

---

# ECUADOR

## SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

### Contexto socioeconómico, político y demográfico

A pesar de atravesar una profunda crisis económica y política en la década de 1990, el Ecuador ha fortalecido su régimen constitucional y democrático, reconociéndose como una sociedad multicultural, multiétnica y multilingüe. El Gobierno que asumió en agosto de 1992 propuso la restitución del equilibrio macroeconómico y la modernización del Estado y creó el Consejo Nacional de Modernización, adscrito a la Presidencia, a través del cual se produjeron las primeras privatizaciones de empresas públicas y las propuestas de descentralización, reducción del aparato estatal y reforma de la seguridad social.

En el período 1992–1995 la inflación descendió de 54,6% a 22,9%, la reserva monetaria se incrementó de US\$ 1.300 millones a \$1.600 millones y el déficit fiscal se redujo de 7% a 3% del producto interno bruto (PIB). Las migraciones temporales del campo a la ciudad y de las pequeñas a las grandes ciudades ocasionaron el crecimiento del sector informal, que representó 60% de la población económicamente activa (PEA) urbana en 1994. El desempleo neto pasó de 3,6% en 1990 a 6,9% en 1995. Entre 1991 y 1994 el subempleo se mantuvo aproximadamente en 48,0%. En julio de 1996 el ingreso total del trabajador fijado por el Consejo Nacional de Salarios equivalía a US\$ 154, lo que incluye un salario mínimo vital de \$27 y las compensaciones adicionales de ley (en 1990 los montos correspondientes eran de \$130 y \$65, pero el poder adquisitivo era mayor).

La falta de apoyo político en el Congreso y la progresiva resistencia de la opinión pública detuvieron el plan de privatizaciones. En noviembre de 1995 un plebiscito rechazó las reformas a la Constitución propuestas por el Presidente. El Gobierno emprendió acciones focalizadas de reducido impacto y los Ministerios de Salud, Educación, Vivienda y Trabajo sufrieron una crisis financiera al reducirse el gasto social de 7,8% del PIB en 1992 a 5,18%.

En agosto de 1996 el nuevo Gobierno despertó grandes expectativas por la promoción de programas sociales de amplio beneficio popular e impacto inmediato. Sin embargo, su estilo de conducción y el anuncio de un plan económico basado en la convertibilidad de la moneda, con agresivas privatizaciones, austeridad fiscal y duras medidas de ajuste, provocaron fuertes reacciones que desembocaron en movilizaciones de la sociedad civil. El Presidente fue sustituido por un Gobierno interino, elegido por el Congreso hasta agosto de 1998 y legitimado por un plebiscito en 1997, cuya propuesta fue combatir la corrupción, fortalecer la unidad nacional, disminuir el desempleo (estimado en 10% para 1997), estabilizar la economía, sentar las bases del desarrollo económico y social y preparar la transición política hacia la elección de gobernantes para el período 1998–2002.

La población del Ecuador se estimó en 11.936.858 habitantes para 1997, 55,4% de los cuales viven en zonas urbanas. La tasa de crecimiento poblacional fue de 2,1% en el último período intercensal (1982–1990) y se estima en 1,9% anual para 1995–2000. En 1995 los menores de 15 años constituían 36,4% de la población frente a 38,9% en 1990. Este grupo de edad representará 33,8% de la población total en el 2000. En 1995, 49,8% de la población vivía en la región de la costa, 44,8% en la sierra, 4,6% en la Amazonia, 0,1% en la región insular y 0,7% en zonas no delimitadas geopolíticamente.

La tasa de natalidad nacional, corregida por nacimientos inscriptos tardíamente (50% del total) se ubicó en 23,7 por 1.000 habitantes en 1995, lo que representa una disminución de 7,8% respecto del valor de 1990 (24,7). Según la Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil (ENDEMAIN 94), la tasa global de fecundidad de mujeres bajó de 4,0 hijos en el período 1985–1990 a 3,6 en 1989–1994 (4,6 en la zona rural y 2,9 en la urbana). El descenso se explica en gran parte por el aumento de los años de escolaridad en las mujeres y su creciente incorporación al mercado de trabajo, la migración del campo a la ciudad y los programas de planificación familiar. La población indígena, en cambio, mantiene altas tasas de fe-

cundidad, como se observa en provincias de la sierra como Bolívar, con 5,12 hijos por mujer, y de la costa del Pacífico, como Esmeraldas, con 4,66 hijos por mujer.

El 8% de los hombres y el 12% de las mujeres son analfabetos. Un 30% de los hablantes de lengua indígena son analfabetos frente a 10% de hispanoparlantes. Solo 53% de la población indígena accede a la educación primaria, 15% a la secundaria y menos de 1% a la superior.

Se estima que 63% de la población total se vio afectada en alguna medida por la pobreza en 1995, en comparación con 54% en 1990. El 40,3% de la población total tiene alguna necesidad básica insatisfecha (NBI). Este indicador oscila de 60,8% en la zona rural a 27,0% en la urbana. El 40% de la población total es pobre y el 15%, indigente. Las provincias más pobres y con mayor porcentaje de hogares con NBI presentan los menores índices de urbanización y, paradójicamente, las tasas de mortalidad registrada más bajas. Esto se explica por el subregistro, que aún no se ha cuantificado en el nivel provincial.

Sobre la base de los datos del Censo de Población de 1990 se estimó para ese año una población indígena de 910.146 (9,4% de la población total), concentrada en las zonas rurales de la Amazonia ecuatoriana y de la sierra. No existen mapas que permitan ubicar con precisión las distintas etnias. Datos estadísticos de 1994 indican que predomina la etnia quichua, que se concentra en las regiones de sierra (66.964) y en la Amazonia (72.528). Otras etnias de la Amazonia son los shuaras (36.634), los aschuaras (4.000), los huaoranis (1.200), los cofanes (627) y los siona-secoya (600). En la costa se encuentran 5.000 chachis, 1.000 tsachelas y 27.648 quichuas. Aún no se ha cuantificado la población ecuatoriana de origen africano, que se concentra en la costa y en dos provincias de la sierra.

En las zonas rurales de la sierra y de la Amazonia se estima que 76% de los niños en general son pobres y 80% de los niños y adolescentes indígenas en particular viven en la pobreza; en la costa, entre la población ecuatoriana rural de origen africano, 70% de los menores de 18 años son pobres. En estas zonas, así como en el cordón fronterizo con Colombia y Perú, la migración de varones adultos a las ciudades o al exterior en busca de trabajo agrava la situación. Pichincha y Chimborazo concentran cada una alrededor de 29,5% del total de emigrantes de las demás provincias. Se estima que un millón de ecuatorianos viven en el exterior, principalmente en los Estados Unidos de América.

En 1990–1995, la esperanza de vida al nacer se calculó en 68,8 años para la población general (66,4 años para los hombres y 71,4 para las mujeres). Para el período 1995–2000 se estima una esperanza de vida de 69,9 años para la población general (67,3 años para los hombres y 72,5 años para las mujeres). El aumento se relaciona con las acciones de promoción de la salud y educativas que favorecieron en particular a la población infantil.

## Mortalidad

La magnitud de la mortalidad general varía según el procedimiento empleado para medirla. Para 1995, el valor aceptado es de 5,17 por 1.000 habitantes, lo que representa un subregistro global de 16,4%. La estimación del subregistro basada en las tablas del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) es más alta (30,3% para la mortalidad masculina y 33,4% para la femenina) debido a que en el momento de construirse las tablas no se tuvo en cuenta el probable impacto de las acciones en favor de la infancia. El porcentaje de defunciones con certificación médica fue de 84,5%, un aumento de 3,3 puntos respecto de 1992. Los signos y síntomas mal definidos constituyeron 13,4% de las defunciones en 1995 frente a 14,3% en 1990.

Las tasas de mortalidad más altas en ambos sexos y grupos de edad corresponden a las enfermedades del aparato circulatorio, seguidas por las causas externas en los hombres y las enfermedades transmisibles en las mujeres. Estas últimas causas son las que más disminuyeron entre 1990 y 1995 en ambos sexos y en todos los grupos de edad (de 97,0 a 79,2 por 100.000 habitantes en los hombres y de 84,8 a 68,41 por 100.000 en las mujeres). En el mismo período, la caída más notoria en las defunciones por enfermedades transmisibles se observa en los menores de 1 año, con ganancias del orden de 400 vidas por 100.000. Las tasas de mortalidad por tumores malignos se mantuvieron estables en los hombres (59 por 100.000) y aumentaron en las mujeres de 67,3 a 71,2, concentradas en las mayores de 60 años. Las enfermedades del aparato circulatorio disminuyeron algo más en las mujeres que en los hombres, particularmente en los adultos mayores. Las afecciones originadas en el período perinatal se redujeron más en las niñas que en los niños (110 y 72 muertes menos por 100.000 nacidos vivos respectivamente). Las tasas de mortalidad por causas externas aumentaron ligeramente en los varones (de 99,5 a 103,8) y disminuyeron algo en las mujeres (de 29,1 a 26,1) entre esos años. La notable disparidad entre las tasas masculinas y las femeninas señala diferencias de género.

Entre 1990 y 1995 las principales causas de muerte en la población general fueron las mismas, pero el orden cambió. Así, la enfermedad cerebrovascular pasó del primero al segundo lugar, al bajar la tasa de 25,6 a 23,1 por 100.000 habitantes; la neumonía pasó del tercero al primero, con una tasa de 27,2 por 100.000; las enfermedades infecciosas intestinales pasaron del segundo al noveno y su tasa se redujo a la mitad; los accidentes de tráfico se mantuvieron en el cuarto lugar, con una disminución de la tasa de 19,4 a 15,8 por 100.000, mientras que el tumor maligno de estómago siguió en el séptimo lugar, con un ligero aumento de 11,7 a 12,7 por 100.000. Las muertes por homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otras personas pasaron del noveno al sexto lugar,

lo que representa un aumento de 50% y ocasionaron 55.443 años potenciales de vida perdidos (APVP) (50.200 en los hombres). Se calcula un total de 1.191.882 APVP por muertes ocurridas antes de los 70 años de edad, 713.785 en hombres y 479.097 en mujeres.

## PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

### Análisis por grupos de población

#### *La salud del niño*

La ENDEMAIN 94 estimó la mortalidad infantil nacional en 44 por 1.000 nacidos vivos, con grandes diferencias en el ámbito provincial: en Chimborazo, de población predominantemente rural e indígena, se estimó una tasa de 100 por 1.000 nacidos vivos, mientras que en Pichincha y Guayas, con predominio urbano en sus principales ciudades, Quito y Guayaquil, las tasas estimadas fueron de 32 y 33 respectivamente. Al igual que en 1990, la principal causa de defunción infantil fue el grupo de la hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias; las enfermedades diarreicas pasaron del segundo al cuarto lugar y su tasa se redujo a menos de la tercera parte, lo que se atribuye al uso de la rehidratación oral, y la neumonía se mantuvo en el tercer lugar.

Las infecciones respiratorias agudas constituyeron 37% de las causas de muerte en los niños de 1 semana a 11 meses y 32% en los de 1 a 4 años de edad, así como 28% y 24% de las causas de egresos hospitalarios, respectivamente. Las anomalías congénitas pasaron del octavo al sexto lugar, aunque en 1995 la tasa de mortalidad por esta causa se redujo a la mitad.

De las 8.234 muertes en niños menores de 5 años registradas en 1995, 2.622 corresponden a menores de 1 mes, de las cuales 1.916 ocurrieron en menores de 1 semana. Se registraron 2.926 defunciones fetales. En relación con 1990, y bajo el supuesto de que el subregistro de muertes infantiles se mantuvo estable, se observa un descenso apreciable en la mortalidad infantil y en el grupo de menores de 5 años. Las tasas de mortalidad por 1.000 nacidos vivos registrados, ajustadas por inscripciones tardías de nacimientos, fueron para los menores de 5 años de 30,3; la infantil 20,4, la neonatal precoz 7,0, la neonatal tardía 2,6, la posneonatal 10,7, la perinatal I, 17,9, y la perinatal II, 20,5.

En los menores de 5 años las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas fueron las principales causas de enfermedad. Un 19% de los niños encuestados había tenido diarrea durante las dos semanas previas a la ENDEMAIN 94, y 59% había padecido una infección respiratoria aguda. En 1994 y 1995, estas, junto con las enfermedades diarreicas e inmunoprevenibles, la desnutrición y anemias, la meningitis, la malaria y la septicemia representaron

entre 60% y 70% de las hospitalizaciones y entre 70% y 80% de los motivos de consulta externa de menores de 5 años en el Ministerio de Salud Pública.

En el grupo de 5 a 9 años de edad la mayor reducción de muertes ocurrió a expensas de las enfermedades infecciosas, especialmente las diarreicas y las respiratorias. En 1995, los accidentes ocuparon el primer lugar como causa de muerte en ambos sexos. Las causas violentas, incluidos los accidentes, causaron 285 muertes con una sobremortalidad masculina de 1,7/1; sin embargo, cierto tipo de agresiones, como el abuso sexual, se concentran en niñas a partir de los 5 años.

El grupo de 5 a 9 años suele quedar al margen de los programas infantiles, que se orientan sobre todo hacia los menores de 5 años, y de los programas para adolescentes; en consecuencia, se carece de información adecuada sobre sus causas de enfermedad y motivos de consulta ambulatoria. Los egresos hospitalarios, único dato disponible, reflejan coincidentemente un predominio de traumatismos y efectos de la violencia y accidentes, y un relativo aumento de enfermedades crónicas con respecto a 1990.

#### *La salud del adolescente*

En 1990, el grupo de 10 a 19 años de edad representaba 23,4% de la población. El trabajo a temprana edad, las migraciones y la falta de inserción cultural, entre otros factores, provocan en los adolescentes situaciones conflictivas que se expresan en problemas relacionados con su salud reproductiva y mental, y con sus posibilidades de desarrollo. Del total de muertes de 1995, 4,2% correspondieron a adolescentes. Tanto en el grupo de 10 a 14 años como en el de 15 a 19 la primera causa de muerte para ambos sexos fue accidentes y violencias, con 971 defunciones registradas, lo que representa una tasa de 37,6 por 100.000 habitantes, con franco predominio en la población masculina de 2,8:1 (716 varones y 255 mujeres).

En las adolescentes, las causas de muerte violenta predominantes son los suicidios, con 76 defunciones (66 en el grupo de 15 a 19 años), los accidentes de transporte, con 48 muertes (30 entre los 15 y 19 años) y las obstétricas (causas maternas), con 23 defunciones registradas, lo que representa una tasa de mortalidad materna para este grupo de 76,8 por 100.000 nacidos vivos registrados en 1995, de todas maneras menor que la de 1990. Para los adolescentes varones las causas de muerte predominantes son los accidentes, en particular los de transporte, con 191 defunciones (126 en mayores de 15 años), los homicidios, con 143 muertes (134 en mayores de 15 años) y los suicidios, con 50 (44 en mayores de 15 años).

Según una encuesta de 1995, el consumo de drogas ilícitas alcanza una prevalencia de 3,2% en el grupo de 12 a 19 años; la prevalencia de consumo de drogas lícitas (alcohol y tabaco) llega a cifras mayores. Según encuestas parciales de la década

del noventa, que corroboran los datos nacionales de fines de los años ochenta, el tabaquismo en los adolescentes llega a 14,9%, sin diferencias por sexo. Para 1995 se estimó en el ámbito nacional que 48,5% de los adolescentes de 11 a 13 años había tomado alguna vez algún tipo de bebida alcohólica, 73,9% entre los 14 y los 16 años y 87,1% a los 17 años, sin diferencias significativas por sexo. El 10% de los adolescentes se habrían embriagado antes de los 10 años de edad.

### *La salud del adulto*

Las principales causas de muerte en los adultos de 20 a 59 años son las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, los tumores malignos y los accidentes y violencias. En 1995, en los hombres de 20 a 44 años predominaron los accidentes y violencias, con 3.046 muertes, 52,3% del total de 5.828 muertes por todas las causas en este grupo. Entre las formas violentas de muerte se destacan los homicidios, con 936 defunciones, y los accidentes de transporte, con 653, seguidos por las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, con 535 defunciones (9,2% del total), los tumores malignos, con 257 (4,4%) y la tuberculosis, con 252 (4,3%). En las mujeres de 20 a 44 años de edad, las principales causas son los accidentes y violencias, con 486 defunciones (18,1% del total), los tumores malignos con 425 (15,8%), las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, con 398 (14,8%), la tuberculosis, con 154 (5,7%) y las causas obstétricas, con 145 muertes (5,4%).

En 1995 se registraron 170 muertes maternas. La tasa nacional ajustada por inscripciones tardías fue de 62,7 por 100.000 nacidos vivos registrados, dato que refleja un importante subregistro. El promedio para el quinquenio 1991–1995 fue de 110,1, con amplias diferencias regionales: en tres provincias la tasa sobrepasó a 200 y en dos provincias se ubicó en alrededor de 75. La ENDEMAIN 94 estimó la mortalidad materna en 159 por 100.000 nacidos vivos para el período 1988–1994, y la OPS/OMS la ubicó en 120 para 1995. Ante esta variación de cifras, las organizaciones nacionales comprometidas en el actual proyecto de reducción de la mortalidad materna adoptaron como dato nacional más real la tasa de 150 por 100.000. La mortalidad materna, además de relacionarse con la pobreza, tiene que ver con deficiencias de los servicios de salud. En 1995, el porcentaje de partos con asistencia profesional llegó a 66,5%, pero con diferencias sustanciales de 84,3% en la zona urbana y 41,9% en la rural, más marcadas aún si se compara a Guayaquil (94,2%) o Quito (89,5%) con el sector rural de la sierra (38,8%). Las causas ginecoobstétricas se notifican desde 1994 en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Cabe subrayar que mientras que los partos mantuvieron una tendencia estable, con

106.726 atendidos en 1996, las cesáreas aumentaron 33% (36.285), y los abortos, 14% (12.310).

Las principales causas de muerte en los hombres de 45 a 59 años fueron los accidentes y violencias, con 849 muertes (23,2% del total), las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, con 663 muertes (18,1%), los tumores malignos, con 392 (10,7%), la diabetes mellitus, con 169 (4,6%) y la tuberculosis, con 115 (3,1%). En las mujeres de este mismo grupo de edad predominaron los tumores malignos con 638 defunciones (26,2% del total), las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, con 551 (22,7%), la diabetes mellitus, con 158 (6,5%) y los accidentes y violencias, con 147 (6,0%). Entre los tumores malignos los más frecuentes fueron los del cuello del útero, que produjeron 176 muertes en 1995; los programas de detección comienzan a orientarse hacia este grupo de alto riesgo.

### *La salud del adulto mayor*

En 1995, en el grupo de 60 años y más las primeras causas de muerte fueron las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares y los tumores malignos. En los hombres de 60 y más años, las primeras causaron 3.455 defunciones (27,1% del total) y los tumores malignos 1.848 (14,5%); otras causas importantes fueron los accidentes y violencias, con 848 muertes (6,7%), la neumonía, con 750 (5,9%) y la diabetes, con 503 (3,9%). En las mujeres de este grupo de edad, las causas de defunción guardaron similar proporción: enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares 3.322 (27,4% del total), tumores malignos 2.010 (16,6%), neumonía 803 (6,6%) y diabetes 788 (6,5%).

En general faltan políticas, programas, servicios y recursos humanos especializados en el campo de la gerontogeriatría. Los servicios del Ministerio de Salud Pública para el grupo de mayores de 60 años, además de escasos, son inespecíficos y carecen de componentes de fomento, educación, autocuidado y rehabilitación. El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) estableció un programa focalizado en los grupos de apoyo mutuo y en la salud mental.

### *La salud de la familia*

Con una tasa global de fecundidad de 3,5 para el período 1990–1995 y un promedio nacional de cinco miembros por núcleo familiar, las familias ecuatorianas, sobre todo en el ámbito urbano, han sufrido un proceso de transformación importante en las últimas décadas, caracterizado por la disminución de su tamaño, la menor participación en el entorno comunitario y solidario de la familia ampliada y el aumento

de los casos de separación o divorcio, que ha creado una gran proporción de familias monoparentales.

La tasa promedio de matrimonios entre 1990–1995 fue de 6,3 por 1.000 habitantes y la de divorcios de 6,1 por 10.000 habitantes, es decir que de cada 10 nuevos matrimonios, uno se deshace formalmente. Este dato no refleja toda la realidad, puesto que son muy comunes, sobre todo en las zonas rurales de la costa, las uniones libres, que suelen ser más estables, así como las uniones múltiples y las separaciones tácitas que, sin ser divorcios, dejan a muchas mujeres como cabezas de familia, y en condiciones económicas y sociales que no permiten una sobrevivencia adecuada.

Los intentos de dar respuesta a los problemas de la familia, aunque importantes, muchas veces se quedan en aspectos específicos como el amparo a niños, niñas y mujeres maltratadas, o la asistencia a las necesidades urgentes de salud de personas y familias pobres; los que realiza el Instituto Nacional del Niño y la Familia son los más destacados. Algunas instituciones privadas, incluidas las organizaciones no gubernamentales, trabajan en este campo, sobre todo en la asistencia emocional, el amparo legal, de salud y social a los hogares con altos niveles de violencia familiar. En 1993 las redes de prevención del maltrato infantil (REDPANM) y las comisarias de la mujer para enfrentar la violencia familiar realizaron una importante labor. Desde 1993 se cuenta con una Ley Contra la Violencia a las Mujeres y las Familias. Algunas iglesias (salesianas) trabajan en programas de largo plazo para la asistencia y el rescate de niños de la calle.

### *La salud de los trabajadores*

Del total de la PEA de 1992, apenas 1.101.131 (30%) estaba protegida por el Seguro de Riesgo de Trabajo mediante afiliación al IESS; los principales problemas de enfermedad y muerte de este grupo no están bien investigados ni registrados. De los datos disponibles para 1990 se deduce que en la década 1980–1990, mientras en los trabajadores afiliados al IESS la incidencia anual de muertes por accidentes disminuyó de 226 a 162, en la población no afiliada se incrementó de 226 a 430. Las principales enfermedades derivadas del trabajo son: sordera profesional, intoxicaciones por plaguicidas y por otros productos químicos, bronconeumopatías, dermatosis, cáncer, afecciones del sistema locomotor, enfermedades infectocontagiosas y afecciones de los ojos. Desde 1994, los accidentes laborales se notifican al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Se han informado cerca de 5.000 casos al año entre 1994 y 1996.

Según un estudio de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y el UNICEF, en 1990 trabajaban unos 800.000 niños y jóvenes entre los 8 y los 18 años, es decir 30% de la

población de menores (2,5 millones), proporción que aumentó a 38,7% en 1996. En las zonas rurales trabajaban más menores (310.000) que en las urbanas y sus condiciones laborales eran peores. Solo 23% de los menores que trabajan asisten a la escuela. Puesto que el Ecuador forma parte de la iniciativa internacional de flexibilización laboral, que contempla la libre contratación, la baja de utilidades, la eliminación de la contratación colectiva en el sector público, la rotación de trabajadores y la opción a trabajo complementario por horas, se prevén mayores riesgos para la salud de la población trabajadora.

### *La salud de los discapacitados*

Un 13,2% de la población sufre alguna discapacidad. La incidencia de las discapacidades se agudiza en los sectores urbano-marginales y rurales, dada la relación entre discapacidad, malas condiciones de vida, bajos ingresos y poco acceso a los servicios de salud. No existe un registro nacional sistemático de discapacidades; sin embargo, las encuestas de prevalencia proporcionan un conocimiento básico de la situación. Se estima que 48,9% de los ecuatorianos tiene algún nivel de deficiencia y 2,4% son minusválidos. La proporción de discapacidades es ligeramente superior en los hombres que en las mujeres (13,5% frente a 12,9%) y también es mayor en la zona urbana que en la rural (13,5% frente a 12,4%). Las minusvalías tienen un franco predominio en la zona urbana (2,8% frente a 1,6%), lo que se asocia con las graves lesiones causadas por accidentes y violencias.

En los menores de 5 años predominan las deficiencias relacionadas con el desarrollo psicológico (35,9%), seguidas de las del lenguaje, que igualmente son psicosociales (20,3%) y las debidas a lesiones musculoesqueléticas (16,2%).

### *La salud de los indígenas y de otros grupos especiales*

Entre las principales causas de muerte y enfermedad de las poblaciones indígenas predominan las relacionadas con la pobreza: infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas y desnutrición. La hipoxia y las complicaciones del parto y del puerperio son las primeras causas de muerte infantil y materna, respectivamente. La tasa de mortalidad infantil es mayor en los indígenas que en el resto de la población; mientras que en 1994 la tasa nacional era de 22 por 1.000 nacidos vivos registrados, en las comunidades de Colimbuela y Cumbas llegaba a 83,3 y 66,7 respectivamente. La mortalidad infantil se relaciona con la desnutrición y con enfermedades por falta de seguridad alimentaria, inadecuada atención maternoinfantil, ambiente insalubre y baja cobertura de servi-

cios. En 1995, de cada 1.000 nacidos se producían 70 muertes antes de cumplir 1 año, y por cada 100.000 nacidos morían 198 madres. En los cantones indígenas de la sierra, 85% de los partos se realizaron sin atención médica. La desnutrición crónica en los menores de 5 años alcanza 69% en algunos cantones, cuando la nacional es de 49,4%.

En los niños de raza negra de Esmeraldas la desnutrición se estima entre 60% y 70%. La situación de salud de las poblaciones fronterizas con Colombia y Perú es crítica, en especial en las orientales. La desnutrición infantil crónica llega a 65% y las tasas de mortalidad infantil superan los 50 por 1.000 nacidos vivos registrados; las enfermedades más frecuentes son las parasitosis, las infecciones intestinales, las diarreas y las anemias.

La ubicación predominantemente rural de los grupos indígenas se relaciona directamente con la baja disponibilidad y accesibilidad a recursos y servicios. La cobertura de servicios sanitarios en la zona rural, ya de por sí baja, alcanza los niveles más críticos en la Amazonia, donde los profesionales de salud visitan comunidades indígenas de las riberas de los ríos una vez cada tres meses, en el mejor de los casos. Hay comunidades indígenas, como las de los awa coiquier, los chachi y los tsachila, que carecen de todo acceso a servicios básicos y de salud. Los saberes y prácticas de la medicina indígena cubren en parte sus necesidades de atención y parte de la lucha reivindicativa de estos pueblos es que se considere a sus agentes informales de salud (parteras, pajuyucs o hierbateros, yachags y chamanes, entre otros) y a la población misma como recursos humanos capaces de vigilar y cuidar la salud, integrando conocimientos de la medicina occidental que permitan mejorar las condiciones de salud y de vida de sus comunidades.

## Análisis por tipo de enfermedad o daño

### Enfermedades transmisibles

**Enfermedades transmitidas por vectores.** En 1996 se notificaron 12.011 casos de malaria, la cuarta parte que en 1993. La tasa más alta se encontró en Esmeraldas (1.175,0 por 100.000 habitantes); en la Amazonia, la provincia de Sucumbíos alcanzó a 936,9 por 100.000. Desde 1993, cuando las infecciones por *Plasmodium falciparum* ocasionaron 46% de los casos del país, la tendencia del porcentaje de infecciones por este parásito fue decreciente. En 1996 llegó a 16% del total de casos en la costa. El vector principal es *Anopheles albimanus*. En la Amazonia *A. triamiliatus*, *A. punctimacula* y *A. trinkae* podrían estar involucrados en la transmisión de la malaria.

Las provincias de la costa también fueron las más afectadas por el dengue, con 12.796 casos en 1996, un marcado aumento desde 1992. Las tasas de incidencia más altas se consignaron en Cañar, con 1.078,0 por 100.000 habitantes y en Manabí, con 365,0 por 100.000. En las zonas subtropicales de la sierra, solo

dos provincias (Cotopaxi y Loja) notificaron casos entre 1995 y 1996 frente a ocho provincias en 1990. En 1995 y 1996 no se comunicaron casos de dengue en la Amazonia.

En el período 1992–1996, la enfermedad de Chagas se diagnosticó en 12 provincias de la sierra, la costa y la Amazonia. La tasa de incidencia en Pastaza aumentó de 0,2 a 3,6 por 100.000 habitantes entre 1992 y 1995 y en Sucumbíos pasó de 4,5 en 1994 a 12,7 en 1995. Se realiza tamizaje en 95% de las donaciones en los bancos de sangre. Los vectores principales son *Triatoma dimidiata* y *Rhodnius ecuadoriensis*. Las notificaciones, que indican apenas 13 casos en 1996, no reflejan la realidad ya que se estima que alrededor de 500.000 personas están infectadas, principalmente en Guayas, El Oro y Manabí.

En cuanto a la leishmaniasis, la forma clínica cutánea es la más prevalente; su incidencia aumentó ligeramente a 1.655 casos en 1996, con notificaciones en 18 de las 21 provincias. En la región de la Amazonia, que presentó las mayores tasas, descendió de 143,6 por 100.000 habitantes en 1992 a 62,8 por 100.000 en 1996, mientras que en la sierra aumentó de 8,72 a 10,35, y en la costa, de 6,9 a 11,43. Las provincias más afectadas en 1996 fueron Zamora Chinchipe, Morona Santiago y Bolívar, con tasas de 211,2, 109,0 y 86,7 por 100.000 habitantes, respectivamente.

De 12 provincias que notificaron 27 casos de oncocercosis en 1992, solo 6 lo hicieron en 1996, con un total de 10 casos. El principal foco se localizó en Esmeraldas; sin embargo, no se informaron casos nuevos ni en 1995 ni 1996. El programa, basado en la distribución masiva de ivermectina, aspira a eliminar la oncocercosis en el 2000.

En la década de 1990 se notificaron casos de fiebre amarilla selvática en la región Amazónica. En 1994 y 1995 no se registró ningún caso en todo el país, pero en 1996 hubo ocho en Morona Santiago. En Sucumbíos, donde hubo transmisión selvática de la enfermedad en 1992, se detectó un foco de *Aedes aegypti* en 1996. De 24 casos con cuadro hemorrágico investigados en Morona Santiago, dos resultaron seropositivos para el virus oropuche; ninguno de los pacientes había tenido infección reciente o exposición anterior al virus del dengue ni al de la fiebre amarilla.

**Enfermedades inmunoprevenibles.** Desde 1990 no se notificaron casos de poliomiélitis. Entre 1992 y 1996 se redujo el número de casos confirmados de sarampión de 4.356 a 40 y el de tétanos neonatal de 71 a 37. En 1996, las coberturas de vacunación para el grupo de menores de 1 año fueron las más altas de los últimos cinco años (BCG 100%, OPV3 89%, DPT 88% y vacuna antisarampión 79%). En el mismo período se alcanzaron coberturas acumuladas con dos dosis de toxoide tetánico en 54% de las mujeres en edad fértil de 49 zonas de riesgo para el tétanos neonatal, frente a 20% en 1992. En 1995–1996 se detectaron casos de tétanos neonatal en las zonas urbano-marginales de Guayaquil, en madres

provenientes de zonas indígenas de la provincia de Chimbo-razo que migran a esta ciudad días antes del parto.

Se han presentado brotes epidémicos de difteria entre 1994 (565 casos) y 1995 (145 casos) en las provincias de El Oro y Pichincha en la población adulta. En 1996 se notificaron 22, lo que indica un descenso en la incidencia de esta enfermedad. En 1966 se registraron 136 casos de tos ferina frente a 320 en 1992.

La primera información disponible sobre hepatitis B data de 1994, con 443 casos notificados. En 1995 se registraron 564 casos, y en 1996, 569.

La notificación de casos de rubéola se incrementó considerablemente desde 1994, con la puesta en marcha del Sistema Nacional de Vigilancia de Enfermedades Febriles Eruptivas. Los casos notificados pasaron de 760 en 1992 a 4.797 en 1995 y a 1.436 en 1996. Esta última disminución se debe a que la enfermedad se incluyó en "otras enfermedades febriles eruptivas" del sistema de notificación del Plan de Eliminación del Sarampión. Desde fines de 1996, los laboratorios del Instituto Nacional de Higiene de Guayaquil y del Instituto Nacional de Salud de Bogotá procesan muestras de suero de los sospechosos de sarampión para diagnosticar rubéola.

#### **Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales.**

El cólera disminuyó marcadamente desde 1991, cuando se detectó el primer caso y se llegó a 46.320. En 1994 se detectó en 17 de las 21 provincias del país. En 1996 se notificaron 1.060 casos en 12 provincias, de los cuales 59% ocurrieron en Imbabura. En 1992–1996 la tasa de letalidad por cólera se mantuvo por debajo de 1%.

Las enfermedades diarreicas muestran una tendencia estable, con 193.352 casos en 1996. Constituyen una de las principales causas de morbilidad, en especial entre la población menor de 5 años. En 1995, de las 1.390 defunciones por enteritis y otras enfermedades diarreicas, 33,1% ocurrieron en menores de 1 año.

En 1996 se registraron 14.887 casos de salmonelosis, con una tasa de 127,3 por 100.000 habitantes, casi 50% más que en 1992. La enfermedad se notificó en todas las provincias excepto en las Islas Galápagos. Las tasas de incidencia más altas de las provincias de la costa variaron entre 160 y 325 por 100.000 habitantes en el quinquenio 1992–1996, mientras que en la sierra, Bolívar tuvo la tasa más alta, 1.025,9 por 10.000 en 1995.

Las intoxicaciones alimentarias de todo tipo bajaron de 8.742 casos en 1995 a 6.992 en 1996. Ese año las enfermedades infecciosas intestinales fueron la principal causa de egreso hospitalario en hombres (16.467 casos) y la tercera en mujeres (15.076).

**Infecciones respiratorias agudas.** Las infecciones respiratorias agudas sumaron 598.558 casos en 1996, con una

tendencia fuertemente creciente desde 1992, cuando se registraron 138.684 casos. El mayor crecimiento se observó entre 1993 y 1994, cuando la vigilancia se focalizó en los menores de 5 años. En Quito, en 1995, en una muestra de 195 niños que consultaron en los servicios de salud por tos o dificultades respiratorias, 15,9% presentaron neumonía, 2,6% neumonía grave, y los restantes tenían infecciones respiratorias agudas sin neumonía, en 45% de estos casos se administraron antibióticos innecesariamente. La neumonía ocasionó 6.373 egresos en hombres y 5.194 en mujeres, con tasas de 11,1 y 9,1 por 10.000 habitantes respectivamente.

**Rabia y otras zoonosis.** En el período 1992–1996, la epidemia de rabia humana presentó situaciones epidémicas en los bienios 1992–1993 y 1995–1996. De los 65 casos registrados en 1996, 20 correspondieron a la provincia de Pichincha y 13 a la de Guayas; los 32 casos restantes se distribuyeron en 11 provincias. El perro es la principal fuente de infección de la rabia humana.

La cisticercosis humana aumentó de 111 casos en 1992 a 336 en 1996. La brucelosis pasó de 5 a 9 casos. La fiebre aftosa registró una situación estacionaria, con un promedio anual de 100 rebaños bovinos afectados de enfermedades vesiculares clínicamente compatibles con esta. En 1996 la tasa de rebaños afectados fue de 0,39 bovinos por 1.000, la de morbilidad, de 2,95 por 10.000, la de morbilidad interna, de 21,8%, y la de letalidad, de 5,3%. Para erradicar la enfermedad se está realizando un proyecto de control en cogestión entre los sectores público (Ministerio de Agricultura) y privado (Federación de Ganaderos).

**Sida y otras enfermedades de transmisión sexual.** En 1996 se registraron 186 casos nuevos de infección por el VIH/sida. El total acumulado desde 1984, cuando se notificó el primer caso, es de 1.279 personas infectadas; 608 se clasificaron como casos de sida, de los cuales murieron 432. Entre 1992 y 1996 la tasa de incidencia anual de infección por el VIH/sida aumentó de 0,6 por 100.000 habitantes a 1,6 por 100.000. Entre 1984 y 1996, tres provincias notificaron 92% de los casos del país: Guayas con 69%, Pichincha con 12% y Manabí con 11%. La transmisión heterosexual explica 37,7% de las infecciones, la homosexual 29,2% y la bisexual 19,4%. La mayor proporción de personas infectadas tenía entre 19 y 39 años y más de 80% de los 1.279 infectados eran hombres. En 1996, 21 personas se infectaron accidentalmente por el VIH en una unidad de diálisis de Guayaquil, la más poblada del país. Las provincias de Imbabura, Sucumbíos, Pastaza y Morona Santiago son las únicas que no han registrado casos de infección por el VIH y, junto con Bolívar, Cotopaxi, Zamora y las Islas Galápagos, no han notificado casos de sida.

En los últimos años la gonorrea mostró una tendencia ascendente, registrándose 7.703 casos en 1996. Ese año se

notificaron 1.541 casos de sífilis y 87 casos de sífilis congénita.

**Enfermedades crónicas transmisibles.** La tuberculosis pulmonar mostró una tendencia general creciente, con 7.938 casos nuevos (67,91 por 100.000 habitantes) en 1996; se notificaron casos en todas las provincias, incluso en las Islas Galápagos. Las tasas más altas del período 1992–1996 se encontraron en provincias de la Amazonia, como Pastaza y Napo, con 302,4 por 100.000 habitantes y 291,3 por 100.000 en 1996. En la sierra, las mayores tasas se registraron en las provincias de Bolívar (314,24 en 1995), Cotopaxi (280,49 en 1996) y Cañar (138,89 en 1996), mientras que Guayas y Esmeraldas, presentaron las mayores tasas en la costa, (101,75 y 119,14 respectivamente en 1994).

En el período 1992–1996 la incidencia nacional de meningitis tuberculosa se mantuvo en menos de un caso por 100.000 habitantes. En seis provincias se registraron casos todos los años; la tasa más alta (3,3) se encontró en 1992 en Azuay, provincia de la sierra que mostró las tasas anuales más elevadas del quinquenio (excepto en 1996). En 1996 la Amazonia alcanzó la tasa regional más alta, con 16,2 por 100.000 habitantes en Pastaza. En esta región, en 1996 la provincia de Zamora comunicó casos por primera vez en el decenio de 1990, con una incidencia de 2,19 por 100.000 habitantes.

En 1996 se registraron 151 casos de lepra. La tasa promedio quinquenal fue de 1,16 por 100.000 habitantes. En 1996 las únicas provincias con casos de lepra fueron Guayas (con el mayor número), El Oro, Los Ríos y Manabí, en la costa, y Pichincha, en la sierra. El 71% de los casos nuevos fueron multibacilares (46,5% con presentación clínica lepromatosa).

#### *Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud*

**Enfermedades cardiovasculares.** Las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, que en conjunto ocasionaron 9.262 defunciones en 1995 (80,8 por 100.000 habitantes), tienen como importante factor de riesgo la hipertensión arterial, asociada también a otros problemas crónico-degenerativos. En 1966 se notificaron 25.850 casos de hipertensión en consultas externas, lo que muestra una tendencia creciente desde 1992. Las encuestas en diferentes grupos mayores de 15 años en los últimos 20 años (ninguna con representatividad nacional), estiman prevalencias entre 4% en la población rural de la sierra y 13% en los centros urbanos. La enfermedad hipertensiva causó 2.216 defunciones en 1995 (19,3 por 100.000).

En 1996 se notificaron 2.035 casos de fiebre reumática, 2,4 veces más que en 1992. Diferentes encuestas de prevalencia de estreptococias en garganta en la población escolar indica-

ron valores entre 7 y 19%. En 1995 la fiebre reumática causó 66 defunciones, 37 en mujeres y 29 en hombres.

La enfermedad isquémica del corazón, con 1.330 defunciones en 1995 (11,6 por 100.000 habitantes) y predominio en la población masculina (1,4:1) y la enfermedad cerebrovascular, con 2.645 defunciones en 1995 (23,1 por 100.000), no han recibido una respuesta directa de las instituciones de salud pública, más allá de la atención en los servicios clínico-quirúrgicos.

**Tumores malignos.** En conjunto, los tumores malignos constituyen una importante causa de muerte. En 1995 el cáncer de estómago, con 804 defunciones en hombres (14,0 por 100.000 habitantes) y 644 en mujeres (11,2 por 100.000) fue la localización más frecuente. En los hombres, el tumor de próstata ocasionó 333 defunciones y el de pulmón, 250. Las hiperplasias de próstata fueron la novena causa de hospitalización masculina, con 4.436 casos. En las mujeres, el tumor del cuello del útero causó 676 defunciones (incluidos los tumores de útero no especificados) y el de mama, 243.

**Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo.** Los únicos datos disponibles de desnutrición proteinoenergética en menores de 5 años provienen de mediciones directas del Sistema de Vigilancia Alimentario-Nutricional (SISVAN), del Ministerio de Salud Pública, y solo son representativos de las familias que acuden a los servicios del Ministerio. En los menores de 1 año se informa 10,7% de peso bajo para la edad (-2 DE a -3 DE) y 2,5% por debajo de -3 DE. El 21,1% de los niños de 1 a 4 años se encuentran entre -2 DE y -3 DE y 4,94% están por debajo de -3 DE. La media de retardo en el peso en menores de 1 año, que es de 13,26% en el nivel nacional, llega a 25,60% en la provincia del Carchi; 8 de las 18 provincias notificadas por el SISVAN se encuentran por encima de la mediana. En provincias muy pobres como Chimborazo la prevalencia de retardo en el peso en niños de 1 a 4 años es del orden de 40%, frente a una media nacional de 26%; 6 de las 18 provincias cubiertas presentan prevalencias mayores que la media nacional. El sistema no desglosa la información de prevalencia de niños con retardo entre -1 y -2 DE. La ENDEMAIN 94 estima la incidencia nacional de bajo peso al nacer en 13,9% y en 23,0% la de la sierra rural, mientras que el SISVAN la calcula en 8,9% en niños nacidos en unidades de salud.

El diagnóstico de la situación alimentaria y de salud de la población ecuatoriana de 1988 indicó que 69% de los menores de 1 año, entre 20% y 46% de los menores de 3 años y entre 10% y 22% de los niños entre 3 y 5 años sufrían de anemia por deficiencia de hierro. Un estudio de 1996 basado en una muestra representativa de escuelas de zonas de pobreza crítica señala que 37% de los escolares presentaban anemia, con mayor prevalencia en el primer grado escolar (45%) que

en el sexto (22%). La deficiencia de hierro es un grave problema de salud pública en todo el país y afecta principalmente a los niños pequeños, los escolares y las embarazadas.

En 1993 se informó deficiencia de retinol sérico (por debajo de 20  $\mu\text{g}/\text{dl}$ ) en 17,7% de los niños entre 12 y 59 meses de edad en poblaciones de pobreza crítica, con un rango de prevalencia de 9,6 a 25,6%. Varios estudios comprobaron que la deficiencia de vitamina A es un problema moderado, focalizado en ciertas parroquias de pobreza crítica.

En cuanto a los trastornos por deficiencia de yodo, el sistema de vigilancia del programa informa que en 1995, 94% de las muestras de sal contenían niveles de yodo superiores a 20 ppm; el consumo de sal yodada en la población rural alcanzó el 97% para el mismo año y la concentración de yoduria en 16 de 17 puestos centinelas presentó una mediana superior a 10  $\mu\text{g}/\text{dl}$ . Esto representa un riesgo leve de sufrir desórdenes por deficiencia de yodo en la población general.

Según la ENDEMAIN 94, 95% de los niños nacidos vivos entre 1990 y 1994 había iniciado la lactancia materna; 36% de los niños que iniciaron lactancia lo hicieron en la primera hora de nacidos y 43,5% en el transcurso del primer día de vida. La duración promedio de la lactancia exclusiva es de 2 meses en el nivel nacional, con variaciones entre 3,8 meses en la sierra rural y 1 mes en la costa.

La obesidad (medida por índice de masa corporal superior a 25), las dislipidemias, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus no insulino dependiente, entre otras enfermedades crónicas asociadas con la dieta y las formas de vida inadecuadas, están en ascenso y afectan a la población de todos los niveles socioeconómicos, por lo que se observa un traslape epidemiológico en el que coexisten los desequilibrios y las deficiencias nutricionales. Esto se observa también en los escolares: un estudio de 1995 mostró que 19% de los escolares de Quito son obesos; 22% presentaban incluso dislipidemias mixtas. En consultas externas la diabetes comenzó a notificarse en 1994, con 7.044 casos (tasa de 62,8 por 100.000 habitantes); en 1996 se registraron 7.526 casos (64,3).

**Accidentes y violencia.** Los accidentes y las diferentes formas de violencia ocasionaron 7.465 defunciones en 1995 (65,1 por 100.000 habitantes). Predominan en los hombres en una relación de 4:1. Se estiman en 192.148 y 44.805 los años potenciales de vida perdidos (APVP) en hombres y mujeres, respectivamente. Los accidentes de tráfico y los homicidios son los que mayor proporción de muertes provocaron, sobre todo en la población masculina. Los accidentes terrestres aumentaron de 8.906 en 1994 a 10.743 en 1996. Las encuestas realizadas en diferentes ciudades en la década de 1990 y los registros de la Policía Nacional revelan que la mayor cantidad de víctimas de accidentes de transporte son los peatones y los usuarios de transporte colectivo; describen también el importante efecto de la negligencia y el abuso de alcohol como cau-

santes de estos. Los accidentes domésticos, también con tendencia creciente, llegaron a 12.239. Las atenciones ambulatorias por violencia y maltrato registradas en 1994, 1995 y 1996 fueron 3.708, 4.025 y 3.265 respectivamente. Las fracturas fueron la segunda causa de egreso hospitalario de hombres, con 14.136 casos y la quinta de mujeres, con 6.295.

**Trastornos del comportamiento.** Los trastornos del comportamiento son motivo de consulta creciente, en particular la depresión, que en 1996 encabezaba las principales causas, con 4.521 consultas (tasa de 38,7 por 100.000 habitantes), seguida por la epilepsia y el alcoholismo. Las consultas por dependencia de fármacos son escasas. Los trastornos mentales ocasionaron 5.291 egresos hospitalarios en hombres en 1995 (tasa de 9,2 por 10.000 habitantes). El alcoholismo tiene una prevalencia de 7,7% en la población mayor de 15 años. El tabaquismo se asocia con 6,0% de la mortalidad general. A comienzos de la década de 1990, la prevalencia estimada de fumadores habituales entre los adultos era del 21,6% y la razón hombre/mujer en este grupo era de 2,4:1, en tanto que la prevalencia de fumadores habituales entre los adolescentes era de 14,9%, sin diferencias significativas por sexo. En 1995, en la población de 12 a 49 años de edad se estableció una prevalencia de vida de 51,6% para el consumo de tabaco y de 76,4% para el consumo de alcohol, mientras que la prevalencia de consumo en el último mes llegó a 28,3% para el tabaco y 51,2% para el alcohol; en el mes precedente a la encuesta, 19,7% de los entrevistados habían consumido alcohol en exceso, lo que en más de una ocasión los había llevado a la embriaguez. El Comité Interinstitucional de Lucha Antitabáquica desarrolla desde 1989 acciones coordinadas, sobre todo educativas, dirigidas a niños y adolescentes, y controla la publicidad y la ampliación de espacios libres de humo mediante instrumentos legales; sin embargo, el cumplimiento de las disposiciones se ve afectado por la falta de ejecutividad de las comisarías de salud.

El consumo de drogas ilícitas alcanzó una prevalencia de 3,2% en el grupo de 12 a 19 años, 6,0% en el de 20 a 29 años, 7,7% en el de 30 a 39 años y 3,3 en el de 40 a 49 años. La diferencia por sexo en el consumo de estas drogas es notable: 10,3% en hombres y 0,9% en mujeres, con una razón de 11,4:1.

**Salud oral.** De acuerdo con un estudio epidemiológico realizado en 1993 en la ciudad de Quito, el índice promedio de dientes cariados, perdidos u obturados (CPO-D) más alto correspondió al grupo de 45 y más años (26,5) seguido por los grupos de 35 a 44 años (20,3), 25 a 34 años (14,8), 15 a 24 años (8,6), y 6 a 14 años (2,1); la variable de piezas perdidas es más alta en los grupos mayores de 25 años. En 1996 se realizó otro estudio epidemiológico de salud oral en escolares fiscales de 6, 7, 8, 12 y 15 años de edad, de las zonas urbana y

rural, cuyos resultados indican que a los 6 años de edad 87% de los niños tienen caries y a los 12 años, 85%. El índice CPO-D en el grupo de 6 años es de 0,22 y a los 12 años es de 2,95. Se observó una reducción en comparación con los índices de 1988 (CPO-D 0,70 y 5,00 respectivamente).

**Desastres naturales.** Debido a su ubicación geográfica en el cinturón de fuego del Pacífico, el Ecuador está expuesto a diversos desastres naturales como inundaciones, sismos, erupciones volcánicas y sequías. La sequía que afecta a las provincias de Loja y El Oro en el sudoeste desde 1995 se ha convertido en verdadera emergencia nacional. En esta zona, agrícola por excelencia, la escasez de lluvias y la disminución del caudal de los ríos perjudicaron gravemente la economía de sus moradores obligando a muchos de ellos a emigrar. Asimismo, en zonas agrícolas de la costa se producen inundaciones anuales y las de 1997 perjudicaron a todas las provincias costeras. Las marejadas causaron importantes daños en la provincia de Esmeraldas, al norte de esta región. A fines de marzo de 1997 se registraron las lluvias torrenciales más importantes de los 10 últimos años, que provocaron en la provincia del Guayas la inundación de 80% del territorio, dos muertes, un sinnúmero de desaparecidos y unos 12.000 damnificados.

## LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

### Políticas y planes nacionales de salud

En 1992 se plantearon medidas de modernización de la gestión y financiamiento comunitarios para mejorar la cobertura de salud y la calidad de la atención. Se propició la participación del sector privado en la administración de los servicios sanitarios y se incentivaron mecanismos de recuperación de costos por medio de fundaciones especiales en los hospitales y en los servicios primarios, como el cobro selectivo por servicios, con la anuencia de comités comunitarios de salud. Estos cambios han tenido una aplicación limitada.

Se impulsó la descentralización de los servicios por medio de áreas de salud que constituyen la unidad básica de organización y gestión local de los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública. Las 180 áreas del país incluyen centros y subcentros de salud y hospitales cantonales, que son el primer nivel de referencia en el desarrollo de los sistemas locales de salud.

En junio de 1993 se inició el proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en el Ecuador (FASBASE) en 41 áreas prioritarias. Este proyecto se fundamenta en la política de atención primaria de salud impulsada por el Ministerio de Salud Pública desde 1988. A partir de 1995, incluye un componente destinado a mejorar los servicios

de emergencia en las zonas urbanas. A mediados de 1997 se comenzó a diseñar un nuevo proyecto de Modernización y Desarrollo de Redes Integrales de Servicios de Salud (MODERSA).

### *La reforma del sector salud*

La propuesta de reforma de la seguridad social del Consejo Nacional de Modernización presentada en el período 1992–1996, incluyó la de los servicios médicos. Al eliminar la afiliación obligatoria de los trabajadores formales al seguro público (IESS) se establece la competencia entre prestadores públicos y privados. El Consejo Nacional de Salud, presidido por el Ministro de Salud, elaboró una propuesta nacional alternativa, con la participación de todas las instituciones del sector público y privado y de la sociedad civil en los niveles central, provincial y local. Sus líneas fundamentales tienden a la organización de un sistema nacional de salud en el que el Ministerio de Salud tenga el papel conductor y regulador, sea el responsable de las acciones de salud pública y ponga en práctica un esquema de seguro de salud para ampliar la cobertura de atención médica, sobre la base de los principios de equidad y solidaridad y de una gestión descentralizada.

El debate sobre la reforma, que sigue abierto, ha dado lugar a numerosas iniciativas y propuestas de la seguridad social, del Frente Social, del gremio médico, de las organizaciones femeninas, de los indígenas y de las organizaciones no gubernamentales. Se lograron algunos consensos básicos para el desarrollo de una política estatal en la materia y para su progresiva puesta en marcha.

El proceso de reforma de salud no tuvo la continuidad esperada durante el Gobierno que se inició en 1996, al suspenderse el funcionamiento del Consejo Nacional de Salud. En mayo de 1997 se efectuó una consulta popular, cuyos resultados comprometieron al Gobierno a convocar para fines de ese año a una Asamblea Constituyente que diera viabilidad a la reforma del Estado y, dentro de ella, la del sector salud.

### Organización del sector salud

#### *Organización institucional del sistema de salud*

El sector salud está constituido por diversas instituciones públicas y privadas con y sin fines de lucro, escasamente coordinadas y que operan sobre la base de acuerdos y normas del Consejo Nacional de Salud para la aplicación de instrumentos técnicos como la historia clínica unificada o las normas de atención en salud materno-infantil generadas en el Ministerio de Salud Pública.

El subsector público está constituido por el Ministerio de Salud Pública, el IESS, el Servicio de Sanidad de las Fuerzas

Armadas y de la Policía, el Instituto Nacional del Niño y la Familia, y el Ministerio de Bienestar Social. En él se pueden incluir también las instituciones autónomas de carácter privado que realizan prestaciones con finalidad social: la Junta de Beneficencia de Guayaquil, la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil y la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer. En conjunto, este subsector cubre aproximadamente 59% de la población, especialmente en atención hospitalaria. Se estima que el Ministerio de Salud Pública cubre a 31% de la población, la seguridad social a 18% y la Junta de Beneficencia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha contra el Cáncer y otras privadas sin fines de lucro a 10%, las Fuerzas Armadas y la Policía a 1%, diversas entidades privadas lucrativas a 10% y el 30% restante no recibe atención médica formal.

El Ministerio de Salud Pública es el organismo oficial del Estado responsable de la elaboración de políticas y normas sanitarias; a la vez, es el mayor efector de prestaciones integrales de salud y posee la red de servicios más amplia. La seguridad social está encabezada por el IESS, que atiende mediante afiliación personal a los trabajadores formales (28% de la PEA del país). La afiliación familiar a los trabajadores de la zona rural conforma el Seguro Social Campesino, cuya cobertura incluye prestaciones sociales (mortuoria, invalidez, vejez) y atención médica primaria. Las Fuerzas Armadas y la Policía tienen servicios ambulatorios y de hospitalización para sus miembros y familiares y funcionan con la modalidad de seguro de salud. La Junta de Beneficencia y la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil atienden a la población de medianos y escasos recursos de la región de la costa. La Sociedad de Lucha contra el Cáncer presta servicios especializados de diagnóstico y tratamiento en las principales ciudades del país. La Cruz Roja atiende emergencias y regula los bancos de sangre. La Subsecretaría de Saneamiento Ambiental del Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda y los municipios que regulan y ejecutan acciones sanitarias también se consideran parte del sector público de salud.

Las organizaciones privadas con fines de lucro poseen establecimientos hospitalarios de diferente complejidad, consultorios y servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento para la población con capacidad de pago. Existen aseguradoras y entidades de medicina prepaga privadas. Una proporción importante de la población, principalmente la de escasos recursos, y sobre todo la de la zona rural, recurre a la medicina tradicional.

Desde fines de 1996, la Comisión Especial de Salud del Honorable Congreso Nacional ha analizado diversos proyectos de ley vinculados con la salud, entre ellos el de provisión de vacunas, y ha revisado las propuestas sobre regulación de las empresas privadas de salud y medicina prepaga y sobre descentralización y participación popular, que establece la participación de los municipios, los consejos provinciales y las organizaciones de la comunidad en acciones de salud.

Los principales organismos del sector, el Ministerio de Salud Pública y el IESS, aplican diferentes modelos de descentralización. El del Ministerio se basa en la propuesta de organización de áreas de salud, que constituyen pequeñas redes de servicios con delimitación geográfico-poblacional de atención y un esquema de descentralización técnica y desconcentración de la ejecución de algunas acciones administrativas, programación y ejecución del presupuesto. La ley de presupuesto vigente desde 1994 faculta la constitución de entidades presupuestarias a este nivel, a condición de que exista el recurso técnico capacitado para desarrollar este tipo de actividades. Las áreas de salud ejecutan sus planes de intervención según su propia capacidad resolutoria, sobre la base de la atención primaria de salud y con un fuerte componente de participación comunitaria. A pesar de estar constituidas exclusivamente por unidades del Ministerio, guardan concordancia con la propuesta de organización y desarrollo de los sistemas locales de salud. Por su parte, el IESS aplica un esquema de descentralización de los aspectos administrativos que se concreta en las grandes regiones. A su vez, este subsector tiene una estructura compleja, puesto que su objetivo primordial es administrar varios tipos de seguros y prestaciones, entre ellas, las de salud.

#### *Organización de las actividades de regulación sanitaria*

**Prestación de servicios de salud.** Si bien según la Constitución de la República le corresponde al Ministerio de Salud la regulación, dirección y control de todo el sector, esto no se ha concretado, cada una de las instituciones del sector realiza sus prestaciones de acuerdo con sus políticas, objetivos y recursos; coexisten problemas generales como la escasa coordinación intra e interinstitucional e intersectorial, las deficiencias en el aprovechamiento de los recursos, el bajo rendimiento de los servicios en los diferentes niveles de atención y la falta de un sistema de información gerencial. El Proyecto FASBASE está normalizando las prestaciones en el nivel primario, para enlazarlas con una red integral de servicios de salud (MODERSA).

**Certificación y ejercicio de profesiones de la salud.** La Dirección de Control Sanitario del Ministerio de Salud Pública, de conformidad con el Código de la Salud vigente, es el organismo regulador de las prestaciones de salud en general y realiza el registro de títulos y el control de la práctica de los profesionales universitarios en ciencias de la salud. La reforma del Código de la Salud, que está en estudio, incluye una propuesta de codificación general de todos los aspectos legales relacionados con la práctica médica.

**Fiscalización de tecnologías, medicamentos y otros insumos médicos.** El abastecimiento público de medicamentos se efectúa mediante tres mecanismos, a veces superpuestos:

el Centro Estatal de Medicamentos e Insumos Médicos (2%–6% en valores), la importación directa (10%–20%) efectuada principalmente por el IESS, la Sociedad de Lucha contra el Cáncer y la Junta de Beneficencia de Guayaquil, y las adquisiciones locales (74%–88%). La indefinición de ámbitos y responsabilidades entre las diferentes instancias que intervienen en la fijación, revisión y control de precios ha producido restricciones en la regulación del mercado de medicamentos y servicios de salud. No se han puesto en práctica mecanismos de defensa del consumidor.

El control de calidad de los medicamentos en los ámbitos privado y estatal ha mejorado sensiblemente con la aplicación de las Buenas Prácticas de Manufactura y con las oportunidades de exportación y producción para terceros o bajo licencia. Entre 1993 y 1997 se inspeccionaron 72% de las plantas instaladas en el país y se capacitó a 90% de los involucrados en el cumplimiento de esta norma, fijada desde 1994 como requisito para el funcionamiento, registro sanitario y trámites de exportación según el modelo de la Organización Mundial de la Salud.

El 95% de los equipos, aparatos e insumos para la salud es importado. El registro sanitario de estos productos no está definido. En general, existe subutilización del equipamiento, principalmente del altamente sofisticado, y de la tecnología tanto en el sector público como en el privado.

**Regulación ambiental.** La Comisión Asesora Ambiental de la Presidencia, creada en 1993, promovió la elaboración de principios ambientales básicos, políticas ambientales generales y el Plan Ambiental Ecuatoriano, que identifica los principales problemas ambientales, las zonas geográficas más perjudicadas, las actividades productivas que más inciden en el medio y los factores restrictivos de la gestión ambiental. Existen unidades ambientales en varios ministerios y entidades encargadas de la gestión ambiental, cuya acción se orienta hacia una toma de decisiones y acciones institucionales basadas en el equilibrio armónico entre lo económico, lo social y lo ambiental, y a normalizar, monitorear y controlar el uso y manejo de recursos naturales y la calidad del ambiente. La Ley Nacional del Medio Ambiente constituirá el marco general para la gestión ambiental.

El Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE), a través de su Unidad Ambiental y con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), ejecuta proyectos y diseña políticas que incorporan la estrategia ambiental a los planes nacionales de desarrollo. Existen dos políticas ambientales sectoriales: la de Agua Potable y Saneamiento Básico y la de Educación Ambiental para el Desarrollo Sostenible. Se elaboraron disposiciones para incrementar las exigencias ambientales en la explotación de hidrocarburos que se incluyeron expresamente en los nuevos contratos. Los municipios de las principales ciudades (Quito, Guayaquil y Cuenca) han impulsado

una vigorosa política ambiental urbana consistente en el fortalecimiento de sus unidades ambientales y laboratorios, la ejecución de programas de prevención de la contaminación del aire (Quito) y la expedición y aplicación de ordenanzas municipales tendientes a reducir la contaminación industrial originada en fuentes fijas y móviles. Se efectuaron estudios sobre el manejo de sustancias químicas y existe un plan nacional para promover su uso racional. El Comité Consultivo de Sustancias Químicas y la Comisión Nacional de Toxicología han promovido la elaboración de un proyecto de ley sobre sustancias químicas. El sector privado, por medio de la Asociación de Importadores y Formuladores de Agroquímicos, participa en el Programa Nacional de Uso Racional de Agroquímicos. Por su parte, la Cámara de Industriales apoya las actividades que promueven un manejo adecuado de los productos químicos industriales.

**Control de los alimentos.** El Ministerio de Industrias, Comercio, Integración y Pesca, por conducto del Instituto Ecuatoriano de Normalización, es la entidad responsable de la normalización sanitaria y de control de la calidad de los alimentos. Dicho instituto es el punto focal de la Comisión del Codex Alimentarius y realiza sus funciones en coordinación con los ministerios de Salud y de Agricultura, y con las demás entidades oficiales y privadas vinculadas a la cadena total de producción de alimentos.

## Servicios de salud y recursos

### *Organización de los servicios de atención a la población*

De los 205 municipios existentes en 1997, siete participan en el movimiento de municipios saludables: Tena, Riobamba, Portoviejo, Ibarra, Cuenca, Loja y Quito. Las líneas de acción fundamentales del movimiento giran en torno a actividades de desarrollo, uno de cuyos ejes fundamentales es la salud. Algunos, aunque no están encuadrados formalmente en el movimiento, llevan a cabo actividades que merecen destacarse, por ejemplo, el campo de turismo y es de interés en los municipios de Ibarra y Vilcabamba, el desarrollo sustentable orienta las acciones de los municipios de Tena y Cuenca, mientras que el de Quito considera un desarrollo espacial y organizativo con acciones de salud y ambiente, educación, comunicación, transporte, seguridad, movilización y participación social. Algunos centros académicos convergen con propuestas de capacitación y talleres que analizan los procesos de promoción de la salud y su relación con el trabajo de los gobiernos locales, como la Escuela Politécnica del Chimborazo y la Universidad de Loja. El Núcleo Provincial para la Reforma del Sector Salud en Cuenca contempla una propuesta participativa con miras a convertir al Azuay en una "provincia saludable".

### Programas de prevención y control de enfermedades.

El Ministerio de Salud Pública ejecuta programas nacionales de prevención, control o erradicación de los principales problemas de salud. Las iniciativas abarcan tuberculosis, dermatología sanitaria (que incluye lepra y leishmaniasis), enfermedades tropicales (malaria, enfermedad de Chagas, dengue y oncocercosis), rabia, sida y otras enfermedades de transmisión sexual, enfermedades crónicas no transmisibles (sobre todo el control del cáncer), cólera, y el Programa Nacional de Vacunación. La estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), iniciada en 1996, tiene como principales objetivos mejorar el tratamiento de los niños con infecciones respiratorias agudas y diarreas y disminuir la mortalidad en las zonas de mayor riesgo. El control de las enfermedades estreptocócicas y la prevención de la fiebre reumática, incluidos en los programas de epidemiología y de control de enfermedades respiratorias en la población infantil, se retiró del paquete de atención de AIEPI por la baja incidencia de la angina estreptocócica en los menores de 5 años.

Para controlar otras enfermedades no consideradas en el Programa Nacional de Vacunación, existe un proyecto de introducción de nuevas vacunas, previa valoración de riesgos y determinación de urgencias de intervención en las distintas zonas del país y para diferentes grupos de edad. Estas son las vacunas contra hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo B, y la triple viral contra sarampión, rubéola y parotiditis (SRP). El proyecto incluye la vigilancia epidemiológica de las enfermedades correspondientes.

**Sistema de vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública.** Entre 1992 y 1995 fue notoria la ausencia de información epidemiológica sistematizada en los distintos niveles de atención del Ministerio de Salud Pública. Prácticamente cada programa manejaba su propio sistema de vigilancia y de información en forma no coordinada. En 1996, la Dirección Nacional de Epidemiología, junto con epidemiólogos provinciales y funcionarios vinculados con el tema, lograron la aplicación de un formulario semanal de notificación obligatoria de enfermedades transmisibles (EPI-1) y el uso de un formulario de información mensual de casos confirmados (EPI-2). En 1997 se normalizó la vigilancia, se canalizó apropiadamente la información y se incorporaron otras instituciones de salud (IESS, Policía) a la vigilancia, para mejorar el sistema existente e impulsar la investigación epidemiológica.

La información hospitalaria es parcial y heterogénea. Están en revisión las normas estadísticas y de archivo clínico, así como el sistema de información de recursos y servicios del Ministerio de Salud, lo que, aunado a la capacitación de personal de las unidades de salud en estas áreas y en el manejo de la CIE-10, ampliará el conocimiento de la situación sanitaria general.

El Sistema de Vigilancia y Control Epidemiológico no utiliza o subutiliza la información de los laboratorios de referencia en el nivel nacional. La información almacenada en el sistema de laboratorios del Instituto Nacional de Higiene, de la Cruz Roja y de los hospitales no se procesa ni utiliza en toda su potencialidad. Se prevé analizarla tanto en la esfera nacional como provincial una vez que se complete la integración del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nacional.

**Control de la calidad del ambiente.** Los recursos hídricos acusan el persistente aumento de la contaminación generalizada por coliformes y sedimentos, provocado por la descarga incontrolada de diversos efluentes en los cursos de agua que atraviesan ciudades o zonas de explotación petrolera, minera, agroindustrial y agrícola de exportación. Hay un gran incremento del nivel de contaminación del aire, especialmente en grandes ciudades como Quito y Guayaquil, por las emisiones de vehículos automotores y de la industria. En Quito, las partículas totales en suspensión superan desde 1979 la norma de  $60 \mu\text{g}/\text{m}^3$ , con valores que progresivamente han alcanzado  $300 \mu\text{g}/\text{m}^3$  en 1994 (cinco veces el límite máximo aceptable); los polvos sedimentables han superado el límite de  $1 (\mu\text{g}/\text{cm}^2)$  30 días. El anhídrido sulfuroso no supera aún el límite aceptado, pero su tendencia es creciente. Los niveles de plomo en el aire de Guayaquil para 1990 y de Quito para 1991 se aproximaron al máximo permitido de  $0,5 \mu\text{g}/\text{m}^3$ . Los niveles de plomo en sangre en una muestra de embarazadas, recién nacidos, escolares y vendedores ambulantes de Quito revelaron valores superiores al máximo permitido de  $10 \mu\text{g}/\text{dl}$ .

El acelerado crecimiento de la población urbana ha ocasionado grandes desequilibrios entre la oferta y la demanda de vivienda y de servicios básicos, sobre todo en las ciudades grandes (Quito y Guayaquil) e intermedias (Machala, Esmeraldas, Portoviejo, Ambato y Loja). Se estima un déficit de 500.000 viviendas en el sector urbano y 700.000 en el rural.

Un estudio del subsector de agua potable y saneamiento básico realizado en 1993 dio impulso a una nueva política de modernización del sector y al Plan Nacional de Saneamiento Básico Rural (SANEBAR), con el que se espera lograr la cobertura universal rural para el 2005.

Para reducir los niveles de contaminación del aire por combustibles de automotores, desde 1976 la red ECUAIRE proporciona datos de monitoreo de Quito, Guayaquil, Cuenca y Ambato. En 1996, en colaboración con la Agencia de los Estados Unidos para la Protección del Ambiente y la Organización Mundial de la Salud, se evaluó la red y se diseñó un programa para su mejoramiento. En Quito se puso en funcionamiento una red automatizada de monitoreo (US\$ 2.000.000) y se está controlando la contaminación de vehículos. El Programa Nacional para la Eliminación del Plomo en las Gasolinas, vigente desde 1996, abarca a distintos sectores ambientales. Entre 1993 y 1996, la Comisión Asesora Ambiental desarrolló pro-

yectos estratégicos y programas básicos para superar los problemas ambientales y combatir sus causas. Los organismos de la sociedad civil vigilan y denuncian acciones perjudiciales para el ambiente y los medios de comunicación colectiva han intensificado su acción en beneficio del ambiente. El Ministerio de Medio Ambiente, con el apoyo de la Comisión Asesora Ambiental, implanta un proceso permanente de gestión ambiental que contribuye al desarrollo sostenible. El Proyecto de Asistencia Técnica para la Gestión Ambiental, con recursos del Banco Mundial, favorece las iniciativas de Gobierno, las municipalidades y las organizaciones no gubernamentales, mediante el Proyecto de Asistencia Técnica y Rehabilitación Ambiental en el Ecuador, el Plan de Manejo Ambiental en la Amazonia, la Gestión Ambiental Municipal y la Gestión Ambiental en el Área del Golfo de Guayaquil.

**Servicios de agua potable y alcantarillado.** En 1996 los servicios de agua abastecían a 69,7% de la población y los de alcantarillado a solo 41,7%. Las poblaciones urbanas tenían mayores niveles de cobertura (81,5% y 61,4% respectivamente) que las rurales (50,9% y 10,4%). Entre 1992 y 1996 se pusieron en práctica programas de instalación de letrinas para 1.841.000 habitantes, que beneficiaron a 9,1% de la población urbana y 26,3% de la rural.

**Manejo de residuos sólidos municipales, incluidos los hospitalarios.** El promedio nacional de recolección de residuos sólidos alcanza a 51,6% de la producción (69,6% en la zona urbana y 7,5% en la rural); gran parte se deposita en basureros abiertos, quebradas y esteros. La ciudad más poblada del país, Guayaquil, mejoró y amplió en 1995 su sistema de recolección. En Guayaquil se aplica un nuevo sistema de recolección, transporte y disposición final de residuos sólidos en rellenos sanitarios, que se complementa con un sistema de manejo diferenciado de residuos hospitalarios. Quito puso en funcionamiento una estación de transferencia, mejoró los vertederos y promovió el desarrollo de microempresas comunitarias para la recolección y transporte, ampliando su cobertura a 85% de la población. Ciudades intermedias como Cuenca, Riobamba, Loja y Ambato tienen programas maestros de gestión de residuos sólidos que incluyen el manejo de los residuos hospitalarios. Desde 1994, cuando se constituyó el Comité Interinstitucional de Gestión de Desechos Hospitalarios, se ha informado y capacitado a por lo menos 2.000 trabajadores de la salud y empresas de limpieza del país. Por lo menos 20 hospitales entre los públicos y los privados ejecutan programas de manejo de residuos sólidos en marcha y en enero de 1997 se publicó el reglamento de acción para los establecimientos de salud de todo el país.

**Protección y control de los alimentos.** El Ministerio de Salud, a través de la Dirección de Farmacología y Control Sani-

tario/División de Control de Alimentos, ejecuta los lineamientos políticos de control de la calidad de los alimentos. En el nivel operativo, las Direcciones Provinciales de Salud y las Áreas de Salud realizan las actividades de inspección de alimentos procesados industrialmente: las Municipalidades, por medio de las Direcciones de Higiene Municipal, controlan las ventas ambulantes de alimentos. El análisis microbiológico de alimentos se realiza en los laboratorios del Instituto de Higiene y Medicina Tropical "Izquierda Pérez", del Ministerio de Salud Pública. La Dirección Nacional de Epidemiología inició en 1996 el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmitidas por Alimentos, que forma parte del Sistema Continental de Vigilancia de las Enfermedades Transmitidas por Alimentos, implementado y coordinado por el Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ/OPS). Funciona activamente la Tribuna Ecuatoriana de Consumidores y Usuarios, miembro de la Organización Internacional de Asociaciones de Consumidores, que promueve acciones de control de calidad de los alimentos y de defensa del consumidor y edita bimensualmente una revista informativa.

**Promoción de la salud, ayuda alimentaria y preparación para desastres.** El programa de promoción de módulos de desarrollo lechero en el área de desarrollo rural integrado, que se ejecuta en Cañar, orientado a pequeños productores de leche, brinda cobertura a 4.000 familias; el de Atención primaria en salud y mejoramiento del saneamiento básico para las provincias de Esmeraldas, Manabí, Chimborazo, Azuay y Cotopaxi, dirigido a mujeres embarazadas, lactantes y niños, cubre a 76.920 personas; el de Colación escolar para mejorar la enseñanza en zonas prioritarias, de alcance nacional, dirigido a escolares, brinda cobertura a 500.000 estudiantes; el de Apoyo integral para el sector urbano marginal de Quito, dirigido a mujeres, cubre a 31.800 familias.

Existe un programa de preparativos para casos de desastres que se ejecuta en el Ministerio de Salud Pública desde hace varios años y cuyos logros han sido moderados. Las actividades consisten principalmente en realizar simulacros regulares en hospitales para poner a prueba los planes de contingencia, efectuar tareas de coordinación con entidades del sector salud e introducir el tema de la mitigación de desastres en las actividades sanitarias. Defensa Civil impulsó a fines de 1996 nuevas iniciativas para mejorar la coordinación entre las distintas entidades. Diversas universidades incluyeron el tema de los desastres en sus planes de estudio. La Cruz Roja Ecuatoriana y otras organizaciones no gubernamentales de socorro tienen programas de preparativos para casos de desastre.

Se observa una tendencia decreciente en la ayuda alimentaria internacional en el período 1990-1995: el Programa Mundial de Alimentos redujo su contribución de US\$ 1.671.176 en 1992 a solo \$91.596 en 1994, en parte por la

disminución de la capacidad de gestión del país. Los principales donantes han sido el Canadá, los Estados Unidos y la Unión Europea. En los últimos años, el Programa Mundial de Alimentos se constituyó en la única fuente de donación de alimentos para distribución directa; su cooperación representó 36% del total de ayuda alimentaria.

Durante la década de los 1980 hubo un enorme crecimiento de las organizaciones no gubernamentales en salud. Sus actividades se orientan hacia el desarrollo comunitario, el desarrollo de la mujer, la atención de la salud, la investigación y la capacitación. Sus acciones son por lo general autónomas y aún no se ha logrado coordinarlas con las del Ministerio de Salud Pública.

El subsector privado con fines de lucro brinda atención a la población mediante el pago de tarifas de diferentes niveles en establecimientos de diversa índole, desde consultorios ambulatorios hasta servicios de alta sofisticación tecnológica en los campos de hospitalización y de medios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

#### *Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas*

**Servicios de salud.** En 1995 había 3.462 establecimientos de salud, 2.988 (86,3%) sin internación y 474 con internación. De los primeros, 51,4% corresponden al Ministerio de Salud Pública; 32,6% al IESS y Seguro Social Campesino, y el restante 16% está integrado por las demás instituciones del sector. De los establecimientos con internación, 26% corresponden al Ministerio de Salud Pública y 62,7% al sector privado; el resto se distribuye en pequeñas proporciones entre las demás instituciones. El total de unidades operativas de salud incluye hospitales generales, especializados y cantonales, y clínicas particulares. Entre las unidades sin internación hay centros y subcentros de salud, puestos sanitarios y dispensarios médicos. La mayoría de los establecimientos con internación se ubican en la zona urbana, mientras que de los que no ofrecen internación, 57,1% corresponden a la zona urbana y 42,9% a la rural.

En cuanto a las camas hospitalarias, para 1995 la dotación normal era de 18.873. Las camas disponibles eran 17.804, con la siguiente distribución: el Ministerio de Salud Pública 7.812 (43,9%), la Junta de Beneficencia y la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil 2.580 (14,5%), el IESS 1.839 (10,3%), el Ministerio de Defensa 916 (5,1%), la Sociedad de Lucha contra el Cáncer, los municipios y la Policía 624 (3,5%) y el sector privado 4.033 (22,6%).

En 1995 se produjeron 50,8 egresos hospitalarios por 1.000 habitantes en 1995; la disponibilidad de camas por 1.000 habitantes fue de 1,6, valor estable desde 1988; el porcentaje de ocupación fue de 53,1%; el promedio de días de estancia 5,9 y la tasa de defunciones hospitalarias por 1.000 egresos 18,1,

mientras que, en relación con la población total, se mantuvo en 0,9 por 1.000 habitantes. El total de consultas de morbilidad fue de 9.719.664; las preventivas fueron 3.040.414, lo que representa una relación de 3,2:1. El total de atenciones de emergencia ese año fue de 1.205.207.

Desde 1995 funciona la Red Nacional de Emergencias Médicas, destinada a disminuir la morbimortalidad por esta causa. Se fortalecieron los servicios públicos de atención, comunicaciones y transporte en Quito, Guayaquil y Cuenca y se contempla incluir las emergencias cerebrovasculares, que han estado tácitamente asignadas a las empresas y servicios privados a los que no puede acceder la mayoría de la población, en especial si se trata de servicios de calidad.

**Servicios especializados.** Los servicios odontológicos registraron 2.319.824 intervenciones, de las que 1.231.608 corresponden a primeras consultas y 1.088.216 a subsecuentes, esto significa una cobertura de 10,7% de la población total, con una concentración de 1,9 consultas. En rehabilitación no hay información sobre la cantidad de pacientes que requieren este tipo de atenciones. Se realizaron algunos esfuerzos nacionales para enfrentar la problemática de los discapacitados; sin embargo, la accesibilidad de esta población a servicios y facilidades acordes con sus necesidades es escasa.

#### *Insumos para la salud*

**Medicamentos.** De 32 plantas productoras de medicamentos ubicadas en Quito y Guayaquil, 28% pertenecen a empresas transnacionales que fabrican 60% de los productos que se consumen localmente, y las restantes fabrican adaptaciones de productos para el consumo local (65%), y para terceros (35%). De 25% a 30% de esta producción se exporta a países latinoamericanos. En el decenio de 1990 el mercado de los medicamentos experimentó un crecimiento anual promedio de 4,5% en cantidad de unidades y de 22% en valores. La importación de medicamentos, favorecida por la política de precios, cubre 30%–40% de las necesidades del mercado, con un aumento anual de 10%. El mercado de medicamentos representa un promedio anual de US\$ 220 millones y comprende 70 millones de unidades vendidas; 61% son productos de marca y 36% innovadores, casi todos son importados y la presencia de genéricos es de 3%, pese a que existen facilidades para su registro sanitario. Las adquisiciones del subsector conformado por el IESS, el Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía y el Ministerio de Salud Pública representan 10%–15% del mercado; las de las instituciones privadas (Sociedad de Lucha contra el Cáncer, Junta de Beneficencia de Guayaquil, Clínicas y hospitales) 35%–40% y el resto corresponde a 3.900 farmacias privadas, en su mayoría carentes de dirección profesional.

El mercado de insumos médicos es de US\$ 30 millones, dispersos en una cantidad indeterminada de proveedores, muchos de ellos ocasionales y concentrados en la venta de reactivos para análisis clínicos, elementos de radiodiagnóstico y material biomédico. Su registro sanitario no está suficientemente definido; además, es frecuente la informalidad en la comercialización de estos materiales. Los hospitales de especialidades los compran directamente y muchas veces los pacientes se hacen cargo de los gastos emergentes.

El Estado redujo su inversión en medicamentos entre 1985 y 1993 de 3,5% a 3,1% del gasto total del Ministerio de Salud Pública. Solo 21,5% de la población tiene acceso a medicamentos. En el ámbito urbano el porcentaje de gasto mensual familiar en salud creció entre 1991 y 1995 de 42% a 54%; la mitad de este gasto corresponde a medicamentos.

Los procesos de garantía de calidad de la infraestructura y la metodología han contrarrestado la sensible reducción de personal capacitado, originada por el achicamiento del Estado, lo que ha impulsado la introducción del control posregistro, complementando la evaluación previa. La introducción, por consenso, de las normas ha sido determinante para el mejoramiento de la garantía de la calidad de medicamentos.

**Productos inmunobiológicos.** La producción local de las vacunas BCG, DPT (difteria, tos ferina, tétanos), doble (dT) y toxoide tetánico por parte del Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical abastece 30% a 40% de la demanda anual. Deben importarse los biológicos faltantes para cubrir las necesidades del Programa de Inmunizaciones. Las vacunas contra el sarampión y la poliomielitis no se producen en el país y se importan por medio del Fondo Rotatorio de la OPS/OMS, así como las antitoxinas diftérica y tetánica. El país ha sufrido desabastecimientos periódicos de vacunas por falta de pago oportuno al Fondo, que afectaron al desarrollo normal de las actividades de vacunación en las unidades operativas y produjeron el alejamiento de los usuarios. En 1997 se sancionó una ley para solucionar en forma definitiva este problema.

Desde 1995 el Instituto Nacional de Higiene integra el Programa Regional de Buenas Prácticas de Manufactura y Control de Calidad de las Vacunas; sin embargo, la infraestructura requiere un mejoramiento sustancial en los departamentos de producción y control de calidad. Se espera mejorar la situación con el apoyo financiero del Gobierno del Japón.

**Reactivos.** El nivel de desarrollo tecnológico no posibilita la producción de insumos de laboratorio para satisfacer las demandas nacionales. La comercialización se realiza sobre la base de la demanda específica de los laboratorios, lo que determina que la oferta sea limitada. Por otro lado, las empresas comercializadoras, limitadas en número, no brindan la asesoría técnica necesaria, convirtiéndose en simples vendedores de insumos.

### *Recursos humanos*

**Existencia por tipo de recurso.** Los registros de personal empleado en instituciones de salud en 1995 presentan las siguientes razones por 10.000 habitantes: médicos 13,3, enfermeras 4,6, odontólogos 1,6, parteras 0,7 y auxiliares de enfermería 11,8. Esta relación debe analizarse a la luz de una inadecuada distribución de los recursos, con mayor concentración en la región de la sierra: el total de 15.212 médicos que trabajan en establecimientos de salud se distribuye a razón de 16 médicos por 1.000 habitantes en la sierra, 11,5 en la costa y 8,1 en la región amazónica. Similar situación se observa en las diferentes especialidades. Este fenómeno se relaciona con la distribución y ubicación de las universidades formadoras de recursos humanos en salud. Igualmente, la concentración de los recursos se relaciona con el desarrollo económico provincial: 63,2% del total del personal sanitario se encuentra en las provincias de Guayas, Pichincha y Azuay, con 28,6%, 27,7% y 6,9% respectivamente, que son las más desarrolladas del país. El 65,8% de los médicos, 50,4% de los odontólogos, 68,5% de las enfermeras y 54,9% de las parteras se concentran en las provincias mencionadas, es decir que existe una alta concentración del recurso humano (90% del personal sanitario), en las zonas urbanas. En 1995 se registraban 1.788 odontólogos, 5.212 enfermeras y 13.511 auxiliares de enfermería.

**Formación del personal de salud.** Se observa una tendencia reciente hacia la formación orientada a la atención primaria y a la medicina familiar. Entre 1994 y 1996 se han incorporado al proceso formativo dos nuevas universidades privadas que incluyen la carrera de Medicina. Se ha hecho hincapié en la formación de profesionales con niveles de posgrado en las áreas de Salud Pública, Epidemiología y Gerencia en Salud. La mayor experiencia en la formación de investigadores es la que se realiza en los programas de posgrado de las universidades, específicamente en Ciencias de la Salud, donde también se han formado administradores en salud. Las especialidades clínicas aportan con un componente de investigación en su formación. El 50% de los diferentes programas de posgrado de las universidades presentan actividades científicas debidamente estructuradas.

**Educación permanente del personal de salud.** La mayor parte de las actividades de educación en servicio se desarrollan por iniciativa de los gremios de profesionales, que planifican la realización de los diferentes eventos por especialidades. La mayoría de ellos cuenta con el apoyo de las empresas privadas y con el aval de las universidades; sin embargo, no se lleva un registro del número y tipo de eventos ni del total de personas capacitadas. En el sector oficial las instituciones realizan su programación de acuerdo con los intereses de desarrollo de los programas de servicios. En el ám-

bito del Ministerio de Salud Pública solo se capacita al personal para la aplicación de normas técnicas y las actividades sistemáticas del Proyecto FASBASE. Desde 1997 se adoptó la modalidad de incluir al personal de otras áreas en los eventos programados. Un factor desfavorable en el Ministerio de Salud Pública ha sido el limitado apoyo que recibió la capacitación en general, a tal punto que el débil Instituto Nacional de Capacitación (INAC) desapareció de la estructura orgánica en 1994. Sin embargo, se han desplegado esfuerzos en el Ministerio con el apoyo de organismos de cooperación (la OPS, el Fondo de Población de las Naciones Unidas [FNUAP], la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, CARE, la Embajada del Reino de los Países Bajos, las organizaciones no gubernamentales y las universidades) para diseñar un Programa de Mejoramiento de la Calidad de la Atención de los servicios de salud, consistente en la formulación y desarrollo de materiales e instrumentos para la capacitación en gerencia, basados en métodos de educación de adultos. La Universidad Nacional de Loja trabaja en el diseño de un innovativo plan de educación permanente, en el que se integra el sector educativo y el sector asistencial del Ministerio de Salud, principalmente.

#### **Mercado de trabajo de los profesionales de la salud.**

Hay desfase entre la oferta y la demanda de recursos humanos; en la década de 1980, de 1.000 aspirantes a médicos egresaban 245, de los cuales 122 podían acceder a una residencia en cualquier institución de salud y solo 75 obtenían un cargo definitivo o de planta en el mercado laboral del sector. De 1.000 aspirantes a odontólogos matriculados en primer año, 326 se graduaban y solo 50 obtenían un cargo definitivo. En enfermería, de 1.000 matriculados en primer año, 150 se graduaban y 141 accedían a un cargo definitivo. Las políticas salariales mantienen una dinámica más lenta que los procesos inflacionarios, lo que determina un rápido deterioro de la capacidad adquisitiva y origina conflictos laborales, tanto por reclamos de los diferentes grupos profesionales como de los demás trabajadores de las instituciones públicas de salud. El conflicto de mediados de abril de 1997 se extendió por más de 11 semanas.

#### *Investigación y tecnología en salud*

El desarrollo de la ciencia y la tecnología ha sido débil, lo que se evidencia por el limitado número de publicaciones y las escasas patentes otorgadas. El presupuesto estatal para la investigación corresponde apenas a 0,1% del producto nacional bruto (PNB) y no existe un sistema nacional estructurado de ciencia y tecnología. Muchos de los proyectos de investigación obedecen al interés particular de los investigadores y la

mayoría de los estudios se realizan en el sector estatal, principalmente en el ámbito universitario. Las actividades se relacionan más con adaptaciones tecnológicas que con la generación de nuevos conocimientos. Sobresalen los proyectos relacionados con biotecnología, salud y nutrición.

Se ha constituido una organización de carácter mixto para la elaboración de políticas de ciencia y tecnología, con apoyo del BID, una fundación cuyo directorio está constituido por representantes de la Vicepresidencia de la República, las universidades, los Ministerios de Educación y Cultura y de Industrias, las cámaras de la producción y la comunidad científica. Uno de los problemas identificados en este campo se refiere a la escasez de recursos humanos dedicados a la investigación.

**Documentación científica.** El acceso a la documentación científica se ha visto facilitado por la integración de redes computarizadas de información; sin embargo, como resultado de la crisis económica, la publicación de material científico y de otro tipo ha disminuido notablemente. Las pocas revistas científicas que subsisten, como las de las universidades, se publican con mucho retraso.

#### *Gasto y financiamiento sectorial*

Cada institución del sector tiene su particular fuente de financiamiento, conforme la población que atiende. El Ministerio de Salud Pública se financia con recursos fiscales provenientes de los impuestos generales, rentas de la exportación petrolera, tasas y contribuciones especiales y los aportes de la cooperación internacional. La atención médica del IESS tiene como fuente principal los aportes de empleados y empleadores, equivalente a 3,4% del valor de la nómina. En los últimos años, dado el bajo financiamiento de las prestaciones de salud, se hicieron transferencias internas del fondo de pensiones. En 1994, el déficit estimado del seguro de enfermedad y maternidad alcanzó los US\$ 100 millones, que fueron compensados con fondos de pensiones. El Seguro Social Campesino se financia con el 1% del valor de la nómina de modo tripartito: 0,35% del valor de la nómina de los asegurados urbanos, 0,35% de aporte de los empleadores y 0,30% de aporte del Estado, a lo que se adiciona una cuota mensual simbólica de los jefes de familia de 1% del salario mínimo vital; es decir, es un régimen subsidiado por el Programa General del IESS y por el Estado. La Junta de Beneficencia de Guayaquil recibe un aporte del Presupuesto General del Estado que no supera el 5% de su presupuesto y se financia básicamente con los beneficios provenientes de la Lotería Nacional, del rendimiento financiero de sus inversiones y de la recuperación parcial de costos de los servicios de salud y otros. La Sociedad de Lucha contra el Cáncer tiene asignacio-

nes fiscales y recibe el producto de impuestos directos a transacciones en el sistema financiero. Los servicios privados se financian por el gasto directo de las familias, que se constituye en la mayor fuente de financiamiento de la atención de salud en el país, dadas las dificultades que presentan las fuentes financieras para los servicios públicos.

La información sobre el gasto en atención de salud del sector es muy reciente, poco fidedigna e incompleta, en particular la del sector privado. Los datos disponibles indican que el gasto público en salud como porcentaje del gasto total del Estado ha bajado de 5,5% en 1992 a 4,6% en 1996. Aparte de su escasez, es evidente su distribución inequitativa, así como su utilización ineficiente y centralizada.

El gasto privado creció en los últimos años, a la vez que disminuyó el componente del gasto del Gobierno central. Ello está en correspondencia con la crisis fiscal y los programas de ajuste que redujeron enormemente las asignaciones al sector social (de 7,8% del PIB en 1992 a 5,2% en 1996). En el Ministerio de Salud Pública, el gasto como porcentaje del PIB cayó de 1,0% en 1985 a 0,75% en 1995. En el interior del sector público, la diferencia entre el gasto per cápita de un asegurado al IESS general (US\$ 117 en 1994) y al Ministerio de Salud Pública (\$15) es inmensa, y también lo es con un asegurado por el sistema del Seguro Campesino (\$17). En general los gastos del IESS en la prestación médica se mantienen equivalentes, con una leve tendencia al aumento, a pesar de la grave crisis financiera por la que atraviesa desde hace algunos años y el crecimiento de su demanda, sobre todo del sector de asegurados campesinos. De acuerdo con la legislación vigente desde 1981, se ha comenzado a aplicar un plan de recuperación parcial de costos en los hospitales públicos mediante el pago de un valor por las consultas, los exámenes de diagnóstico y otros insumos que antes eran gratuitos.

Según las últimas encuestas de hogares realizadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) para 1995, 54% del gasto privado o directo se destina a medicamentos, frente a 42% en 1991; le sigue el gasto en consultas externas con 22% en 1995 frente a 26% en 1991. El gasto en hospitalización en 1995 fue de 9%, muchísimo más bajo que en 1991 (25%), lo que puede reflejar la contracción de la demanda por los costos crecientes (directos e indirectos) y el incremento de las prácticas de la automedicación. También se anota un 9% para el gasto en equipos, incluidas las prótesis y otros gastos relacionados, frente a 5% en 1991, y la compra de seguros privados representó 6% en 1995 frente a 2% en 1991.

Según la encuesta de Condiciones del Vida del Servicio Ecuatoriano de Capacitación Profesional (SECAP), en los hogares más pobres el gasto promedio en salud en 1994 fue de 17% del gasto familiar, y en el sector urbano fue de 12%. El promedio de los sectores medios y altos no superó el 5%. Un 3,8% de las familias gastó en el pago directo de servicios de

salud una cantidad mayor que 30% de sus ingresos monetarios totales, lo que traduce una estructura de gasto y financiamiento en el sector salud profundamente inequitativa.

### *Cooperación técnica y financiera externa*

Diversos organismos de cooperación técnica y financiera: la OPS/OMS, el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF), el BID, la USAID, Cooperación Belga y la Agencia de Cooperación de los Países Bajos y otros países europeos, han brindado importante apoyo al sector salud del Ecuador en el período 1992–1997.

El Banco Mundial otorgó créditos para el desarrollo y ejecución del Proyecto FASBASE, para ampliar la cobertura y mejorar los servicios básicos de los grupos más desprotegidos urbanos y rurales. Del total de US\$ 102 millones (30% son fondos del Gobierno nacional), hasta julio de 1997 se habían ejecutado \$25 millones. El proyecto MODERSA, orientado hacia la organización de redes de servicios, incluidos los hospitales, cuenta con financiamiento del Banco Mundial por \$30 millones. Los recursos del Proyecto de Asistencia Técnica para la Gestión Ambiental provienen del Banco Mundial por un monto de \$15 millones (\$5 millones provienen del Gobierno nacional).

El BID ha contribuido con cerca de US\$ 2 millones para una propuesta de reforma estructural del sistema de atención médica del IESS y a la modernización de la gerencia de su sistema hospitalario. Asimismo, apoya con \$1 millón al Consejo Nacional de Modernización, para el Proyecto de Modernización del Sector Agua Potable y Saneamiento. La elaboración de políticas de ciencia y tecnología cuenta con un financiamiento de \$30 millones, de los cuales \$23 millones provienen de un crédito del BID y \$7 millones de fondos que aporta el Gobierno nacional.

El Plan Nacional de Saneamiento Básico Rural (SANEBAR) cuenta con el apoyo del Gobierno de España por US\$ 30.000, mientras que el Programa de Prevención del cólera, educación sanitaria y letrización tuvo el apoyo del Gobierno sueco por \$400.000. El Programa de control del cólera y enfermedades diarreicas tiene financiamiento de la Unión Europea para el fortalecimiento de los laboratorios de análisis clínico y de la vigilancia epidemiológica.

La USAID ha financiado por aproximadamente US\$ 2 millones proyectos orientados hacia el mejoramiento de la capacidad gerencial del Ministerio de Salud Pública, como los sistemas de información/informática y de costo y calidad de servicios, y los programas de salud maternoinfantil.

La Cooperación Belga apoyó la consolidación del programa de control del bocio endémico y el diseño e implantación de modelos alternativos de atención primaria de salud, con un monto de US\$ 1 millón.

El Proyecto de Apoyo a la Política Nacional de Medicamentos (Ecuador/OPS-OMS/Holanda), en su segunda fase (1997–2000) cuenta con una donación de US\$ 900.000 para el desarrollo de la atención farmacoterapéutica del sur del país. Dentro de la cooperación holandesa se destaca el proyecto subregional de control de la violencia ejercida contra la

mujer, por un monto de \$1,6 millones; en 1997 estaba en su segundo año de ejecución.

El Proyecto Espacios Saludables, iniciado a mediados de 1997 en cuatro cantones deprimidos de la provincia de Loja, ha recibido financiamiento cercano a US\$ 4 millones de la Agencia de Cooperación de los Países Bajos.