de Salud Pública, 1987, p.69.

⁹ Nuevos Enfoques en Salud: Informe del Ministro a la Nación, Ecuador, Ministerio de Salud Pública, 1992, p. 15.

en el actual gobierno para implementar el programa de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud (FASBASE) financiado por el Banco Mundial y la Reforma del sector Salud.

1.2. LOS ESFUERZOS DE SALUD EN LA DIOCESIS DE RIOBAMBA

En Riobamba, la Iglesia Católica ha realizado pocos esfuerzos en salud y de éstos, no existen estudios diagnósticos o epidemiológicos previos relacionados con salud, por lo que no se puede medir el impacto de las acciones, además éstas han sido muy puntuales en muchos casos, por lo que a continuación se describirán las más relevantes.

El primer trabajo en salud que se encuentra es el de 1959 cuando Monseñor Leonidas Proaño, los realiza como parte del PLAN DECENAL DE DESARROLLO SOCIOECONÓMICO DE LA DIOCESIS DE RIOBAMBA.

El mencionado plan se basó en un diagnóstico, que utilizó los siguientes datos:

Población en 1950 de 3'203.000 habitantes, de los cuales el 28,5% está en el área urbana y el 71,5% en la rural.

Su **actividad económica** se basa en la agricultura, artesanías, comercio, turismo, en el campo, el indígena vende su fuerza de trabajo en la costa, lo que ha traído problemas de tipo moral, desintegración familiar y cultural. Sus sueldos son bajos.

El **comercio** se realiza mediante las ferias en las poblaciones principales, a las que arriban gente de los alrededores, un día de la semana para vender sus productos alimenticios, telas, pieles manufactura, para exhibirlas en la plaza y venderlas y con ese capital comprar las cosas que necesitan.

Alimentación por lo general escaso y no balanceada, sobre todo entre los indígenas. No varía mucho la alimentación por no disponen de productos alimenticios o no pueden comprarlos: como la carne que se sirven solo en raras ocasiones.

Vestimenta pobre y tosca

Habían 4 fábricas: cerámica, cemento, textil y calzado.

La falta de distracciones sanas constituyen una de las causas de que la mayoría de los habitantes de esta región, como de las demás provincias del Ecuador, se haya entregado al vicio del alcoholismo.

Las viviendas de los indios son chozas construidas con cuatro paredes de tierra, cubiertas con paja, piso de tierra, sin ventanas, una sola puerta, con una o dos piezas estrechas en donde amontonan todo cuanto tienen: ropas de cama, útiles de cocina, herramientas de trabajo y en donde viven inclusive los animales domésticos. En estas condiciones los indios no tienen la menor noción de higiene, por lo que “múltiples enfermedades causen numerosas víctimas entre los indios. La mortalidad infantil acusa un índice muy alto. Los blancos y los mestizos viven en mejores condiciones; pero ... en las ciudades son numerosas las familias que no tienen casa propia y viven en cuartuchos arrendados, antihigiénicos...”¹⁰.

Los servicios de Salud del Estado, por medio de su personal realizan una selección de los pacientes y tienen una actitud racista, en donde los indígenas son mal tratados física y psicológicamente, por lo que no tienen confianza para acudir a estos lugares y la consulta particular es muy cara, así como los medicamentos, lo que hace que sea un servicio al que no pueden aspirar.

El 80% de la población rural es analfabeta y que más o menos el 50% de los niños se quedan sin concurrir a las escuelas. El 6% de los niños asisten a una escuela católica, el 44% a escuelas laicas y el 50% no asisten a ninguna escuela.

1.2.1. PLAN DECENAL DIOCESANO DE 1962

Ante esta realidad el Plan Decenal Diocesano en marzo de 1962 se plantea 5 proyectos:

¹⁰ Diagnóstico de la Provincia del Chimborazo : 1959, p.3

1. Labor Misionera
2. Formación de auxiliares indígenas
3. Escuelas Radiofónicas Populares del Ecuador
4. Cooperativa agrícola piloto
5. Granja Escuela

Es así que la Hospedería Campesina de las Escuelas Radiofónicas Populares del Ecuador fue fundada el 6 de Septiembre de 1963 con los servidores de capilla, alojamiento, lavandería, cancha deportiva, salón de reuniones, un dispensario médico.

El financiamiento se lo solicitó a la Comisión Episcopal Alemana por intermedio de Caritas Internacionales y que sumaban 1'250.000,00 dólares, de los cuales para salud se presupuestó 23.255,00 dólares.

En el Dispensario estaba como Director Ad-honorem, un Médico Ecuatoriano y colaboran una enfermera y una laboratorista Belgas, una enfermera religiosa Colombiana, y una joven indígena como enfermera practicante.

En el dispensario se daba atención curativa a obreros y campesinos pobres. Este trabajo se complementó con una cadena de dispensarios médicos que fueron aumentando progresivamente, hasta que en 1968 se contaba con la Clínica Central y los dispensarios en Licto, Flores, Punín, Calishi, Guamote y San Luis en donde se daba atención curativa y existían pequeños botiquines.

Las actividades que realizaban eran exclusivamente curativas, y buscaban un autofinanciamiento por el cobro de los servicios. En el informe de actividades presentado en enero de 1968 se indica que hubo un ingreso en todo el sistema de 23.325,33 y un egreso de 66.316,80. Las únicas actividades de atención a la madre y el niño, son las que se brindan a través de las consultas medicas y la promoción de la vacunación en los Centros del Estado.

Durante la década de los años 70 y 80 algunos párrocos con la colaboración de algunos médicos inician una serie de actividades en salud, sin una coordinación central con actividades educativas y de prevención en salud, incentivando especialmente el control del embarazo y la vacunación obteniéndose resultados muy escasos. Estas experiencias individuales y diferentes se dieron en Flores, Guamote, Chambo, Columbe, en los que se formó promotores de salud cuyo esfuerzo era voluntario y que con el tiempo algunos fueron captados por el Estado como auxiliares de enfermería de los subcentros y centros de salud-hospital.

1.2.2. PROGRAMAS DIOCESANOS DE SALUD EN LOS AÑOS 90

Se podría afirmar que el primer trabajo diocesano que dió preferencia a la atención del niño es el programa denominado **TRABAJO COMUNITARIO PARA MEJORAR LA ALIMENTACIÓN (TACMA)** en 1991 y en 1994 un programa materno infantil llamado **PROYECTO DE SUPERVIVENCIA INFANTIL EN ÁREAS MARGINALES**.

1.2.2.1. TRABAJO COMUNITARIO PARA MEJORAR LA ALIMENTACIÓN (TACMA)

El programa nace considerando el “grave problema de desnutrición y de salud de los niños en el Ecuador, con mayor incidencia en los sectores rurales, como es el caso de la mayoría de la Provincia de Chimborazo”¹¹ esto dió lugar a que la Comunidad Europea, el Estado Ecuatoriano y la Conferencia Episcopal Ecuatoriana una esfuerzos para atenuar esta situación.

El objetivo del programa: “Beneficiar a 25.000 niños en edad escolar que asisten a escuelas del sector rural con un igual número de raciones diarias durante el periodo escolar 1991-1992. Estas raciones pretende cubrir el 50% de las recomendaciones energéticas diarias. Aporta aproximadamente con 900 calorías y 30 gramos de proteínas diarias para cada niño”¹².

¹¹ Informe Narrativo de TACMA 1991, p. 1

¹² Ibid. 11

Para realizar este programa participan: La Comunidad Europea, El Estado Ecuatoriano y los beneficiarios, con los siguientes compromisos:

1. La Comunidad Europea: aportan con el tonelaje total de los alimentos (leche en polvo, aceite, frejol, arroz y avena) y con los costos de transporte hasta Guayaquil.
2. El Estado Ecuatoriano: procura fondos económicos para gastos internos, los mismos que son justificados por la Conferencia Episcopal Ecuatoriana.
3. La Conferencia Episcopal Ecuatoriana: aporta con su infraestructura local y financiamiento económico para los programas de capacitación y desarrollo.
4. La Comunidad Beneficiaria: procura la movilización de ayuda desde el centro provincial a su localidad y para su preparación diaria a través de la organización.

Criterios Generales del Programa:

1. El Programa debe ser un instrumento que facilite el tratamiento un problema de la salud y la nutrición. Que se aproveche de la organización de los padres de familia para promover trabajos comunitarios que solucionen la carencia de alimentos y de infraestructura sanitaria. Que se ponga especial interés en fomentar huertos comunitarios y se procure el autofinanciamiento del programa.
2. Formar promotores comunitarios de salud que animen la realización de un autodiagnóstico que sirva de base para medir el impacto y priorizar actividades productivas necesarias.

Para seleccionar beneficiarios y aprobar solicitudes se basaban en:

1. Niños que asisten a unidades escolares del sector rural y preferentemente del sector indígena que no se beneficien del “desayuno escolar” que distribuye la Dirección de Educación.
2. Que los padres de los niños beneficiarios se organicen y tengan la capacidad de entregar cocidos los alimentos a sus hijos.
3. Que estén en capacidad de dar pequeños aportes económicos para el transporte y preparación de los alimentos.

4. Que firmen la solicitud y convenio propuesto con éste y otros compromisos.

El presupuesto fue aprobado por la secretaría de Pastoral Social SENAPS, que canalizaba a la Diócesis el dinero entregado por el Ministerio de Educación y que para un período de 8 meses se presupuestaba: 17'584.836,00 sucres.

Las dificultades encontradas al inicio fueron:

1. No existen bodegas para almacenar los alimentos
2. Difícil el transporte a las comunidades
3. Las comunidades se encuentran muy distantes unas de otras
4. Falta de un profesional en salud para orientar el programa.
5. No todos los sacerdotes estaban de acuerdo con el proyecto por lo que nunca apoyaron, y entre los que aceptaron hubieron diferentes metodologías para la entrega, desde aquel párroco que procuraba la participación y organización de la comunidad, hasta aquel que lo hacía como caridad, entregando los alimentos sin que exista mayor esfuerzo por parte de la comunidad.

No se pudo cuantificar el impacto del proyecto, por la carencia de un profesional de la salud, que pudiera indicar las herramientas técnicas para evaluar los resultados y comparar los con las metas o los indicadores nacionales. Es por esto que a continuación, se describe los informes narrativos con los que se cuenta en el archivo de la Diócesis, que describen las acciones realizadas y los comentarios de los beneficiarios sobre el proyecto.

En los cuatro años de desarrollo del proyecto se beneficiaron 28.000 niños en 1992, 32.000 en 1993, 37.000 en 1994 y 35.000 en 1995, para este último año los costos de funcionamiento subieron a 28'207.935,00 de los cuales 20'335.987,00 son de gastos de personal, se incrementaron los animadores zonales a 6 y sólo un bodeguero en la zona sur.

Se identificó que el trabajo efectivo de los animadores de campo ha disminuido en un 55%, a través de la disminución de los días laborales.

El aumento de los animadores de campo fue para poder realizar una mejor distribución del trabajo, y asignar la responsabilidad del animador por cada una de las 6 zonas en que se divide a la Diócesis.

Los temas de formación que se dieron a los animadores zonales fueron: organización y seguimiento, conocimientos básicos de la alimentación, huertos, salud y nutrición, vitaminas y minerales, curso de cocina, la mujer y el hombre, responsabilidades de padre de familia, propuesta de evaluación comunitaria, repaso de temas tratados, enfermedades respiratorias.

Se ve necesaria la presencia de un profesional en nutrición que de apoyo al programa y la construcción de una bodega para almacenar los productos.

Tanto los beneficiarios como los agentes, han expresado su complacencia por el programa, tanto por su organización como por la participación de la gente que respondió con entusiasmo.

1.2.2.2. PROYECTO DE SUPERVIVENCIA INFANTIL EN ÁREAS MARGINALES

El proyecto empieza en mayo de 1994, con financiamiento de Catholic Relief Services, con el objetivo de “Contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud y nutrición de las familias de 5 comunidades beneficiarias del proyecto de Supervivencia infantil a través de la implementación de bancos Comunales”¹³.

Específicamente se pretendía que 100 mujeres organizadas tengan acceso a crédito que permita incrementar sus ingresos en un 30% (promedio) y ahorrar un 20% en relación al crédito y fortalecer la capacidad organizativa y de gestión de las mujeres, para desarrollar actividades autosostenidas y generadoras de ingresos.

Se contará con un técnico en salud/nutrición y otro en contabilidad/administración que darán asistencia técnica permanente a través de visitas periódicas.

¹³ Proyecto CRS.

Los Bancos comunales se crearan con los siguientes criterios:

1. Estará formado por 20 mujeres comprendidas entre los 18 y 60, años.
2. El 60% de las beneficiarias serán madres de niños menores de 5 años.
3. Se elegirá democráticamente un comité de crédito formado por 4 miembros; presidenta, secretaria, tesorera, y promotor de salud, quienes recibirán capacitación tanto en componentes de salud y nutrición del proyecto como en aspectos de contabilidad necesaria para el manejo de los fondos del Banco comunal.
4. Los técnicos colaborarán para elaborar con los comités de crédito un reglamento interno.

La Diócesis entregará a los Bancos Comunales un préstamo inicial de 1.000 dólares, el mismo que será entregado a las beneficiarias bajo las siguientes condiciones:

1. Valor del préstamo individual	50 dólares
2. Plazo del préstamo	4 meses
3. Interés	3% mensual
4. Comisión para manejo administrativo	1% por ciclo
5. Ahorro obligatorio	20% por ciclo

Al cancelar su préstamo, cada prestataria puede recibir un nuevo préstamo igual al anterior mas un monto adicional igual que sus ahorros acumulados. Cada beneficiaria podrá recibir hasta 9 préstamos en 3 años.

La finalidad del proyecto es que al pasar tres años cada socia pueda acumular de 10 hasta 300 dólares.

En el campo de la salud:

1. Mejoramiento del estado nutricional a través del monitoreo de crecimiento, educación nutricional personal y grupal, promoción de la Lactancia Materna, técnicas adecuadas del

destete, uso de mezclas alimentarias complementarias, incremento de la calidad y cantidad de disponibilidad de alimentos para consumo familiar.

2. Prevención, diagnóstico y tratamiento adecuado de enfermedades diarreicas.
3. Prevención, diagnóstico, y tratamiento de Infecciones respiratorias agudas.
4. Promoción de inmunizaciones a niños y mujeres en edad fértil.

Con estas acciones se propone las siguientes metas:

1. Disminuir en un 25% la incidencia de desnutrición en menores de 5 años.
2. Reducir la incidencia de diarreas y sus consecuencias en un 5%.
3. Completar el esquema de vacunación en un 98% de los niños y un 80% en mujeres en edad fértil.
4. Introducir un promedio de tres cultivos de beneficio nutricional o tres tipos de animales pequeños en la producción familiar, a través de crédito o asistencia técnica.
5. Reducir a un 30% la incidencia de IRA.
6. Reducir en un 10% la incidencia de bajo peso al nacer y asegurar que durante los primeros 8 meses, aquellos infantes que nacieron con pesos normales tendrán una adecuada ganancia de peso.

El presupuesto para este proyecto era de 73.686 dólares.

La dificultad y limitación que se encontró es ausencia de un técnico en salud, para que apoye la parte correspondiente, por lo que al final del proyecto, no existe una evaluación cuantitativa de los resultados alcanzados y se da énfasis a la descripción de las actividades de crédito.

En las dos comunidades que se eligieron Guano y Cumandá, las capacitaciones eran realizadas a grandes grupos de personas, sin obtener mayor impacto en los conocimientos que se transmiten.

En los informes no se encuentra razones como para no haber incentivado la formación de los Bancos comunales y solamente se consigue formar una directiva local para conceder los créditos.

El componente de crédito tuvo un fuerte impulso e impacto en las comunidades y era a la vez un estímulo para su participación.

En Guano especialmente la aceptación del programa estimuló a la población a tal punto que organizaron en un Pre-Cooperativa de Ahorro, Crédito y Salud.

El programa ha tenido éxito en el componente de créditos en los dos lugares mencionados, pero no se puede decir lo mismo de los indicadores de salud, puesto que no se cumplieron las metas propuestas y no hubo un técnico en salud que organice esta parte del proyecto.

En los últimos 10 años, la Diócesis no ha contado con un personal técnico en salud y a tiempo completo, como para apoyar, coordinar y orientar los trabajos de salud, y no se ha podido medir el impacto de las acciones, por lo que se debe contratar este personal, para que se realicen las acciones indicadas y se pueda dar continuidad a los esfuerzos que en este campo quiere realizar la Iglesia de Riobamba.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LA PROVINCIA DE CHIMBORAZO

La realidad de la provincia del Chimborazo, es un desafío para la acción pastoral de la Diócesis de Riobamba. “Su cabal comprensión, así como el conocimiento de las tendencias de los grupos de poder y movimientos sociales, las nuevas condiciones y actores emergentes, nos darán la base...”¹⁴ para realizar una propuesta concreta a futuro.

Es por esta razón que a continuación se describirá la situación social, económica y cultural en que vive la Diócesis, dado que todo proceso a futuro debe iniciarse en el adecuado conocimiento del presente.

2.1.1. DATOS HISTÓRICOS

La Diócesis, se crea adscrita a la Diócesis de Bolívar el 3 de Enero de 1938, y se fija como sede la ciudad de Riobamba.

La antigua Riobamba fue fundada el 15 de Agosto de 1534 por Don Diego de Almagro en lo que hoy es Cicalpa y Cajabamba. Esta ciudad fue destruida con el terremoto del 4 de febrero de 1797, por lo que “el 28 de septiembre de 1797 los vecinos resuelven trasladarse a la llanura de Tapi”¹⁵, lugar donde se encuentra ubicada en la actualidad.

La Independencia de los españoles se declaró en 11 de Noviembre de 1820 y la batalla en Tapi el 21 de Abril de 1822 le dio la Independencia definitiva. Fue creada como provincia el 25 de junio de 1824, mediante la Ley de División Territorial de la Gran Colombia.

¹⁴ Documento preparatorio para el VI SINODO DIOCESANO: Realidad Social de la Provincia del Chimborazo, Riobamba, 1996, p.1

¹⁵ BRAVO Agustín: Riobamba en el siglo XX, Ecuador, Editorial Pedagógica “Frerire”, 1992, p. 52

2.1.2. SITUACIÓN GEOGRÁFICA

La Provincia de Chimborazo es un espacio estratégico en del centro del país, tiene una extensión aproximada de 7.014 kilómetros cuadrados. Sus límites provinciales son: al norte: Tungurahua, al sur: el Cañar, al este: Morona Santiago y al oeste: Guayas y Bolívar. Su capital es la ciudad de Riobamba. (Anexo 1)

“El clima de la provincia es frío. Su intensidad varía según la altura que oscila entre los 1.000 y 4.000 metros sobre el nivel del mar con temperaturas que van de los 6°C a los 20°C”.¹⁶

La Cordillera de los Andes cruza la provincia de norte a sur, por lo que su geografía es accidentada. La principal elevación es el Chimborazo con 6.310 metros de altura sobre el nivel del mar y es el más alto del Ecuador. En la cordillera central el más importante es el Altar con 5.320 metros de altura.

Los ríos de mayor importancia son el Chambo que al unirse con el Patate forma el Pastaza que desemboca en el Amazonas y el Chanchán que desemboca en el río Chimbo. Se encuentra además varias lagunas de atractivo turístico: Colta (Lago de patos) a 3.288 metros de altura sobre el nivel del mar, Colay Cocha y Ozogoché.

2.1.3. SITUACIÓN POLÍTICO - ADMINISTRATIVA.

La provincia se divide en 10 cantones: Riobamba, Alausí, Colta, Cumandá, Chambo, Chunchi, Guamote, Guano, Pallatanga, Penipe. (Anexo 2). Para el presente trabajo se incluirán los datos de Cumandá a Pallatanga, por ser un cantón de reciente creación.

Chimborazo cuenta en el aspecto político-administrativo, con el Gobernador (designado por el Ejecutivo), 1 Prefecto y 7 consejeros con sus suplentes (elección popular). La capital cuenta con 1 alcalde y 11 consejeros municipales con sus respectivos suplentes. Los

¹⁶ *Atlas Ecuador Panorámico*, Ecuador, Editado por EL UNIVERSO, 1995, N° 6.

cantones cuentan con el Jefe Político (designado por el Ejecutivo), cada cantón tiene 7 concejales y sus suplentes (elección popular).

La provincia del Chimborazo tiene un total de 74 concejales municipales.

Históricamente la ciudad de Riobamba y la Provincia, han sido consideradas como esencialmente conservadoras, sin embargo, la línea pastoral iniciada por Monseñor Leonidas Proaño y, seguidamente, por Monseñor Víctor Corral, de concientización, evangelización y de organización de los pobres, le ha convertido en una provincia en la que todos los sectores sociales, especialmente los más deprimidos, han empezado a decir su palabra, su pensamiento, a vivir con dignidad, a organizarse fieles al Evangelio; este proceso, desde el punto de vista político e ideológico, en cierta manera fue aprovechado, en los últimos 15 años y captado por el Socialismo y el MPD (partidos de izquierda); sin embargo, el sectarismo político, el excesivo número de partidos, el caudillismo, el tronchismo al interior de cada partido, ha puesto en peligro la validez de los mismos y la confianza en los políticos de turno; hay un ambiente de falta de credibilidad y desconfianza, hasta de indiferencia por el porvenir de la ciudad y la provincia, y, más bien, cada uno se preocupa de sus situación personal, por el afán desesperado de subsistir.

Últimamente, aparece, por un lado, una mayor politización partidista que se inclina por tendencias como la ID, la DP de centro izquierda y el PRE, populista. Los frentes de izquierda de rica tradición: Socialismo, FADI, Liberación Nacional, agonizan, y, con ellos, la conciencia clasista en aras del poder y las consignas estrechas de los partidos políticos y su propio proyecto. Además, la corrupción generalizada desmoraliza al pueblo e impide su interés por participar. La movilización y los paros, son desgastados por los medios de comunicación y algunos dirigentes.

Por otra parte, el pueblo mira con simpatía el avance y madurez organizativo-política de los indígenas y algunos grupos populares, a través del movimiento Pachacutik (nuevo amanecer), quienes en ejercicio de la capacidad social que tienen sus etnias y aprovechando su experiencia histórica y los recursos reales de su cultura, proponen un proyecto pluralista para atender las demandas, definido según los valores culturales propios y diferenciados de los participantes y sus aspiraciones de gestión y control. Es histórica por lo tanto su

primera participación en estos momentos en la vida política del Ecuador, a tal punto que Pachacutik, ha colocado 8 legisladores en el congreso actual, siendo uno de ellos opcionado a presidir el Congreso.

En Chimborazo, se ha dado un reordenamiento territorial con la creación de cantones y parroquias, que si bien favorecen la descentralización y el flujo de recursos para la obra pública, no es menos cierto que, dada la pirámide de poder, tal reordenamiento también consolide el dominio económico y burocrático de las minorías pueblerinas, otorgando a su despotismo legitimidad.

Llama la atención la intensificación de la propaganda religiosa de las organizaciones evangélicas, con ofertas y promesas que entrañan graves problemas de dignidad y conciencia.

2.1.4. DATOS POBLACIONALES.

Según el censo de 1990, Chimborazo sumó 364.682 habitantes, ubicándose en el octavo lugar en el país, representando el 3,8% de la población nacional. Se estima que para fines de 1996 habrán 407.878 habitantes: distribuidos 149.040 en el área urbana (37%), y 253.874 en el sector rural (63%). En el cuadro 1 se aprecia la distribución de la población por edad y sexo.

Cuadro 1.

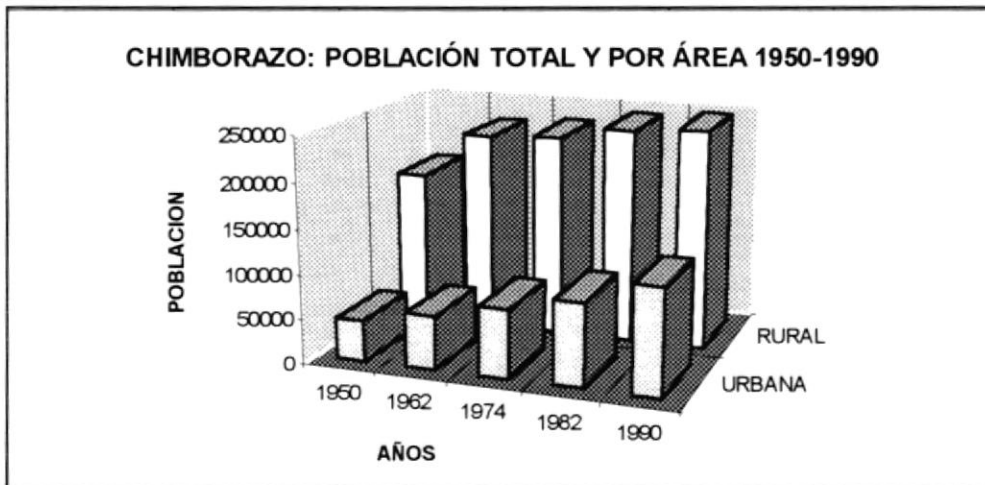
PROYECCIÓN POBLACIONAL POR SEXO Y EDAD, CHIMBORAZO 1996

GRUPOS DE EDAD	AMBOS SEXOS		HOMBRES		MUJERES	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
0 - 4	55.337	13,6	26.529	6,5	28.808	7,1
5 - 9	57.249	14,0	27.425	6,7	29.824	7,3
10 - 14	49.733	13,2	23.825	6,8	25.908	6,4
15 - 19	42.462	10,4	20.344	5,0	22.118	5,4
20 - 24	32.391	7,9	15.521	3,8	16.870	4,1
25 - 29	26.551	6,5	12.724	3,1	13.827	3,4
30 - 34	23.147	5,6	11.142	2,7	12.005	2,9
35 - 39	20.558	5,0	9.806	2,4	10.752	2,6
40 - 44	19.952	4,9	9.112	2,2	10.840	2,7
45 - 49	17.352	4,2	8.745	2,1	8.607	2,1
50 - 54	14.983	3,7	6.878	1,7	8.105	2,0
55 - 59	11.888	2,9	6.009	1,5	5.879	1,4
60 y más	36.275	8,9	17.380	4,3	18.895	4,6
TOTAL	407.878	100	195440	47,8	212.438	52,1

Fuente: INEC. CENSO DE POBLACIÓN 1990
Elaborado y Proyección por: Dr. Patricio Inca Ruiz.

“En los últimos 40 años (1950-1990), la población provincial aumentó 1,7 veces, la población urbana se incrementó en cerca de tres veces y la rural aumentó en apenas el 43%”¹⁷ (Gráfico 1).

GRÁFICO 1



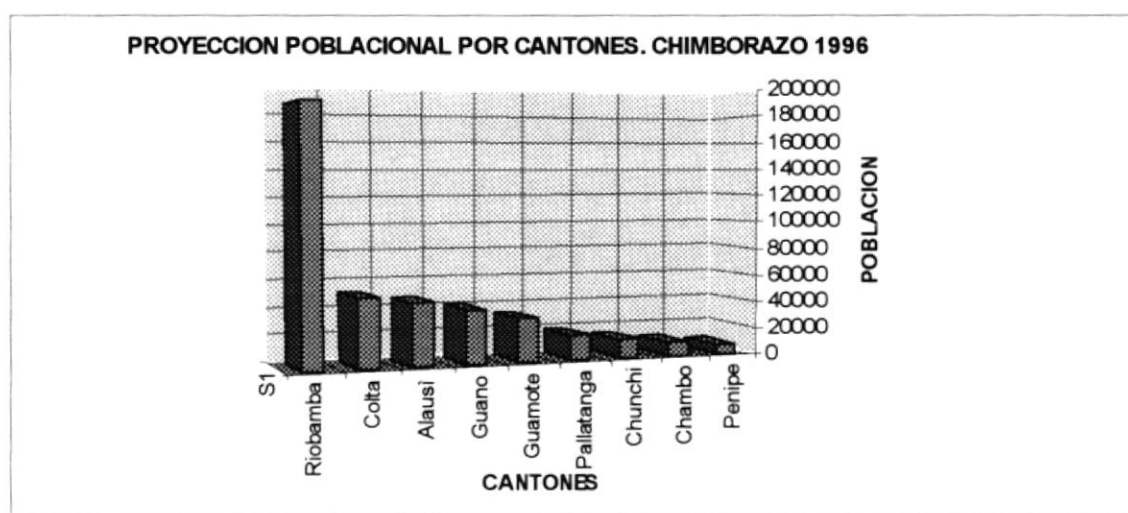
Fuente: Cuadro 4

¹⁷ Ibid 4, p. 4

Este fenómeno se debe al proceso migratorio del campo a la ciudad de Riobamba y de ésta a los sectores metropolitanos del país y fuera de él. En la actualidad es del 78% de la población de Riobamba es migrante, lo que ha generado una nueva fisonomía de la población riobambeña, en el orden cultural, educativo, social, económico, político y religioso.

La distribución de la población por cantones, proyectada para 1996 se presenta de la siguiente manera:

GRÁFICO 2



Fuente: Cuadro 5

2.1.5. SITUACIÓN ECONÓMICA.

En Chimborazo en el área urbana el 64,5% de hombres y las tres cuartas partes de las mujeres que conforman la PEA vive del sector terciario que incluye comercio, transporte, establecimientos financieros y servicios. En el sector secundario (manufactura, gas, agua, y construcción) se encuentra trabajando el 23% y 16% de hombres y mujeres respectivamente.

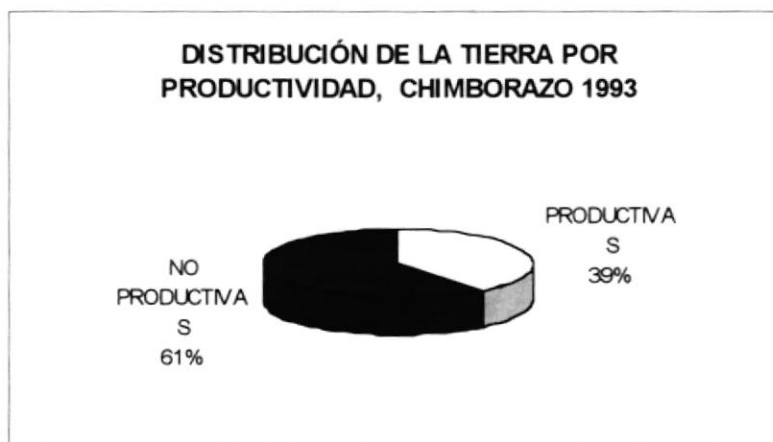
En el área rural en cambio el 75% de los hombres y el 72% de las mujeres trabajan en labores agrícolas y explosión de minas y canteras, o sea en el sector primario de la economía.

La tasa de desocupación para 1990 era de 18,18 por 1000 personas económicamente activas.

En Chimborazo existen 650.700 hectáreas (Has), de las cuales tienen uso agropecuario el 39% en cultivos transitorios, aquellos cuyo ciclo vegetativo es generalmente menor de 1 año; pastos naturales o cultivados; tierras que se encuentran sin cultivos; tierras en descanso y tierras de cultivos permanentes, aquellos productos que tienen el carácter de bienes raíces y producen cosechas por varios años. Los principales productos cultivados son: maíz suave, fréjol, alfalfa, hortalizas, cebada, trigo, papa y choclo.

Sin uso agropecuario 396.000 Has. que equivalen al 61% (INEC: 1993) que constituyen montes, bosque y tierras improductivas. Esto demuestra el creciente desgaste de los recursos productivos agrícolas: deforestación, erosión, contaminación química, prácticas extensivas, alteración de la vocación de los suelos, minifundismo, etc., que contribuyen al deterioro de la tierra fértil. La reforestación emprendida con pinos y eucaliptos no es beneficiosa, porque atenta contra la biodiversidad.

GRÁFICO 3



Fuente: Cuadro 6.

Hay el criterio de que la Reforma Agraria, la ignorancia y ausentismo de los campesinos e indígenas, ha provocado la caída de la producción agrícola, sin embargo, es la producción de los pequeños agricultores indígenas que mantienen los mercados de Riobamba, Licto, Cajabamba, Guamote, Alausí, Pallatanga, Achupallas, que siguen alimentando, de manera

rentable las bodegas y mercados de Guayaquil, Milagro, Machala, Santo Domingo, Ambato, Quito, Azogues y Cuenca, mediante la cadena voraz de intermediarios que van, desde los arranchadores pueblerinos, hasta los grandes bodegueros y transportistas que imponen sus precios, pesos y condiciones.

Los capitalistas chimboracenses no invierten localmente en la agro-industria, menos en industrias de bienes; prefieren especular en el campo financiero vinculado a Quito y Guayaquil, o en algunos servicios del comercio local. Es el mayor mal que se comete en contra de la Provincia.

Los pequeños industriales o microempresarios, son los que arriesgan más y coadyuvan a salir del estancamiento.

Las artesanías de regular calidad y poco monto de inversión, languidecen víctimas del mercado, de la inmoral competencia de los productos industrializados, de la ausencia de autoestima de los chimboracenses y de la imposibilidad de renovar su tecnología.

La clase media hacia abajo, al empeorar su situación económica, se ha visto obligada al pluriempleo, como en el caso del magisterio que ha disminuido la calidad de su labor original.

Los indígenas han empezado a abandonar la vieja y obsoleta dependencia de la producción agropecuaria. Ahora incursionan en el comercio informal, el transporte, las profesiones y los servicios. Con deficiencia en los servicios colectivos, no se doblegan y se organizan probados en la inevitable migración, las mujeres van asumiendo los nuevos roles de la producción. Si bien son ellas quienes sufren los impactos de la depresión económica, mantiene fuerzas alternativas de resistencia.

2.1.6. DATOS DE VIVIENDA

De las 83.420 viviendas que existen en la Provincia de Chimborazo, 26.607 se ubican en el área urbana y 56.813 en área rural(Cuadro 7).

Las viviendas en su mayoría son casas o villas (67%) tanto en el área urbana como rural existe también otro tipo de vivienda como cuartos de inquilinato, departamentos (11,5%) en el área urbana. Los ranchos, covachas, chozas o locales no destinados para la vivienda ocupan un 20% y el 17% de viviendas son de tipo mediagua en el área rural, que no permiten una vida digna. El 53% y 87% de las viviendas son de tenencia propia en las áreas urbanas y rural.

Según el censo de 1990, cada vivienda se encuentra habitada por un promedio de 4,4 personas en las ciudades y de 4,3 en el área rural.

Las familias en la ciudad tienen acceso a sistemas de abastecimiento de agua potable el 97%, en tanto que el 3% se proveen mediante carros repartidores y otros medios de muy baja calidad; en el área rural el 47% tiene servicio de agua por red pública y el 53% se abastecen de agua de río, pozo, vertiente o canal.

Más de la mitad de las familias en el año 90 disponían de una forma sanitaria de canalización de desagües en el área urbana y escasamente un 9% en el área rural.

En el área urbana la mayoría de las viviendas tienen acceso al carro recolector para eliminar la basura existiendo una parte de la población que deposita la basura en terrenos baldíos, quebradas, la incineran o la arrojan a la vía pública. En el área rural utilizan estas dos últimas formas de eliminación.

Como se puede apreciar a pesar de estar cerca del año 2000, existen poblaciones rurales que no han recibido los servicios básicos completos de agua potable, alcantarillado, luz, aceras, calles, espacios verdes y centros educacionales, especialmente en el sector rural.

2.1.7. DATOS DE SALUD

De acuerdo a los datos estadísticos del Ministerio de Salud, dentro del Presupuesto General del Estado, correspondiente a su ramo, ha invertido en favor de Chimborazo solamente 3,03%; considerando además que, apenas el 18% de la PEA, está amparada en el Seguro

Social, lo que significa que la mayor parte de la población marginal está desamparada de todo servicio de salud preventiva y curativa.

2.1.7.1. ATENCIÓN DE LOS NACIMIENTOS

De acuerdo a las estadísticas vitales de 1990 de los nacimientos inscritos en este año, el 72% de las madres no tuvo asistencia profesional en el momento del parto; en el área urbana el 25% y en la rural el 89% que no fueron atendidas por un médico, obstetriz o enfermera.

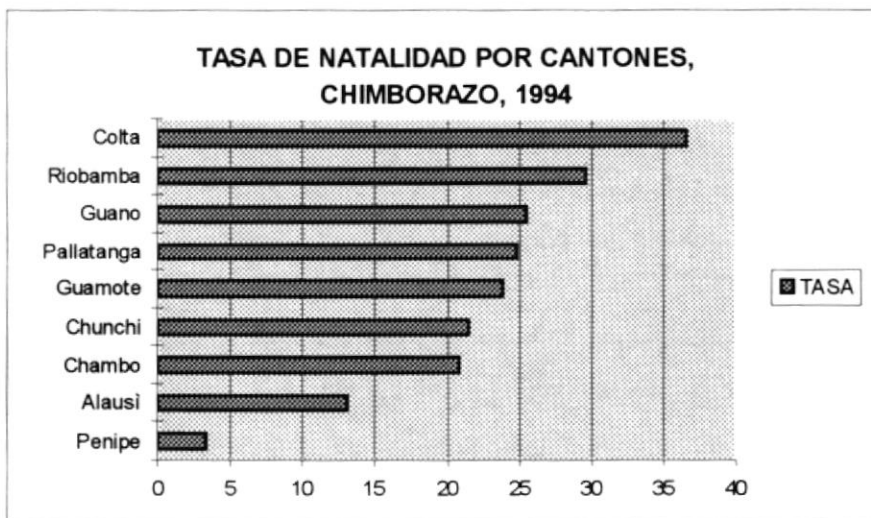
2.1.7.2. TASA DE NATALIDAD

La tasa de natalidad en el Ecuador, para 1994 fue de 25,7 por 1000 habitantes, mientras que en la provincia del Chimborazo llegó a ser de 23,69.

En el cantón Colta se encuentra que existe la tasa de natalidad más alta de la provincia con 36,54 por cada 1.000 habitantes, seguida de Riobamba y Guano.

Penipe es la que tiene la tasa más baja con 3,27 por 1.000 nacidos vivos. (Gráfico 4)

GRÁFICO 4



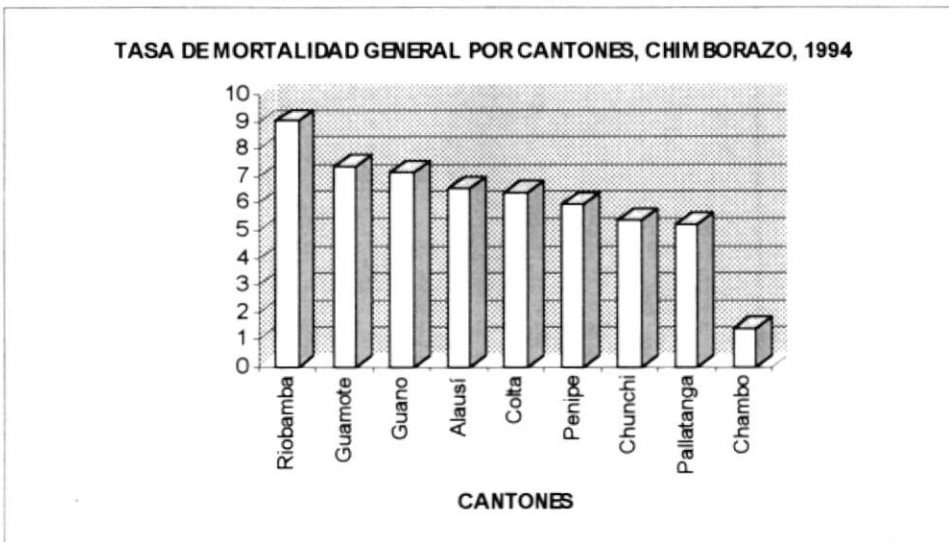
Fuente: Cuadro 8

2.1.7.3. MORTALIDAD GENERAL Y SUS CAUSAS

La Tasa de Mortalidad General en Ecuador, en 1994 es de 5 muertes por 1000 habitantes, mientras que en Chimborazo para el mismo año fue de 6,6.

La tasa de mortalidad general por cantones es más alta en Riobamba, seguida de Guamote y Guano, como se expresa en el siguiente gráfico

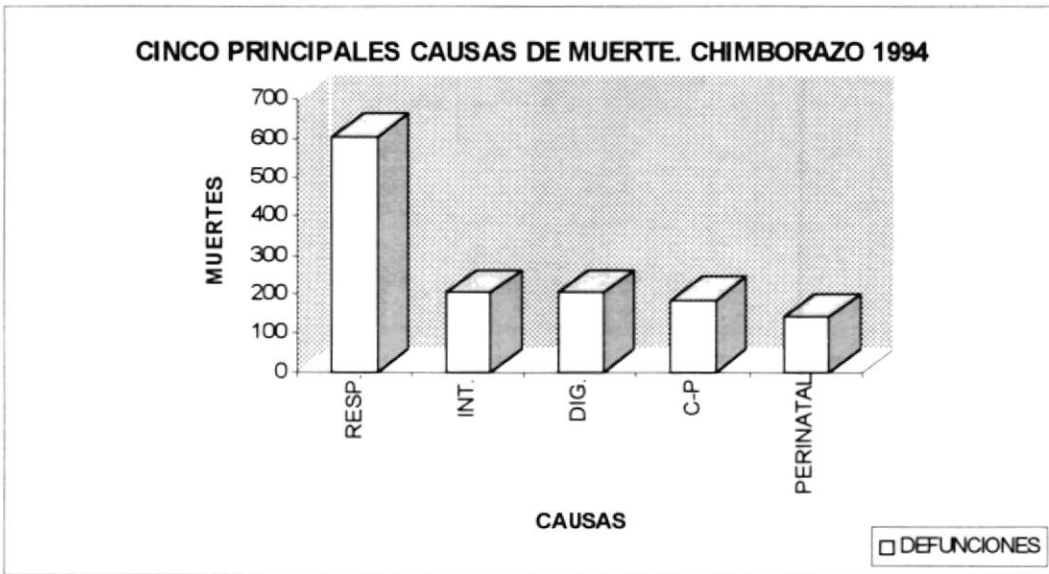
GRÁFICO 5



Fuente: Cuadro 9

Las cinco primeras causas de muerte en la provincia son: enfermedades del aparato respiratorio, enfermedades infecciosas intestinales, otras enfermedades del aparato digestivo, enfermedades de la circulación pulmonar y afecciones en el período perinatal. (Gráfico 6)

GRÁFICO 6



Fuente: Cuadro 10

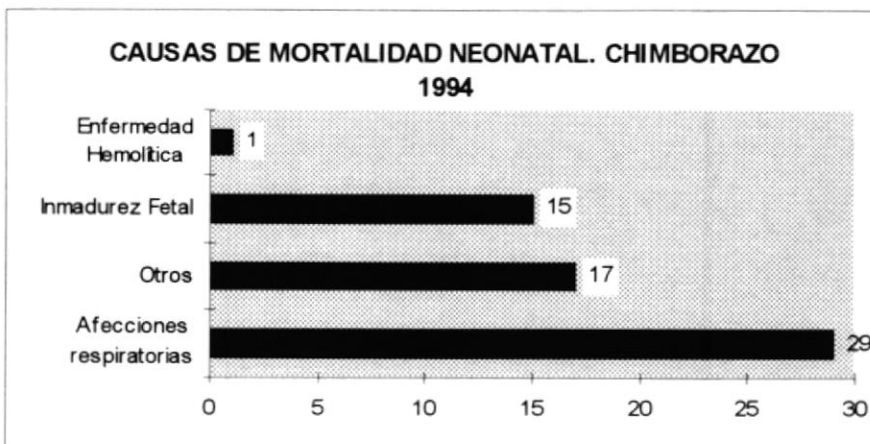
Estas causas de muerte son prevenibles, susceptibles de reducción y aún erradicables, si se aplican convenientes medidas de saneamiento ambiental, educación para la salud y atención médica, y se mejora la situación económica de los hogares.

2.1.7.4. MORTALIDAD NEONATAL Y SUS CAUSAS

La tasa de mortalidad neonatal en la provincia, para el período 1984-1994 fue de 61 por 1.000 nacidos vivos, siendo la más alta del país (Cuadro 12).

Las afecciones respiratorias son la primera causa de muerte neonatal en 1994.

GRÁFICO 7



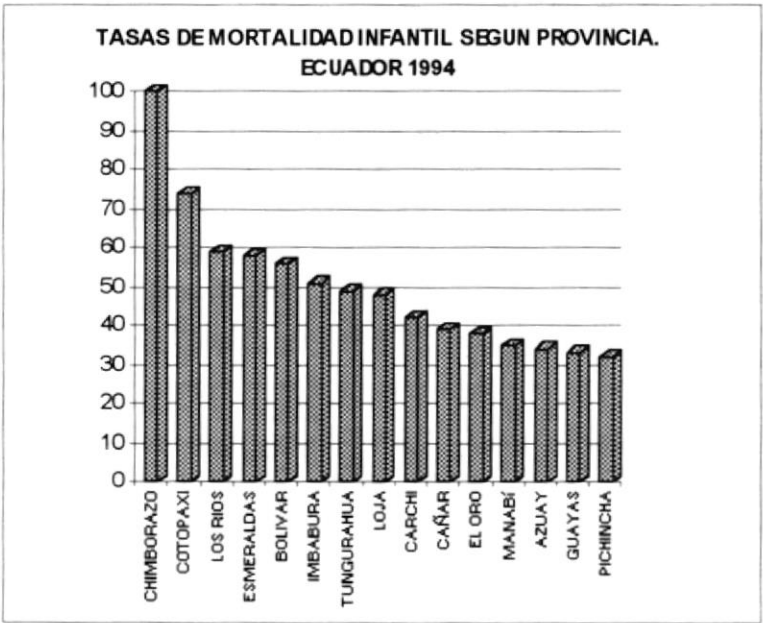
Fuente: Cuadro 11

La tasa de mortalidad postneonatal es la segunda durante el período 1984 1994 (Cuadro 12).

2.1.7.5. MORTALIDAD INFANTIL Y SUS CAUSAS

La tasa de mortalidad infantil en Ecuador para el período de 1984 a 1994 fue de 44 por 1000 nacidos vivos, y en Chimborazo de 100, siendo la más alta del país. (Gráfico 8)

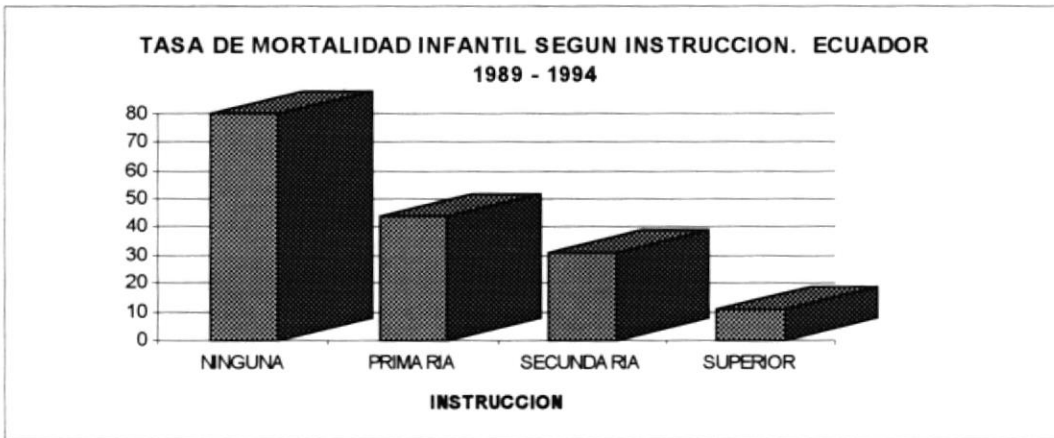
GRÁFICO 8



Fuente: Cuadro 12

Al realizar una comparación entre el grado educación de la madre y la mortalidad infantil, se aprecia que a menor nivel educativo, mayor es la tasa. (Gráfico 9)

GRÁFICO 9

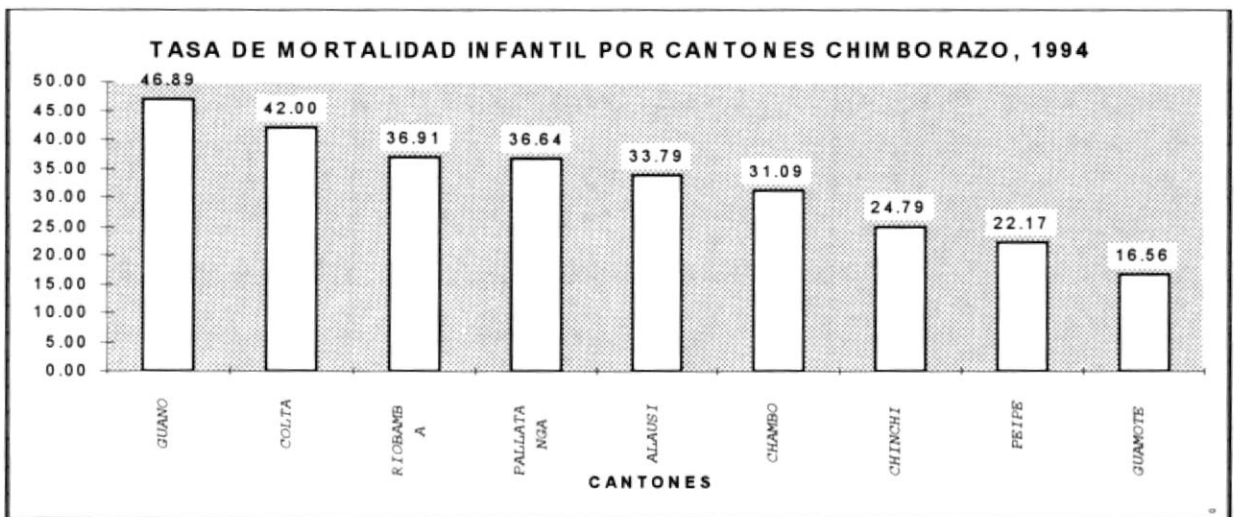


Fuente: Cuadro 13

Esto demuestra la importancia radical que tiene la educación de la mujer y que en nuestro país todavía no es una prioridad. El Banco Mundial reconoce esta realidad al considerar que “La educación mejora notablemente la capacidad de las mujeres para desempeñar su papel fundamental como artífices de la unidades familiares saludables.”¹⁸

Dentro de la provincia, la mortalidad infantil es alta en los cantones de Guano y Colta en 1994, alcanzando valores de 46,89 y 42 defunciones por 1.000 nacidos vivos respectivamente.

GRÁFICO 10

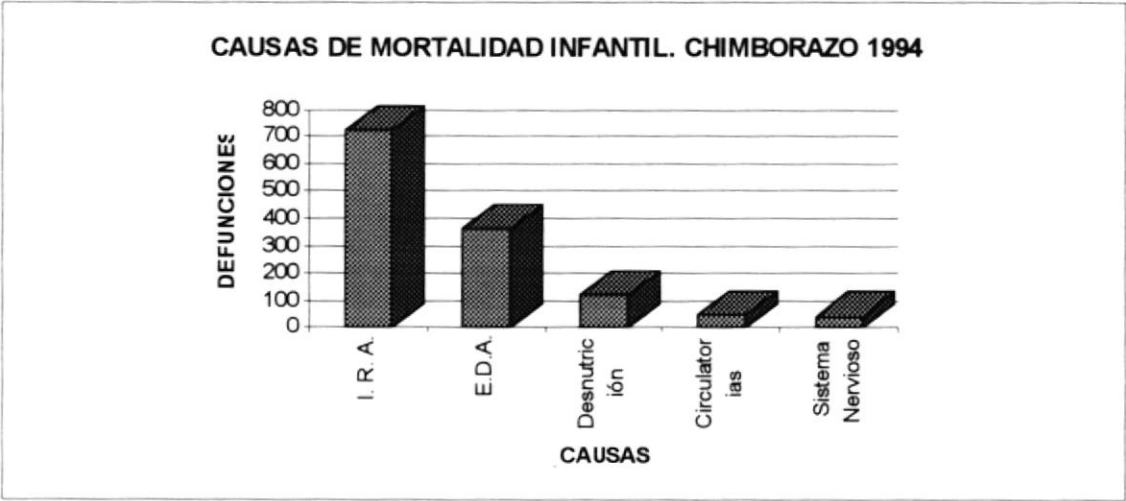


Fuente: Cuadro 14

¹⁸ MERINO CRISTINA y VALLEJO FRANCISCO, *Inequidades en Salud*, Correo Poblacional y de la Salud, Vol.4, n°1, 1996, p.26.

Las principales causas de muerte infantil en la provincia son la infecciones respisatorias agudas (IRA), la enfermedad diarreica aguda (EDA), la desnutrición, las enfermedades circulatorias y del sistema nervioso. (Gráfico 11)

GRÁFICO 11



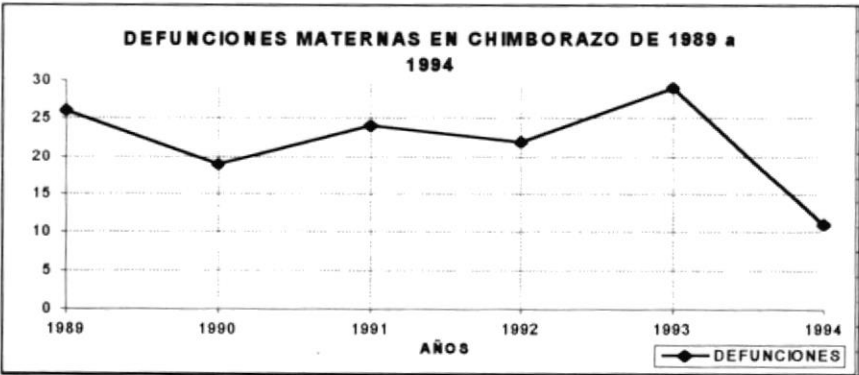
Fuente: Cuadro 15

2.1.7.6. MORTALIDAD MATERNA Y SUS CAUSAS

La tasa de mortalidad materna para 1994 es de 1,1 muertes por cada 1.000 nacidos vivos.

El número de muertes maternas en 1994 es el más bajo en el período de 1989 a 1994.

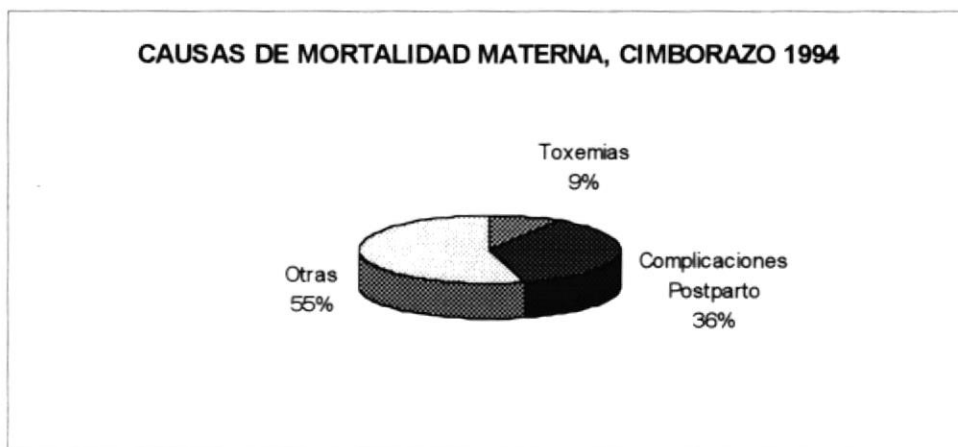
GRÁFICO 12



Fuente: Cuadro 16

De las 11 muertes maternas en 1994, 1 fue por toxemia, 4 por complicaciones posparto y 6 debida a otras afecciones. (Gráfico 13)

GRÁFICO 13



Fuente: Cuadro 17

2.1.7.7. ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACIÓN INFANTIL.

La desnutrición crónica en la provincia es del 65,1% en los niños menores de 5 años y la desnutrición global se presenta en un 48,3% de los infantes, siendo el cantón Guamote el que tiene índices elevados tanto para la desnutrición crónica como para la global en un 72,7% y 55,6% respectivamente.

Cuadro 2

Prevalencias de Desnutrición Crónica y Global, estimadas a nivel cantonal con datos del censo de 1982

CANTONES	DESN. CRÓNICA	DESN. GLOBAL
Riobamba	60,4	43,8
Alausí	70,3	53,5
Colta	68,2	52,2
Chunchi	67,2	50,4
Guamote	72,7	55,6
Guano	66,2	48,1
Total Provincial	65,1	48,3

Fuente: Desnutrición y Condiciones Socio-económicas en el Ecuador p.45

2.1.7.8. RECURSOS HUMANOS Y ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Para 1996, Chimborazo tiene 13 médicos por cada 10.000 habitantes, relación que en área urbana es 18 y en el rural 4. El recurso humano de auxiliar de enfermería por cada 10.000 habitantes es 26 en área urbana y 3 en la rural. El número de profesionales en salud (odontólogos, obstetras, enfermeras, etc.), es muy bajo, especialmente en zonas rurales.

En 1990 la provincia contaba con 141 establecimientos de salud y 128 del sector público y 13 del sector privado.

En relación con la Diócesis, existen cuatro centros de salud, 3 en Riobamba y uno en Penipe.

En Riobamba:

1. El Consultorio Popular presta un servicio de consulta externa y laboratorio, labora 8 horas al día, y cuenta con 3 médicos, una enfermera, una tecnóloga de laboratorio y dos auxiliares de enfermería.
2. La Primavera prestan un servicio de consulta externa, laboratorio y farmacia 4 horas diarias cuenta con un médico, una tecnóloga de laboratorio, una auxiliar de enfermería y una auxiliar de farmacia.
3. El servicio de ERPE da consulta externa, hospitalización y cirugías que cuando es necesario se lo lleva a una clínica particular y luego se regresa al paciente para el posquirúrgico, cuenta con un edificio de 3 pisos y trabajan 1 médico cirujano, una hora al día y dos auxiliares de enfermería en turnos de 24 horas. Los casos de emergencia o quirúrgicos, son referidos durante el día a la consulta particular del médico.

En Penipe existe los servicios de consulta externa, laboratorio y farmacia, laboran 4 horas al día, dos médicos, una laboratorista, dos auxiliares. El complejo es parte de un proyecto para minusválidos y erradicación del bocio. Posee además un quirófano, por lo que realizan cirugías esporádicas.

Paralelamente al sector formal existen el sector informal con prácticas curativas que se basan en concepciones tradicionales o de la medicina andina como en la Casa Campesina donde un Yachac (curandero) indígena presta sus servicios dos días por semana y otras prácticas curativas que se basan en “la doctrina térmica, la fangoterapia, la fitoterapia, la hidroterapia y la trofoterapia”¹⁹. Dentro de este sector informal de la salud, trabajan unas 14 personas entre religiosos y seculares, principalmente en Riobamba, Guamote, Columbe, Licto y Chambo.

2.1.8. CULTURA Y EDUCACIÓN

En la Provincia de Chimborazo existen 105 Centros de Educación en nivel Pre-primario y 4.035 alumnos; 534 planteles de nivel Primario con 57.428 alumnos; 97 planteles en el nivel medio con 25.757 alumnos; Centros Universitarios como: la Universidad Nacional de Chimborazo, que cuenta con 1.565 alumnos distribuidos en las facultades de Ciencias de la Educación, que comprende diez escuelas de formación profesional de Docentes en Educación Media y Parvularia; la Facultad de Ciencias Naturales con la escuela de Ecología y la Facultad de Cultura Física. La Escuela Superior Politécnica de Chimborazo cuenta con 4.505 alumnos, distribuidos en las Facultades de Agronomía, Ciencias, Mecánica, Nutrición, Zootecnia, Idiomas y Administración de Empresas, esta última la más numerosa. Además existen otras Instituciones de Educación Superior como la FACSOS, de las Universidad Estatal de Guayaquil, con 85 estudiantes que se preparan para ser Profesionales en Periodismo; en el Instituto Pedagógico San Luis con 545 estudiantes, quienes serán profesionales de Educación Primaria; la Universidad abierta de Loja, con su modalidad de distancia, con especialidades en el área de la educación; además existen otras instituciones de Educación Superior como el Instituto Panamericano, Harvard, Alemania y los tecnológicos Carlos Cisneros e Isabel de Godín, en el área técnica.

Aparentemente podría dar la imagen de un eficiente servicio, sin embargo, el nivel académico, sobre todo en el área rural, es muy bajo; la infraestructura educativa, equipamiento y proyecciones hacia una nueva educación para la producción y la vida,

¹⁹ LEON CAROLA e INCA PATRICIO, *Memorias de los talleres de Medicina Natural*, Ecuador, 1996, Memoria N° 3, p. 1-2.

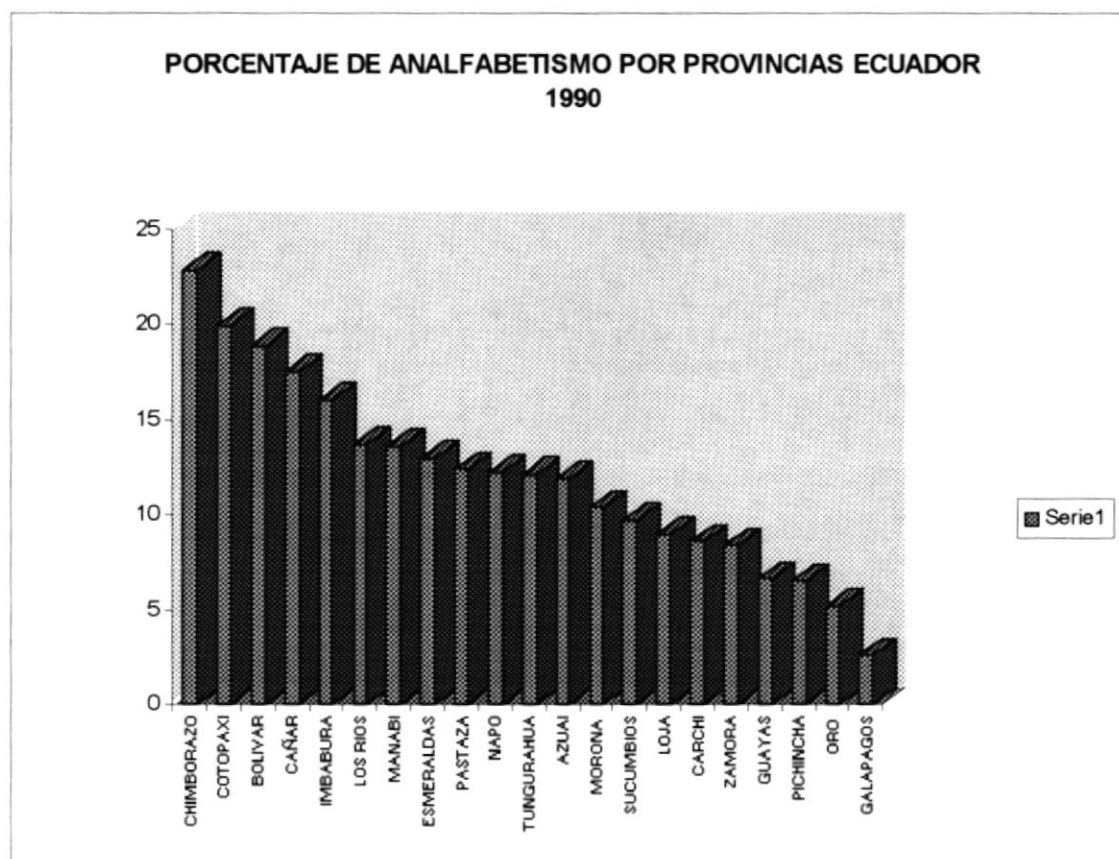
aborda serios problemas y profundas limitaciones, hasta tal punto, que es escandaloso que, en Chimborazo, el analfabetismo de manera global las mujeres presentan el 28,6% a diferencia de los hombres que tienen el 16,4% siendo mayor en el área rural con el 32,1%. En el conjunto los niveles de alfabetismo son los más altos del país 22,9% (Gráfico 14), lo que obliga a profundizar en la disponibilidad y acceso a servicios educativos en el medio, además de sus consecuencias en el comportamiento social de las mujeres. En algunos cantones, como Alausí, el analfabetismo llega a ser del 32%, y en la parroquia de Tixán, alcanzan el 66,4%.

En cuanto al fenómeno cultural, el comportamiento de los habitantes de la ciudad de Riobamba, responde, entre otras causas, al fenómeno de la migración. Las familias que emigran del campo a la ciudad de Riobamba, traen consigo sus costumbres, tradiciones, mitos, ritos, visiones del mundo y de Dios, convirtiendo a esta ciudad en un mosaico cultural que impide construir una auténtica identidad cultural.

Además, esta misma realidad ha producido la superposición cultural entre la cultura tradicional y los modelos más recientes de la sociedad de consumo.

Por otro lado, frente a los cambios bruscos que la postmodernidad presiona el comportamiento del ciudadano riobambeño genera múltiples desequilibrios e inseguridad en la decisión por optar tal o cual modelo cultural, que consciente o inconscientemente pueda afectar su identidad y su identificación con su propia cultura.

GRÁFICO 14



Fuente: Cuadro 18

2.1.9. RELIGIÓN

La presencia de diferentes manifestaciones culturales, también reflejan la difusión ideológica de varias religiones, sectas y organizaciones secretas. Esta realidad determina que, en los últimos 20 años, la ciudad de Riobamba, especialmente, los barrios marginales, de lo que fue una población eminentemente vinculada con la religión católica en un 98,6%; actualmente está distribuida entre Católicos, Evangélicos, Testigos de Jehová, Adventistas, Pentecosteses, Mormones, Anglicanos, CENIT, etc.

Además, de acuerdo al crecimiento poblacional, no ha habido un aumento proporcional del número de Sacerdotes y Religiosas; sin embargo, el número de catequistas ha crecido considerablemente, más aún, la mayoría son laicos que ha recibido su formación en cursos zonales y diocesanos. Los animadores de las comunidades cristianas católicas, sobre cuyos

hombros descansa la autenticidad y madurez de la Iglesia Diocesana, han ganado un rol social y una voz prestigiada en los momentos difíciles de sus comunidades y de la provincia.

2.1.10. FAMILIA

La familia de la provincia de Chimborazo participa de la crisis moral y cultural del mundo. Los conflictos generacionales son muy marcados, los valores de veneración, respeto y dignidad, van siendo conculcados por los patrones culturales impuestos subrepticamente por la sociedad de consumo. Hay una tendencia de los jóvenes de la ciudad y del campo hacia la práctica del individualismo, la indiferencia, el facilismo y la conquista desenfrenada de los bienes materiales como el único camino de la felicidad.

Este ambiente que vive la familia chimboracense, unido a la difícil situación económica (84% de pobreza), ha generado un ambiente de inestabilidad familiar, separaciones, divorcios prematuros, irresponsabilidad paterna. Sin embargo, en el mundo indígena, la mujer sigue siendo el eje que se resiste a esta arrolladora tendencia y ha logrado mantener, en cierta manera, los valores solidarios de la familia.

Frente a esta situación, la Diócesis de Riobamba, a través de las comunidades religiosas, sacerdotes y catequistas, y de manera especial, a través de la Pastoral Familiar, el grupo de Preparación Prematrimonial y Consejería Familiar, ha iniciado un trabajo por recuperar y fortalecer el rol protagónico de la familia cristiana, generadora del verdadero cambio y liberadora de las ataduras de la esclavitud y dominación de todo género.

2.1.11. MEDIOS DE COMUNICACIÓN

En los últimos diez años, se ha producido un cambio sustancial en los medios de comunicación que existen en la ciudad de Riobamba, en cuanto al número y al nivel de profesionalismo. Actualmente contamos con 37 emisoras, de las cuales, el 70% son FM; 30 emisoras se dedican a programaciones orientadas a los habitantes de la ciudad de Riobamba, y apenas 7 emisoras: Radiofónicas (ERPE), Promoción, El Prado, Stereo Familiar, Colta,

Guamote, FM 110, se dedican a programas del sector rural, especialmente orientado al indigenado de Chimborazo.

En la ciudad circulan dos diarios: La Prensa y El Espectador; y un Semanario: Los Andes; además existe un centro de formación universitario, la FACSU, e instituciones periodísticas como la UNP y el Colegio de Periodistas Profesionales, que en los últimos años, ha organizado cursos de capacitación. El excesivo número de Medios de Comunicación radial, ha provocado una competencia desleal, lo que ha determinado que se pierda el significado de la ética periodística y ah impedido el cumplimiento de los verdaderos objetivos de la comunicación social, como es el de informar y orientar los caminos de la verdad y la justicia. Aún más, no se han involucrado como es de su responsabilidad, en programas educativos que permitan contribuir al cambio sustancial de la tecnología educativa en el sistema escolarizado.

2.2. LA ADMINISTRACIÓN CONCEPTO BASICO

La administración es tan antigua como la humanidad. En la Prehistoria se encuentran manifestaciones inequívocas de organización, un ejemplo de esto se puede ver en la técnica del “arrastre”, que utilizaban los primitivos grupos humanos para cazar los enormes mamuts de la edad de los Glaciales. Este procedimiento consistía “en asustarlos arrojándoles piedras, emitiendo gritos, etc., y dirigiéndolos hacia un precipicio profundo, para que encontraran allí la muerte al despeñarse”²⁰. Esta labor de grupo, tenía que ser realizada en forma coordinada, con el fin de conducir de la manera citada a los animales a través de la ruta pre-establecida y lograr su objetivo prefijado, el de darles caza para aprovechar su carne.

Los primitivos grupos humanos, aislados y más o menos independientes, ya no existen, en la actualidad, se vive en una época en la que todos influyen y dependen de los demás. No importa cuán pequeña sea una unidad social, política o económica, ésta se encuentra sujeta

²⁰ REINOSO, Víctor: *El proceso administrativo y su aplicación en las empresas*, Séptima Edición, Ecuador, Editorial Pedagógica Freire, 1988, p. 23.

a una serie de influencias del exterior que la obligan a adaptarse y depender del ambiente en que actúan. A su vez, tales organismos influyen en mayor o menor grado en el grupo de que forman parte y por consiguiente, imprimen en él un factor dinámico.

Desde que el hombre empezó a formar grupos para alcanzar metas que no hubiese podido lograr individualmente, la Administración ha sido esencial para garantizar la coordinación de los esfuerzos individuales. En la medida que la organización de los hombres se va haciendo más compleja, la tarea de los administradores aumenta, al procurar establecer y conservar un medio ambiente en el cual las personas, trabajando en grupo, sean guiadas a lograr de manera afectiva y eficiente la obtención de las metas colectivas.

Etimológicamente administración proviene del latín *Administratio* que significa administrar y la palabra administrar se divide en el prefijo: *AD* que significa hacia en sentido de movimiento y *MINISTRARE* que equivale a servir, gobernar, regir, manejar y cuidar, etimológicamente administración significa la acción de administrar o dar un servicio a la colectividad, ya sea a nivel público o privado.

La administración dejó de ser vista como una actividad empírica desde que Taylor y Fayol, -considerados los “padres de la administración”-, junto con Pratt, Grantt, Terry y otros autores dieron sus aportes para que sea estudiada como una actividad científica.

Las funciones de la Administración fueron precisadas por Fayol: *planear, organizar, ejecutar, coordinar y controlar*.

Existen varios enfoques de la administración, los más comunes son “(1) histórico o de estudio de casos, (2) psicológico o del comportamiento interpersonal, (3) sociológico o de comportamiento de grupo, (4) de sistemas, (5) de la teoría de la decisión, (6) del centro de comunicaciones, (7) matemático o de administración científica y (8) operacional o ecléctico”²¹.

²¹ FULMER, Robert: *Administración y Organización*, Primera Edición, México, Compañía Editorial Continental S.A. 1983, p. 23.

2.3. LA ADMINISTRACIÓN EN SALUD

La administración de la atención de la salud es una disciplina que tiene aspectos empíricos, artísticos, técnicos y científicos que necesita en su práctica de lo gentil, y que busca resultados óptimos, coordinando y uniendo cosas y personas en favor de la salud de los individuos.

La administración en salud se debe considerar como una disciplina autónoma, ya que su campo de acción, sus objetivos y su práctica le dan cierta independencia y por lo tanto unidad, aunque debe reconocerse que tiene afinidad y es influida en alto grado por otras ramas del saber: administración general, medicina social, salud pública, sociología, psicología, economía, antropología, derecho, informática, ingeniería, arquitectura y otra materias tanto del ramo científico como humanístico.

Los diferentes servicios de salud del país requieren de una buena administración, que armonice las funciones de todo el personal que es tan heterogéneo, dé una utilización óptima de las instalaciones, equipos y aparatos tan costosos y que aproveche adecuadamente los bienes pecuniarios con el propósito de mejorar la salud.

Los administradores o gerentes en salud, deben “conducir o guiar a seres humanos a objetivos predeterminados”²² siendo ellos los responsables, de reunir y conjugar adecuadamente los recursos humanos, materiales y económicos para lograr un objetivo: *brindar una atención óptima al paciente.*

No todo buen médico, puede ser un buen gerente en salud, esta rama requiere de una capacitación específica, como cualquier otra especialidad, para poder dirigir, coordinar, controlar y evaluar un servicio de salud.

Los gerentes en salud deben estar preparados para manejar situaciones que son particulares en la atención médica, como son:

²² FAJARDO, Guillermo, *Atención Médica teoría y práctica administrativa*, México, La Prensa Médica Mexicana, 1990, p.103.

- a. el contraste emocional que existen en los servicios de salud, dolor, muerte, alegría, frustraciones, etc.;
- b. los servicios médicos son muy personales, ya que cada paciente es diferente;
- c. en la atención médica existe una doble autoridad: la jerárquica y la médica;
- d. se maneja un personal muy heterogéneo tanto a nivel social, económico y académico;
- e. algunos servicios deben prestar atención permanente: urgencias, terapia, banco de sangre, hospitalización;
- f. el resultado del trabajo médico no se lo puede valorar fácilmente, ya que no podríamos decir cuanta salud se obtiene con una cirugía, o una consulta; y
- g. los servicios médicos tienen cada día más participación en la educación y adiestramiento de personal médico, paramédico, técnico y administrativo, lo que hace que dichas instituciones adquieran cada día más similitud con las escuelas.

Aplicando al campo de la salud las funciones administrativas que describe Fayol, se podría decir que la planeación y la organización determinan la estructura del proceso administrativo, la integración y la dirección la parte funcional y la evaluación permite medir los resultados.

La Planeación es la etapa en la que se decide lo que se va a realizar, para lo cual se hace necesario hacer un diagnóstico situacional con el fin de determinar las necesidades y los recursos, se determinan las prioridades y fija los objetivos, las metas y las estrategias.

La Organización viene a ser un atributo indispensable en la estructura de los servicios de salud, con el fin de establecer las relaciones que deben existir entre las jerarquías, funciones y obligaciones individuales y departamentales, en otras palabras organización implica coordinación, en el sentido de lograr que diversas secciones o servicios interrelacionen sus actividades para evitar la duplicidad de esfuerzos y sobreposiciones.

Integración consiste en la reunión de elementos humanos y materiales necesarios para lograr los objetivos de los servicios de salud, dentro del marco de la estructura orgánica.

Dirección es echar a andar el engranaje de la organización una vez que se ha determinado qué es lo que el personal debe hacer. La dirección está encargada de la supervisión permanente, en el sentido de orientar y guiar al personal, estimulando su iniciativa, interés y desarrollo, para un óptimo rendimiento y satisfacción del trabajo.

Evaluación es el calificar la realización o no de los objetivos y metas previamente propuestos.

La aplicación de los principios generales de la administración y de estas funciones administrativas, ayudarán a formular prioridades apropiadas, a hacer juicios con conocimiento y a utilizar mejor los recursos limitados. “Sin una administración eficiente, los intentos para mejorar la organización, estructura y funcionamiento de los servicios tendrán muy poco resultado”²³.

Los conocimientos de la administración de los servicios de salud, no debe ser solamente para quienes se encuentran en la cima de la jerarquía sino que deben difundirse en toda la organización, para obtener una eficiente administración. “La buena administración es a una organización lo que la salud es al cuerpo: el funcionamiento uniforme y eficiente de todas sus partes”²⁴.

La buena administración de los servicios de salud debe cumplir con unos requisitos de carácter social para resolver en mayor grado los problemas de salud de los hombres. Estos requisitos son: *Objetivos de salud de carácter social, tecnología idónea para alcanzar los objetivos propuestos, financiamiento de los servicios de salud y participación política de la administración.*

En los programas de salud que surgen a partir de una institución religiosa, se hablará de una administración de la pastoral de la salud, en la cual se procura imbricar los conceptos

²³ *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).

²⁴ McMAHON, Rosemary, BARTON, Elizabeth, POIT Maurice, *Administración de la Atención Primaria de Salud*, México, Editorial Pax México, OPS, 1989, p. 8.

técnicos de la administración en general, de la administración en salud en particular y los principios de fe que animan un trabajo pastoral en este campo.

2.4. ADMINISTRACIÓN DE LA PASTORAL DE SALUD

El desarrollo de este tema, hace necesario que se realice una revisión previa, de la relación que existe entre iglesia y salud, para luego proceder a describir actividades que deberán ser ejecutadas para llevar adelante acciones en este campo.

2.4.1. IGLESIA Y SALUD

Los graves índices de desnutrición, mortalidad infantil, hambre y enfermedades endémicas, producen dolor y sufrimiento en los seres humanos, que no afecta solamente a su aspecto físico, sino que repercute en su integridad. El sufrimiento es un problema humano y el hombre sufriente tiene que ser motivo de preocupación en la acción misionera de la Iglesia.

“Para llevar adelante esta acción pastoral, ‘es necesario delinear un proyecto unitario de Pastoral de Salud, con la colaboración de toda la comunidad cristiana’, en actitud de apertura y valoración de los aportes provenientes de las ciencias psicosociales e investigaciones médicas, con una fundamentación teológico-bíblica seria y una estructura y organización propia a nivel Diocesano, si queremos que los enfermos, como en el tiempo de Jesús, sean también para la Iglesia actual ‘porción elegida, los predilectos del Señor’”²⁵.

Ante la realidad descrita en los antecedentes, la Diócesis de Riobamba, busca ofrecer su aporte específico en el campo de la salud a fin de recuperar la dignidad del hombre, quien es el fundamental camino de la Iglesia.

²⁵ Boletín del II ENCUENTRO LATINOAMERICANO Y DEL CARIBE de, Pastoral de la Salud, Ecuador, CELAM, 1994, p.6.

2.4.2. FUNDAMENTACIÓN TEOLÓGICO-BÍBLICA

Mirar la realidad a la luz del Evangelio hace descubrir los signos de vida y de muerte que se revelan en la práctica cotidiana de salud y nos interpelan para definirnos como generadores de vida o de muerte.

Descubrir en los rostros sufrientes de los hombres y mujeres que dicen estar enfermos, con hambre y sed, el rostro del Señor, “es algo que desafía a todos los cristianos a una profunda conversión personal y eclesial”²⁶, obliga a toda la Iglesia a cuidar de la vida y de la salud ante las múltiples amenazas que la acechan en nuestra realidad.

Desde esta perspectiva de Fe se descubre que el compromiso y la solidaridad de la Iglesia en la afirmación de la vida es un signo de la acción Salvadora y Liberadora de Dios en la Historia, ya que Cristo vino para que “tengamos vida y la tengamos en abundancia”²⁷.

La solidaridad de la Iglesia con los débiles, es el lugar teológico, y desde ellos el Señor nos llama para hacer realidad histórica su promesa de consuelo a los enfermos y de protección a los desamparados, como primicia de una vida más plena.

2.4.3. CONCEPTO DE SALUD EN LA DIÓCESIS DE RIOBAMBA

La Salud es un **derecho fundamental** al cual toda persona debe tener acceso sin privilegios ni exclusiones.

La salud es **una condición esencial para el desarrollo personal y colectivo**. Esto plantea varias exigencias, entre ellas articular la salud con la alimentación, la educación, el trabajo, las remuneraciones, la promoción de la mujer, del niño, de la juventud, etc.

²⁶ IV CONFERENCIA GENERAL DEL EPISCOPADO LATINOAMERICANO, *Nueva Evangelización, Promoción humana, Cultura Cristiana*, República Dominicana, 1992, No. 178.

²⁷ Evangelio de Juan 10,10.

La salud es afirmación de la vida y como tal tiene que ver con la persona, la espiritualidad, la convivencia democrática, la cultura del reconocimiento de lo diferente, la cultura de la alegría y la fiesta, la convivencia con la naturaleza, la vivencia de la relación con la tierra como madre de la vida y como casa y medio ambiente de todos los seres.

Es importante tener una **visión integral** de la salud como equilibrio y armonía a nivel físico, emocional, social y espiritual.

Esta concepción dinámica, sociológica de la salud, permite entender no sólo las causas físicas de la enfermedad sino también sus causas sociales y, desde esta perspectiva, aportar elementos para un diálogo y una concertación entre la sociedad civil y la Iglesia para mejorar la situación sanitaria.

La Pastoral de la Salud debe tener presente este marco referencial para el desarrollo de sus acciones y planes de trabajo.

2.4.4. PASTORAL DE LA SALUD

El mundo de la salud plantea unos retos muy concretos a la Iglesia, Pueblo de Dios; por lo tanto, es importante tener claridad sobre la especificidad de la Pastoral de la Salud dentro de la Pastoral Orgánica de la Diócesis.

Por Pastoral de la Salud se entenderá “la acción de todo el Pueblo de Dios, comprometido en promover, cuidar, defender y celebrar la vida, haciendo presente en la sociedad de hoy la misión salvadora de Cristo en el mundo de la salud”²⁸.

Esta acción pastoral abarcará tres dimensiones:

Salud Comunitaria: que incluye acciones educativas, participativas y transformadoras (dimensión educativa y preventiva).

²⁸ Ibid. 20, p. 23.

Pastoral de los enfermos: vivencia de solidaridad junto a los que sufren, a nivel hospitalario, domiciliario y comunitario (dimensión solidaria).

Pastoral de Salud Institucional: actúa junto a los organismos e instituciones que prestan servicios y forman profesionales en el área de la salud (dimensión política).

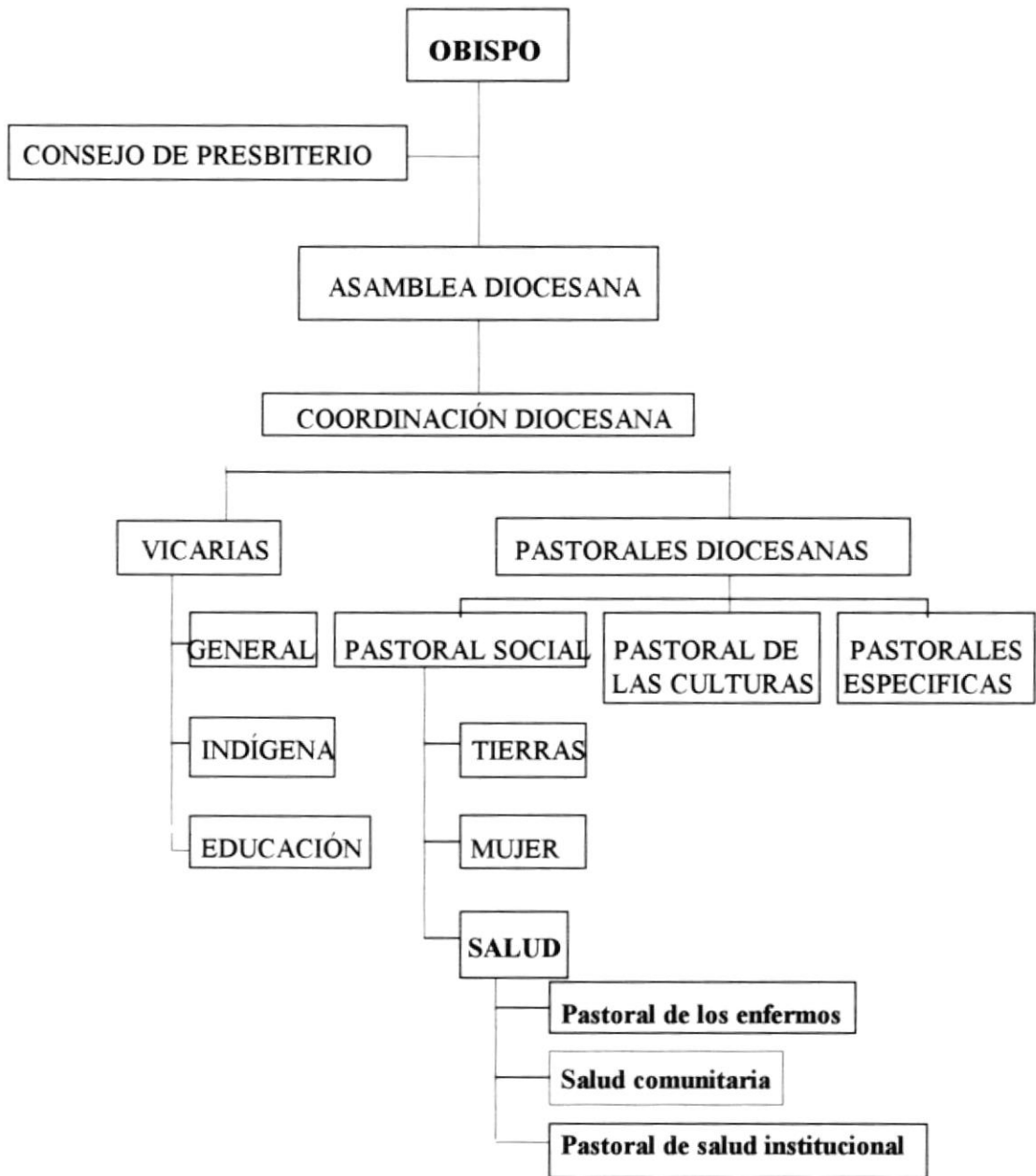
Tomando como referencia los conceptos desarrollados, la administración de la pastoral de la salud debe desarrollar una estructura que facilite la realización de las tres dimensiones citadas.

El desarrollo de esta estructura, requiere de crear el espacio orgánico dentro de la actual estructura que tiene la Diócesis, para lo cual se sugiere que la Pastoral de la Salud forme parte de la Pastoral Social, de la que dependería directamente, pero con una estructura interna propia y autónoma para la toma de decisiones. Ubicándose por lo tanto dentro del organigrama de la Diócesis, como lo demuestra el gráfico 15.

La Diócesis al empezar un trabajo en salud, debe considerar los indicadores económicos, de vivienda, salud y educación presentados en los antecedentes, de este capítulo, -que revelan la realidad propia de un país en vías de desarrollo-, para plantear acciones de intervención que disminuyan los índices negativos y potencie los positivos; para lo cual se sugiere empezar el trabajo apostólico con la dimensión de la Salud Comunitaria, utilizando la estrategia la Atención Primaria de Salud, que facilita la realización de acciones en favor de la salud y que sirvan para el desarrollo social y económico de la provincia. Esto no quiere decir que se dejará de lado la pastoral de los enfermos y la de salud institucional, ya que durante el proceso se deberá ir implementando acciones en estos campos, para ofrecer un servicio integral a la población.

GRÁFICO 15

ORGANIGRAMA DE LA DIÓCESIS DE RIOBAMBA



FUENTE: Documento final del VI Sínodo Diocesano Julio 1996
ELABORACIÓN Y ADAPTACIÓN: Dr. Patricio Inca Ruiz

Este primer paso en la salud comunitaria debe ser realizado en forma progresiva, es decir seleccionar las áreas de mayor necesidad, para en el futuro, viendo los aciertos y errores ampliar el trabajo a otros lugares.

Si se propone utilizar la estrategia de la atención primaria, es conveniente revisar algunos de sus principios.

2.5. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

“Salud para todos en el año 2000”, es una política de salud, definida y aceptada por casi todos los países del mundo, reunidos en la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1977. En 1978, el 12 de Septiembre, en Alma-Ata, se estableció que para alcanzar dicha política, era necesario de la Atención Primaria de Salud (APS).

La APS, es entonces una *estrategia específica*, que indica el camino a seguir para alcanzar los objetivos y metas que se propongan; es un proceso dinámico y cambiante, que avanza conforme se desarrolla y cambia la sociedad. Por lo tanto no debe ser considerada como un programa de planificación familiar, o una propaganda de salud, o un programa de prevención primaria, o un simple conjunto de programas.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, en 1978, definió la APS como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”²⁹.

A continuación se procurará profundizar esta definición en sus partes principales:

²⁹ Declaración de Alma-Ata, Rusia, 1978, numeral VI.

2.5.1. LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD ES LA ASISTENCIA SANITARIA ESENCIAL...

La asistencia sanitaria esencial significa satisfacer las necesidades básicas de salud de las comunidades mediante acciones y programas que nos permitan alcanzar este objetivo.

Las acciones tienen que ser integrales es decir no solamente curativas sino fundamentalmente preventivas. Las acciones preventivas pueden ser *primarias*: promoción y prevención, *secundarias*: curación y *terciarias*: rehabilitación.

- La prevención primaria servirá para promocionar un mejor nivel general de salud y procurar medidas de protección específicas. Por medidas de protección se entiende tareas de inmunización, sanidad ambiental, protección de accidentes y riesgos de trabajo, cuidado de la salud materno infantil, prevención y lucha contra enfermedades predominantes. Las medidas de promoción de la salud se refieren a acciones educativas que permitan mejorar la nutrición, el medio ambiente y el estilo de vida.
- La prevención secundaria consiste en el diagnóstico precoz y tratamiento temprano mediante exámenes clínicos periódicos. En el caso de enfermedades crónicas o asociadas a la edad, la prevención secundaria se encarga primordialmente de detener el avance de la discapacidad o las complicaciones que puedan provocar o secuelas que pueden dejar.
- La prevención terciaria tiene como objetivo la rehabilitación del individuo -una vez que se han establecido modificaciones anatómicas y fisiológicas-, para que pueda llevar un vida satisfactoria y autosuficiente.

Los programas son elementos que ayudan a la APS a organizar las acciones y determinan el camino a seguir para alcanzar las metas propuestas. Los programas pueden ser:

- Específicos: dirigidos a grupos de riesgo como madres, niños, trabajadores, personas de edad avanzada incapacitados, etc.
- Programas de salud general: alimentación y nutrición, salud bucal, salud mental, prevención de accidentes, saneamiento ambiental.

- Programas de prevención, protección y control de enfermedades: tuberculosis, malaria, enfermedades de transmisión sexual, etc.

Los programas deben cumplir con algunas características:

- Deben garantizar la *accesibilidad* geográfica, económica, psicológica, cultural y temporal a los servicios de salud.
- Con respecto al *contenido* deben combinar adecuadamente las acciones de prevención y promoción.
- Deben ser *universales* es decir que toda la población tenga acceso al servicio de salud; *equitativas*: ofrecer igual oportunidad a todos los niveles; y *continuas* es decir que tengan una perspectiva de futuro.
- Satisfacer las necesidades prioritarias* de la población.
- Armonizar y reforzar mutuamente* las acciones prioritarias normas, tecnología, recursos y tipos de servicio, para que no exista competencia entre ellos para la obtención de los recursos.

2.5.2. ...BASADA EN MÉTODOS Y TECNOLOGÍAS PRACTICAS, CIENTÍFICAMENTE FUNDADAS O SOCIALMENTE ACEPTABLES...

Por tecnologías “se entiende un conjunto de métodos, técnicas y equipo que, puesto en manos de quienes lo utilizan, puede representar una contribución importante para la solución de un problema de salud”³⁰.

La manera mas eficaz de lograr que la tecnología tenga una base apropiada consiste en tomar el problema como punto de partida y luego buscar o crear, de ser necesario, una tecnología que responda a la situación y los recursos locales.

Los avances tecnológicos modernos en la mayoría de los casos no generó los mismos beneficios en los países desarrollados que en los que están en vías de desarrollo, por lo que

³⁰ KROEGER, Axel y LUNA , Ronaldo, *Atención Primaria de Salud, principios y métodos*, Segunda Edición, México, Editorial Pax México OPS, 1992, p. 16.

se hace necesario establecer tecnologías que vengán a sustituir a las que resulten inapropiadas. Esto no significa que la APS desvalorice los avances tecnológicos en el cuidado integral de la salud, sino que sugiere la necesidad de organizar el uso de la tecnología de manera que sus beneficios lleguen a toda la población y no quede restringida a grupos de fácil acceso.

2.5.3. ...PUESTA AL ALCANCE DE TODOS LOS INDIVIDUOS Y FAMILIAS DE LA COMUNIDAD...

Para poner en práctica esta parte del concepto los sistemas de salud deben ampliar la cobertura de sus servicios.

Para Kroeger y colaboradores la palabra cobertura dentro de la atención primaria debe abarcar dos criterios:

- Cobertura de los programas y actividades de salud medidos por el porcentaje de población que recibe dicho servicio en relación con la población que lo requeriría.
- Cobertura geográfica o poblacional de los servicios de salud, entendida como la accesibilidad teórica para la población o la utilización real del mismo.

La cobertura implica tres aspectos fundamentales: mejorar el acceso de los servicios de salud,; aumentar la disponibilidad relativa de recursos; y poner en operación un sistema técnico y administrativo que responda a las necesidades y aspiraciones de la población.

2.5.4. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

... mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

La participación comunitaria no es solamente buscar que la gente colabore en la construcción de una letrina o subcentro, o que el líder de la comunidad ayude en la realización de acciones puntuales en salud, o que contribuya económicamente. La participación comunitaria deber ser integral, es decir que este presente en el diagnóstico, planificación, organización, funcionamiento y control de la atención primaria de salud.

La participación de la comunidad es entonces un proceso metodológico, que contempla el desarrollo secuencial de acciones que posibiliten fomentar y promover:

- el crecimiento de la comunidad;
- la capacidad de la población para asumir su problemática en salud, y
- llevar adelante acciones propias y compartidas con otras instituciones.

De esta manera se consigue que los individuos dejen de ser objetos de intervención y pasen a ser sujetos de su propia historia.

CAPITULO III: PROBLEMAS Y PRIORIZACION

3.1. IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS Y PRIORIZACION.

Los indicadores de salud presentados en el capítulo anterior, demuestran que las tasas de mortalidad infantil y neonatal en Chimborazo, durante el período 1984-1994, son las más altas, al compararlas con las de otras provincias y con el total nacional.(Cuadro 11).

De las 3357 defunciones infantiles en 1994, el 21,54% son por infecciones respiratorias, el 10,81% son debidas a infecciones intestinales y parasitosis, y el 3,60% se debe a enfermedades de la nutrición. Estas causas son el resultado de las inequidades del sistema social y de salud, en que vive el país, por lo que se hace necesario que todas las instituciones tanto públicas como privadas colaboren para mejorar la actual situación desde sus respectivas áreas de trabajo, ya que estas muertes pueden evitarse mejorando los servicios básicos de saneamiento, educando a la comunidad para que cuide su salud y sobretodo impulsando el desarrollo económico del país, favoreciendo a las clases más desprotegidas de la sociedad.

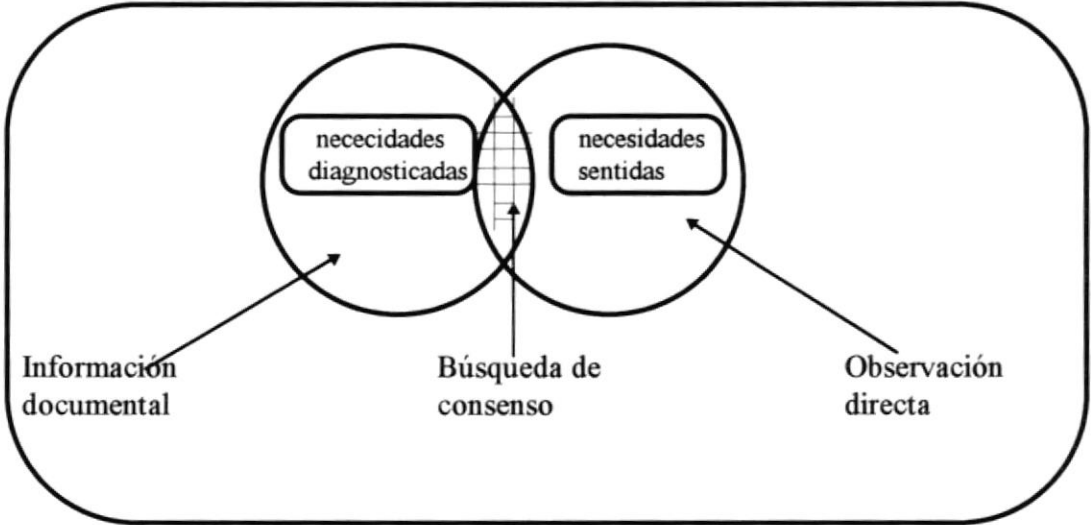
Ante esta realidad la Diócesis de Riobamba, siente la necesidad de contribuir a mejorar la situación de salud de la provincia, a través de la Pastoral de la Salud, seleccionando un lugar de intervención, para desde allí proyectar sus actividades a futuro en otras zonas.

Esta selección se hizo, tomando como referencia las tasas de mortalidad infantil por cantones, que fueron estandarizadas a la población provincial, para calcular la Razón de Mortalidad Estandarizada (RME) para todas las razas y sexos, y determinar si el número de muertes reales exceden o no a las esperadas.

De este cálculo se deduce que en los Cantones Guano, Guamote y Alausí, -con una RME superior a 100-, presentaron más muertes que las esperadas, en especial en el cantón Guano, en donde las muertes reales superaron en un 53% a lo esperado. Por esta razón se eligió este cantón para realizar con sus representantes un análisis de los problemas de salud que tienen en el lugar.

Para identificar los problemas y priorizarlos, se utilizó la técnica del consenso, que permite la participación de la comunidad y de esta manera tener una visión de las necesidades sentidas y de las diagnosticadas, a fin de llegar a un consenso, para la acción. (Gráfico 16)

GRÁFICO 16
TÉCNICAS PARA LA SELECCIÓN DE PROBLEMAS



Selección del problema (Adaptado de A. Kroeger y R. Luna).

Para ejecutar esta técnica se reunió a los representantes de las comunidades de Guano, quienes en un inicio aportaron una “lluvia de ideas” sobre los problemas de salud que existen en la zona. Luego usando la matriz de selección o priorización de problemas, se procedió a valorar cada problema, según su importancia, frecuencia y vulnerabilidad. Una vez cuantificado los “votos” los 6 primeros problemas de salud por orden de importancia quedaron de la siguiente manera:

Cuadro 3

MATRIZ DE SELECCIÓN DE PROBLEMAS EN EL CANTÓN GUANO. 1996

Criterio	Frecuencia	Importancia	Vulnerabilidad	Puntaje Total
Problemas				
Parasitosis	6	6	6	18
Enfermedad diarreica	6	5	6	17
Desnutrición	6	6	5	17
Enfermedades Respiratorias	5	4	6	15
Artritis	6	6	3	15
Alcoholismo	6	3	2	11

Fuente: reunión del 15 de Agosto de 1996

Elaborado por: Asistentes a la reunión

Con los asistentes se procuró identificar las causas de estos problemas y expresaron que se deben a:

- Ausencia o inadecuados sistemas de eliminación de basuras y excretas.
- Falta de subcentros o puestos de salud en las comunidades
- Falta de tierras
- Falta de dinero
- Pocos conocimientos de la población en temas relacionados con infecciones respiratorias, inmunizaciones, diarreas y lactancia.

Los representantes de las comunidades indican que desde hace 6 meses los promotores de salud que se formaron en el programa de Supervivencia Infantil, en las zonas de mayor necesidad del cantón, no tienen ningún seguimiento y se encuentran abandonados, por lo que se sugiere, que se rescate esos recursos humanos y que las acciones se empiecen a realizar en las siete comunidades donde residen los promotores: Cahuaji Alto, Pusniag La Victoria, Pusnuag San Patricio, Jesús del Gran Poder, La Delicia, Lalanshi y Chipsa.

En resumen se puede indicar que:

- Las tasas de mortalidad infantil y neonatal en Chimborazo son las más altas del Ecuador y en Guano la tasa de mortalidad infantil es significativamente mayor que en los otros cantones de la provincia.
- Las 3 principales causas de mortalidad infantil son prevenibles.
- Existe una falta de conocimientos en la población para manejar problemas de IRA, EDA, inmunizaciones y Lactancia.
- Existen promotores formados hace 2 años, que no tuvieron seguimiento y que puede ser un recurso disponible para iniciar acciones en salud.

CAPITULO IV

4.1. PROPUESTA DE TRABAJO DE LA PASTORAL DE LA SALUD EN LA DIOCESIS DE RIOBAMBA.

La Diócesis de Riobamba, para contribuir a mejorar el nivel de salud de la población, realiza la siguiente propuesta:

PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MATERNO INFANTIL, EN UNA ZONA DE LA DIOCESIS DE RIOBAMBA

4.1.1. OBJETIVOS GENERALES

- a. Desarrollar una Red de puestos de Atención Primaria destinados a mejorar el nivel de salud en 7 comunidades rurales de Guano.
- b. Fortalecer o impulsar según el caso la organización comunitaria, con el fin de procurar mejoras a la situación sanitaria de su localidad.

4.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Realizar acciones de prevención, diagnóstico precoz y cuidados básicos para los menores de cinco años y las mujeres embarazadas.
- b. Promocionar la lactancia materna y una alimentación rica en proteínas respetando los hábitos culturales.
- c. Trabajar con los niños en edad escolar para difundir conocimientos en salud y mejorar las prácticas de salud en la escuela, el hogar y la comunidad.

4.1.3. ESTRATEGIAS

Los objetivos específicos se desarrollarán en base a tres ejes principales:

- a. Prevención, diagnóstico precoz y cuidados primarios.
- b. La formación,
- c. La organización comunitaria.

4.1.3.1. Prevención, diagnóstico precoz y cuidados básicos para los menores de cinco años y las mujeres embarazadas.

a.1. Empadronamiento

META: En los dos primeros meses del proyecto se empadronará al 100% de los grupos de riesgo: niños menores de 5 años y mujeres embarazadas.

El empadronamiento se efectuará por medio de un fichero operacional, que permitirá planificar las acciones y notificar la evolución de cada persona o de cada familia en seguimiento.

Se realizará un croquis de la comunidad, en el que se registrarán los grupos y factores de riesgo, que se los identificará con tachuelas de colores, de la siguiente manera:

- * Azul: menor de 5 años
- * Amarilla: madres embarazadas
- * Roja: niños de bajo peso
- * Verde: madres de riesgo

Para el registro de los diferentes datos que se obtenga, se abrirá una carpeta por cada familia de la comunidad, y se procurará tenerla al actualizada y en forma continua.

Indicadores de seguimiento y evaluación

- * Presencia del fichero operacional con las respectivas tarjetas de control.
- * Croquis de cada lugar con su respectiva sismología.

a.2. Programa de Control y seguimiento de niños menores de 5 años

META: Disminuir la tasa de mortalidad infantil al 36 por 1.000 nacidos vivos, mediante el control del 80% de la población de menores de un año del área del proyecto.

Para alcanzar esta meta se motivará a las madres a que realicen un control mensual de cada menor de 5 años.

Para el registro de los datos de cada niño se utilizará el carnet de Crecimiento y Desarrollo del Ministerio de Salud Pública y se le abrirá una tarjeta de control, (color blanca), que será colocada en el fichero operacional. (Gráfico 17)

GRÁFICO 17
(ANVERSO)

Carpeta No. _____	
Apellidos	_____
Nombres	_____
Fecha de nacimiento	_____
Dirección	_____

(REVERSO)

VACUNAS Y FECHAS DE COLOCACIÓN	
B.C.G. _____	
ANTIPOLIO	D.P.T.
1a. Dosis _____	1a. Dosis _____
2a. Dosis _____	2a. Dosis _____
3a. Dosis _____	3a. Dosis _____
REFUERZO _____	REFUERZO _____
ANTISARAMPIONOSA _____	

Diseño: Dr. Patricio Inca Ruiz y Lcda. Carola León Insuasty.

Este método permitirá tener al día información sobre el esquema de vacunas y por intermedio del carnet del Ministerio realizar un diagnóstico precoz de los casos de desnutrición, tanto en el control mensual como en la visita domiciliaria.

El conjunto del equipo de salud (médico, enfermera y promotores), deberán realizar una detección precoz de enfermedades epidemiológicamente más frecuentes entre los niños.

Los puestos de salud, garantizarán un servicio de medicina curativa base (parasitosis, heridas, fiebres, diarreas) y en otros casos se referirá al paciente al Subcentro de Guano y en casos graves al Hospital Docente de Riobamba.

Para asegurar el seguimiento de los enfermos, que sean referidos, se conversará con el personal de estos Centros de salud, para que colabore con las acciones de los promotores.

Indicadores de seguimiento y evaluación

- * Tarjetas de control, en el porcentaje que señala la meta.
- * Para verificar el control mensual se recorrerá la tarjeta en el fichero cada mes, para identificar los niños que vinieron o no al control.

a.3. Control del embarazo y posparto.

META: Tener al finalizar el proyecto, controladas al 90% de las mujeres embarazadas del área de influencia del proyecto.

Se motivará para que las embarazadas acudan al menos una vez por mes para controlar su embarazo, ya sea con el médico o la partera, para seguir la evolución de la gravidez y detectar a tiempo cualquier signo de riesgo.

Los datos que se recojan del embarazo se inscribirán en el carnet Prenatal del Ministerio de Salud.

Por parte del equipo de salud, se garantizará al menos 1 control cada dos meses en cada comunidad y se abrirá una tarjeta de control del embarazada (color verde), que se guardará en el fichero operacional. (Gráfico 18)

GRÁFICO 18
(ANVERSO)

Carpeta No. _____		
Apellidos	_____	
Nombres	_____	
Edad	*F.U.M. _____	**F.P.P. _____
Dirección	_____	

- * Fecha de la última menstruación
- ** Fecha probable del parto

(REVERSO)

VACUNAS Y FECHAS DE COLOCACIÓN

TOXOIDE TETANICO

1a. Dosis _____

2a. Dosis _____

REFUERZO _____

Diseño: Dr. Patricio Inca Ruiz y Lcda. Carola León Insuasty.

El control mensual estará completado con charlas sobre lactancia materna, el destete y la alimentación a partir de los 4 meses de nacido y planificación familiar. Se realizará además visitas domiciliarias, especialmente en el posparto.

Indicadores de seguimiento y evaluación

- * Tarjetas de control en relación con la meta propuesta.
- * Control del seguimiento de las embarazadas según la ubicación de las tarjetas por mes en el fichero.

* Número de Visitas Domiciliarias realizadas.

a.4. Programa nutricional Infantil

META: Tener bajo control al 80% de los niños desnutridos de las 7 comunidades.

Crear grupos de reflexión en cada comunidad para tratar temas relacionados con la nutrición: el hambre, la distribución injusta de la tierra y sus recursos, factores económicos, políticos y sociales y hábitos alimenticios, por medio de técnicas de educación popular.

Indicadores de seguimiento y evaluación

- * Número de niños desnutridos en control
- * Número de niños que han mejorado su peso
- * Número de charlas nutricionales ofrecidas a las comunidades.

a.5. Programa de salud escolar

META: * Control trimestral del 80% de los escolares.

- * 20 talleres durante el año escolar.

Los controles trimestrales se realizarán para campañas de desparasitación y control del estado nutricional de los escolares.

Se motivará a los profesores para que participen y colaboren en la realización del programa.

Se darán charlas, educativas a nivel primario, una por semana, con temas relacionados a higiene y conocimientos básicos que los niños deberían saber sobre salud. Para estas charlas se utilizará la metodología "niño a niño", con la colaboración del cuerpo profesional de las escuelas.

Indicadores de Seguimiento y Evaluación

- * Informes de los controles trimestrales.
- * Memorias de los talleres.
- * Informe de control y seguimiento de casos especiales
- * Programación de los talleres.
- * Número de niños escolares en control
- * Número de charlas dadas en el año lectivo.

a.6. Creación de los puestos de salud.

META: Crear 1 puesto de salud por comunidad que servirán de referencia para las acciones preventivas y curativas de los promotores.

Se harán reuniones en cada comunidad para organizar y determinar el lugar donde funcionará el puesto de salud.

Cada puesto de salud contará con los siguientes materiales:

- un escritorio de madera
- tres sillas de madera
- un fichero de madera
- una mochila
- una balanza reloj
- 70 carpetas plásticas
- 100 hojas de papel periódico
- dos lápices
- 80 tarjetas de control para menores de 5 años
- 20 tarjetas de control para mujeres embarazadas
- un botiquín de madera con:
 - “ un frasco de sablón
 - “ un frasco de alcohol
 - “ gasas

- “ algodón
- “ analgésicos
- “ antiparasitarios
- un cuaderno universitario de 100 hojas
- un libro de "Donde no hay Doctor" (DNHD)
- una caja de tachuelas

Indicadores de seguimiento y evaluación

* Número de puestos de salud en funcionamiento, dos días a la semana.

a.7. Brigadas de atención médica.

META: realizar 5 brigadas de atención médica por comunidad al año.

Las actividades de atención médica, se aprovecharán para hacer de la consulta un espacio de capacitación para el promotor y de educación a la comunidad por medio de una charla preparada por el promotor a los pacientes que se encuentren esperando la consulta.

Las consultas se realizarán en primer lugar a los pacientes de riesgo que hayan sido identificados por el promotor.

Indicadores de Seguimiento y Evaluación

- * Informe del número de pacientes atendidos.
- * Número de charlas dadas durante las consultas
- * Reporte de casos de riesgo identificados por el promotor.
- * Reporte de pacientes para seguimiento de casos.
- * Informe de campo de cada brigada médica.

La información se registrará en los formatos que tiene el Ministerio de Salud Pública, tanto para vacunas, como para controles de las embarazadas por parte de las comadronas, etc., y los

informes serán enviados al Subcentro de Salud de Guano, con quienes se coordinará la referencia y contrareferencia de los pacientes.

4.1.3.2. Formación

b.1. Formación de Promotores

META:Reforzar los conocimientos de dos promotores por cada comunidad, en los campos de prevención, diagnóstico precoz y cuidados primarios de las enfermedades más frecuentes.

La formación se realizará en una semana por mes durante cuatro meses. La metodología será esencialmente práctica y se desarrollará los siguientes temas:

- * Crecimiento y desarrollo de los menores de cinco años:
 - Utilización e interpretación de la curva de peso.
 - Parámetros básicos del desarrollo psicomotor.
 - Lactancia y nutrición de los niños.
 - Inmunizaciones.
 - Detección de signos de riesgo.
- * Control de las embarazadas
 - Nutrición en el embarazo
 - Identificación de signos de riesgo: cefalea, epigastria, edema y sangrado vaginal.
- * Nutrición
 - Importancia de la lactancia materna
 - Grupos de alimentos
 - ¿Cómo alimentarse mejor?
- * Manejo de enfermedades prevenibles en menores de 5 años
 - Infecciones respiratorias agudas
 - Enfermedad diarreica aguda.

* Educación Sanitaria

- Recolección y eliminación de la basura
- Métodos de eliminación de excretas
- Cuidados del agua.

* Salud Escolar

- Control de niños en edad escolar
- Metodología niño a niño.

Los promotores de salud serán elegidos por la comunidad, serán el nexo de unión entre ésta y el marco del proyecto y cumplirán los siguientes requisitos:

- vivir y ser aceptados por la comunidad,
- saber leer y escribir,
- tener más de 20 años.

Indicadores de Seguimiento y Evaluación.

- * Informes de las reuniones mensuales con los promotores, durante el primer año para evaluar los avances en la formación y sus compromisos con las comunidades.
- * Memorias y folletos de cada Curso de Formación.
- * Revisión del Diario de campo.
- * Control de los ficheros operacionales.
- * Presentación del croquis de la Comunidad.
- * Reportes mensuales.
- * Informes semestrales.
- * Programaciones de los Cursos de Capacitación.
- * Número de promotores formados por comunidad.

b.2. Capacitación a comadronas.

META: Formar 7 comadronas o parteras, una por comunidad, a fin de mejorar sus prácticas obstétricas.

Las causas de la mortalidad neonatal, -la segunda del país en Chimborazo-, son prevenibles con una buena atención del parto, por lo que se sugiere este programa de capacitación de comadronas, a través de talleres trimestrales de intercambio de experiencias, entre parteras que asistan al curso.

Indicadores de Seguimiento y Evaluación.

- * Número de parteras capacitadas durante el año
- * Seguimiento, por medio de las visitas domiciliarias de los partos atendidos en casa, que serán registrados en el diario de campo.
- * Disminución de la tasa de mortalidad infantil.
- * Memoria y folletos de los talleres de capacitación.

4.1.3.3. Organización Comunitaria

Todas las actividades preventivas y de formación no podrán estar organizadas sin un diálogo con la comunidad y sin la participación activa de ésta.

El equipo de salud, tendrá como tarea sensibilizar a la comunidad para mejorar el estado de salud e incentivar las iniciativas emprendidas por la comuna para mejorar el nivel de vida.

Comités de Salud

META: Crear un Comité de Salud en cada comunidad, integrado por miembros de la misma y el equipo de salud.

Para llevar adelante esta actividad, se realizará primero reuniones con la comunidad para informar detalladamente qué y para qué se organiza un Comité de Salud

Los comités, integrados por personas elegidas en la comunidad, se reunirán una vez al mes con la finalidad de canalizar inquietudes, identificar problemas y buscar soluciones, a situaciones de

salud. Las acciones que se vayan a emprender deberán coordinarse con la directiva de la comunidad o Cabildo.

Indicadores de seguimiento y evaluación

- * Número de comités de salud que se ha formado
- * Número de reuniones realizadas de cada comité
- * Actas de reuniones.
- * Informe de las actividades programadas por el Comité de Salud.
- * Informe de las acciones realizadas por el Comité de Salud.

4.1.4. CRONOGRAMA

MESES	Enero	Febre.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septim	Octure	Noviem	Diciem.
ACTIVIDADES												
1. Creación de puestos de salud												
* Implementación de los puestos de salud		<<<<<	<<<<<									
2. Capacitación de Promotores de Salud												
* Reunión con las comunidades	x											
* Reunión con los promotores		x										
* Cursos de formación		+	+	+	+							
3. Capacitación a Comadronas												
* Visitas de motivación a las comunidades	x											
* Reunión con las comadronas		x										
* Talleres			x			x			x			x
4. Programa de salud escolar												
* Reunión con los Profesores	x											
* Visitas médicas a las escuelas		XXXX	X X		XXX	XX X						
* Talleres de capacitación "niño a niño"		XXXX	X X	XXXX	XXX	XX X	XXXX					
* Control y seguimiento de casos especiales		XXXX	X X	XXXX	XXX	XX X	XXXX					
5. Brigadas de atención médica												
* Consulta médica			>>>	>>>	> >>	>>>>	>>>>	>>>>	>>>	>>>>	>>>>	>>>
* Charlas a las comunidades			>>>	>>>	> >>	>>>>	>>>>	>>>>	>>>	>>>>	>>>>	>>>
6. Formación de Comités de Salud												
* Reunión con la Comunidad				>								
* Reuniones del Comité							>		>			>

[<] Actividad permanente durante el mes

[x] Reunión de un día al mes

[+] Cursos de una semana al mes

[X] Actividad de un día por cada escuela

[>] Reunión de un día por cada comunidad

4.1.5. FUNCIONES DEL PERSONAL

MEDICO

- Tendrá la función de Coordinador y Responsable del Proyecto. Realizará el diagnóstico precoz y los cuidados de la salud.
- Tomará a su cargo toda actividad de consulta de mujeres embarazadas y en unión con el promotor el control de los menores de cinco años.
- Coreponsable de la formación de los promotores, con la enfermera.
- Animará la organización comunitaria de las acciones que pueda mejorar la situación sanitaria.

ENFERMERA

- Tendrá la tarea de informadora, formadora y organizará los cuidados elementales y de vacunación.
- Se hará responsable de:
 - ◇ Organizar las visitas a domicilio de la población en riesgo.
 - ◇ Del programa de salud escolar conjuntamente con los promotores.
 - ◇ Corresponsable en la formación de los promotores.
 - ◇ Organizar charlas junto con el promotor durante las brigadas médicas.
 - ◇ Organizar charlas de Planificación Familiar.

PROMOTORES DE SALUD

- ◆ Serán formados por el médico y la enfermera. Sus tareas serán;
- ◆ Participar en las consultas médicas y en las actividades de educación para la salud.
- ◆ Seguimiento a domicilio de los grupos de riesgo.
- ◆ Corresponsable del programa de salud escolar.
- ◆ Ser multiplicador de sus conocimientos, organizando cursos y charlas para la comunidad.
- ◆ Ser parte activa del comité de salud, para organizar las reuniones.

4.1.6. PRESUPUESTO

4.1.6.1. PRESUPUESTO DEL PROYECTO POR SUELDOS Y ACTIVIDADES

PRESUPUESTO TOTAL PARA 1997

A. SUELDOS

1 Médico	18'000.000,00
1 Enfermera	12'000.000,00
7 Promotores	<u>7'350.000,00</u>
SUBTOTAL	37'350.000,00

B. OBJETIVOS

Actividad 1	9'806.100,00
Actividad 2	8'149.000,00
Actividad 3	632.000,00
Actividad 4	1'000.000,00
Actividad 5	4'200.000,00
Actividad 5	<u>560.000,00</u>
SUBTOTAL	24'347.100,00

C. APOORTE DE LA DIOCESIS

1 Vehículo	<u>40'000.000,00</u>
SUBTOTAL	40'000.000,00

D. APOORTE DE LAS COMUNIDADES

7 Puestos de salud, planta física	
a 2'000.000,00 cada uno	<u>14'000.000,00</u>
SUBTOTAL	14'000.000,00
SUBTOTAL A+B+C+D	116'697.100,00
MAS 30 % DE IMPREVISTOS	<u>35'009.130,00</u>
T O T A L	151'706.230,00

4.1.6.2. CRONOGRAMA DE GASTOS POR ACTIVIDADES Y POR MES

MESES	Enero	Febre.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septi m.	Octure	Noviem .	Diciem.
ACTIVIDADES												
1. Creación de puestos de salud		4833080	4833050									
* Implementación de los puestos de salud												
2. Capacitación de Promotores de Salud	140000	189000	1990000	1990000	1990000							
* Reunión con las comunidades												
* Reunión con los promotores												
* Cursos de formación												
3. Capacitación a Comadronas	0	720000	140000			140000			140000			140000
* Visitas de motivación a las comunidades												
* Reunión con las comadronas												
* Talleres												
4. Programa de salud escolar	100000	80000	20000		60000	40000	120000					
* Reunión con los Profesores												
* Visitas médicas a las escuelas												
* Talleres de capacitación "niño a niño"												
* Control y seguimiento de casos especiales												
5. Brigadas de atención médica			360000	360000	360000	480000	480000	480000	360000	480000	480000	360000
* Consulta medica												
* Charlas a las comunidades												
6. Formación de Comités de Salud	1500000	1500000	1500000	1500000	1500000	1500000	1500000	1500000	1500000	1500000	1500000	1500000
* Reunión con la Comunidad												
* Reuniones del Comité				140000			140000			140000		140000
7. Sueldos y bonificaciones	1000000	1000000	1000000	1000000	1000000	1000000	1000000	1000000	1000000	1000000	1000000	1000000
* Médico												
* Enfermera												
* 7 Promotores a 150,000 por mes												
TOTAL POR MES	2740000	9784050	9903050	5110000	5000000	4300000	4290000	4030000	4050000	4170000	4030000	4190000

4.1.6.3. COSTOS UNITARIOS POR ACTIVIDADES

1. Creación de puestos de salud

Implementación	Precio Unitario	TOTAL
* Mobiliario		
- 7 escritorios	120.000,00	840.000,00
- 21 sillas	60.000,00	1'260.000,00
- 7 ficheros	55.000,00	385.000,00
- 7 botiquines de madera	80.000,00	<u>560.000,00</u>
SUBTOTAL		3'045.000,00
* Instrumental		
- 7 balanzas reloj	410.000,00	2'870.000,00
- 1 balanza de pie	60.000,00	60.000,00
- 1 fonendoscopio	45.000,00	45.000,00
- 1 tensiómetro	120.000,00	120.000,00
- 1 set de diagnóstico	600.000,00	600.000,00
- 1 termómetro bucal	2.000,00	2.000,00
- 1 termómetro rectal	2.000,00	<u>2.000,00</u>
SUBTOTAL		3'699.000,00
* Transporte		
- 7 Viajes a comunidad	20.000,00	<u>140.000,00</u>
SUBTOTAL		140.000,00
* Útiles y papelería		
- 7 mochilas	40.000,00	280.000,00
- 10 cuadernos espirales	4.000,00	40.000,00
- 500 carpetas plásticas	600,00	300.000,00
- 20 lápices	500,00	10.000,00
- 7 borradores	800,00	5.600,00
- 1000 hojas papel periódico	22,00	22.000,00
- 700 tarjetas de control	215,00	150.500,00
- 7 cajas de tachuelas	2.000,00	14.000,00
- 7 libros "DNHD"	50.000,00	<u>350.000,00</u>
SUBTOTAL		1'172.100,00
* Medicamentos		
- Antiparasitarios	170.000,00	1'190.000,00
- Analgésicos	30.000,00	210.000,00
- Material de curación	50.000,00	<u>350.000,00</u>
SUBTOTAL		1'750.000,00
Total actividad 1		9'806.100,00

2. Capacitación de Promotores de Salud

* Reunión con los promotores		
- Viáticos a 28 personas	3.000,00	84.000,00
- Alimentación 30 personas	3.500,00	<u>105.000,00</u>
SUBTOTAL		189.000,00

* 4 Cursos de formación	POR CURSO	TOTAL
- Material didáctico	70.000,00	280.000,00
- Viáticos a 28 personas 3.000,00 diarios * 5 días	420.000,00	1'680.000,00
- Alimentación 30 personas 10.000 diarios por 5 días	1500.000,00	<u>6'000.000,00</u>
SUBTOTAL		7'680.000,00
Total actividad 2		8'149.000,00

3. Capacitación a Comadronas

* Reunión con las comadronas		
- Viáticos a 10 parteras	3.000,00	30.000,00
- Alimentación 12 personas	3.500,00	<u>42.000,00</u>
SUBTOTAL		72.000,00

* 4 Talleres	POR TALLER	TOTAL
- Material didáctico	50.000,00	200.000,00
- Viáticos a 10 Parteras 3.000,00 a cada una	30.000,00	120.000,00
- Alimentación 12 personas a 5.000 cada una	60.000,00	<u>240.000,00</u>
SUBTOTAL		560.000,00
Total actividad 3		632.000,00

4. Programa de salud escolar

* 5 Reuniones con los Profesores		
- transporte	20.000,00	<u>100.000,00</u>
SUBTOTAL		100.000,00

* 15 Visitas médicas a las escuelas		
- transporte	20.000,00	<u>300.000,00</u>
SUBTOTAL		300.000,00

* 20 Talleres de capacitación "niño a niño"		
- transporte	20.000,00	400.000,00
- material didáctico	10.000,00	<u>200.000,00</u>
SUBTOTAL		600.000,00
Total actividad 4		1'000.000,00

5. Brigadas de atención médica

* Consulta médica en 7 comunidades		
- 35 viajes	20.000,00	700.000,00
- medicamentos	100.000,00	<u>3'500.000,00</u>
SUBTOTAL		4'200.000,00
Total actividad 5		4'200.000,00

6. Formación de Comités de Salud		
* Reunión con las 7 Comunidades		
- 28 viajes	20.000,00	<u>560.000,00</u>
SUBTOTAL		560.000,00
Total actividad 6		560.000,00

4.1.7. SOSTENIBILIDAD

Al terminar el año del proyecto, la sostenibilidad del mismo se realizará mediante las siguientes fuentes:

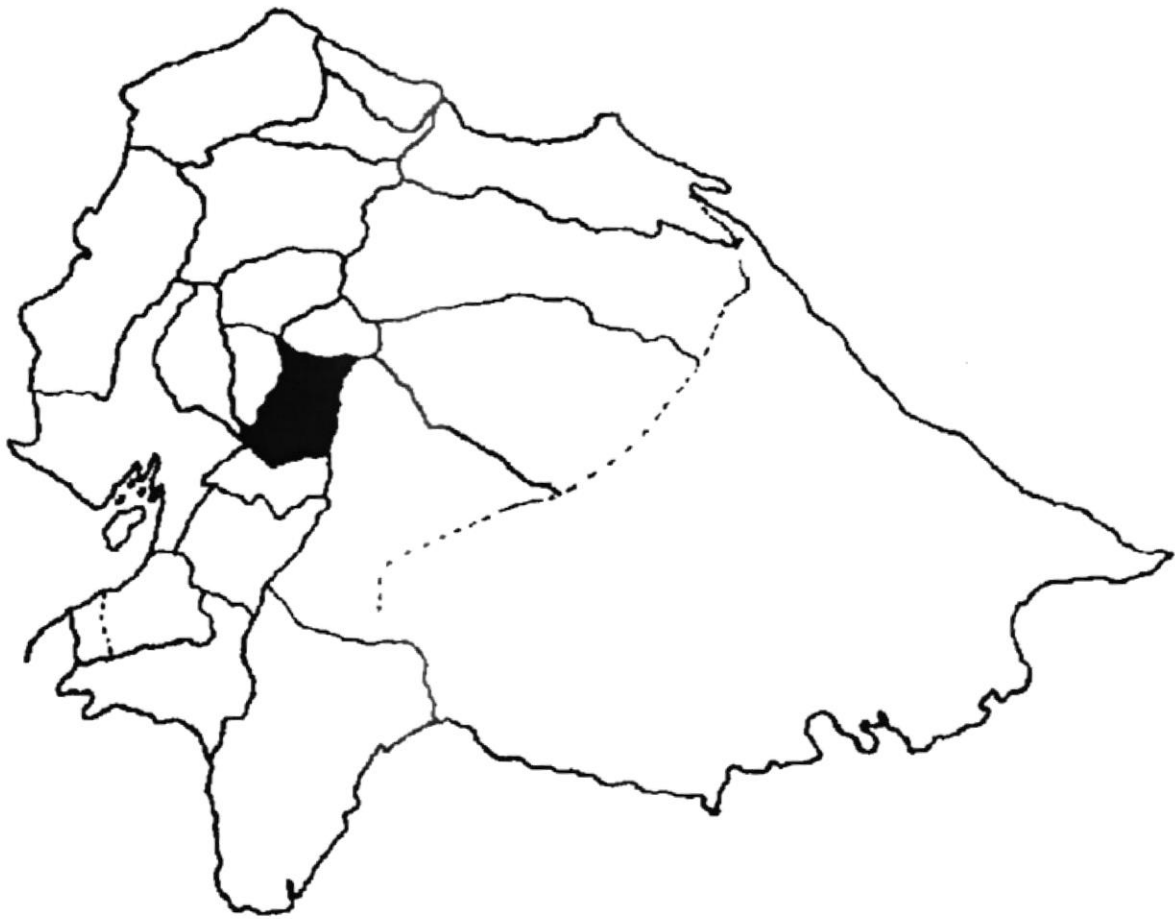
1. La curia asumirá el gasto de los profesionales, procurando destinar el 5% de los imprevistos de los otros proyectos, para salud.
2. El valor de las consultas médicas, servirá para la bonificación del promotor.
3. De los botiquines que manejen los promotores, se prevee, una utilidad del 15%, de los uales el 5% servirá para incrementar el fondo del botiquín y la diferencia para la bonificación del promotor.
4. En los comités de salud, durante el año del proyecto, se animará a la población para que encuentre formas de recompensar el trabajo de los promotores.

La referencia y contrareferencia de los pacientes se coordinará con el Subcentro de Guano y con el centro que para tal efecto tiene la Pastoral de la Salud en Riobamba.

El seguimiento de los promotores se procurará que lo realice coordinadamente el personal del Subcentro de Salud con el equipo médico de la Diócesis.

ANEXOS

Anexo 1 MAPA POLÍTICO DEL ECUADOR



Anexo 2 MAPA POLÍTICO DE CHIMBORAZO



Anexo 3 CUADROS

Cuadro 4
Población Total y por Área, Ecuador 1950-1990

AÑOS	URBAN A	RURAL
1950	46.345	171.785
1962	61.210	222.173
1974	78.171	226.145
1982	94.426	239.674
1990	119.813	244.869

Fuente: INEC. Censos de Población 1950-1990
Elaboración: Dr. Patricio Inca Ruiz

Cuadro 5
Proyección Poblacional por Cantones, Chimborazo 1996

ÁREAS	POBLACIÓ N
Riobamba	188.239
Colta	50.836
Alausi	45.891
Guano	39.694
Guamote	32.104
Pallatanga	18.640
Chunchi	14.463
Chambo	10.422
Penipe	7.589
TOTAL	407.878

Fuente: INEC. Proyecciones Poblacionales en Ecuador hasta el año 2000
Elaborado por: INEC

Cuadro 6
Distribución de la tierra por uso productivo. 1993

PRODUCTIVAS	254.700	39
NO PRODUCTIVAS	396.000	61
TOTAL	650.700	100

Fuente: INEC. Encuesta de superficie y producción por Muestreo de Áreas, 1993
Elaboración: Dr. Patricio Inca Ruiz

Cuadro 7

Características de las viviendas en el sector rural, por cantones . Chimborazo 1990

	Riobamba		Alausí		Colta		Chambo		Chunchi		Guamote		Guano		Pallatanga	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Casa o villa	11279	67.9	6171	64	5946	52.6	1264	82.1	1794	79.2	1486	26.3	5017	74	1050	72.9
Departamento	14	0.1	39	0.4	10	0.1	-	-	3	0.1	4	0.1	5	0.1	-	-
Cuartos casa	73	0.4	180	1.9	21	0.2	17	1.1	18	0.8	67	1.2	25	0.4	1	0.1
Mediagua	3613	21.7	780	8.1	3114	27.5	218	14.2	193	8.5	598	10.6	819	12.1	143	9.9
Otros*	1634	9.9	2467	25.6	2217	19.6	40	2.6	256	11.3	3467	61.8	916	13.4	247	17.1
Total	16613	100	9641	100	11308	100	1539	100	2264	100	5642	100	6782	100	1441	100

* Otros: incluye rancho, covacha, choza y otro tipo de vivienda

Los cantones de Cumandá y Penipe fueron creados luego de 1990, por lo que sus datos están incorporados a Pallatanga y Guano respectivamente.

Fuente: INEC. Censo de Vivienda 1990
Elaboración: Dr. Patricio Inca Ruiz.

Cuadro 8

Tasas de Natalidad por Cantones. Chimborazo 1994

CANTONES	TASA	NACIDOS VIVOS	POBLACIÓN
Penipe	3,27	193	58.938
Alausí	13,11	121	9.233
Chambo	20,88	302	14.464
Chunchi	21,48	464	21.604
Guamote	23,84	853	35.787
Pallatanga	24,82	1.262	50.836
Guano	25,51	1.095	42.929
Riobamba	29,57	4.199	141.983
Colta	36,54	1.173	32.104
TOTAL	23,69	9.662	407.878

Fuente: INEC. Nacimientos y Defunciones. Chimborazo 1994
Elaboración: Dr. Patricio Inca Ruiz.
Tasa por 1000 habitantes

Cuadro 9
Tasas de Mortalidad General por Cantones. Chimborazo 1994

CANTONES	TASA	DEFUNCIONES	POBLACIÓN
Riobamba	9,01	1.279	141.983
Guamote	7,38	237	32.104
Guano	7,15	256	35.787
Alausí	6,57	282	42.929
Colta	6,37	324	50.836
Penipe	5,96	55	9.233
Chunchi	5,39	78	14.464
Pallatanga	5,23	113	21.604
Chambo	1,43	84	58.938
TOTAL		2.708	407.878

Fuente: INEC. Nacimientos y Defunciones. Chimborazo 1994
Elaboración: Dr. Patricio Inca Ruiz.
Tasa por 1000 habitantes

Cuadro 10
Cinco Principales Causas de Muerte. Chimborazo 1994

CAUSAS	DEFUNCIONES
Respiratorias	604
Intestinales	203
Digestivas	203
Cardio-Pulmonares	186
Perinatales	140
TOTAL	1.336

Fuente: INEC. Nacimientos y Defunciones. Chimborazo 1994
Elaboración: Dr. Patricio Inca Ruiz.

Cuadro 11
Causas de Mortalidad Neonatal . Chimborazo 1994

CAUSA	DEFUNCIONES
Afecciones respiratorias	29
Otros	17
Inmadurez Fetal	15
Enfermedad Hemolítica	1
TOTAL	62

Fuente: INEC. Nacimientos y Defunciones. Chimborazo 1994
Elaboración: Dr. Patricio Inca Ruiz.

Cuadro 12

Tasas de Mortalidad Infantil, Neonatal y Posneonatal por Provincia Período: Junio'84 a Mayo'94 . Ecuador 1994

PROVINCIAS	T.M.I.*	NEONATA L	POSTNEONATA L
Chimborazo	100	61	39
Cotopaxi	74	32	42
Los Ríos	59	35	24
Esmeraldas	58	32	26
Bolívar	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
Manabí	35	15	20
Azuay	34	20	14
Guayas	33	18	15
Pichincha	32	16	16
TOTAL PAÍS	44	24	20

* T.M.I. Tasa de Mortalidad Infantil por 1.000 Nacidos Vivos

Fuente: ENDEMAIN-94

Elaborado por: CEPAR- Proyecto Análisis y Promoción de Políticas de Salud.

Cuadro 13

Tasas de Mortalidad Infantil según Instrucción de la Madre. Ecuador 1989-1994

INSTRUCCIÓN	TASA
Ninguna	80
Primaria	44
Secundaria	31
Superior	11

Fuente: CEPAR. Correo Poblacional y de Salud 1994

Elaborado por: Dr. Patricio Inca Ruiz

Tasa por 1.000 nacidos vivos.

Cuadro 14
Tasa de Mortalidad Infantil por Cantones. Chimborazo 1994

CANTONES	TASA	DEFUNCIONES	NACIDOS VIVOS
GUANO	46,89	40	853
COLTA	42,00	53	1262
RIOBAMBA	36,91	155	4199
PALLATANGA	36,64	17	464
ALAUSI	33,79	37	1095
CHAMBO	31,09	6	193
CHINCHI	24,79	3	121
PENIPE	22,17	26	1173
GUAMOTE	16,56	5	302
TOTAL	35,40	342	9662

Fuente: INEC. Nacimientos y Defunciones. Chimborazo 1994
Elaboración: Dr. Patricio Inca Ruiz.
Tasa por 1000 menores de 1 año

Cuadro 15
Causas de Mortalidad Infantil. Chimborazo 1994

CAUSAS	DEFUNCIONES
I. R. A.	723
E.D.A.	363
Desnutrición	121
Circulatorias	45
Sistema Nervioso	44
TOTAL	1296

Fuente: INEC. Nacimientos y Defunciones. Chimborazo 1994
Elaboración: Dr. Patricio Inca Ruiz.

Cuadro 16
Mortalidad Materna en Chimborazo de 1989 a 1994

AÑOS	DEFUNCIONES
	S
1989	26
1990	19
1991	24
1992	22
1993	29
1994	11

Fuente: INEC. Nacimientos y Defunciones. Chimborazo 1994
Elaboración: Dr. Patricio Inca Ruiz.

Cuadro 17
Causas de Mortalidad Materna en Chimborazo de 1989 a 1994

CAUSAS	DEFUNCIONES
Toxemias	1
Complicaciones Postparto	4
Otras	6
TOTAL	11

Fuente: INEC. Nacimientos y Defunciones. Chimborazo 1994
 Elaboración: Dr. Patricio Inca Ruiz.

Cuadro 18
Porcentajes de Analfabetismo por provincias. Ecuador 1990

PROVINCIAS	TOTAL
Chimborazo	22,9
Cotopaxi	19,9
Bolívar	18,9
Cañar	17,5
Imbabura	16
Los Ríos	13,7
Manabí	13,6
Esmeraldas	13
Pastaza	12,4
Napo	12,2
Tungurahua	12,1
Azuay	11,9
Morona Santiago	10,4
Sucumbíos	9,7
Loja	9
Carchi	8,6
Zamora Chinchipe	8,4
Guayas	6,6
Pichincha	6,5
El Oro	5,2
Galápagos	2,6
TOTAL	11,96

Fuente: INEC. Censo 1990
 Elaborado por: CEPAR- Proyecto Análisis y Promoción de Políticas de Salud.

6. BIBLIOGRAFÍA

Atlas Ecuador Panorámico, Ecuador, Editado por EL Universo, 1995.

Almanaque Ecuatoriano 1990, Ecuador, Editorial de Pacífico S.A., 1990.

Anuario de Estadísticas Hospitalarias, Ecuador, INEC, 1994.

Boletín del II ENCUENTRO LATINOAMERICANO Y DEL CARIBE de, Pastoral de la Salud, Ecuador, CELAM, 1994.

BONIFAZ EDA, Datos estadísticos de Chimborazo, Ecuador, 1995.

BRAVO AGUSTÍN y Col, Riobamba en el siglo XX, Ecuador, Editorial Pedagógica “Freire”, 1992.

CENTRO DE ESTUDIOS Y PATERNIDAD RESPONSABLE, Perfil Socio-demográfico provincial Chimborazo, Ecuador, CEPAR, 1992.

CORRAL VÍCTOR, Chimborazo: Comunidad, elecciones, desarrollo, Ecuador, 1996.

Declaración de Alma-Ata, Rusia, 1978.

Documento preparatorio para el VI SÍNODO DIOCESANO, Realidad Social de la Provincia del Chimborazo, Riobamba, 1996.

Estatutos de la Diócesis de Bolívar, 1938.

ESTRELLA, EDUARDO, Medicina y Estructura Socio-Económica, Primera Edición, Ecuador, Editorial Belén, 1980.

Evangelio de Juan 10,10.

- 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.
- 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.
- INCA PATRICIO, SEGOVIA GALO y CASTRO ROCÍO, Proyecto de un Microsistema de Salud par una zona de Santo Domingo de los Colorados de ASME-CX, Ecuador, 1990.
- Informes Narrativos del Proyecto TACMA, Diócesis de Riobamba, 1991 y 1995.
- INEC, Estadísticas de nacimientos y defunciones, Provincia del Chimborazo, Ecuador, 1994.
- INEC, Proyección Poblacional de Ecuador hasta el año 2000, Ecuador, 1990.
- IV CONFERENCIA GENERAL DEL EPISCOPADO LATINOAMERICANO, Nueva Evangelización, Promoción Humana, Cultura Cristiana, República Dominicana, Editado por Conferencia Episcopal Ecuatoriana, 1992.
- KROEGER, Axel y LUNA , Ronaldo, Atención Primaria de Salud, principios y métodos, Segunda Edición, México, Editorial Pax México OPS, 1992.

LEÓN CAROLA e INCA PATRICIO, Memorias de los talleres de Medicina Natural, Ecuador , 1996, Memoria N° 3.

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, Inequidades en Salud, Correo Poblacional y de la Salud, Ecuador, CEPAR, Vol. 4, Núm. 1.

Nuevos Enfoques en Salud, Informe del Ministerio a la Nación, Ecuador, Ministerio de Salud Pública, 1992.

Plan de Trabajo para la Diócesis de Riobamba, Diócesis de Riobamba, 1959.

Plan Decenal de Desarrollo Socio-Económico, Diócesis de Riobamba, 1960.

Proyecto de Supervivencia Infantil en áreas marginales, Diócesis de Riobamba, 1994.

REINOSO, Víctor: 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.

SOLA, José, Situación de Salud en el Ecuador y Tendencia de Indicadores básicos, Ecuador, 1994.

SUAREZ, JOSÉ y Col, La Situación de Salud en el Ecuador 1962-1985, Ecuador, Ministerio de Salud Pública, 1987.

TORRES PEDRO, *Breve Realidad de Chimborazo*, Ecuador, 1996

Vigilancia Nutricional de la Madre y el Niño, Análisis de la situación en el Ecuador,
Ecuador, MSP-SISVAN, 1994.

ZUBIZARRETA ARMANDO, *La aventura del trabajo intelectual*, Segunda Edición,
Colombia, Fondo Educativo Interamericano, 1983.