

ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DEL LITORAL
ESCUELA DE POSTGRADO EN ADMINISTRACION DE EMPRESAS

PROGRAMA DE GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD

PRIMERA PROMOCION

T
614
VERE
I Prom. -96

TRABAJO DE GRADUACION

TITULO DEL TRABAJO

EVALUACION DEL PROGRAMA MATERNO INFANTIL EN
LA ZONA NORORIENTAL DEL ECUADOR. PARA LA
ELABORACION DE UNA PROPUESTA DESTINADA AL
MEJORAMIENTO DE LA SALUD DE LAS MADRES Y NIÑOS
EN LAS PROVINCIAS DE NAPO Y SUCUMBIOS.

REALIZADO POR: GRUPO NORORIENTE ECUATORIANO (NAPO-SUCUMBIOS)

DR. EDUARDO VERDESOTO MARTINEZ

DR. RODOLFO PAZMIÑO ZAPATIER

DIRIGIDO POR: DR. RAFAEL MARTINEZ

GUAYAQUIL, DICIEMBRE 1996

AGRADECIMIENTO

Efectuar una tesis como esta, no es menos difícil que escribir un libro, pero mediante cuidado, planeación y con mucho esfuerzo se logra el adecuado desarrollo.

Esta tesis es la oportunidad para agradecer a todas las entidades que nos apoyaron, a: La **ESPOL, FASBASE, AUPHA y FUNDACYT**, Instituciones, que de una u otra manera nos ayudaron a culminar este trabajo.

Queremos agradecer de manera especial a nuestras **esposas e hijos**, que sin su cariño, sacrificio y empuje no hubiéramos alcanzado a culminar con éxito esta tesis.

Dr. Eduardo Verdesoto M.

Dr. Rodolfo Pazmiño Z.



TABLA DE CONTENIDO

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA MATERNO INFANTIL EN LA ZONA NORORIENTAL DEL ECUADOR, PARA LA ELABORACIÓN DE UNA PROPUESTA DESTINADA AL MEJORAMIENTO DE LA SALUD DE LAS MADRES Y NIÑOS EN LAS PROVINCIAS DE NAPO Y SUCUMBÍOS.

Resumen Ejecutivo-----	Pág. 4
Introducción-----	Pág. 7
I. JUSTIFICATIVOS.-----	Pág. 9
Objetivo General -----	Pág. 10
Objetivos Específicos-----	Pág. 10
II. ANTECEDENTES. -----	Pág. 11
A. Evolución del comportamiento en las diferentes sociedades en el Ecuador-----	Pág. 11
1. Sociedad Primitiva -----	Pág. 11
2. Sociedad Incaica -----	Pág. 12
3. Sociedad Colonial -----	Pág. 12
3. 1 Práctica médica en el siglo XVIII relacionada con la mujer -----	Pág. 14
a) Aborigen -----	Pág. 14
b) Popular -----	Pág. 14
c) Científica-----	Pág. 14
4. Sociedad Republicana -----	Pág. 14
4. 1 Práctica médica en el siglo XIX.-----	Pág. 14
a) Aborigen -----	Pág. 14
b) Popular -----	Pág. 14
c) Práctica Médica Oficial -----	Pág. 14
4. 2 Práctica médica en el siglo XX en el Ecuador. -----	Pág. 15
4. 2. 1 Principales causas de muerte general -----	Pág. 15
B. Los Programas Materno Infantiles en el País.- Concepto-----	Pág. 17
1. Lineamientos de política Nacional en salud Materno-Infantil -----	Pág. 17
1. 1 Aspectos Generales -----	Pág. 17
1. 2 Aspectos Específicos -----	Pág. 18

1. 3	Estrategias-----	Pág. 19
2.	Plan nacional de salud Materno-Infantil-----	Pág. 20
2. 1.	Introducción.-----	Pág. 20
2. 2	Objetivo general-----	Pág. 20
2. 3	Objetivos específicos y “Actividades” para su cumplimiento-----	Pág. 20
3.	Análisis de la Salud Materno Infantil en la Amazonía Ecuatoriana.-Generalidades	Pág. 25
3. 1	Perfil inicial del deterioro-----	Pág. 26
3. 2	Enfermar y morir en la Amazonía-----	Pág. 27
3.2.1	Población en constante cambio-----	Pág. 27
3.2.2	De la mortalidad-----	Pág. 28
	a) Mortalidad General-----	Pág. 28
	b) Causas de Muerte: de las infecciones a la violencia.-----	Pág. 28
3.3	Salud de los niños y las Madres.-----	Pág. 29
3.3.1	Mortalidad Infantil-----	Pág. 29
3.3.2	Mortalidad Materna-----	Pág. 30
3.3.3	Las Amenazas del embarazo y del Parto-----	Pág. 30
3.4	Salud Materna y Sobrevivencia Infantil-----	Pág. 31
3.4.1	Coberturas de Atención Prenatal-----	Pág. 32
3.4.2	Cobertura del Parto-----	Pág. 32
3.4.3	Estado Nutricional del Binomio Madre-Niño-----	Pág. 32
3.4.4	Programa de Micronutrientes-----	Pág. 33

III. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA MATERNO INFANTIL EN LA ZONA NORORIENTAL DEL ECUADOR----- PÁG. 34

A.	Situación actual de la salud Materno Infantil en la zona-----	Pág. 34
1.	Características generales de la zona Nororiental del País-----	Pág. 34
1. 1	Situación y Límites-----	Pág. 34
1. 2	Superficie-----	Pág. 34
1. 3	Geografía y Clima-----	Pág. 34
1. 3. 1.	Los Suelos-----	Pág. 35
1. 3. 2.	Vegetación-----	Pág. 35
1. 4	División Político - Administrativa-----	Pág. 35
2.	Perfil Demográfico: distribución y concentración poblacional-----	Pág. 35
2. 1	Composición de la población-----	Pág. 36
3.	Características Culturales-----	Pág. 37
4.	Condiciones Socioeconómicas-----	Pág. 38
4. 1	Situación Económica-----	Pág. 38
4. 2	Situación Alimentaria y Nutricional-----	Pág. 40
4. 3	Educación-----	Pág. 40
4. 4	Abastecimiento de agua y eliminación de desechos-----	Pág. 41
5.	Situación de la salud de la mujer-----	Pág. 41
5.1	Características Sociales-----	Pág. 41
5.2	Perfil Reproductivo-----	Pág. 43



6.	Situación de la salud del niño -----	Pág. 44
6.1	Características Sociales -----	Pág. 44
6.2	Morbilidad -----	Pág. 45
6.3	Mortalidad-----	Pág. 47
7.	Situación de la salud del adolescente -----	Pág. 48
7.1	Características Sociales -----	Pág. 48
7.2	Morbilidad -----	Pág. 49
7.3.	Mortalidad -----	Pág. 50
8.	Servicios de salud materno infantil brindados a la población -----	Pág. 50
8.1.	Atención a la mujer-----	Pág. 50
8.1.1.	Principales actividades programadas para la atención de salud de la mujer -----	Pág. 50
	a) Atención de Embarazadas -----	Pág. 50
	b) Atención del Parto -----	Pág. 51
	c) Atención del Postparto -----	Pág. 52
	d) Regulación de la Fecundidad-----	Pág. 52
8.2	Atención al Niño -----	Pág. 52
8.2.1	Principales actividades programadas para la atención del niño -----	Pág. 52
	a) Recién Nacido, Lactante y Preescolar -----	Pág. 52
	b) Escolar-----	Pág. 52
8.3	Atención al Adolescente-----	Pág. 54
9.	Recursos del Sistema de Salud -----	Pág. 54
9.1	Sistema Formal de Salud -----	Pág. 55
9.1.1	Recursos Humanos-----	Pág. 55
9.1.2	Infraestructura Física -----	Pág. 55
9.1.3	Equipamiento y otros Insumos -----	Pág. 56
9.1.4	Recursos Financieros -----	Pág. 57
9.2	Sistema no formal de Salud-----	Pág. 57
B.	Evaluación Cuantitativa de Indicadores -----	Pág. 58
C.	Análisis de Satisfacción del Usuario -----	Pág. 59
1	Problema -----	Pág. 70
2	Asunciones a Comprobar -----	Pág. 70
3	Instrumento de Medición -----	Pág. 70
4	Procedimiento -----	Pág. 70
4.1	Selección de la Muestra. -----	Pág. 70
4.2	Recolección de Datos-----	Pág. 70
5	Análisis de Resultados de la Encuesta -----	Pág. 71
6	Pruebas de Asunciones -----	Pág. 72
6.1	Análisis de Asunción 1: -----	Pág. 72
6.2	Análisis de Asunción 2: -----	Pág. 72
6.3	Análisis de Asunción 3: -----	Pág. 72

VI. PROPUESTA DEL TRABAJO DE GRADO	PÁG. 73
Justificativos	Pág. 73
A. Estrategia	Pág. 75
1. Objetivo General.	Pág. 75
2. Objetivos específicos	Pág. 76
B. Ámbitos de los Componentes de la propuesta conjunta	Pág. 77
1. Nivel Provincial del ministerio de Salud Pública	Pág. 77
2. Nivel de Área de Salud	Pág. 77
3. Nivel Extra Institucional y Sectorial	Pág. 78
C. Financiamiento y aplicación mediante Convenio	Pág. 78
1. Objetivos.	Pág. 78
2. Líneas De Acción.	Pág. 80
3. Ámbitos Del Programa Conjunto.	Pág. 80
3. 1. Nivel Provincial, Comprende Los Siguietes Aspectos	Pág. 80
3. 2. Área de Salud Nro. 1.	Pág. 80
3. 3. Área de Salud Nro. 2	Pág. 81
4. Compromisos de la Dirección Provincial de Salud	Pág. 82
5. Compromisos de ISAMIS	Pág. 83
6. Compromisos Conjuntos	Pág. 83
7. Duración	Pág. 83
8. Divergencias.	Pág. 84
V ANEXOS	PÁG. 85
VI BIBLIOGRAFÍA	PÁG. 95

TABLAS

- TABLA I A 1: Principales Epidemias En La Real Audiencia De Quito 1563-1749- Pág. 13
- Tabla II B 3.- Mortalidad Neonatal Y Postneonatal En El Ecuador, Tasas Nacionales Y Amazónicas -----Pág. 29
- Tabla III A 1.- Las Principales Causas De Muerte En 1995 Para Napo y Sucumbíos Pág. 48

CUADROS

- CUADRO III A1.- PROYECCIÓN DE POBLACIÓN POR GRUPOS ETAREOS, SEGÚN PROVINCIAS, NORORIENTE ECUATORIANO, 1995 ----- Pág. 36
- CUADRO III A2.- GRUPO PROGRAMATICOS DE POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN PROVINCIAS, NORORIENTE ECUATORIANO, PROYECCIÓN PARA 1995 ----- Pág. 36
- CUADRO III A3.- TASAS DE MORTALIDAD MATERNA, NORORIENTE ECUATORIANO. 1992 -1994.PROMEDIO DE LAS DOS PROVINCIAS ----- Pág. 43
- CUADRO III A4.- MORTALIDAD INFANTIL ----- Pág. 47
- CUADRO III A5.- COBERTURA DE VACUNACIÓN EN MENORES DE 1 AÑO DE NAPO Y SUCUMBÍOS - 1994 ----- Pág. 53
- CUADRO III A6.- COBERTURA DE VACUNACIÓN EN MENORES DE 1 AÑO DE NAPO Y SUCUMBÍOS - 1995 ----- Pág. 53
- CUADRO III A7.- NUMERO DE MÉDICOS, ODONTÓLOGOS, ENFERMERAS, OBSTETRICES Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA, QUE TRABAJAN EN LAS PROVINCIAS DE NAPO Y SUCUMBÍOS 1994 ----- Pág. 55
- CUADRO III A8 .- NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS CON INTERNACIÓN POR ENTIDAD A LA QUE PERTENECE DE NAPO Y SUCUMBÍOS 1995 ----- Pág. 56
- CUADRO III A9 .- NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS SIN INTERNACIÓN HOSPITALARIA, POR SECTOR Y ENTIDAD A LA QUE PERTENECEN DE NAPO Y SUCUMBÍOS 1995 ----- Pág. 56
- CUADRO III B1.- NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS SIN INTERNACIÓN HOSPITALARIA DE NAPO Y SUCUMBÍOS SEGÚN ÁREAS 1994 ----- Pág. 60

- CUADRO III B2.- POBLACIÓN, NÚMEROS Y TASAS DE MÉDICOS, ENFERMERAS, ODONTÓLOGOS, OBSTETRICES Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN NAPO DE 1990 A 1994 ----- Pág. 62
- CUADRO III B3.- POBLACIÓN, NUMERO Y TASAS DE MÉDICOS, ENFERMERAS, ODONTÓLOGOS, OBSTETRICES Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN SUCUMBÍOS DE 1.990 A 1.994 ----- Pág. 62
- CUADRO III B4.- INDICADORES DE PRODUCCIÓN HOSPITALARIA EN NAPO EN EL PERIODOS DE 1990 A 1994 ----- Pág. 63
- CUADRO III B5.- INDICADORES DE PRODUCCIÓN HOSPITALARIA EN SUCUMBÍOS EN EL PERIODO DE 1990 A 1994 ----- Pág. 64
- CUADRO III B6.- SALUD MATERNO EN NAPO: POBLACIÓN ESPECIFICA, COBERTURA, PORCENTAJE DE CAMBIO, SEGÚN COMPONENTES DE 1991 A 1995 ----- Pág. 65
- CUADRO III B7.- SALUD MATERNO EN SUCUMBÍOS: POBLACIÓN ESPECIFICA, COBERTURA, PORCENTAJE DE CAMBIO, SEGÚN COMPONENTES DE 1991 A 1995 ----- Pág. 66
- CUADRO III B8.- SALUD MATERNO EN NAPO: POBLACIÓN ESPECIFICA, PRIMERAS CONSULTAS, COBERTURA Y PORCENTAJE DE CAMBIO POR COMPONENTES EN EL PERIODO DE 1991 - 1995 ----- Pág. 67
- CUADRO III B9.- SALUD MATERNO EN SUCUMBÍOS: POBLACIÓN ESPECIFICA, PRIMERAS CONSULTAS, COBERTURA Y PORCENTAJE DE CAMBIO POR COMPONENTES EN EL PERIODO DE 1991 - 1995 ----- Pág. 68
- CUADRO III B10.- COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN LA PROVINCIA DE NAPO SEGÚN COMPONENTE 1990 - 1995 ----- Pág. 69
- CUADRO III B11.- COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN LA PROVINCIA DE SUCUMBÍOS SEGÚN COMPONENTE 1990 - 1995 ----- Pág. 69

GRAFICOS

- GRAFICO III A1 ----- Pág. 51

TEMA PLANTEADO

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA MATERNO INFANTIL EN LA ZONA NORORIENTAL DEL ECUADOR, PARA LA ELABORACIÓN DE UNA PROPUESTA DESTINADA AL MEJORAMIENTO DE LA SALUD DE LAS MADRES Y NIÑOS EN LAS PROVINCIAS DE NAPO Y SUCUMBÍOS.



Ministerio de Salud



RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo pretende ofrecer una propuesta gerencial que sea factible para transformar la realidad que se evalúa, capaz de optimizar los recursos y alcanzar la calidad y la excelencia en la aplicación del Programa Materno Infantil en favor de los usuarios de las Unidades Operativas del Ministerio de Salud en la Región Nororiental del Ecuador

En la sociedad primitiva el conocimiento médico se concentra en el Shaman y la partera quienes han aprendido por tradición y en la práctica, luego en la sociedad incaica, la medicina no se aparta de las características fundamentales de los tratamientos basándose en magia, empirismo no sistemático y prácticas quirúrgicas comunes a la cirugía primitiva, es la sociedad en que la partera, recibidora o comadrona, es la única persona encargada de la atención de la mujer y el parto.

Las principales epidemias se propagaron en el Ecuador, en el año de 1814 coinciden con la creación de la junta de sanidad y la policía de salubridad donde se inician los registros de mortalidad; en la sociedad Republicana la medicina tradicional continua siendo único recurso terapéutico de la población indígena del país, la práctica popular adquiere importancia debido a el prestigio de sus agentes de salud, y al lento desarrollo de la medicina científica.

En 1908, se funda la Junta Nacional de Beneficencias adscrita al Ministerio el Interior y se crea la Dirección de Sanidad con residencia en Guayaquil. En 1936, se adscribió las actividades de sanidad, higiene y materno infantil al Ministerio de la Previsión Social. En 1963 se crea la junta de asistencia social, encargada de realizar acciones de inmunización a la población en el mismo año se crea la Subsecretaría de Salud dependiente del Ministerio de Previsión Social de la misma que dependía la Dirección General de Sanidad con las divisiones Epidemiológicas, de Salud Materna Infantil y de atención médica.

El 16 de Junio de 1967 se instituyo el Ministerio de Salud Pública y se cambiaron a las Juntas Provinciales y Asistencia Publica por las Direcciones Provinciales de Salud.

En 1969, se creó el Plan de medicina rural y se impulsó el programa ampliado de inmunizaciones. En 1972, se centraliza la Dirección General de Salud a la Sede del M.S.P. Entre 1979 y 1988 se crea el Consejo Nacional de Salud, se incrementan los Programas de Control Epidemiológicos de Endemias y de Epidemias, Servicios de salud, PACMI, MEGRAME 5.

De 1988 a 1992 se inicia la elaboración del Plan Nacional de Salud Materno Infantil, partiendo de una Política Nacional de Salud Materno Infantil, definido mediante

Programa Materno Infantil, contenidos en un Plan Nacional de Salud para la madre y el niño.

La zona Nororiental esta compuesta por dos provincias: Napo y Sucumbíos, su extensión territorial es de 56.116 km. 2 de los cuales 37.504 corresponden a Napo y 18.612 a Sucumbíos, con una población estimada para Napo de 137.234 y de 117.629 para Sucumbíos en el año de 1995. El crecimiento de la población en el último periodo intercensable fue de 85,8% entre 1982 y 1990, esta distribuida en: el 23% en zonas urbanas y el 77% en zonas rurales para Napo y 53% y 47% respectivamente para Sucumbíos, la concentración poblacional es de 3,6 habitantes por km. 2 en Napo y de 6,3 en Sucumbíos. Se puede observar que el 44% de la población total es menor de 15 años del mismo modo el 22% de la población total contiene a las mujeres de edad fértil. Según trabajos realizados en varias comunidades por muestreo, el 45% de la población total es de sexo femenino y el 54% masculino.

La producción bruta de la zona considerada solamente petrolera y agropecuaria en 1993 fue de 24,2%, la pesca y la caza aún constituyen para los nativos fuentes de alimentación, no obstante su explotación indiscriminada. El sector agropecuario y forestal es el mas significativo en términos de empleo ocupando alrededor del 43% de la población económicamente activa, gran parte de la población rural indígena se encuentra en situaciones de pobreza absoluta. La disponibilidad en términos de consumo de calorías y proteínas, es deficitaria.

El promedio Nacional en 1980 fue de 1755 calorías y 44 gr. de proteínas. Estas cifras promediales esconden a critica situación de una gran proporción de la población, que sufre privaciones cotidianas, este para el año de 1994 no ha mejorado, puesto que se eleva el porcentaje de embarazadas de bajo peso del 32,15 para Napo y 31,96 para Sucumbíos, las embarazas con mal nutrición evidenciaron porcentajes de 38,5% para Napo y 49,9% para Sucumbíos, los recién nacidos de bajo peso para el Napo representaron el 8% y para Sucumbíos el 6,5%.

En cuanto a saneamiento ambiental observamos que el 41% accede a agua entubada fuera de la vivienda o vía carro repartidor, el 4% posee agua entubada dentro de la vivienda proveniente de pozo local, el 27,5% de la población urbana de un rudimentario sistema de alcantarillado, el 4% de los familias disponen de inodoro exclusivo para el uso, el 13% de inodoro de uso común, el 24% de letrinas y el 59% utiliza el campo abierto.

El perfil reproductivo de la mujer Nororiental se caracteriza por una alta paridad, corto espaciamiento intergenésico, e inicio muy temprano del proceso reproductivo. La parte o tasa de natalidad para 1994 fue de 17,9 por mil habitantes, la tasa de fecundidad total es de 3,6 hijos por mujer en el quinquenio de 1991 a 1995, la tasa de mortalidad materna, refleja las diferencias de las condiciones de salud y de la vida de la población. La magnitud de la mortalidad materna en este sector del país más bien indicador del estado del deterioro de los servicios de atención prenatal, del parto y del puerperio.

Por lo tanto en lo que respecta en disponibilidad y cobertura como lo que se refiere a calidad de atención; así tenemos que la tasa de mortalidad materna para 1994 para Napo

fue de 2 por mil nacidos y del 4,2 por mil nacidos vivos para Sucumbíos. Las tres principales causas de mortalidad materna fueron 1994: hemorragia del embarazo y parto, toxemia del embarazo y complicaciones del puerperio. Las tasas de mortalidad infantil también fueron evaluadas en el estudio y se encontró que eran ligeramente menores a tasa de mortalidad infantil del país y así vemos que para Napo la tasa de mortalidad infantil fue de 25,5% por mil nacidos vivos, para Sucumbíos el 29,3 por mil nacidos vivos en comparación con el país que tiene una tasa del 33,2 por mil nacidos vivos las principales causas de mortalidad infantil para Napo y Sucumbíos en 1995 fue infección respiratoria aguda, prematuridad, asfixia perinatal, desnutrición con infección intestinal mal definida.

La propuesta es destinada al mejoramiento de la salud de las madres y niños de la provincia de Sucumbíos, cuyos componentes principales son: descentralizar eficaz y eficientemente los servicios de Salud de la Provincia en Áreas de Salud autónoma con niveles de resolución establecidos y acoplados a la capacidad resolutoria de una red de servicios alrededor de la complejidad del Hospital Provincial cogestión y autogestión con ONG's; motivación de RRHH a través de Educación Continua en Salud Materno Infantil. Todo esto financiado por MSP y ONG's mediante acuerdo de coordinación de recursos.



INTRODUCCIÓN

Es importante decir que debido al poco interés que existe por invertir en la región Amazónica en estudios debido a la reducida población existente en comparación con las regiones de la Sierra y Costa, no existen mayores datos, salvo un estudio realizado por UNICEF¹ en toda la Amazonía Americana al que haremos referencia en algún momento tomando lo que respecta a nuestro país y algún muestreo para ciertos estudios realizados por el CEPAR.²

Esperamos que con este aporte las Autoridades de Salud del país le dedicarán mas tiempo y mas recursos a la zona Nororiental, puesto que con la propuesta estamos ofreciendo alternativas para mejorar las coberturas y los resultados existentes hasta hoy con claras fuentes de financiamiento proveniente de diferentes sectores asociado a un correcto aprovechamiento de todos los recursos existentes , ya que no solo que los recursos existentes son insuficientes sino que están siendo sub administrados.

En el desarrollo de la temática se presentan varias particularidades que justifican el desarrollo del mismo, cuyo propósito es lograr el objetivo planteado para el presente trabajo.

La descripción de los Antecedentes existentes van desde el contexto Nacional, hasta hacer una revisión del contexto regional de modo general de todos los datos relacionados con la temática que se han encontrado en las distintas revisiones históricas existentes en el país y que hacen mención al tema en torno a las diferentes etapas de las sociedades ecuatorianas a lo largo de todos los tiempos.

Seguidamente se hace una descripción de lo existente en el país en torno a los programas, políticas y planes de salud materno infantil; desde el marco nacional a lo regional.

Luego de una breve presentación de las características de la región objeto del estudio (Nororiente Ecuatoriano), se revisan los datos cuali-cuantitativos encontrados o generados hasta el momento.

Uno de los aspectos centrales de este estudio es realizar una evaluación del programa materno infantil en la Región Nororiental del país, comprendida en las Provincias de Napo y Sucumbíos. Se evalúa con indicadores que están en relación con Normas y Lineamientos nacionales (Ministerio de Salud Pública) e Internacionales (OPS³, OMS⁴, UNICEF), los mismos que se tratan de justificar con variables cuali - cuantitativas; conjuntamente se ve el grado de cumplimiento de los objetivos del Programa Materno infantil comparativamente con el marco nacional de referencia. Se hace también una evaluación de los recursos utilizados, descubriendo cuan eficientes, eficaces y efectivos

¹ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

² Centro Ecuatoriano de Paternidad Responsable

³ Organización Panamericana de la Salud

⁴ Organización Mundial de la Salud.

resultan en el desarrollo del programa en mención; todo ello se estudia por separado en las dos Provincias, analizando comparativamente ambos resultados.

El segundo y definitivo aspecto importante es plantear una propuesta para el debate en torno al mejoramiento de los resultados obtenidos, la misma que gerencialmente permitirá un incremento en las coberturas del Programa con una correcta administración de los recursos existentes y de otros que adicionalmente financiarían el mismo.

Entonces, como se ve la temática está planteada mas allá del contexto del simple requisito de elaborar un trabajo de grado que académicamente evalúe el curso de Postgrado, previo a la obtención del Título de Especialistas en Gerencia de Servicios de Salud; y que contribuirá mas bien a mejorar las condiciones de salud de la Unidad Madre-niño en la Zona Nororiental del Ecuador, que pese a ser la fuente mas grande de ingresos del País presenta así mismo, las condiciones sanitarias mas deplorables.



I. JUSTIFICATIVOS.

- ◆ Posterior a la creación de las Direcciones Provinciales de acuerdo a la división política del país, y cuando ésta sufriera un cambio al desmembrarse un territorio de la Provincia de Napo y convertirse en la Provincia No. 21 Sucumbíos se inició también la estructuración de todas las instancias administrativas en esta última y entre ellas la administración Provincial de Salud que al no contar con los recursos suficientes (mas que nada humanos, especializados en el campo técnico salubrista y administradores de salud) se vive una dualidad entre lograr óptimas coberturas en los programas sanitarios, y, alcanzar el desarrollo al nivel en que se encuentran las demás administraciones Provinciales de salud del país encaminadas a la estructuración de Áreas de salud. Por su parte en lo que quedó como Provincia de Napo sus directivos de Salud encaminaron todos sus recursos hacia el objetivo principal de constituir Áreas de salud administrativa y financieramente descentralizadas semejantes a un SILOS⁵, y a lograr rehabilitar sus hospitales para que funcionen como centros de referencia principales con un incremento de su capacidad administrativa necesaria para desarrollar las Áreas antes mencionadas; es importante reconocer que en esta provincia al contar con calificado recurso humano en salud pública y con recursos de ONG's extranjeras no han descuidado mayormente el logro de los objetivos de los programas objeto de este estudio, al menos en ciertos sectores de la provincia. Siendo todo esto el agravante principal para que los programas impartidos por el Ministerio de Salud no se encuentren cubriendo mayormente al binomio madre - niño, de allí la importancia de este análisis tendiente a brindar una propuesta dirigida hacia el logro de los objetivos del programa Materno infantil en la región.
- ◆ Esta región del país cuenta con servicios de salud muy limitados en número y capacidad resolutive en relación a la gran dispersión poblacional existente y a la incuantificable población flotante de gran tamaño presente por la industria de explotación petrolera que se realiza en el sector.
- ◆ El hecho de existir una pluriculturalidad al rededor de varias nacionalidades indígenas con serias dificultades de acceso desde y hacia los Servicios de salud, tales como barreras culturales y el repliegue a sitios cada vez mas apartados y de mas difícil acceso geográfico ocasionado por la colonización y todas sus consecuencias originadas en la explotación petrolera.
- ◆ La elevada morbimortalidad al rededor de la madre y el niño, detectada luego de haber recorrido casi la totalidad de las poblaciones de las dos Provincias a lo largo de 4 años de trabajo estamos cada vez mas convencidos que este binomio merece mas y mejor atención por parte del Estado pero siempre con la participación de la familia y la comunidad y lograr la obtención de una mejor calidad de vida para todos en el marco de la estrategia de salud para todos en el año 2.000.
- ◆ La existencia de recursos dispersos y descordinados muchas veces duplicando esfuerzos, actividades y costos sin lograr ni unos ni otros los objetivos anhelados por todos; la propuesta está en gran parte dirigida a lograr la concertación de los mismos

⁵ Sistema Local de Salud.

- ◆ Es importante destacar la poca motivación existente en el personal de salud lo cual hace que exista un divorcio entre estos, los objetivos institucionales y los programas de salud.
- ◆ Poca concientización de la población en participar en la resolución de sus problemas sanitarios conjuntamente con el equipo local de salud, así como, la de los directivos de otras instituciones públicas o privadas para con el equipo Provincial o regional de salud.
- ◆ Existe poco interés en los directivos nacionales por desarrollar estudios dentro de los muestreos realizados a nivel país previo al diseño de la planificación y de las estrategias adoptadas para los programas en el país, las cuales de cierto modo resultan difíciles de aplicar en la zona por tener características diferentes al resto del país.
- ◆ Por mucho tiempo los políticos de la zona hablan de que los recursos no se asignan a estos sectores por ser muy pequeño el número de electores en relación al resto del país.

OBJETIVO GENERAL.

“Ofrecer una propuesta gerencial que sea factible para transformar la realidad que se evalúa en este trabajo de grado, capaz de optimizar los recursos y alcanzar la calidad y la excelencia en la aplicación del Programa Materno Infantil en favor de los usuarios de las Unidades Operativas del Ministerio de Salud en la Región Nororiental del Ecuador.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Evaluar retrospectivamente en tres años los resultados operativos de la producción de los servicios de salud de la región Nororiental del país.
2. Establecer el estado de salud de la población usuaria de los servicios del MSP en el Nororiente ecuatoriano.
3. Disponer de herramientas necesarias para la planificación de las actividades del programa materno-infantil.
4. Recuperar en el personal de salud el interés por los programas materno-infantiles, los que deberán tener prioridad.
5. Apoyar mediante la estrategia de fortalecimiento presentada en la propuesta al desarrollo de los servicios de salud estructurados en redes con niveles de complejidad específicos, tendientes a operativizar en la realidad los sistemas de referencia bilateral de pacientes.
6. Ofrecer alternativas para mejorar las coberturas de atención en el área materno-infantil.

II. ANTECEDENTES.

Seguidamente se presenta una revisión de todas las referencias existentes desde las primeras organizaciones sociales que poblaron el territorio del actual Ecuador y la Zona Nororiental del país, hasta las últimas políticas nacionales y normatización existente en el mismo, para finalmente realizar una descripción de los objetivos y metas dispuestas en el nivel central a los niveles de las provincias constitutivas del sector objeto del estudio.

Los programas materno-infantiles como objeto del presente estudio, son una gran abstracción que tiene validez para todas las épocas; sin embargo, en lo que hay de determinado en esta abstracción, aparece como producto de condiciones históricas y tiene validez únicamente dentro de estas condiciones y desarrollándose en sus límites. Ahora bien, dentro de cada etapa histórica, la medicina sigue siendo una abstracción y en su análisis total se revelaría una presentación caótica de su conjunto. Hablaríamos de categorías históricas concretas, que se han manifestado desde los orígenes de la humanidad, que representan en cada periodo del desarrollo humano, -en el sentido de Marx-, una síntesis de distintas influencias y determinaciones, y una unidad de lo diverso. (Visión Hegeliana).

Cabe anotar, que las sociedades humanas no han pasado automáticamente de un modo de producción a otro, ni la periodización que aquí presentamos corresponde a un escalonamiento progresivo.

A. EVOLUCIÓN DEL COMPORTAMIENTO EN LAS DIFERENTES SOCIEDADES EN EL ECUADOR⁶

1. SOCIEDAD PRIMITIVA.

El conocimiento médico se concentra en el Shamán y la partera quienes han aprendido por tradición y en la práctica, efectivamente, durante la fase agrícola exedentaria o de desarrollo regional (500 ANE - 1000 ANE) y mucho más en la fase agrícola de expansión o de integración (1000 - 1500), encontramos ya a la partera como un agente de salud especializado en la Medicina Aborigen, que tiene a su cargo una parte del saber.

En el periodo agrícola (Cultura Valdivia), se practica el *culto a la fertilidad* ya que, siendo las actividades relacionadas con el cultivo de las plantas vitales para el grupo y la participación de la mujer en los trabajos de siembra, maduración y cosecha, adquieren gran significación, emergen estos rituales de la fertilidad que ligan analógicamente las cualidades generativas de la mujer y la tierra.

⁶ FUENTE: ESTRELLA EDUARDO M.D., MEDICINA Y ESTRUCTURA SOCIOECONOMICA, Primera. Edición, Editorial Belén, 1980, Quito

Con la agrupación humana Chorrera (1500 ANE - 500 ANE), asentada en la Costa, aparece la primera evidencia de trepanación craneal; Cevallos Menéndez descubrió en Bahía de Sta. Elena, un cráneo con un orificio perfectamente circular, ligeramente cóncavo y que con diversas pruebas demostró obedecer a una trepanación de tipo terapéutico; se podría considerar que tendría relación con el tratamiento de hidrocefalia en niños.

Debieron haberse dado pasos significativos en la comprensión del proceso maternal: embarazo, parto, puerperio, lactancia. Las mujeres, las madres, transmitirían sus conocimientos a sus hijas y así, poco a poco, se iría conformando el rico conocimiento empírico sobre la conducción del embarazo y el parto. Tal vez ya la abuela con mas experiencia ayuda a las mujeres en el trance, originándose en esta forma una de las primeras divisiones del trabajo médico con la emergencia de la futura partera o comadrona.

Estas culturas además tuvieron un activo intercambio, lo que facilitó, por ejemplo, la redistribución de sal con contenido yódico, de las Salinas de Ibarra en el Norte, de Guaranda en el centro y de Cuenca en el sur ; la obtención de frutos tropicales y sustancias alucinógenas, se hacía por intercambio con las culturas de la región amazónica.

En este tiempo entre las culturas Mantéense y los Puruhaes se hizo una conceptualización y clasificación de las enfermedades mediante creencias mas o menos sistematizadas, sobre algunos trastornos: Mal ojo, Brujería, Mal viento, Espanto y Mal de Arco Iris, éste último era muy temido tanto por su poder de causar enfermedad o muerte, como por su capacidad de *atacar a las mujeres y fecundarlas*.

2. SOCIEDAD INCAICA .⁷

La medicina de los indios del antiguo Perú no se aparta de las características fundamentales de los tratamientos a base de magia, empirismo no sistemático y prácticas quirúrgicas comunes a la cirugía primitiva. *La partera* ocupa un lugar de preeminencia.

Aquí se celebra el COLLA - RAYMI, la gran festividad de la salud durante el mes de Septiembre.

Este periodo fue realmente muy corto se estima que no superó los 50 años ya que luego se vino la invasión española y pasamos a la época de la colonia.

3. SOCIEDAD COLONIAL.

Según León, durante todo el periodo colonial, la partera, recibidora o comadrona, es la única persona encargada de la atención y el parto.

⁷ FUENTE: ESTRELLA EDUARDO M.D. , HOMBRE Y AMBIENTE, EL PUNTO DE VISTA INDIGENA, Edic. ABYA-YALA, 1991, Quito.

Sánchez Albornoz describe, que las epidemias se originaron fuera del continente y se propagaron por medio de los vectores comunes. Su intensidad no fue, sin embargo, independiente de las condiciones económicas y laborales impuestas por la conquista. De manera específica influyeron el déficit provocado en la nutrición y la modificación de los usos alimenticios. La intrusión europea introdujo bruscamente toda clase de virus y bacterias desconocidas a este lado del Atlántico, que carecía de defensas para resistir a las infecciones transmitidas por los invasores, y, por ende, la población indígena pudo ser abatida de un manotazo.

De México, la **viruela** pasó a Guatemala y Panamá y de ahí se extendió al imperio de Tahuantinsuyo (1526 - 1527) con la segunda expedición española de conquista, que tocó las costas del actual Ecuador y norte del Perú. Atacó a la nobleza incaica y varios príncipes herederos perecieron.

Hay referencias de que el mismo año de 1526, el **sarampión** invadió territorio ecuatoriano, dando muerte a muchos indígenas.

Verrugas, bubas, fiebre, paludismo, tabardillo (tifus), garrotillo (difteria) sumados al sarampión y viruela, fueron instrumentos pasivos que coadyuvaron al éxito de los españoles y a la despoblación del continente; casi veinte millones de indígenas desaparecieron paulatinamente al golpe **exterminador de estos agentes**.

La división del trabajo médico fue amplia:

- a) curanderos
- b) barberos y sangradores o flebotomista
- c) ensalmadores o algebristas
- d) herbolarios y botánicos
- e) parteras, recibidoras o comadronas

TABLA I A 1

Principales epidemias en la Real Audiencia de Quito 1563-1749

año	lugar	tipo
1580	País	viruela
1582	Cuenca	viruela y sarampión
1585	Real Audiencia	viruela y sarampión
1587	Quito	viruela
		Murieron mas de 4000 personas adultas y de los niños escapó apenas 1%.
1589	Guayaquil	viruela
1595	Zamora	viruela y sarampión
1614	Quito	difteria
1645	Quito	rubéola
1669	Amazonía	viruela
1680	Amazonía	viruela
		Murieron 60.000 hombres, fue una de las mas terribles de la zona.
1749	Napo	viruela
		despobló a casi toda la región.

3.1 PRÁCTICA MÉDICA EN EL SIGLO XVIII RELACIONADA CON LA MUJER

a) Aborigen:

La progresiva universalización del mal del arco iris es el mejor ejemplo de un simbólico método de protección de la mujer y oposición al mestizaje.

b) Popular:

En Guayaquil tiene un desarrollo notable, pero se acusa a las comadronas empíricas de agravar los índices de mortalidad infantil, ya que por su falta de higiene provocan el tétanos neonatal.

c) Científica:

La Real Audiencia de Quito, estableció en 1814 la Junta de Sanidad, con su policía de salubridad, se encargó de la higiene de la ciudad y de hacer cumplir a los médicos con la entrega de los certificados de defunción, iniciándose así los *registros de la mortalidad*. En 1825 el Gobierno de La Gran Colombia decretó el establecimiento de estas juntas en las Provincias.

4. SOCIEDAD REPUBLICANA.⁸

El puerto de Guayaquil, debido a su relación con el exterior, sufrió los embates de una terrible epidemia de fiebre amarilla, llegada en un barco en 1842

En 1895 se crearon las juntas *central y Provinciales* de asistencia pública.

4.1 PRÁCTICA MÉDICA EN EL SIGLO XIX.

a) Aborigen:

En este siglo la medicina tradicional continua siendo el único recurso terapéutico de la población indígena del país, especialmente en la sierra.

b) Popular:

Esta práctica tiene una etapa importante debido al prestigio de sus agentes de salud, y al lento desarrollo de la medicina científica. Se destaca la presencia de la partera.

⁸ FUENTE: GEOGRAFIA DE LA SALUD EN EL ECUADOR, TOMO II, VOL. 2, I.G.M., Quito, 1991.

c) Práctica médica oficial:

- Medicina institucional,
- Medicina liberal,
- Práctica de salud pública.
- Establecimiento de servicios médicos en zonas de producción cacaotera.

4.2 PRÁCTICA MÉDICA EN EL SIGLO XX EN EL ECUADOR.

En 1908, se funda la Junta Nacional de Beneficencia, adscrita al ministerio del interior y se crea la Dirección de Sanidad con residencia en Guayaquil.

En 1936 se adscribió las actividades de sanidad, higiene y materno infantil al ministerio de previsión social.

En 1963, se crea la **Junta de Asistencia Social**. Estos se encargaron de realizar las acciones referentes a las **Inmunizaciones** a la población.

Entre 1921 y 1954, los índices de *mortalidad general e infantil*, son sumamente altos. Las principales causas de muerte son los trastornos nutricionales e infecciosos.

En el periodo de 1960 a 1967, no existía una política sanitaria definida, y la situación de salud era la siguiente:

- Mortalidad general de 14.2 a 10.8 /1000 hab.
- Mortalidad infantil de 101.1 a 87.3 /1000 nacidos vivos.
- Mortalidad materna de 2.7 a 2.5 /1000 nacidos vivos

Se consideraba que estos indicadores registrados, escondían una realidad mucho más grave, específicamente en la población rural, que carecía casi en lo absoluto de servicios de salud:

- 21% de nacimientos eran con atención profesional
- 25% de defunciones tenían certificación médica

4.2.1 Principales causas de muerte general:

1. Gastroenteritis
2. Neumonía y bronquitis
3. Tosferina
4. Sarampión
5. Tuberculosis
6. Mal nutrición proteico-calórica

Sin embargo *se logro la erradicación de la viruela*

Biblioteca Central

La estructura de la mortalidad infantil destaca la presencia significativa de las enfermedades transmitidas, altamente prevenibles, ocupando todos los diez primeros lugares de las causas de mortalidad infantil.

En 1963 se creó la Subsecretaría de Salud dependiente del Ministerio de Previsión Social de la misma que dependía la Dirección General de Sanidad con las divisiones de epidemiología, de salud materno infantil y de atención médica las que fueron creadas con asesoría de la O.P.S. Finalmente **se instituyó el 16 de Junio de 1967 el Ministerio de Salud Pública (M.S.P.)** y se cambiaron a las juntas Provinciales de Asistencia Pública por las Direcciones Provinciales de Salud.

En 1969, se creó el Plan de Medicina Rural. Se impulsó el programa ampliado de inmunizaciones, y se inició la primera vacuna Sabín, para controlar la mayor epidemia de polio que recuerda el país.

El 14 de Abril de 1972, se centraliza la Dirección General de Salud a la sede del M.S.P. con las correspondientes Divisiones Técnicas Nacionales y la integración de los servicios médicos de las juntas de asistencia Social a la red del M.S.P., bajo la dependencia de las Direcciones Provinciales de Salud.

Entre 1976 y 1979 se implementaron los diferentes Programas de Salud entre los que destacan:

- Programa materno infantil.
- Programa de control de diarreas
- Programa de Enfermedades Respiratorias Agudas
- Programa de complementación alimentaria

En Septiembre de 1978 se dio paso a la Atención Primaria de Salud con la firma de la Declaración de Alma -Ata.

Entre 1979 y 1988 se crea el Consejo Nacional de Salud, organismo coordinador de las acciones del sector salud y asesor de políticas y estrategias de salud del M.S.P.

Se incrementan los programas: de control epidemiológico de Endemias y epidemias, servicios de salud, PACMI ⁹, MEGRAME 5 ¹⁰.

En el periodo de 1988 a 1992 se inicia la elaboración del **Plan Nacional de Salud Materno Infantil**, partiendo de una **Política Nacional de Salud Materno Infantil**.

⁹ Programa de Alimentación Complementaria Materno Infantil

¹⁰ Medicina Gratuita para Menores de 5 años

B. LOS PROGRAMAS MATERNO INFANTILES EN EL PAÍS.

Concepto

Entendiéndose como tales a la serie de normas para la atención de todo lo que se relaciona con la unidad básica de la sociedad llamada madre - niño. Las normas de este programa son una serie de pautas explícitas que regulan las actividades del equipo de salud, que sean aplicables a la mayor proporción de casos y que se ajustan a las circunstancias para de esta manera asegurar niveles adecuados de atención.

Se han contemplado niveles óptimos y mínimos de prestaciones, para garantizar la buena calidad de la atención, esto nos indica que por debajo del mínimo, de ninguna manera será conveniente descender. Sin embargo cabe señalar a este respecto, el hecho de que ciertas unidades operativas debido al escaso desarrollo alcanzado, y por la falta de recursos disponibles, no podrán cumplir sus actividades en base a lo establecido como norma mínima, a corto plazo. Este hecho no justifica la modificación de la norma. Por el contrario, la política será contemplar en la formulación de objetivos específicos, la solución inmediata del problema, con la finalidad de alcanzar el desarrollo necesario y un nivel de atención que garantice la buena calidad de las prestaciones.

1. LINEAMIENTOS DE POLÍTICA NACIONAL EN SALUD MATERNO-INFANTIL

1.1 ASPECTOS GENERALES

El Ministerio de Salud Pública desde la Dirección Nacional de Fomento y Protección y a través de la División Nacional de Materno-infantil ha implementado una serie de normas contenidas en los siguientes manuales:

- Manual de normas para la Atención Materno-infantil
- Manual de Salud Materno-infantil por niveles de complejidad
- Manual de Fomento y Promoción de la Lactancia Materna
- Manual de normas del Programa Ampliado de Inmunizaciones
- Manual de normas y procedimientos para el control de las infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas.

Los lineamientos de política de Salud Materno-infantil se sustentan en la doctrina y enunciados del Plan Nacional de Salud 1989-1992.

La integración de la Salud Materno-infantil se expresa en función de lograr la meta social de Salud y Bienestar de la población, para lo cual se requiere de abordajes y de soluciones que tengan como eje conductor los procesos de reproducción, crecimiento y desarrollo humanos.

Sin embargo reconociendo que los niveles de salud y por ende la calidad de vida son diferentes según regiones, estratos socioeconómicos y factores culturales, la política de salud prioriza los esfuerzos y recursos del sistema hacia grupos poblacionales de mayor riesgo por su marginalidad social y económica y por su vulnerabilidad biológica. Con

este enfoque se contribuye a la equidad, diversidad y autonomía de la sociedad, permitiendo dar máxima preferencia a los niños, a las madres y a los adolescentes que habitan en las áreas rurales y urbano-marginales.

Esta concepción de salud de la madre, del niño y del adolescente requiere una profunda transformación de los servicios de salud; promoviendo las acciones de fomento, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles de atención con el fin de lograr un mayor acceso a la población según sus necesidades; desarrollando así mismo modelos de atención innovadores en los que se amplíe el ámbito del accionar institucional a la red familiar y social uniendo esfuerzos con servicios de otros sectores del desarrollo y, permitiendo la participación popular efectiva.

1.2 ASPECTOS ESPECÍFICOS.

- Coordinación y participación interinstitucional y multisectorial; a nivel local, Provincial y central.
- La integración normativa y programática en salud de la madre, el niño y el adolescente no debe perder de vista al ser humano en su ciclo vital incorporando acciones de prevención, fomento, recuperación y rehabilitación de la salud, con enfoque de riesgo, orientados a las personas y al medio, adecuados a la realidad de su contexto y en los diferentes niveles de atención.
- Necesidad de un cambio, en la concepción que los recursos humanos tienen de la salud materno-infantil, que les lleve a transformar su práctica de prestación de servicios, enfocando sus acciones en la familia y la comunidad, partiendo de la comprensión de su realidad.
- El enfoque de atención integral de salud materno-infantil obliga a replantearse la concepción de lo que es participación social; los trabajadores de la salud deberán involucrarse en el interior de los procesos sociales a través de un diálogo franco y permanente con la familia y comunidad. Se requiere que se incorporen y apoyen en iniciativas sociocomunitarias promoviendo una reflexión constante sobre su realidad de salud, esto implica el reconocimiento de la heterogeneidad étnico cultural que lleva a una adaptación de los programas materno-infantiles a realidades específicas.
- La educación es un proceso dinámico que se da en la sociedad, conlleva un saber popular, surgido del conocimiento y experiencia vivida, del cual se debe partir para que en un accionar conjunto comunidad y equipo de salud generen un proceso de formación y autoformación con metodologías participativas e innovadoras de educación popular, tendientes a la transformación de la situación materno-infantil, apoyando las iniciativas locales y difundiendo la utilización de las mismas a través de los diversos medios de comunicación formales e informales.

- El reconocimiento de que la salud materno-infantil forma parte de un proceso global requiere que el equipo de salud se integre en un esfuerzo conjunto para poner en práctica el proceso de regionalización, operacionalizando el proceso de descentralización técnico administrativa, fortaleciendo la autonomía de mandos medios, aumentando la capacidad gerencial, de las provincias y áreas de salud.
- El abordaje de la salud materno-infantil y del adolescente requiere un esfuerzo conjunto en el cuestionamiento de la realidad, de la concepción de la práctica, tecnología en uso y de la formación de los recursos humanos.
- Investigación
- Cooperación externa

1.3 ESTRATEGIAS.

1. Coordinar los esfuerzos e iniciativas locales mediante la articulación de todos los recursos de salud materno-infantil existentes, tanto del sistema formal e informal, para mejorar su utilización, adecuarlos a la realidad y establecer una relación de mutua responsabilidad.
2. Identificar espacios de liberación y concertación para la participación social de diferentes organizaciones, grupos, actores sociales y familias para realizar acciones de salud materno-infantil en áreas prioritarias, orientadas hacia la autoresponsabilidad y autogestión.
3. Buscar la acción co-participativa de los diferentes sectores e instituciones relacionados con el desarrollo integral para el mejoramiento de la salud y calidad de vida de mujeres, niños y adolescentes.
4. Incrementar recursos en salud materno-infantil, mejorar su utilización y focalizarlos en las personas, familias y comunidades de mayor riesgo biológico y psico-social.
5. Aplicar diferentes combinaciones de intervenciones tecnológicas en promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materno-infantil, según perfiles Epidemiológicos locales y percepción de la población.

2. PLAN NACIONAL DE SALUD MATERNO-INFANTIL¹¹

2.1. INTRODUCCIÓN.

El análisis de la situación de salud materno-infantil del país y las orientaciones de la política nacional constituyen la base en la que se sustentan el plan de acción, que tiene una inspiración interinstitucional e integradora, dado que la problemática es multicausal.

2.2 OBJETIVO GENERAL

Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población a través de acciones integradas de salud, orientadas al ciclo vital de mujeres, niños y adolescentes en el contexto familiar y comunitario, en permanente proceso de cambio.

2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS Y “ACTIVIDADES” PARA SU CUMPLIMIENTO

1. Garantizar servicios de salud materno-infantil integrados, oportunos y continuos a la población, de preferencia a los grupos de más alto riesgo social, en áreas rurales y urbano-marginales.

- Aplicación de los niveles local y Provincial de los mecanismos de descentralización técnico administrativo como parte del proceso de regionalización funcional, en las diferentes instituciones del sector.
- Identificación de las distintas instituciones a nivel local para la elaboración y ejecución de planes de intervención conjuntos.
- Desarrollo de formas innovadoras de participación social a través de identificar las organizaciones, grupos y agentes comunitarios, para la búsqueda de soluciones concretas a problemas prioritarios.
- Definición y establecimiento de consenso a nivel interinstitucional sobre acciones básicas en salud materno-infantil, que garanticen el pleno ejercicio del derecho a la salud.
- Estandarización de registros e implantación de normas de atención por niveles.

¹¹ FUENTE: NARANJO PLUTARCO M.D., Plan Nacional de Salud 1991 - 2000. Quito: MSP, 1991.

- Elaboración de propuestas intersectoriales que permitan mejorar la situación nutricional materno-infantil.
- Presentación de propuestas a los niveles de decisión para reorientar recursos: humanos, materiales y financieros hacia las áreas de población en pobreza crítica y de mayor deterioro de salud materno-infantil.
- Dotación a los niveles locales de tecnologías apropiadas y estudio de otras que se adopten a las condiciones culturales.
- Establecimiento de los perfiles Epidemiológicos locales y recolección de información cualitativa sobre las percepciones de la comunidad en relación a sus problemas.

2. Promover servicios integrales de salud materno-infantil a las familias más vulnerables del campo y la ciudad; tendientes a incrementar la cobertura, mejorar la calidad de la atención y facilitar la accesibilidad física, económica, social y cultural.

- Desarrollo de modelos alternativos de atención materno-infantil con enfoque familiar y comunitario en áreas de validación ubicadas en poblaciones de mayor riesgo social.
- Desarrollo de modelos alternativos que incluya el componente de promoción y prevención de consultas externas y servicios de hospitalización materno-infantil.
- Realización de estudios locales de evaluación de la calidad de los servicios materno-infantil y de los nuevos modelos de atención.
- Promoción a nivel local de autocuidado primario y la autogestión en salud, a través de la identificación, inter-relación y articulación de las redes familiares y sociales del sistema informal con los servicios.
- Formación de grupos de trabajo para la revisión de las leyes de protección social y jurídica de la mujer y el niño, así como formular propuestas que las mejoren.
- Formulación y ejecución de proyectos de atención materno-infantil, incluyendo el componente alimentario nutricional para poblaciones en riesgo.
- Diseño de programas participativos de educación en salud que incorporen diferentes tecnologías provenientes de los sistemas occidental, tradicional y popular.

3. Mejorar la salud de la mujer en edad fértil, tanto en su periodo genésico como intergenésico, para que culmine su etapa reproductiva en buenas condiciones biológicas, psicológicas y sociales.

- Organización de la atención del embarazo, parto y puerperio a nivel local, utilizando metodología de enfoque de riesgo.
- Elaboración de estudios que permitan reasignar prioridades y recursos para una atención sectorizada y descentralizada del parto institucional.
- Elaboración y ejecución de proyectos alternativos de atención del parto de bajo riesgo obstétrico y perinatal con adecuación cultural, ejemplo: casas comunitarias.
- Incorporación de la acción organizada de mujeres para la toma de conciencia en salud y demanda de servicios integrales.
- Promoción a las parejas de diversos contextos culturales, para la evaluación de los métodos de regulación de la fecundidad.
- Establecimiento de convenios entre las instituciones que brindan uno o más servicios a la mujer en edad fértil para garantizar el acceso a una atención integral evitando duplicaciones.
- Desarrollo de un sistema de colocación familiar preparto y postparto en hogares sustitutos para facilitar la accesibilidad al parto institucional.
- Desarrollo de hogares transitorios comunitarios para la atención de mujeres embarazadas con alto riesgo.
- Dotación de micronutrientes suplementarios y alimentos complementarios a las embarazadas.
- Preparación de material educativo que parta de la cosmovisión de las comunidades, referentes a la salud de la mujer.
- Organización en zonas indígenas de inaccesibilidad a los servicios por barreras culturales, de grupos de trabajo conjunto, personal institucional y comunitario para el análisis de tecnologías en uso e incorporación de estas en la práctica profesional.

- Revisión de la concepción y práctica de prestación de servicios por parteras, ampliando su rol, preventivo y dotándoles de instrumentos técnicos e insumos que los permitan ampliar su cobertura.

4. Lograr un adecuado crecimiento y desarrollo del niño y adolescente desde su concepción, para que llegue a la vida adulta en las mejores condiciones biológicas, psicológicas y sociales.

- Implantación del control periódico integral de crecimiento y desarrollo con cobertura universal, a partir de la captación precoz del recién nacido.
- Diseño de material educativo en crecimiento y desarrollo del niño a partir de proceso de autoformación y de respeto a la cultura local.
- Búsqueda en áreas de validación de formas nuevas para el seguimiento por la madre y la comunidad del control de crecimiento y desarrollo adecuado a su cultura y sus necesidades.
- Logro de consenso acerca de la metodología para la aplicación del control de crecimiento y desarrollo en todo el país con participación multiinstitucional.
- Encuentro a nivel local, Provincial y nacional de carácter interinstitucional para el análisis de la situación infantil y nuevos enfoques para fortalecer el adecuado crecimiento y desarrollo del niño.
- Elaboración de inventario de las organizaciones públicas y privadas que trabajan en el campo del adolescente.
- Encuentro nacional con organizaciones que trabajan en el campo de la adolescencia para analizar la situación y buscar mecanismos operativos y formular propuestas de futuras intervenciones.
- Elaboración de propuesta para la organización y puesta en funcionamiento de la red de atención perinatal en los distintos niveles de complejidad con enfoque de riesgo, incluyendo la historia clínica perinatal.
- Definición y aplicación de los criterios de riesgo biológico y psicosocial según el ciclo vital y en uno de los diferentes niveles de atención.
- Desarrollo de instrumentos metodológicos para la programación local con enfoque de riesgo.

- Reproducción y difusión de material educativo de acuerdo a prototipo producido en las comunidades.
- Aplicación de diferentes aplicaciones tecnológicas, preventivas y curativas combinando recursos de la medicina académica con la tradicional.
- Búsqueda y aplicación de metodologías educativas, participativas e innovadoras para la autoformación del personal de salud que trabaja en áreas operativas con el objeto de facilitar la participación social.

5. Fortalecer la capacidad resolutive del sistema de prestación de servicios de salud infantil, para contribuir a mejorar la calidad de vida de mujeres, niños y adolescentes.

- Organización de el sistema de logística local para garantizar el uso eficiente de los recursos.
- Capacitación a los recursos humanos a nivel local para aumentar su capacidad gerencial.
- Incorporación a los grupos organizados de mujeres en el análisis de la problemática de salud materno infantil, en el diseño de proyectos y en la capacitación y difusión de contenidos de salud materno-infantil.
- Fortalecimiento a los procesos de autoformación de recursos humanos comunitarios y seguimiento de los mismos.
- Diseño y ejecución de cursos cortos, seminarios y talleres de salud materno infantil integral con la participación de las instituciones de salud, las universidades, sociedades científicas y asociaciones profesionales.
- Elaboración del plan de contenidos e instrumentos metodológicos para una capacitación integral en servicios.
- Incorporación integral de la salud maternoinfantil en los programas de formación de recursos humanos.
- Aplicación de metodología para la participación activa de la docencia en servicio y de servicio en docencia.
- Apoyo a la formulación y ejecución de estudios de investigación - acción:
 - En grupos de alto riesgo
 - En temas prioritarios.

- Formación de un grupo de trabajo interinstitucional y multidisciplinario para análisis de resultados de investigaciones realizadas en el campo materno-infantil.
- Definición de líneas de investigación en salud materno-infantil con participación interinstitucional.
- Coordinación docencia - servicio en proyectos investigativos a nivel nacional.
- Utilización de tecnologías apropiadas y metodologías de comunicación social popular considerando las características etéreas y socioculturales.

Este Plan fue reformado en 1991 para dar cumplimiento a la política de la **OMS** de “Salud para todos en el año 2000”, el que contempla las siguientes políticas esenciales:¹²

- ◆ Desarrollo del modelo de atención orientado al fomento de la salud con participación familiar y comunitaria.
- ◆ Mejoramiento de la alimentación y nutrición, en especial de niños menores y mujeres embarazadas.
- ◆ Impulso al saneamiento básico y dotación de agua potable.
- ◆ Fortalecimiento y ampliación de los servicios básicos de salud.

3. ANÁLISIS DE LA SALUD MATERNO INFANTIL EN LA AMAZONIA ECUATORIANA^{13 14}

GENERALIDADES.

En 1991 las oficinas de UNICEF de Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela iniciaron un “Programa Subregional Amazónico” con el objeto de contribuir al mejoramiento integral de la calidad de vida de las madres y los niños de la región. Un elemento básico de este diagnóstico fue el estudio de la salud y la nutrición de los niños y las madres de las amazonías de cada uno de los seis países.

A partir de la década de los sesenta, la sociedad nacional a través de la acción del gobierno, propició un nuevo tipo de ocupación aplicando un modelo de desarrollo caracterizado por la convergencia de intereses de las élites políticas y económicas locales y los grupos poseedores de capital y tecnología de los países desarrollados. El resultado de esta colaboración fue la modernización de ciertos sectores de la economía y una alteración del medio por la apertura de vías de comunicación, la construcción de

¹² 25 Años para la Salud del Ecuador MSP 1992.

¹³ FUENTE: SIN HADAS Y SIN MUÑECOS, Salud y Enfermedad en la Amazonía, Tratado de Cooperación Amazónica, Brazil, 1993. UNICEF.

¹⁴ FUENTE: ESTRELLA EDUARDO M.D. , Análisis Especial de la Salud Materno Infantil, Febrero 1993, Quito.

represas y la tala de la selva para la instalación de actividades agroindustriales (Brunelli 1989: 35-61). En el Nororiente Amazónico se descubrió petróleo, cuya explotación estimuló la creación de nuevas áreas de ocupación y produjo al mismo tiempo una serie de cambios ambientales peligrosos para la salud. Colonización agresiva, migración campo ciudad, creación de cinturones de miseria alrededor de los pueblos y ciudades, contaminación ambiental, desplazamiento de la población indígena, han sido los signos de estas transformaciones, que han afectado en menor o mayor grado la salud y la propia vida de los habitantes.

3. 1 PERFIL INICIAL DEL DETERIORO.

La salud de la población amazónica está determinada por factores económicos, socioculturales y ambientales, que aisladamente o en forma conjunta, condicionan la enfermedad y pueden provocar la muerte. Las condiciones de trabajo y la insalubridad, la presencia de un alto número de vectores, son las causas inmediatas de la alta incidencia y prevalencia de enfermedades. Frente a esto las deficiencias de los sistemas estatales de salud, el corto alcance de las acciones preventivas como la vacunación, impiden una buena respuesta de la medicina moderna a los crecientes requerimientos de la sociedad. Toda esta situación se agrava por la presencia de grupos vulnerables: comunidades indígenas, sectores urbano marginales pobres, zonas rurales deprimidas y sobre todo, niños y adolescentes desprotegidos.

La población de zona sigue incrementándose no solo por las tendencias de la fecundidad, sino por la migración. La juventud es una de sus principales características ya que la base de menores de 15 años alcanza el 45 %, y si bien se observa un creciente proceso de urbanización, sin embargo, hay grandes sectores humanos dispersos. Todo esto impacta sobre la salud, la organización de los servicios de saneamiento y la atención médica.

La mortalidad infantil ha disminuido en las últimas décadas, pero las tasas son mas elevadas que en las otras regiones del país. En algunas zonas la tasa es tan alta que sobrepasa el 80 por 1000 nacidos vivos. Las enfermedades infecciosas y parasitarias constituyen importantes causas de muerte. Las defunciones por diarrea y por neumonía son frecuentes, siendo la desnutrición la causa subyacente de estas defunciones. La tuberculosis se está incrementando (1996), las inmunoprevenibles van disminuyendo relativamente, pero se mantienen altas cuotas de muerte por Tosferina, sarampión y tétanos neonatal. Los daños causados por accidentes y violencia están creciendo en forma alarmante, siendo los indicadores de los graves problemas sociales que atraviesa la zona.

Las enfermedades diarreicas, son la principal causa de morbilidad en niños; las infecciones respiratorias son también un problema grave. Las virosis mantienen una elevada presencia, la hepatitis infecciosa, la fiebre amarilla. Hay una alta prevalencia de trastornos parasitarios, destacando la leishmaniasis, la helmintiasis, etc.. La malaria sigue siendo un gravísimo problema para la zona y su control ha tropezado con muchas dificultades. Las enfermedades por transmisión sexual se han incrementado, siendo la

sífilis y la blenorragia infecciones comunes; a esto hay que añadir el peligro constante del SIDA.¹⁵

La violencia organizada o no, presenta rasgos dramáticos en zonas fronterizas con Colombia, provocando el desplazamiento de la población y una amenaza permanente para la vida. Por otra parte el consumo excesivo de alcohol y la drogadicción, son las puertas de escape de una situación explosiva. No faltan las enfermedades de la modernización, los trastornos tumorales y cardiovasculares, los problemas del comportamiento y otros trastornos derivados de la contaminación ambiental y la alarmante destrucción de la selva húmeda tropical. La desnutrición proteico - energética es un problema de salud pública que afecta a millares de niños menores de 5 años; de los pocos datos disponibles se conoce que entre el 30 y 50 % de los niños menores de 5 años sufren desnutrición de algún grado.

Este breve perfil epidemiológico nos pone en evidencia una situación de salud en franco deterioro. ¿De que salud se habla? Si esta es difícil de alcanzar en la Amazonía donde solo se encuentra riesgo y enfermedad. Se habla de la salud de los poderosos, de los que tienen la vida asegurada. No se habla de la salud de los demás, de la salud de los pobres, de los débiles. Se hace un reclamo de la salud sobre la salud de los trabajadores, de los migrantes, de los indígenas, y sobre todo de los mas vulnerables, de los niños y de las madres.

3. 2 ENFERMAR Y MORIR EN LA AMAZONIA.

3. 2. 1 UNA POBLACIÓN EN CONSTANTE CAMBIO.

La tasa bruta de natalidad llegó al 25 por 1000 en 1988. En relación con la migración hay que señalar que en las últimas décadas se ha producido un notable desplazamiento hacia la Amazonía, cuya procedencia corresponde a gente pobre de las provincias de la sierra, sin experiencia de trabajo en la selva y con una limitada inmunidad frente a las enfermedades tropicales, por lo que su adaptación es difícil y su vulnerabilidad a estos trastornos mas corriente de lo normal.

La taza media anual de crecimiento poblacional descendió en las últimas décadas, en la Amazonía ecuatoriana la tasa de crecimiento intercensal entre 1979 y 1982 fue de 4.9 %. En relación a al distribución urbano - rural de la población en 1989 el porcentaje de población rural fue de 74.2 %.

Se calcula que la población indígena corresponde al 40 % del total, distribuidos en 6 etnias; por obvias razones estos datos demográficos son incompletos, pero son importantes como elementos referenciales ya que en el campo de la salud ayudan a conocer el número de personas que tienen una concepción culturalmente distinta de lo que es la enfermedad, que acuden cuando lo necesitan a un sistema etnomédico propio, que maneja un arsenal terapéutico particular.

¹⁵ Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.

Se carece de cifras confiables sobre la esperanza de vida al nacer, probablemente sea inferior al promedio nacional que entre 1985-1990 fue calculado en 65.4 años (UNICEF, 1992).

3. 2. 2 CIFRAS DE LA MORTALIDAD.

Llama la atención sobre las deficiencias de la información de la mortalidad y las causas de muerte. Esta situación se explica por la inoperancia de los organismos estatales encargados de las estadísticas vitales, por las limitaciones de los servicios médicos, y finalmente por el comportamiento de la misma población que no refiere los casos por varias razones: lejanía de los centros de acopio de información, desidia, ignorancia, etc.. Los datos que se presentan a continuación tiene estas limitaciones, y deben ser utilizados con las reservas del caso

a) Mortalidad general

Hay una tendencia decreciente de la tasa bruta de mortalidad general, en el año 1990 fue de 7 por mil para el país y de 4.2 en la Amazonía; la tasa de mortalidad infantil fue de 60 por mil nacidos vivos a nivel país y de 34.5 a nivel de la Amazonía, (UNICEF, 1991).

b) Causas de muerte: de las infecciones a la violencia

Tomando en cuenta las deficiencias de la información existentes, del análisis de las causas de mortalidad general consignadas en el diagnóstico hecho en el país se puede afirmar que en la Amazonía prevalecen las causas relacionadas con el retraso de la población, como son las infecciones intestinales y respiratorias y las afecciones del periodo perinatal, que tienen que ver con problemas del parto, malnutrición o inmadurez fetal. Junto a estas clásicas causas se presentan en forma creciente los trastornos de la modernización y de la conflictiva vida social de estos pueblos, tomando carta de naturalización la violencia y los accidentes que en algunas zonas han pasado a ocupar los primeros lugares; tampoco faltan las afecciones cardiacas y las enfermedades cerebrovasculares.

3.3 LA SALUD DE LOS NIÑOS Y LAS MADRES.

3.3.1 MORTALIDAD INFANTIL

TABLA II B 3

MORTALIDAD NEONATAL Y POSTNEONATAL EN EL ECUADOR, TASAS NACIONALES Y AMAZÓNICAS.

	Año	Neonatal (1-28 días)		Postneonatal (28 días a 11 meses)	
		N	Tasa(1)	N	Tasa (1)
País	1978	4434	19.2	10398	45.1
	1989	3831	19.1	5020	25.0
Región Amazónica	1978	137	19.3	310	43.8
	1989	102	11.5	204	23.0

(1) Tasa por mil nacidos vivos.

Fuente: Diagnósticos de Salud de los Países Amazónicos. UNICEF, 1991.

Habitualmente se considera que el descenso de la mortalidad postneonatal es producto del mejoramiento de las condiciones sanitarias y el control de las enfermedades prevenibles por vacunación, de las enfermedades diarreicas, de la desnutrición y de las infecciones respiratorias agudas. La mortalidad neonatal se vincula a factores biológicos e intrahospitalarios por lo que su reducción es mas costosa y necesita de alta tecnología.

Causas mas frecuentes

Si bien los diagnósticos de las causas de muerte de los niños menores de un año de la región ofrece informaciones incompletas correspondientes a años diferentes desde 1985 a 1990, lo que permite hacer comparaciones adecuadas, sin embargo si es posible tener una imagen global de la situación al analizar cuidadosamente los listados:

1. Afecciones del periodo perinatal, donde la salud y nutrición de la madre, la inmadurez fetal, los riesgos durante el parto, son algunos de los factores que influyen en la muerte de los niños.
2. Diarreas, tan comunes en la selva como consecuencia de los malos hábitos alimenticios, las parasitosis y las infecciones, (UNICEF, 1991).
3. Enfermedades respiratorias agudas, siendo las mas letales las complicadas con neumonía
4. Desnutrición y una serie de causas poco definidas.

En el periodo neonatal, las principales causas de muerte reportadas en 1985 son:

1. Complejo hipoxia-asfixia otras afecciones respiratorias del recién nacido y la inmadurez.
2. Desprendimiento y hemorragia placentarias.
3. Desnutrición del producto y de la madre.
4. Anomalías congénitas y las infecciones intestinales.

El estudio de las causas de muerte en niños de 1 a 4 años ha sido una preocupación de los investigadores que realizaron los diagnósticos; todos coinciden en demostrar que la base de la mortalidad en esta edad se encuentra en la desnutrición, así como la carencia de agua potable y buenos sistemas de eliminación de excretas y los factores culturales sobreañadidos.

3.3.2 MORTALIDAD MATERNA

Es un buen indicador de la situación de salud de una población, ya que trata de medir con cierta sensibilidad las coberturas de atención médica y la calidad de la asistencia primaria de la salud de la madre.

En la Amazonía Ecuatoriana las tasas ofrecen una composición irregular en toda la década de los 80, lo que puede explicarse por problemas de la atención médica y la operación de los registros. En 1980 la tasa fue de 2.1 por mil nacidos vivos, mayor que el promedio nacional; en 1983, 2.2 y en 1989, 1.8. La migración, la ruralidad, la presencia de una población indígena cada vez más desplazada en la selva y con limitado acceso a los servicios de salud, pueden explicar estas cifras y las muertes maternas no registradas.

Cabe anotar que una de las metas de la Cumbre Mundial de la infancia, es la reducción para el año 2000, del 50% de las tasas de mortalidad materna de 1990, lo que es un reto para la región, especialmente para el sistema de atención médica, que tendrá que mejorar la cobertura y la calidad de la atención, (UNICEF, 1991).

3.3.3 LAS AMENAZAS DEL EMBARAZO Y DEL PARTO.

1. Hemorragia del embarazo y el parto
2. Toxemia del embarazo
3. Complicaciones del puerperio
4. Aborto.

De las 16 muertes maternas reportadas en 1986 en la Amazonía Ecuatoriana, 7 ocurrieron por hemorragia del embarazo y parto; 3 por toxemia del embarazo, 4 por causas obstétricas directas; 2 por causas obstétricas indirectas.

El problema va mas allá de un adecuado sistema de salud, pues se extiende a las mujeres que ponen en peligro su propia salud y la de sus familias cuando tienen hijos muy seguidos o en edades tempranas, en plena adolescencia. Las madres que tienen hijos en sucesión rápida tienden al agotamiento; son madres sobrecargadas de trabajo, mal nutridas que en el mejor de los casos dan a luz hijos de bajo peso.

Muchas mujeres entre las cuales se encuentran las adolescentes terminan sus embarazos involuntarios mediante la inducción de abortos que ponen en peligro no solo su salud sino su vida. Se conoce, en general, que entre el 20 y 30 % de muertes maternas son consecuencias de abortos ilegales (UNICEF, 1991.) Lamentablemente la información sobre el aborto es muy escasa.

3.4 SALUD MATERNA Y SOBREVIVENCIA INFANTIL.

El problema de la mortalidad materna debe visualizarse en su integridad, ya que tiene que ver con la situación general de la mujer en la sociedad, con su desarrollo físico y mental y sus condiciones de vida. Ya se han analizado las tasas de mortalidad materna y las causas de muerte de las madres.

En el Cumbre mundial de la infancia realizada en 1990, al hablar del tema de salud y la educación de la mujer se establecieron los siguientes objetivos:

1. Atención especial de la salud y nutrición de las niñas, las mujeres embarazadas y las madres lactantes.
2. Acceso de todas las parejas a la información y servicios para impedir los embarazos demasiado tempranos, poco espaciados, demasiado tardíos, demasiado numerosos.
3. Acceso de todas las mujeres embarazadas a la atención prenatal, acceso a personal capacitado para asistir al alumbramiento y acceso a servicios de consulta para los casos de embarazos de alto riesgo y situaciones de emergencia obstétrica. (UNICEF, 1991).

Actualmente los ministerios de salud de la región y otras instituciones estatales no gubernamentales llevan adelante programas de salud relacionados con estos objetivos pero se carece de una información válida sobre su real situación y mas aun sobre el impacto en la población femenina de la Amazonía.



3. 4. 1 COBERTURAS DE ATENCIÓN PRENATAL.

No existe suficiente información sobre las coberturas de atención prenatal y los promedios que se ofrecen tampoco reflejan la realidad. Se concuerda en señalar porcentajes bajos de consulta y mas aun el posterior abandono de los controles, que hasta hace poco se consideraba que debían ser seis en todo el embarazo pero que últimamente se han reducido a dos, que se consideran suficientes para vigilar a la madre y al niño para ofrecer una protección poco costosa contra los riesgos de anemia e hipertensión.

A parte de las limitaciones de los servicios de salud, hay una serie de factores culturales que inciden en la inasistencia de las madres a los servicios médicos; en los sectores rurales se cree firmemente que el embarazo es un proceso que no debe recibir atención especializada, recurriéndose en el caso de algún problema a las “comadronas”, “parteras o curiosas” que son agentes de la medicina tradicional.

En 1989 en el Ecuador amazónico la cobertura de la atención prenatal fue casi igual al del nacional, 47 % y la asistencia a los niños menores de un año fue inferior al promedio del país, 61 %, llegando en la provincia de Napo únicamente al 31 %.

Estas deficiencias de la atención médica en el embarazo afectan la salud del binomio Madre-niño y provocan grandes consecuencias para la vida. Esta situación es mas dramática en las mujeres embarazadas del campo y las mujeres pobres que no pueden pagar una consulta médica privada. Nuevamente la relación entre pobreza, falta de calidad de vida y enfermedad, se hace evidente en este campo de la prevención de la salud maternoinfantil.

3. 4. 2 COBERTURA DEL PARTO

Al igual que en el control médico del embarazo, en la atención del parto participan tanto aspectos estructurales de los servicios de salud como elementos culturales. En general las coberturas son bajas, especialmente en los sectores rurales. En la Amazonía únicamente el 24 % de los partos del año 1989 tuvo atención profesional lo que da la idea de la cruel realidad de las madres y los niños en esta zona.

3. 4. 3 ESTADO NUTRICIONAL DEL BINOMIO MADRE-NIÑO.

La desnutrición es uno de los problemas de salud pública mas grandes que tiene la región, los estudios analizados demuestran que entre el 30 y el 50 % de los niños menores de 5 años sufre desnutrición en alguno de sus grados.

La modernización, el impacto de los medios masivos de comunicación y la ampliación del mercado interno de alimentos procesados de fácil preparación y consumo pero de

bajo o nulo valor nutricional, están provocando el relegamiento de muchos alimentos ancestralmente aprovechados por la población. Todo esto unido a una progresiva desvalorización de lo propio, significa un mayor riesgo para un sector de la sociedad caracterizado por sus condiciones precarias de vida.

La desnutrición materno-fetal, el bajo peso al nacer, la desnutrición global de los niños; el mayor riesgo que tienen estos infantes para enfermar y morir; los problemas biológicos, psicológicos y sociales que presentan los desnutridos, son algunos de los signos de este grave problema, que está por ser identificado en su real magnitud en la región amazónica.

3. 4. 4 PROGRAMA DE MICRONUTIENTES.

Aproximadamente 48 % de la población de la región padece o está en riesgo de malnutrición por deficiencia de micronutrientes, las deficiencias de hierro y vitamina A son mucho más evidentes en los poblados en los que las condiciones de vida están más deterioradas, constituyéndose en verdaderos problemas de salud pública en razón a su gran prevalencia que se asocia a incrementos de la morbilidad especialmente infantil y materna. Sin embargo de que la solución a estos problemas rebasan las posibilidades del sector salud, el Ministerio de Salud del país ha desarrollado el **PROGRAMA INTEGRADO PARA EL CONTROL DE LAS PRINCIPALES DEFICIENCIAS DE MICRONUTRIENTES EN EL ECUADOR**, lo que permitirá prevenir y controlar estas deficiencias. (Manual de Suplementación Quito, 1996 M.S.P.)

La **cumbre mundial de la Infancia** (1990) suscrita por el Ecuador definió entre otros objetivos para el año 2000:

- a) La eliminación virtual de las deficiencias de yodo y vitamina A.
- b) La disminución a un tercio de los niveles de 1990, de las anemias por deficiencia de hierro que afecta a las embarazadas.

Las **estrategias** establecidas para lograr estos objetivos son:

- a) La fortificación de los alimentos. En el Ecuador se fortifica actualmente la sal con yodo y se iniciará la fortificación de la harina con hierro, ácido fólico y vitaminas del complejo B y del azúcar con vitamina A.
- b) La suplementación con hierro, yodo y Vitamina A a los grupos de riesgo; los que en la región Nororiental están ubicados en varios sectores ya estudiados y que al momento ya se encuentran en fase de aplicación a los usuarios catalogados como tales en los poblados preestablecidos por un estudio realizado en 1992.
- c) La diversificación de la dieta, para lo cual es necesario emprender campañas intensivas de educación y comunicación social.

III. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA MATERNO INFANTIL EN LA ZONA NORORIENTAL DEL ECUADOR.

A. SITUACIÓN ACTUAL DE LA SALUD MATERNO INFANTIL EN LA ZONA

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ZONA NORORIENTAL DEL PAÍS.^{16 17}

1.1 SITUACIÓN Y LIMITES.

La zona Nororiental está compuesta por 2 Provincias: Napo y Sucumbíos dos de las cinco provincias amazónicas del Ecuador; situada al Noreste del país en el territorio ecuatoriano situado en América del Sur entre los dos hemisferios norte y sur.

Sus **límites** son:

- Al norte con Colombia
- Al noreste con Perú
- Al sur la Provincia de Pastaza y el Perú
- Al este con Perú
- Al oeste las Provincias de Carchi, Imbabura, Pichincha, Cotopaxi, y Tungurahua.

1.2 SUPERFICIE

Su extensión territorial es de 56.116 Km. 2 de los cuales 37.504 corresponden a Napo y 18.612 a Sucumbíos; hasta 1989 las dos provincias eran solo Napo y correspondía a la mas grande en territorio del país y de la región amazónica. (Fuente: INEC).

1.3 GEOGRAFÍA Y CLIMA.

Su territorio va desde la Cordillera Oriental de los Andes, pasando por las laderas subtropicales de la misma hasta llegar a la cuenca amazónica, teniendo pues entonces tres grandes mesetas con climas distintos y temperaturas variadas, las que fluctúan entre 4 y 34 grados Centígrados con una temperatura media en la mayor parte de su territorio de 25 grados.

La pluviosidad varia entre 3.000 a 4.000 mm. de agua anualmente; con una humedad ambiental de 90%.

¹⁶ FUENTE: DAVID CARBONELL, M.D. , Resumen de la Situación de Salud en Napo para 1995, Octubre, 1995, Dirección Provincial de Salud de Napo.

¹⁷ FUENTE: DIAGNOSTICO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE SUCUMBIOS, 1995, ISAMIS.

1.3.1. LOS SUELOS

En esta región los suelos son llanos y ligeramente ondulados y van descendiendo desde los 4.000 metros sobre el nivel del mar en las zonas de la cordillera, donde se encuentran el Reventador (3485 m.) y el Sumaco (3.900 m.), como principales cumbres, hasta los 200 m. Sobre el nivel del mar con fluctuaciones en toda la cuenca amazónica entre 600 y 200 metros sobre el nivel del mar.

1.3.2. VEGETACIÓN

Se caracteriza por poseer una vegetación que va desde pequeños arbustos a vegetación exuberante propia de la selva tropical amazónica.

1.4 DIVISIÓN POLÍTICO - ADMINISTRATIVA .

La zona de estudio está constituida por las Provincias de Napo y Sucumbíos, que hasta el 11 de Febrero de 1989 era solo Napo, produciéndose entonces la desmembración de la parte norte conformándose y creándose la provincia No 21 del País "Sucumbíos", mediante decreto legislativo No. 008, publicado en el registro oficial No. 120 del 13 Febrero 1989.

Cada provincia cuenta con un Gobernador, un Prefecto, un Alcalde en la capital de cada una (Nueva Loja <Sucumbíos> y Tena <Napo>), un Presidente de Municipio en cada cantón (6 en Sucumbíos y 8 en Napo), un Director Provincial representante de cada uno de los ministerios del país. Cada provincia cuenta además con una "red de servicios de salud" partiendo de la Dirección de Salud Correspondiente, "Hospitales Provinciales", "Áreas de Salud" las que son 3 en Napo y 3 en Sucumbíos y sus unidades operativas, todas pertenecientes al Ministerio de Salud Pública.

2. PERFIL DEMOGRÁFICO: Distribución y concentración poblacional.

La población estimada en la zona es de 254.863 habitantes de los cuales 137.234 corresponden a Napo y 117.629 a Sucumbíos según proyecciones del último censo realizado en 1990, para 1995.

El crecimiento de la población en el último periodo intercensal fue de 85.8 % entre 1982 y 1990. Está distribuida en: el 23 % en zonas urbanas y el 77 % en zonas rurales para Napo y, el 53 y 47% respectivamente para Sucumbíos.

La concentración poblacional es de 3,6 habitantes por Km² en Napo y de 6,3 en Sucumbíos, la mas alta de toda la Amazonía Ecuatoriana.

El proceso de desarrollo de la Provincia de Sucumbíos y la zona petrolera de Napo ha sido en general anárquico, desarticulado y en gran medida prescrito por el desarrollo de la explotación petrolera. Incluso la explotación del espacio físico y la manera de distribución poblacional ratifican esta apreciación.¹⁸

2.1 COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN

La estructura de la población según grupos etéreos, de acuerdo a la última información censal, es la siguiente¹⁹:

CUADRO III A1

PROYECCIÓN DE POBLACIÓN POR GRUPOS ETAREOS, SEGÚN PROVINCIAS, NORORIENTE ECUATORIANO, 1995.

Grupos etéreos	NAPO		SUCUMBIÓS		TOTAL	
		% 1		% 1		% 2
< de 1 año	4.830	3,8	2.164	1,8	6.994	2,74
1 a 4 años	18.954	13,8	16.483	14,1	35.447	13,90
5 a 14 años	38.876	28,9	30.877	26,3	69.753	27,36
15 a 49 años	63.963	45,8	59.501	50,5	123.464	48,44
49 y mas años	10.601	7,7	8.604	7,3	19.205	7,53
TOTAL	137.234		117.629		254.863	

1 / Porcentaje de población por provincia

2 / Porcentaje de población total Nororiente Ecuatoriano.

Fuente: INEC.

Elaborado por: Grupo Nororiente Ecuatoriano ESPOL - ESPAE.

CUADRO III A2

GRUPO PROGRAMATICOS DE POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN PROVINCIAS, NORORIENTE ECUATORIANO, PROYECCIÓN PARA 1995.

Grupos programáticos	NAPO		SUCUMBIÓS		TOTAL	
	%	1	%	1	%	2
Mujeres Embarazadas	6.038	4,4	2.705	2,3	8.743	3,4
Mujeres en edad fértil	35.007	25,5	21.359	18,1	56.366	22,1
Detección Oportuna de cáncer	33.135	24,1	28.402	24,1	61.537	24,1

1 / Porcentaje de población total Provincial

2 / Porcentaje población total Nororiente Ecuatoriano

Fuente: INEC.

Elaborado por: Grupo Nororiente Ecuatoriano Espol/Espae.

¹⁸ FUENTE: DIAGNOSTICO DE SALUD DE SUCUMBIOS, PROFORS, 1992.

¹⁹ FUENTE: Proyecciones INEC, Direcciones de Salud Napo y Sucumbios 1995.

Se puede observar que el 44 % de la población total es menor de 15 años, del mismo modo el 22 % de la población total contiene a las mujeres en edad fértil; ambos de importancia en el desarrollo de la temática.

Según trabajos realizados en varias comunidades por muestreo, el 46 % de la población total es de sexo femenino y el 54 % masculino.

3. CARACTERÍSTICAS CULTURALES

Actualmente la zona es una síntesis de múltiples culturas que confluyeron a ella en diversos momentos de su historia.

Una síntesis aún no concluida, puesto que hoy mismo conviven en la zona una cultura mestiza mayoritaria proveniente de casi todas las provincias del país y de Colombia, un grupo considerable de Afroecuatorianos que junto a diversas culturas y lenguas nativas pertenecientes a varios grupos étnicos entre los que destacan: Shuar-Achuar, Runa, Quichua, Huaorani, Siona, Secoya, Cofan, hacen la minoría poblacional.²⁰ Cada grupo con sus diferentes patrones de conducta y de vida. Esta pluriculturalidad tiene la ventaja de permitir que cada grupo aporte sus valores y su cosmovisión al conjunto.

En la conceptualización del proceso de salud-enfermedad desde el punto de vista tradicional “la salud representa una dimensión ideal de la vida, donde la felicidad y capacidad de trabajo son los puntos centrales de referencia”.

Sus principios ideológicos provienen de siglos, cuya mutación en el tiempo ha sido paralela a la evolución de los pueblos.

En la generación de sus propios recursos interpretativos, preventivos y terapéuticos, se han articulado las características de cada nicho ecológico con el estadio del conocimiento de las comunidades y, en el intento de modificar el curso y desenlace de la enfermedad individual o social, se utilizan productos vegetales, animales y minerales y se manipulan variados códigos y símbolos.

En la región se comprueba la existencia simultánea de estilos de vida modernos y tradicionales, en una suerte de mosaico que traduce la presencia de un sistema multicultural, se hace necesario reconocer las distintas formas de comportamiento adoptadas frente al proceso de salud y enfermedad, entre distintas clases sociales y culturales, para mejorar la eficiencia de las intervenciones y generar nuevas estrategias y programas de salud.

²⁰ FUENTE: UPPSAE, 1993.

4. CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS.

Las condiciones socioeconómicas y las características culturales de hecho condicionan la calidad de vida y bienestar de los habitantes de la región y, directamente, están vinculadas con el estado de salud individual y colectivo.

El Nororiente normalmente ha vivido al margen de la realidad nacional del Ecuador. No ha sido tomado en cuenta para muchos de los proyectos de desarrollo de los gobiernos; del mismo modo para un número grande de ecuatorianos, este sector del país no figuraba como parte real del mismo hasta hace algunos años. La zona empieza a cobrar interés con el descubrimiento del petróleo; es en 1969 que comienza la entrada de las compañías petroleras y se perfora el primer pozo en el campo de Lago Agrio. La construcción de la carretera Quito - Baeza - Lago Agrio y del oleoducto transecuatoriano, abre la posibilidad de ingreso a miles de personas especialmente campesinos pobres inmigrantes de diferentes partes del país que buscan esperanzas de subsistencia y mejoras a sus condiciones de vida. Así comienza el fenómeno de la colonización espontánea que trajo graves consecuencias para la Amazonía.

La violencia que se vive es de un grado muy alarmante, incluso a nivel intrafamiliar, existiendo además violación de los derechos humanos por parte de ciertos estamentos de la sociedad local .

La producción bruta de la Zona considerando solamente petrolera y agropecuaria, en 1989 fue de 15,39 % del PIB Nacional, en 1990 de 18,31 % y en 1993 de 24,2 %.

4.1 SITUACIÓN ECONÓMICA.

A partir de 1980 el Ecuador viene sufriendo una crisis económica sin precedentes. En consecuencia el desempleo, la caída de la oferta alimentaria, la inflación, la contracción del gasto social y el deterioro del salario real, afectan a las familias en general y, particularmente, a las mujeres y a los niños de clases desposeídas, disminuyendo en forma ostensible su capacidad bio-psicosocial para luchar contra la enfermedad y la muerte.

La recesión económica ha traído como consecuencia una caída del producto interno bruto per cápita, que deteriora aun mas la calidad de vida de la población por la baja brusca del ingreso a niveles dramáticos en los estratos pobres. Son expresiones de esta crisis los ritmos irregulares y declinantes de la producción nacional, la caída de la inversión productiva, el aumento del desempleo y subempleo, la persistente elevación de los precios, las devaluaciones monetarias, el crecimiento en espiral de la deuda externa y las difíciles, sino imposibles, alternativas de poderla amortizar.

La crisis también se manifiesta en la distribución de los recursos del estado en los sectores sociales, la cual es menor para salud, educación y bienestar social.

La tenencia desigual de la tierra entre propietarios pequeños y grandes ha traído como consecuencia un desequilibrio en la producción de alimentos. A raíz de la reforma agraria hubo una transformación en la tenencia de la tierra naciendo el minifundio y el

sistema de comunas. Estos se cultivan parcialmente y solo para autoconsumo familiar en su mayoría especialmente en el sector indígena.

La escasez de créditos agrícolas para semillas, abonos e instrumentos de labranza ha acentuado la disminución de alimentos disponibles para el consumo nacional, asociado esto a la tendencia de urbanización de la población de la gente indígena y campesina, ha dado lugar al crecimiento de barrios urbano-marginales en las ciudades de Lago Agrio, Coca, Tena entre otras; y, si tomamos en cuenta el gran problema de la gran población que migra desde otras provincias a causa de la industria del petróleo ocupando toda la disponibilidad de empleos en la misma viniendo tras ello los colonizadores de tierras con fines agrarios y los explotadores de recursos forestales, dando como consecuencia el gran incremento de **población flotante** incuantificable.

Todo lo cual evidentemente ha agravado el deficitario estado nutricional de madres y niños, en especial de aquellos residentes en áreas urbano-marginales y rurales y lo que es peor ha congestionado los pocos servicios de salud existentes alcanzando estos porcentajes de ocupación de hasta 140 %, teniendo al momento servicios deteriorados y desprestigiados por la incomprensión de los usuarios al no entender las causas de la mala calidad de atención ya que además poco o nada se ha hecho por resolver tal situación desde los niveles competentes.

Adicionalmente se ha dado mayores necesidades de vivienda y saneamiento ambiental. Se estima que en ciertos sitios el subempleo y desempleo han superado el 50% de la población económicamente activa.

El resto de las tierras que tradicionalmente fueron destinadas al cultivo de bienes de subsistencia para abastecer el mercado interno, se han orientado hacia la producción de materias primas para la industria y exportación como es el caso de la palma africana, cacao, café y grandes extensiones asignadas a la industria petrolera, otras se han destinado para pastizales, sin que el auge de la ganadería haya dado como resultado una mejora en el consumo de carne, leche y sus derivados para las clases pobres de la región, lo que ha repercutido negativamente en la salud de madres y niños ya que todo lo venden a transnacionales como la Nestlé, y comprando con el dinero alimentos considerados chatarra y de gran difusión publicitaria.

La caza y la pesca aun constituyen para los nativos fuente de alimentación, no obstante su explotación indiscriminada.

El sector Agropecuario y forestal es el mas significativo en términos de empleo, ocupando alrededor del 43 % de la población económicamente activa.²¹

Gran parte de la población rural indígena se encuentra en situación de pobreza absoluta.

El resultado obvio de la situación antes descrita sobre la distribución de los egresos familiares en los estratos populares es la orientación de los mismos hacia la satisfacción tan solo de las necesidades mas apremiantes. En consecuencia, los gastos destinados a salud e higiene se han reducido bruscamente en los últimos años, sosteniéndose en

²¹ FUENTE: DIAGNOSTICO DE SALUD DE SUCUMBIOS, PROFORS, 1992.

algunos estudios que tales gastos no alcanzan el 1 % del total de ingresos en las familias de menores ingresos, y apenas asciende al 4 % las familias de ingresos medios.

Como consecuencia de toda la situación descrita se puede reflejar en el hecho de que un buen número de familias carecen de los medios económicos para cuidar de la salud de sus miembros, especialmente cuando uno de ellos se enferma; lo cual no debe dejarse de lado al formular una política de salud destinada a atender las necesidades de los sectores mas pobres.

4.2 SITUACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL.

La disponibilidad de alimentos expresados en términos de consumo de calorías y proteínas, es deficitaria. El promedio nacional en 1980 fue de 1,755 calorías y 44 g. de proteínas. Estas cifras promediales esconden la crítica situación de una gran proporción de la población que sufre privaciones cotidianas, lo que influye negativamente en la salud y disminuye el potencial de los niños para estudiar y de los adultos para trabajar. La población indígena que teniendo a disponibilidad alimentos tradicionales de la zona como: plátanos, yuca y chonta los están dejando de lado influidos, por la gran difusión de una cultura consumista de alimentos industrializados y de bajo contenido protéico-calórico, los mismos que son de gran costo agravando la situación anterior.

La desnutrición energético proteica y las anemias nutricionales son los problemas de nutrición mas importantes de la región.

4.3 EDUCACIÓN.

El analfabetismo en la población mayor de 15 años, en el país alcanza un porcentaje de aproximadamente 12 % y en la zona es cercana al 18 % mas que nada en población femenina. Debe señalarse además el problema de la subalfabetización en los sectores rurales. Esta situación constituye un factor negativo de influencia directa sobre las condiciones de salud materno infantil en los hogares de madres analfabetas. Además debe tenerse en cuenta el escaso impacto de los programas de educación para la salud en los grupos con mayores índices de analfabetismo.

Entre las condiciones asociadas con el analfabetismo y la baja capacidad de lectoescritura están en los sectores populares la ocupación e ingresos de las familias, así como el grupo étnico de pertenencia aunque en las dos provincias para estos grupos la educación publica está administrada por ellos mismos a través de las Direcciones de Educación Bilingüe.

Es importante destacar además la falta de establecimientos de educación superior clásicos y técnicos por lo que la población adulta joven que termina la educación media, ni trabaja ni vuelve a la tierra, agrabándose mas la situación de salud ya que ellos están formando grupos con ciertas actividades delictivas con alto consumo de alcohol.

Se ha observado que la población de bajo nivel de ingresos (Trabajadores agrícolas, asalariados o sin tierra), de lengua materna Quichua y residencia rural, emigrante temporal o en asentamientos urbanomarginales en las ciudades antes referidas registra los mayores niveles de analfabetismo. Esta población es a su vez, la que reporta los mas altos niveles de mortalidad en menores de 3 años.

4. 4 ABASTECIMIENTO DE AGUA Y ELIMINACIÓN DE DESECHOS

El saneamiento ambiental básico tiene una importancia clave dentro de los programas de mejoramiento de la salud de la población.

En la última encuesta demográfica y de salud materna e infantil realizada en el país no se tomaron muestras de las provincias amazónicas, por lo que no existen datos aproximados de la zona, existiendo solo los registrados en instituciones municipales locales para fines políticos los que indican que: El 41 % accede a agua entubada fuera de la vivienda o vía carro repartidor, 4 % posee agua entubada dentro de la vivienda proveniente de pozo local, el resto solo accede al agua de lluvia, ríos o acequias, pozos para extracción manual en vertientes, no existe agua potable entubada en toda la zona.

Solo el 27,5 % de la población urbana dispone de un rudimentario sistema de alcantarillado, el 4 % de las familias disponen de inodoro de uso exclusivo, el 13 % de inodoro de uso común, el 24 % de letrina y el 59 % utiliza el campo abierto. Esto en términos generales para toda la zona.

En todos los poblados urbanos de la zona la eliminación de la basura producida es eliminada mediante el depósito de la misma en los caudalosos ríos, que además son fuente de agua para consumo de las familias asentadas de modo disperso en las márgenes del mismo a lo largo de sus cuencas.

De las diez primeras causas de morbilidad sujetas a vigilancia epidemiológica en 1984, las siete primeras guardan relación con el mal saneamiento ambiental.

La zona Nororiental del país vive la marginación y el abandono por parte de las autoridades del gobierno central. Es una zona de contraste; pues si bien por un lado es eminentemente rica por ser de aquí de donde sale el mayor aporte a la economía nacional a través del petróleo, en cuanto a servicios es una de las mas pobres ya que no se revierte en nada el dinero que de aquí sale.

5. SITUACIÓN DE LA SALUD DE LA MUJER

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIALES.

Los daños de salud en la mujer de sectores populares se generan fundamentalmente en las condiciones de vida, que son producto (a la vez) de la marginación tradicional ejercida contra ella por la sociedad. La mujer ha sido y es la responsable de alimentar a la familia tenga o no tenga recursos para hacerlo; siembra, cosecha, comercia, prepara y

cocina los alimentos, se ocupa del transporte, del combustible, del agua que hay que recoger, conservar y acarrear; todo esto a más de embarazarse y cuidar a todos los miembros de la familia. Desde su nacimiento sufre los embates de las discriminaciones; así, por ejemplo, en sectores rurales cuando nace un varón es motivo de alegría y felicidad, no así cuando nace una niña; a la niña se le da menos ración alimentaria, y, en la mayoría de los casos, de menor calidad, existiendo proporciones mayores de niñas desnutridas.²²

La insuficiente alimentación que recibe se extiende hasta la adolescencia, al periodo prenatal y continúa toda la vida de la madre. Una proporción mucho menor de niñas que de niños se matriculan en la escuela primaria y secundaria. La niña desde su temprana edad, ayuda a la madre en los quehaceres domésticos y en la crianza de sus hermanos, soportando muchas más obligaciones que los varones.

Los riesgos del embarazo en adolescentes, la promiscuidad y abuso sexual en gente campesina e indígena de ciertos sectores, el agotamiento por embarazos muy seguidos, las cargas de trabajo físico intenso, el riesgo de parto después de los 35 años, la multiparidad, el alto índice de abortos ilegales y sin asistencia médica, son condiciones asociadas directamente a la morbilidad y mortalidad materna.

Es cada vez más evidente en ciertos hogares urbanos y rurales madres solteras o abandonadas. Un buen número de mujeres deben trabajar fuera del hogar para mantener a su familia, muchas de ellas debido a su limitada instrucción en ocupaciones de bajos ingresos y largos horarios de trabajo, privando en particular a los niños menores de atención y protección, frecuentemente mal nutrida y expuesta a abusos y agresiones sexuales durante su búsqueda y conservación de un empleo con riesgo persistente de embarazo.

Con frecuencia descuida su propia salud, y el acceso que tiene a los servicios médicos es limitado, ya sea porque los mismos no existen en las inmediaciones, porque no tiene tiempo para hacerlo o porque no puede pagarlos.

La educación oficial y la educación en salud no contempla la orientación de la mujer para el cuidado de la salud y la paternidad responsable, falla que trae como consecuencia el inicio temprano de la actividad sexual con embarazos antes de los 18 años, que terminan en abortos clandestinos o incapacidad para cuidar al hijo, aumentando ostensiblemente la mortalidad infantil y materna.

El Nororiente tiene un elevado índice de prostitución controlada y clandestina en los poblados donde se asienta la población que labora en la producción del petróleo, incrementando aún más la problemática de salud materno infantil.

²² TOMADO DE: Situación Actual de la Salud Materno Infantil en el Ecuador, Quito, Febrero 1989, MSP.

5.2 PERFIL REPRODUCTIVO.

En la mujer Nororiental el perfil reproductivo se caracteriza por una alta paridad, corto espaciamiento intergenésico e inicio muy temprano del proceso reproductivo.

Con respecto a los indicadores de natalidad y mortalidad, existen disparidades importantes entre las cifras oficiales INEC-MSP y las estimadas por Organismos Internacionales como el Banco Mundial y UNICEF. Esto se podría explicar por el hecho de que los datos oficiales parecen no tomar en cuenta el subregistro que aún no ha podido ser superado en la población rural, especialmente en la dispersa, lo que ha obligado en los citados organismos internacionales a realizar estimaciones utilizando diferentes procedimientos estadísticos.

Con esta aclaración, la **tasa de natalidad** a 1994, según el Banco mundial se calcula en 17,9 por mil habitantes, en tanto que según las cifras oficiales solo es del 16,4 para el mismo año. Aún así, esta tasa de natalidad es una de las mas altas de Latinoamérica, dando como resultado una **tasa de fecundidad total** a 3,6 hijos por mujer para 1994.

La mortalidad materna en el Nororiente señala tasas de 3,1 mujeres fallecidas por cada 1000 nacimientos, en el año de 1994, la misma que comparándola con la tasa nacional esta 1,3 y si la comparamos con la tasa nacional de 1964 que era de 2.4 vemos que ha disminuido.

CUADRO III A3

TASAS DE MORTALIDAD MATERNA, NORORIENTE ECUATORIANO
1992 -1994.PROMEDIO DE LAS DOS PROVINCIAS

	1992	1993	1994
PAÍS	1,7	1,8	1,3
NAPO	2,2	2,5	2,0
SUCUMBÍOS	3,3	2,9	4,2
TOTAL	2,75	2,7	3,1

Fuente: Anuarios INEC 1992, 1993, 1994.
Elaborado por: Grupo Nororiente Ecuatoriano Espol/Espac.

La muerte de una mujer en edad fértil con motivo de la maternidad, debe ser objeto en la actualidad de la máxima preocupación, ya que su ocurrencia, dada la evitabilidad de la mayor parte de estas defunciones, es también expresión de la relativa desventaja que experimentan importantes sectores de mujeres en el logro de sus derechos fundamentales.

Al igual que otros indicadores de salud, la tasa de mortalidad materna, refleja las diferencias de las condiciones de salud y de vida de la población. La magnitud de la mortalidad materna en este sector del país constituye mas bien indicador del estado de deterioro de los servicios de atención prenatal, del parto, del puerperio, tanto en lo que

respecta a disponibilidad y cobertura, como en lo que se refiere a la calidad de la atención.

Con el fin de establecer comparaciones es necesario señalar la existencia de una asociación frecuente entre la fecundidad y la mortalidad materna, al margen de la intervención de los servicios de salud. De hecho, es usual que las mujeres con alta fecundidad, tengan a la vez una mortalidad mas elevada, hecho que se ha relacionado con la extensión en el tiempo del periodo reproductivo de cada mujer, la alta paridad y la brevedad de los intervalos intergenésicos, características todas de alta fecundidad.²³

Se sabe que tanto la ocurrencia de embarazos en edades extremas de la vida reproductiva, como la paridad elevada unida a los intervalos intergenésicos cortos son factores asociados a un mayor riesgo.

En el Nororiente el 36% todas las muertes maternas ocurrieron en 1994 en mujeres menores de 25 años y mayores de 34. El 38% de las defunciones registradas para 1994 se debieron a: Hemorragia del embarazo y parto.

Se mantiene como primera causa *las complicaciones del trabajo de parto, seguida de Toxemia del embarazo y complicaciones*. Todo esto, vuelve a llamar la atención sobre las condiciones de los servicios de salud dirigidos a la mujer embarazada - Puerperio.

De lo observado en este sector del país se puede mencionar que las primeras causas de muerte materna, son prevenibles mediante acciones integradas, mejor organizadas y planificadas a nivel de los servicios de salud.

Dado que muchos de los embarazos no deseados culminan en abortos ilegales y complicados, los programas de regulación de la fecundidad deberían tener una clara acción preventiva si son de suficiente calidad y extensión, y actúan integrados a los servicios de salud materno infantil.

Del Cáncer cérvico uterino y mamario no existen datos registrados en la zona y no es posible hacer un análisis, solo indicar que es necesario planificar acciones para disminuir su incidencia si se hiciera una proyección desde los datos nacionales.

6. SITUACIÓN DE LA SALUD DEL NIÑO.

6.1. CARACTERÍSTICAS SOCIALES.

Uno de los efectos de la crisis sobre las estructuras familiares urbanas y rurales ha sido la incorporación cada vez mayor de los niños a las actividades de carácter productivo. Según estimaciones a nivel país alrededor de un millón de niños trabaja, especialmente en las edades de 12 a 14 años. (UNICEF, La crisis, 1988).

Es necesario distinguir lo que sucede con el trabajo de los niños en el campo y en la ciudad. En el sector rural del Nororiente Ecuatoriano, las actividades productivas de los niños son parte del proceso de socialización, gradual y culturalmente protegido, al

²³ Tomado de : Situación actual de la salud maternoinfantil en el Ecuador, 1989, MSP.

interior del cual los niños a partir de actividades de carácter lúdico pasan poco a poco a tareas de mayor responsabilidad, siempre de acuerdo a su edad, sexo y capacidad. En otras palabras un niño campesino que no aprenda a desempeñarse en las actividades agropecuarias y domésticas sería considerado como cultural y socialmente desadaptado a su medio. En este proceso cumple un papel iniciador y de orientación tanto la familia como la comunidad.

Es importante mencionar que otro importante grupo de niños en riesgo social está constituido por la población de uno a cinco años, en relación con el cuidado diario que requieren durante esta etapa de su vida.

En el campo, la migración temporal del padre fuera de la comunidad ha obligado a que la madre incorpore nuevos roles productivos a su actividad diaria; la ausencia del esposo le lleva a sobrecargar sus tareas productivas y a enfrentar sola las tareas domésticas y de cuidado de los hijos. En esta nueva coyuntura, los más afectados son los niños, ya que si la madre debe salir a trabajar durante el día en su propia tierra o en tierras ajenas y no dispone de familiares que cuiden de ellos, deben dejarlos solos en casa, con el consiguiente riesgo para su sobrevivencia. Estos niños no solamente alteran su dieta alimentaria, sino que quedan privados de afecto, cariño y protección durante el tiempo que la madre está ausente de la casa.

Los niños de contextos urbanos enfrentan una situación más dramática, En la familia cuya madre debe trabajar, o más aún, si ella es jefe de hogar, sus hijos menores, o bien la acompañan al trabajo, o quedan abandonados y, en muchos casos, encerrados. Las privaciones afectivas, emocionales, físicas y sociales que sufren estos niños los hacen más susceptibles de tener accidentes caseros que pueden comprometer hasta su vida misma.

Otro de los problemas graves del niño lo constituye la deserción y repetición escolar no cuantificada en la zona, pero según un estudio de la UNESCO (1985), existe un comportamiento diferencial por zonas. En las áreas urbanas el 87,6 % de estudiantes logró terminar la primaria en un promedio de 6.7 años, mientras que en las áreas rurales solamente lo hizo el 46 %, con un promedio de 9.7 años. La deserción en áreas urbanas fue de 12 %, mientras que en las rurales, de 53%. Esta deserción se produce generalmente en el primer grado: 10% lo hace en las áreas urbanas y 21 % en las áreas rurales para ir descendiendo gradualmente en los cinco años siguientes.

6. 2. MORBILIDAD.

Hay enfermedades directamente interrelacionadas con los graves problemas socioeconómicos y culturales de los niños provenientes de sectores populares.

En relación al problema del maltrato del niño en sus diversas modalidades, se pueden distinguir dos situaciones diferentes: las que se ejerce en las culturas indígenas y la de las culturas mestizas.

En la realidad indígena, que aparece menos maltratante que la mestiza, el castigo es considerado por los padres como parte del proceso de formación de los hijos, diferenciando muy bien los límites. Los padres antes de llegar al castigo físico advierten y regañan; si no son escuchados, los castigan por motivos conocidos con golpes en nalgas, piernas o pies, pero nunca en la cabeza y sin objetos contundentes; (dentro del grupo quichua acostumbran castigar aplicando ají en los ojos).

En lo que se refiere a los niños mestizos presentan cuadros mas dramáticos respecto al maltrato. No se asigna al menor un trato protegido o adecuado, hecho que se manifiesta no solo al interior de la familia, sino también en el barrio, la ciudad, la escuela y los medios de comunicación. Son agredidos en forma indiscriminada en cualquier parte del cuerpo y con lo que tengan a mano. El motivo del maltrato radica generalmente en el incumplimiento de tareas domésticas, laborales y escolares o, muchas veces, en motivos desconocidos y sin ninguna importancia. (Situación actual de la salud M.I. en el Ecuador, febrero 1989, MSP).

Otra de las enfermedades frecuentes y graves es la desnutrición del niño, especialmente en el menor de cinco años. Tan grave es que en 1995 ocupó el 4to. lugar entre las diez principales causas de mortalidad infantil y el noveno lugar en la mortalidad general a nivel país, En la zona Nororiental del país existe un subregistro de esta patología mas que nada en servicios ambulatorios que por estar tan acostumbrados a su observación ya parece normal entre los profesionales de las Unidades Operativas del primer nivel. Estas cifras revelan una realidad dramática, que amerita no solo análisis detenidos de las acciones públicas y privadas dirigidas a controlar este mal, sino a una toma de conciencia sobre la gravedad del problema.

En efecto según un estudio nacional realizado por el Consejo Nacional de Desarrollo (1982-1986) se encontró que el 55.4 % de los niños menores de cinco años presentaba algún grado de desnutrición; de este total, el 45.7 % correspondió a desnutrición de segundo grado.

Es importante señalar que los porcentajes de desnutrición comienzan a incrementarse a partir de los seis meses de vida, es decir, cuando se inicia el destete. En relación a la distribución de la desnutrición por niveles de inserción social, el problema es mayor en los sectores de ingresos mas bajos, que presentan porcentajes de desnutrición global que duplican los encontrados en los estratos de mayores ingresos.

Si estas cifras se analizan en la perspectiva de los efectos de la desnutrición sobre los niños, y especialmente sobre el futuro de ellos en los próximos años, se tiene una situación que hoy día se manifiesta por una mayor gravedad de las enfermedades transmisibles. En el futuro las generaciones de niños desnutridos presentarán bajos niveles de competencia para enfrentar los desafíos del desarrollo económico y tendrán pocas posibilidades de acceder al aprendizaje de tecnologías cada vez mas complejas.

Para tratar de disminuir el riesgo de la desnutrición en el momento del destete y desde el momento mismo del nacimiento, el Ministerio de Salud Pública con el apoyo técnico y financiero de UNICEF lleva adelante un programa de acreditación de Hospitales como Amigos del Niño y la Madre el mismo que en la región del estudio a calificado a dos de los cuatro Hospitales públicos; el Hospital de Lago Agrio y el Hospital de Tena. Con

este proyecto se ha podido lograr la erradicación total del uso de biberones en los niños clientes de estos servicios de salud y una educación continua en las madres respecto de las ventajas de la lactancia materna en relación con la nutrición de los niños. Aún no se ha establecido un sistema de información tendiente a cuantificar la magnitud de la cobertura alcanzada y su efectividad.

La desnutrición constituye un *telón de fondo* que le confiere mayor gravedad a muchas de las infecciones consideradas banales. Unido a la desnutrición por ingesta insuficiente de alimentos, ha aumentado la incidencia de enfermedades parasitarias e infecciosas no prevenibles por vacunación, que están relacionados con hacinamiento, saneamiento básico deficiente, bajo nivel de educación para la salud y deterioro de la ecología. En relación a salud mental poco se conoce, pero es posible estimar también una tendencia al deterioro derivado del empeoramiento de las condiciones de vida de la mayoría de la población.

En consecuencia, la intensidad de la recesión económica y de las políticas adoptadas para enfrentarla, se ha traducido en la permanencia y acentuación de un perfil epidemiológico caracterizado por la prevalencia de enfermedades asociadas a la pobreza.

6.3. MORTALIDAD

La mortalidad infantil, según datos consolidados por las Direcciones de Salud de Napo y Sucumbíos señalan tasas de 25,5 mil nacidos vivos para Napo y de 29,3 para Sucumbíos en 1994. Al respecto existe disparidad al respecto entre las diferentes fuentes existentes, siendo mas elevada en sectores rurales apartados y / o con mayor grado de dispersión.

CUADRO III A4

MORTALIDAD INFANTIL

	1992	1993	1994
NAPO	33,2	29,2	25,5
SUCUMBÍOS	28,1	35,8	29,3
Promedio	30,65	32,5	27,4
PAÍS	36,9	35,3	33,2

Fuente: Anuario de Estadísticas Vitales, INEC. 1992, 1993, 1994.

Elaborado por: Grupo Nororiente Ecuatoriano Espol/Espae.

TABLA III A1

LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN 1995 PARA NAPO Y SUCUMBÍOS

1. Infección Respiratoria Aguda
2. Prematurez
3. Asfixia Perinatal
4. Desnutrición
5. Infección Intestinal mal definida.

Fuente: Estadísticas Direcciones de Salud: Napo y Sucumbios 1995.
Elaborado por: Grupo Nororiente Ecuatoriano Espol/Espae.

7. SITUACIÓN DE LA SALUD DEL ADOLESCENTE.

7.1. CARACTERÍSTICAS SOCIALES.

La población adolescente de la región Nororiental Ecuatoriana, entre 10 y 19 años de edad, estimada para 1995 es de aproximadamente 84.104 personas, lo que representa el 33% de la población total.

En la región citada los lugares de mayor riesgo son: Lago agrio, Shushufindi, Joya de los Sachas, Coca, Loreto y Tena; ameritando una atención prioritaria de su población adolescente. Considerando que son lugares expuestos permanentemente a las migraciones procedentes de todo el país en busca de mejor situación económica, dando como resultado un alto índice de desempleo y subempleo, e incluso, delincuencia y prostitución juvenil.

El tránsito de niño a adulto en las sociedades tradicionales - agrarias se produce como una transición dentro de causas estables y conocidos. Su inclusión precoz en el proceso productivo y el cotidiano ejercicio de la práctica cultural en el seno de la comunidad, condiciona el dominio de las tareas inherentes a los roles que deberán desempeñar como adultos. En este proceso de transición se conoce perfectamente el punto de destino y como llegar a él, existiendo un mínimo de incertidumbre respecto al futuro personal.

En los sectores urbanos y comerciales el niño debe enfrentarse a los cambios corporales, hormonales y psicológicos de la pubertad en condiciones diferentes a las zonas rurales. En caso que la familia y las instituciones sociales no asuman la conducta adecuada se le produce una desorganización de las nuevas adquisiciones de mayor intensidad que en el joven campesino.

La familia, también en transición, pocas veces en las zonas urbano marginales cumple las condiciones necesarias para convertirse en apoyo del adolescente. Es de suponer que

esta organización familiar poco capaz de satisfacer las necesidades del adolescente en el plano afectivo y psicológico tampoco estuvo en condiciones de brindarle un desarrollo óptimo cuando niño.

En sectores de adolescentes se observa la problemática de una búsqueda de identidad. Rechazadas las identificaciones primarias, que en la cultura tradicional - agraria minimizaban este problema, el adolescente busca establecer vínculos con sus pares y organizarse con ellos para poder sentirse partícipes y poder adquirir cierto grado de identidad. El oposicionismo es una forma de comportamiento que le permite *ser* a través de *no ser* como quiere el otro. La necesidad de identidad y oposicionismo llevados a su máxima expresión estaría representada por pandillas antisociales que funcionan como micro-culturas reestructurantes, siendo esto aún en pequeña magnitud en esta región en relación con el resto del país.

La adolescencia femenina es similar en lo referente a desorganización de estructura de personalidad por el cambio y a las necesidades de reorganización; pero está influida por variables culturales que establecen ciertas diferencias. Las niñas están sometidas a mayor control y tienden a permanecer ligadas a las tareas del hogar. Si bien colaboran con la madre en términos generales, no salen tan procedente en busca de trabajo.

7.2 MORBILIDAD.

Las principales causas de egresos hospitalarios, en la población de 10 a 19 años corresponden a partos, traumatismos y enfermedades infecciosas y parasitarias.

La fecundidad en las adolescentes es alta. En 1994 se produjeron 4.486 en Napo y Sucumbíos de nacimientos; de estos, alrededor de 1.390 ocurrieron en adolescentes entre 13 y 19 años, lo que representa el 31% del total. Fuente los autores.

Los embarazos precoces y la problemática obstétrica derivada de los mismos, es un tema complejo en la medida que el embarazo de la adolescente no puede ser considerado simplemente como el resultado de un descuido o de falta de información, ya que en términos generales responde a motivaciones mucho más complicadas y profundas, algunas de orden cultural.

Las enfermedades de transmisión sexual son otro problema preocupante, no solo por la situación actual, sino por las perspectivas y condiciones dadas para su expansión. En los conglomerados urbanos cercanos a sitios de actividad petrolera, estas enfermedades son también una realidad negativa, ya que como patología forman parte de una estructura mayor donde se interrelacionan con conductas de alto riesgo (alcohol, prostitución clandestina) en espacios de socialización comunes.

La educación sexual familiar es escasa o nula y la brindada en los colegios, en general, no cumple sus objetivos por inadecuaciones entre emisor, mensaje y receptor. La actuación en conductas de alto riesgo da lugar a las denominadas *enfermedades sociales* que trascienden al campo estrictamente médico. Se podría calificar esta problemática

como un *intento terapéutico*, social y psicológicamente patológico, de personas que no cuentan con otras alternativas para evitar su desorganización psíquica. Los jóvenes con estas características se drogan, alcoholizan, embarazan, o suicidan, para evitar con dichas conductas situaciones mas temibles y peligrosas para ellos. (Situación actual de la salud Materno infantil, en Ecuador , 1989).

7.3. MORTALIDAD.

Las principales causas de mortalidad en el grupo de adolescentes de 10 a 19 años se agrupan en tres rubros:

- a) Accidentes y violencias
- b) Causas infecciosas
- c) Cáncer

8. SERVICIOS DE SALUD MATERNO INFANTIL BRINDADOS A LA POBLACIÓN.

8.1. ATENCIÓN A LA MUJER.

Las actividades relacionadas con la atención a la mujer se brindan a través de diversas instituciones estatales, ONG's sin fines de lucro y privadas; algunas de ellas prestan atención integral, tanto ginecológica como obstétrica y otras lo hacen en forma parcial, orientando sus acciones hacia actividades específicas de planificación familiar.

Entre las estatales están las unidades del Ministerio de Salud Publica, las del IESS y el Seguro Campesino, Sanidad de las Fuerzas Armadas, unidades fiscomisionales.

8.1.1. PRINCIPALES ACTIVIDADES PROGRAMADAS PARA LA ATENCIÓN DE SALUD DE LA MUJER.

a) Atención de Embarazadas

En 1991 la atención prenatal en las Unidades del MSP del Nororiente había alcanzado una cobertura de 43%, cifra que se incrementó a 94,7% en 1994, disminuyendo en 85,62 en 1995. Esto significó que el positivo afán de captar embarazadas no correspondió con la continuidad de la atención (seguimiento), lo cual ha limitado seriamente los beneficios del incremento de la cobertura alcanzada. Debido a la disminución de cobertura en Napo.

En todo caso, las coberturas señaladas seguramente se elevarán en pequeña medida si se agrega los controles de embarazos otorgados por el IESS y las instituciones privadas; todo lo cual de acuerdo a estimaciones, elevaría el porcentaje de cobertura de las madres

gestantes hasta el 60 o 65 %, quedando fuera de cualquier atención mas de la tercera parte de las embarazadas de la región. Esta situación es inaceptable dentro del contexto de la política nacional de salud que prioriza la atención de la madre y el niño.

b) Atención del parto

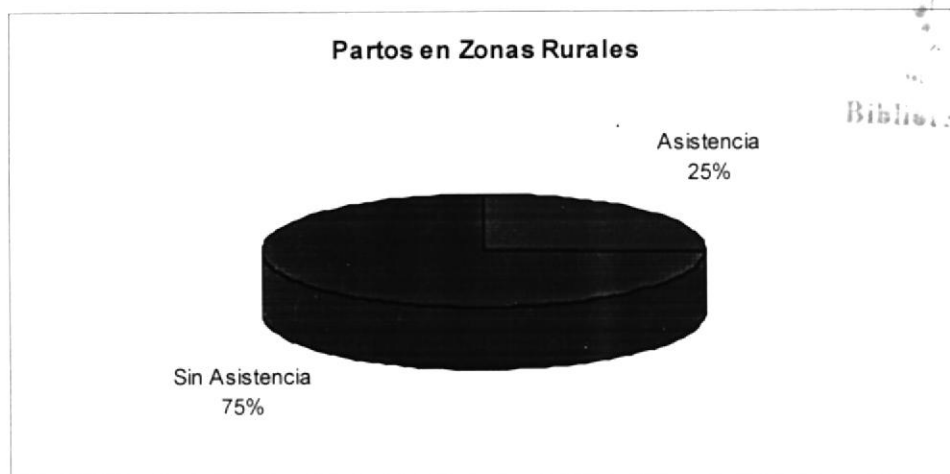
Ha constituido una de las preocupaciones fundamentales de los últimos gobiernos el incremento de los servicios institucionales de atención del país; sin embargo, las cifras correspondientes continúan en niveles bajos, si se las refiere una vez mas solamente a las unidades del Ministerio de Salud.

En 1991 el porcentaje de los partos atendidos en el Nororiente en las unidades del MSP fue de 40,45%, en 1995 de 49,26% Es obvio que otro porcentaje importante de partos es atendido por las unidades del IESS y los servicios médicos privados; sin embargo, las elevadas cifras de morbilidad y mortalidad materna sugiere que un gran número de mujeres siguen teniendo su parto en condiciones precarias, con alto riesgo para su vida y la de los recién nacidos.

Esporádicamente durante los últimos 10 años se han venido dando capacitaciones a colaboradoras voluntarias rurales (CVR), en ambas provincias, entregándoseles una maleta con instrumental e implementos, así como folletos educativos en prevención de complicaciones obstétricas dirigidos a las usuarias de las CVRs, pero han sido programas que por tener financiamiento internacional por tiempo limitado, cuando este ha concluido el programa ha dejado de tener los seguimientos y supervisiones, desconociéndose exactamente la cantidad de partos atendidos por estas personas.

Según estimaciones de quienes llevan los programas Materno infantiles en el país aproximadamente el 74,8 % de los partos ocurridos en zonas rurales en el país son sin asistencia profesional; mientras que en la zona urbana esta situación ocurrió en el 25,2%.

GRAFICO III A1



FUENTE:

Situación actual Salud Materno Infantil en el Ecuador, MSP 1989

ELABORADO POR:

Grupo Nororiente ecuatoriano ESPOL - ESPAE

c) Atención del postparto

La situación de este componente confirma lo expresado anteriormente, pero asume caracteres de mayor gravedad. La cobertura en 1991 fue de 9,35% y en 1995 de 6,38%.

Las cifras llaman la atención sobre el hecho de que los servicios de salud se limitan a atender el parto y a emitir algunas recomendaciones para la madre, sin preocuparse de lo que ocurrirá con ella en los días subsiguientes.

d) Regulación de la fecundidad

Aunque esta actividad recibe apoyo de diversas organizaciones nacionales e internacionales, el Ministerio de Salud Pública no ha considerado dentro de sus prioridades de sus políticas de acción y sus coberturas se mantienen en niveles muy bajos con respecto al grupo de mujeres de 15 a 44 años. En efecto se alcanzó un 2,95% en 1991 y 4,77% en 1995 en la región del estudio.

Cabe indicar que esta cobertura está sobrepasada por la práctica privada, otras instituciones y la automedicación, no cuantificada racionalmente.

8.2 ATENCIÓN AL NIÑO

Al igual que la atención a la mujer, la atención al niño la ofrecen diversas instituciones estatales y privadas sin ningún esquema estandarizado de atención integral.

El Ministerio de Salud Pública brinda a través de su red de servicios diversas acciones de fomento y recuperación a la población de niños menores de 15 años.

8.2.1 PRINCIPALES ACTIVIDADES PROGRAMADAS PARA LA ATENCIÓN DEL NIÑO

a) Recién nacido, lactante y preescolar.

Para la atención perinatal no hay un programa específico en las instituciones del sector salud; sin embargo, actividades de la etapa perinatal se efectúan en forma insuficiente en los establecimientos hospitalarios que atienden partos y recién nacidos.

La atención precoz, periódica e integral de los menores de un año debiera constituirse en prioritaria, en razón del reconocimiento de que éste es el grupo sometido al mayor riesgo social y biomédico en el que se produce el mayor número proporcional de muertes entre la población joven.

A pesar de estas consideraciones y de las múltiples declaraciones provenientes de las mas diversas esferas del estado y de otros sectores de la sociedad, la cobertura del MSP en la zona de estudio para la atención preventiva en este grupo que, en 1991 alcanzó el 28,4% y en 1995 alcanzó el 67,5% del total de infantes; con el agravante de que el

número de consultas que recibe cada niño se encuentra muy por debajo de la norma nacional de 5 consultas por niño menor de un año.

La situación en general, ha recibido diversas justificaciones, pero se considera que uno de los factores fundamentales que explicaría la marginación de casi la mitad de los niños ecuatorianos menores de 1 año de su obligada atención en servicios preventivos, radicaría en el insuficiente número de unidades de salud con que cuentan los sectores rural y urbano marginal; y, por otra parte, debe notarse que la propia estructura y organización interna de las unidades de salud, así como la actitud de muchos profesionales orientan estos servicios hacia la atención curativa, sin considerar ni respetar las características culturales y étnicas de la población.

Lo analizado anteriormente respecto de la atención del menor de 1 año se manifiesta dramáticamente en el grupo preescolar (1 a 4 años). En efecto, los servicios de atención preventiva a preescolares, que en 1991 cubrió el 7,15%, en 1995 cubrió el 18,98% de los miembros de este grupo en la población de este estudio.

En relación a las actividades de vacunación se han obtenido las siguientes coberturas de niños inmunizados entre 1993 y 1995 en la población objeto del estudio.

CUADRO III A5

COBERTURA DE VACUNACIÓN EN MENORES DE 1 AÑO DE NAPO Y SUCUMBÍOS - 1994

Prov.	Pob.	B.C.G.			D.P.T.				ANTIPOLIOMILITICA						ANTISARAM			
					1. Dosis		2. Dosis		3. Dosis		1. Dosis		2. Dosis		3. Dosis			
		N.	%		N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
NAPO	3,400	3,728	109,7	3,647	107,3	2,721	80	2,052	60,4	3,647	107,3	2,721	80	2,052	60,4	1,705	50,1	
SUCU	2,700	3,439	127,4	3,461	128,2	3,041	112,6	2,314	85,7	3,461	128,2	3,041	112,6	2,314	85,7			

Fuente: Estadísticas Provinciales Direcciones de Salud Napo y Sucumbíos
 ELABORADO POR: Grupo Nororiental ecuatoriano ESPOL - ESPAE

CUADRO III A6

COBERTURA DE VACUNACIÓN EN MENORES DE 1 AÑO DE NAPO Y SUCUMBÍOS - 1995

Prov.	Pob.	B.C.G.			D.P.T.				ANTIPOLIOMILITICA						ANTISARAM			
					1. Dosis		2. Dosis		3. Dosis		1. Dosis		2. Dosis		3. Dosis			
		N.	%		N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
NAPO	4381	4060	84	3860	79,9	2868	59,4	2040	42,2	3804	78,7	2896	59,9	1979	41	1993	41,3	
SUCU	2164	3483	160,9	3484	161	3127	144,5	2446	113	3484	161	3127	144,5	2446	113	228	102,9	

FUENTE: Estadísticas Provinciales Direcciones de Salud Napo y Sucumbíos
 ELABORADO POR: Grupo Nororiental ecuatoriano ESPOL - ESPAE

Las actividades de control de enfermedades diarreicas se enfocaron en el periodo 1980-1984 hacia la prevención de la deshidratación y su tratamiento, utilizando las soluciones de rehidratación oral según demanda espontanea. A partir de 1985 se iniciaron acciones demostrativas en la preparación y utilización de estas sales, así como la distribución masiva de los paquetes de solución de rehidratación oral a las madres de niños menores de 5 años durante las fases intensivas de vacunación. Además se crearon las Unidades de Rehidratación Oral en hospitales Provinciales, con el objetivo de dar una capacitación clínica al personal de salud en el manejo adecuado del niño con enfermedad diarreica aguda; al momento ya no están funcionando las citadas unidades.

Las actividades de control de las infecciones respiratorias agudas (IRA) utilizan técnicas sencillas estandarizadas de diagnóstico y tratamiento. En 1987 se iniciaron estas actividades en 6 provincias del país que corresponden a la Sierra y que cuentan con las mas altas tasas de mortalidad específica por IRA, continuándose con el resto de provincias en el año 1988.

b) Escolar.

A los niños matriculados en primero y sexto grados se les hace el control de salud por parte del Ministerio de Salud. La cobertura de atención a niños escolares matriculados en las escuelas de la zona del estudio para 1994 fue de 7,60% y en 1995 de 14,22%. Las cifras señaladas demuestran un notable deterioro de los programas de salud escolar que, en la década de los 70, tuvieron gran impulso. Según demanda espontanea se brinda atención a los escolares de cualquier edad en las unidades de salud del MSP.

8.3 ATENCIÓN AL ADOLESCENTE.

Este grupo es el mas desprotegido en lo que tiene relación a aspectos de salud; dentro del MSP no se ejecuta un programa orientado a esta población. Varias instituciones públicas y privadas realizan actividades dispersas.

9. RECURSOS DEL SISTEMA DE SALUD.

En los últimos 20 años se han producido avances significativos en la organización y desarrollo del sistema institucional de salud en el Ecuador que ha permitido extender las coberturas hacia áreas geográficas que estaban desprotegidas y sin acceso a la medicina moderna, expandiendo la red de servicios de salud, especialmente en las áreas rurales del país; pero en el caso particular del Nororiente sólo ha sido posible esto en Napo, no así en Sucumbíos en donde existe un deficitario y desordenado sistema de salud sin objetivos y misión precisos.

La población de menores recursos, reside en áreas rurales y urbano marginales, no ha participado y ha estado ausente en el auge expansivo de los servicios de salud dispuestos a nivel macro por el estado. Pero en vista de que no han repercutido en buena forma en la zona del estudio, el comportamiento de la población ha tenido pocas variaciones y ha continuado con sus representaciones simbólicas y prácticas terapéuticas en medicina

tradicional y popular. De este modo, se ha ido constituyendo un sistema formal de salud deficiente, paralelo y sin ninguna relación con el sistema no formal o tradicional comunitario en la zona, particularmente mas acentuado esto en los poblados de población mestiza de las dos provincias, puesto que los sectores indígenas organizados por medio de apoyo internacional han podido estructurar proyectos de salud propios que de alguna manera mediante pequeños acuerdos coordinan acciones con las Direcciones de Salud de Napo y Sucumbíos y a la vez resaltan las bondades del sistema no formal propio de esas organizaciones.

9.1 SISTEMA FORMAL DE SALUD.

Si se analiza lo que ocurre al interior del sistema institucional, se comprueba fácilmente que el sector público está segmentado y fragmentado con respecto a la salud y bienestar de la mujer y el niño. La ausencia de una política nacional integrada y la falta de instancias de coordinación intra e intersectorial se traduce en una serie de experiencias programáticas sectoriales que son parciales, débiles y aún contradictorias frente al conjunto de necesidades de las mujeres y niños de las dos provincias.

Existen varias instituciones comprometidas en la protección y bienestar materno infantil que se expresan en iniciativas y proyectos de distinta magnitud, con operación independiente de sus programas. Entre ellas están unidades del MSP, del IESS, del FISE, Militares, Religiosas y las diferentes ONG's en ambas provincias. Unido a esta situación se constata el funcionamiento disperso de otras instituciones públicas y privadas que realizan diversas acciones puntuales orientadas a la salud materno-infantil.

9.1.1. RECURSOS HUMANOS.

Particularmente el recurso humano del Área 3 de Napo y de toda la provincia de Sucumbíos tiene un *personal de salud altamente desmotivado* y el desempeño de los mismos en sus funciones es deficiente con un gran desperdicio del tiempo dedicado a laborar.

A continuación se consolida en un cuadro el distributivo de los recursos humanos de las dos provincias de modo general y por componentes:

CUADRO III A7

NUMERO DE MÉDICOS, ODONTÓLOGOS, ENFERMERAS, OBSTETRICES Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA, QUE TRABAJAN EN LAS PROVINCIAS DE NAPO Y SUCUMBÍOS 1994

MÉDICOS	POB	MÉDICOS		ODONTÓLOGOS		ENFERMERAS		OBSTETRICES		AUX. ENFERM.	
		#	TASA ¹	#	TASA	#	TASA	#	TASA	#	TASA
NAPO	132,686	93	7	28	2.1	52	3.9	3	0.2	147	11.1
SUCUMBÍOS	112,147	55	4.9	23	2.1	52	2	8	0.7	55	4.9

¹ TASA POR 10.000 HABITANTES

FUENTE: Estadísticas Provinciales Direcciones de Salud Napo y Sucumbíos

ELABORADO POR: Grupo Nororiente ecuatoriano ESPOL - ESPAE

9. 1. 2 INFRAESTRUCTURA FÍSICA.

Es el Ministerio de Salud la institución mas importante en cuanto al número de establecimientos (hospitales y ambulatorios) y al número de camas.

Cabe anotar en lo que se relaciona al sector privado, no han sido incluidos en los datos los consultorios médicos de atención ambulatoria ni los servicios llamados Clínicas que disponen de espacios de internación con un componente maximizado al área obstétrica.

CUADRO III A8

NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS CON INTERNACIÓN POR ENTIDAD A LA QUE PERTENECE DE NAPO Y SUCUMBÍOS 1995

PROVINCIA	SECTOR PUBLICO			SECTOR PRIVADO	
	TOTAL	MIN. SALUD	MIN. DEFENSA	CON FINES DE LUCRO	SIN FINES DE LUCRO
NAPO	7	4	1	-	2
SUCUMBÍOS	1	1	-	-	-

FUENTE: Estadísticas Provinciales de Salud Napo y Sucumbíos
ELABORADO POR: Grupo Nororiente ecuatoriano ESPOL - ESPAE

CUADRO III A9

NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS SIN INTERNACIÓN HOSPITALARIA, POR SECTOR Y ENTIDAD A LA QUE PERTENECEN DE NAPO Y SUCUMBÍOS 1995

PROVINCIA	TOTAL	SECTOR PÚBLICO						S.PRIVADO
		M.SALUD	M./DEFENSA	IESS	ANEXO IESS	SEG.CAMP	OTRAS 1/	S.F.L. 2/
NAPO	47	33		1	1	9	1	4
SUCUMBÍOS	37	29	1	1	3	5		2

FUENTE: Estadísticas Provinciales de Salud Napo y Sucumbíos
ELABORADO POR: Grupo Nororiente ecuatoriano ESPOL - ESPAE

Si se considera que la relación internacionalmente aceptada como adecuada es de 2,5 camas por cada mil habitantes, en el Ecuador se tiene un déficit importante, pues el promedio nacional es de 1,7 camas por mil habitantes.

Se observa que la población, al no encontrar respuesta adecuada a sus problemas en los servicios de salud de los niveles basales, salta desde los niveles ambulatorios y primarios básicos a los centros hospitalarios ubicados en las principales cabeceras cantonales de la zona acentuándose la desorganización, sobresaturación y deterioro de la atención; y disminuyendo la accesibilidad de los casos con patología compleja o complicada de acuerdo a la capacidad de resolución de que dispongan los establecimientos hospitalarios; No existe una red bien definida de servicios de salud por niveles de complejidad establecidos. La problemática descrita antes se complica cuando

no se dispone de sistemas oportunos para las transferencias de los pacientes referidos a niveles hospitalarios de especialidad ubicados en la capital del país en donde se encuentran mayormente concentrados y centralizados.

9. 1. 3 EQUIPAMIENTO Y OTROS INSUMOS.

Entre los problemas importantes detectados en el estudio sobre oferta y demanda de servicios de salud en la zona están:

- Los equipos de alta tecnología y costo se hallan concentrados en unidades de salud de alta complejidad de la capital del país y otras ciudades lejanas a la zona Nororiental.
- El equipamiento de mediana complejidad es extraordinariamente escaso en relación a la población usuaria; como ejemplo en las unidades de salud del sector público se dispone de un ecosonógrafo por 100.000 habitantes.
- En general, el equipamiento de las unidades de salud no corresponde a las características de la planta física y a la disponibilidad de recursos humanos capacitados para su utilización; no existiendo tampoco normalización del equipamiento en función del nivel de atención en el que se ha ubicado al servicio.
- Existe gran cantidad de equipo sin utilización por falta de mantenimiento o piezas de repuestos. No existe mantenimiento preventivo. El mercado nacional de medicamentos se ha ampliado significativamente a nivel país manteniéndose centralizada su distribución a las grandes ciudades; en nuestra región no existe una adecuada utilización de la política vigente puesto que la adquisición, distribución, y comercialización es desordenada y sin tomar en cuenta las especificaciones para cada caso.

9. 1. 4 RECURSOS FINANCIEROS.

La asignación presupuestaria del estado, para las estructuras de salud pública en el área objeto del estudio es un indicador válido para evaluar la consistencia entre el enunciado y la aplicación de las políticas.

El análisis de las asignaciones presupuestarias a las diferentes instituciones de salud, en relación con la magnitud de la red de servicios y el volumen de sus universos poblacionales muestran importantes discordancias; por otro lado, hay una tendencia a la disminución de las asignaciones para salud en valores constantes hasta 1980.

Otro análisis importante es la comparación del presupuesto destinado a salud dentro del presupuesto general del estado, el mismo que en la actualidad se encuentra al rededor del 5 % del presupuesto general del estado, el mismo que desagregándolo solo para las operaciones de los diferentes servicios de salud corresponde al 3,87 %.

Considerando que la población cubierta solo representa alrededor del 70 % en pocos programas y del 32% en la mayoría, la inversión del estado es alta en términos de gasto.

Un grupo importante de la población, particularmente la población indígena a través de sus organizaciones propias hace un gasto en salud financiado por ONG's, los mismos que son de alguna manera coordinados en Napo por su Dirección de Salud y totalmente descoordinados en Sucumbíos.

Otro grupo poblacional que es flotante es atendido por sistemas propios de empresas petroleras, los que a su vez invierten y malgastan recursos en poblaciones asentadas en sus alrededores que ya son atendidas por otras instituciones.

Existe otro gasto que es realizado por los servicios privados con fines de lucro el cual no puede ser cuantificado ni evaluado por no existir un sistema de información compatible con los registros del estado, inclusive ni siquiera están registradas sus unidades operativas legalmente.

9.2 SISTEMA NO FORMAL DE SALUD.

En Napo y Sucumbíos, paralelamente al sistema formal existe otro denominado no formal y que corresponde a todas aquellas teorías y prácticas médicas que no gozando con la aceptación oficial del estado ni de la medicina científica, actúan y son utilizadas por un gran porcentaje de la población.

Bajo el término de sistema no formal se hallan comprendidas aquellas denominaciones de: medicina aborígen, folklórica, tradicional y popular.

Este sistema tiene soporte social, ya que es un producto de la población y se mantiene en base a redes estructuradas por esta. Dichas redes sociales conforman sistemas abiertos de alto carácter participativo y con identidad ideológica propia.

Los recursos humanos que estructuran los sistemas no formales de salud se organizan en gradientes según el conocimiento y poder para resolver, neutralizar o prevenir la enfermedad y otorgar el bienestar al individuo, familia y comunidad.

El comportamiento de las madres y de la familia frente a la enfermedad constituye un mosaico complejo de iniciativas y respuestas de naturaleza preventiva o terapéutica en los que se combinan tecnología y procedimientos tradicionales populares y modernos de manejo de casos.

El primer nivel y de mayor cobertura, lo constituyen el ámbito familiar; las madres, abuelas y padres son el primer recurso de consulta, y están capacitados para resolver o tratar enfermedades comunes o banales. Si sus prácticas no fueran eficaces se recurre a otros niveles del sistema o a otros sistemas de salud. En la medida que la enfermedad no puede ser resuelta; las cifras de la consulta médica aumenta.

El segundo nivel lo constituyen otros recursos comunitarios como los parientes, vecinos, el tendero y el boticario de la comunidad; y la magnitud de los servicios prestados por cada uno de ellos depende de la importancia adquirida en la comunidad.

Los curanderos, parteras y particularmente los promotores de salud son los que realizan acciones más específicas en salud y constituyen el más alto nivel de este sistema. Los promotores y parteras capacitados practican tanto los procedimientos tradicionales y lo aprendido de la medicina occidental o científica con igual preferencia.

En términos generales es posible estimar que los sistemas no formales de salud tienen una importante cobertura de la morbilidad de la población y en especial de *la atención del parto*.

La participación se mantiene como un hecho coyuntural, y actualmente si bien la gente participa algo más en las acciones, su participación es prácticamente nula en las decisiones sobre las políticas de salud, las prioridades, los programas y servicios de atención.

Los servicios de salud a nivel local, como parte de estructuras burocráticas excesivamente centralizadas, pueden llegar a constituirse en estructuras antiparticipativas por el carácter autoritario con el que intentan implantar un conjunto de actividades propias y por las relaciones opuestas que se establecen entre los profesionales y la comunidad; esto particularmente es más acentuado en Sucumbíos en donde no existe descentralización por áreas de salud aún.

B. EVALUACIÓN CUANTITATIVA DE INDICADORES

Una forma de evaluar los avances en el ámbito socio de un país, es sin lugar a dudas, mediante el análisis de los recursos disponibles, tanto humano como equipo en el campo de la salud y su evolución en el tiempo. Por esta circunstancia el análisis de los recursos y actividades de la salud es de gran importancia.

Durante el año 1994 se registraron en el país un total de 3.442 establecimientos de salud, 442 (12,8%) son establecimientos con internación y 3.000 (87,2%) establecimientos sin internación.

Es importante destacar que en cuanto se refiere a los establecimientos con internación, la mayor parte de ellos se encuentran en las ciudades y una alta proporción (57,7%) son clínicas particulares.

En las provincias de Napo y Sucumbíos el 100% de los establecimientos con internación corresponden al sector público; en cuanto a los establecimientos sin internación el 91,5% para Napo y el 94,6% para Sucumbíos pertenecen también al mismo sector, según las estadísticas recopiladas, sin embargo esto no corresponde a la realidad ya que existen numerosos establecimientos con internación y sin internación del sector privado que no se encuentran registrados.

Respecto a los establecimientos sin internación, conviene mencionar que en el área urbana el 58,3% está constituido por Dispensarios médicos y en el área rural la mayor proporción (52,6%) es de Subcentros de Salud. En todo caso ya sea que se trate del área urbana o de la rural, el conjunto constituido por Dispensarios médicos y Subcentros de salud superan el 87%, para el año 1994; la proporción restante corresponde a Centros de

salud (que únicamente existen en el área urbana), Puestos de salud (que existen el área rural) y otros establecimientos sin internación.

En cuanto a Napo y Sucumbíos el 97,8% y 100% respectivamente corresponden a establecimientos sin internación que comprenden Dispensarios médicos, Subcentros de salud y puestos de salud, de estos el 65,9% para Napo y 48,6% para Sucumbíos se encuentran en el área rural.

CUADRO III B1

NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS SIN INTERNACIÓN HOSPITALARIA DE NAPO Y SUCUMBÍOS SEGÚN ÁREAS 1994

PROV. Y ÁREA	TOTAL	ESTABLECIMIENTO SIN INTERNACIÓN HOSPITALARIA			
		CENTRO SALUD	SUBCENTRO SALUD	PUESTO SALUD	DISPENS. MEDICO
SUCUMBÍOS					
TOTAL	37		22	5	10
ÁREA URBANA	19		11	3	5
ÁREA RURAL	18		11	2	5
NAPO					
TOTAL	47	1	20	10	16
ÁREA URBANA	16	1	5		10
ÁREA RURAL	31		15	10	6

FUENTE: INEC ANUARIOS 1994
ELABORADO POR: Grupo Nororiente ecuatoriano ESPOL - ESPAE

En el periodo comprendido entre los años 1984 y 1994 a nivel del país los establecimientos con internación en la región Amazónica han mantenido porcentajes de incremento casi invariables.

En el mismo lapso, en cuanto se refiere a los establecimientos con internación por entidad, se advierte una significativa disminución de la proporción de aquellos atendidos por el Ministerio de salud (del 26% en 1984 al 27,8% en 1994); lo contrario ocurre con aquellos establecimientos con finalidad de lucro que habiendo representado el 50% en 1984 pasaron a significar el 58,1% en 1994. Los establecimientos del Seguro Social presentan una disminución del 4,7 al 4,1%, a pesar que en términos absolutos se incrementaron dos establecimientos.

Por su parte, los establecimientos de salud sin internación, cuya función es la consulta externa, evidencian así mismo una evolución variable en cada entidad. Los que pertenecen al Seguro Social Campesino que representan el 15% con 294 establecimientos en 1984, pasaron a representar el 18,6% con 558 establecimientos en 1994 mientras que los del Ministerio de Salud y Seguro Social disminuyen sus proporciones del 54,5 al 51,5% y del 2,3 al 2,1%, respectivamente.

En los establecimientos con internación de acuerdo a la identidad que pertenecen podemos observar que para Napo el 62,5% corresponde al Ministerio de Salud Pública y el 25% al Ministerio de Defensa. De los establecimientos sin internación, el 70,2% corresponde al Ministerio de Salud Pública, el 23,4% corresponde al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y el 8,5% a entidades privadas sin fines de lucro. Para Sucumbíos los establecimientos con internación el único establecimiento público corresponde al Hospital de Lago Agrio y con respecto a los establecimientos sin internación se observa que el 78,3% corresponde al Ministerio de Salud Pública, el 24,3% al Seguro Social, el 2,7% al Ministerio de Defensa y 5,4% a organizaciones privadas sin fines de lucro.

La disponibilidad de profesionales de la salud que laboran en los establecimientos de salud del país se ha incrementado sensiblemente de 1990 a 1994. Por ejemplo, mientras en el año 1990 se contaba con 9,5 médicos por cada 10.000 habitantes, para el año 1994 la tasa ha ascendido a 12,7 médicos por cada 10.000 personas. En el caso de Napo y Sucumbíos en 1990 se contaba con 6,7 y 4,3 médicos por cada 10.000 habitantes respectivamente y en 1994 la tasa ascendió 7% y a 4,9 médicos por cada 10.000 habitantes para Napo y Sucumbíos.

Con respecto a enfermeras, el segundo rubro más importante de profesionales de la salud en el país se evidencia un crecimiento significativo pues en el año 1990 existían 3,5 enfermeras por cada 10.000 habitantes, para el año 1994 la tasa alcanza el valor de 4,4 por cada 10.000 habitantes. Para Napo y Sucumbíos en 1990 la tasa era de 4,1 y 1,8 respectivamente y en 1994 fue de 3,9 en Napo y 2 enfermeras por cada 10.000 habitantes en Sucumbíos.

En cuanto a la disponibilidad de Odontólogos la tasa por cada 10.000 habitantes también se ha incrementado sensiblemente de 1,5 en 1990 a 1,6 odontólogos por 10.000 habitantes en 1994, en el caso de Napo y Sucumbíos las tasas ascendieron de 2,3 y 1,2 respectivamente en 1990, a 2,1 odontólogos por cada 10.000 habitantes en 1994 para Napo y Sucumbíos.

En el caso de las Obstetrices casi a duplicado al evolucionar de 0,5 a 0,7 por cada 10.000 habitantes. En 1990 Napo y Sucumbíos tenían 0,4 y 0,1 Obstetrices por cada 10.000 habitantes respectivamente y en 1994 alcanzó a 0,2 y 0,7 Obstetrices por cada 10.000 habitantes.

Para los auxiliares de enfermería la tasa ha ascendido de 12,0 a 11,3 en los años de análisis. En cuanto a Napo y Sucumbíos en 1990 esta tasa fue de 11,0 y 5,2 respectivamente por cada 10.000 habitantes.

En síntesis en el periodo de referencia la proporción de establecimientos de salud sin internación del Ministerio de Salud y el Seguro Social disminuye su cobertura, frente a una mejora importante del Seguro Social Campesino. Las tasas de Médicos y Enfermeras especialmente han subido su nivel en el ámbito nacional, por otro lado se advierte que la medicina rural ha bajado su cobertura en el país.

CUADRO III B2

POBLACIÓN, NÚMEROS Y TASAS DE MÉDICOS, ENFERMERAS,
ODONTÓLOGOS, OBSTETRICES Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN NAPO
DE 1990 A 1994

AÑO	1990		1991		1992		1993		1994	
POBLACIÓN 1/	114.380		118.930		123.502		128.084		132.665	
	Número	Tasa 2/	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
MÉDICOS	77	6,7	82	6,9	89	7,2	87	6,8	93	7
ODONTÓLOGOS	26	2,3	32	2,7	29	2,3	25	2	28	2,1
ENFERMERAS	47	4,1	56	4,7	49	4	52	4,1	52	3,9
OBSTETRICES	5	0,4	3	0,3	5	0,4	5	0,4	3	0,2
AUX. ENFERMERAS	126	11	125	10,5	130	10,5	130	10,1	147	11,1

1/ PROYECCIÓN DE POBLACIÓN SEGÚN PROVINCIA 1990 - 1.200 INEC 1.994

2/ TASAS POR 10.000 HABITANTES

FUENTE: ESTADÍSTICA DE NAPO

ELABORADO POR: Grupo Nororiente ecuatoriano ESPOL - ESPAE

CUADRO III B3

POBLACIÓN, NUMERO Y TASAS DE MÉDICOS, ENFERMERAS,
ODONTÓLOGOS, OBSTETRICES Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN
SUCUMBÍOS DE 1.990 A 1.994

AÑO	1990		1991		1992		1993		1994	
POBLACIÓN 1/	90220		95685		101167		106658		112149	
	NUMERO	TASA 2/	NUMERO	TASA	NUMERO	TASA	NUMERO	TASA	NUMERO	TASA
MÉDICOS	39	4,3	41	4,3	42	4,2	48	4,5	55	4,9
ODONTÓLOGOS	11	1,2	16	1,7	21	2,1	18	1,7	23	2,1
ENFERMERAS	16	1,8	13	1,4	17	1,7	20	1,9	22	2
OBSTETRICES	1	0,1	4	0,4	8	0,8	8	0,8	8	0,7
AUX. ENFERMERÍA	47	5,2	41	4,3	50	4,9	52	4,9	55	4,9

1/ PROYECCIÓN DE POBLACIÓN POR PROVINCIAS 1.900 - 2.000 INEC

2/ TASA POR 10.000 HABITANTES.

FUENTE: ESTADÍSTICAS DE SUCUMBÍOS

ELABORADO POR: Grupo Nororiente ecuatoriano ESPOL - ESPAE

En cuanto a los indicadores de producción hospitalaria, se puede mencionar que Napo, en 1990 tenía 294 camas hospitalarias disponibles lo cual nos da 1,53 camas por mil habitantes y que experimentó una disminución para 1994 de 230 camas hospitalarias disponibles, con 1,7 camas por mil habitantes, el porcentaje de cambio negativo fue de -21,76%

En el caso de Sucumbíos en el número de camas hospitalarias, que era de 15 así como la tasa de camas por mil habitantes 0,1, no ha experimentado cambios de 1990 a 1994

El porcentaje de ocupación de camas hospitalarias fue en 1990 de 37% en Napo y de 116,1 en Sucumbíos, para 1994 el porcentaje de ocupación de camas era de 44% en Napo y 87,1% en Sucumbíos, lo que nos da un porcentaje de cambio de 18,9 y -24,9 respectivamente.

El giro de camas fue 1990 de 24 en Napo y de 100,5 en Sucumbíos para 1994 el giro de camas era de 32 para Napo y de 107 para Sucumbios, lo que da un porcentaje de cambio de 33,3% para Napo y de 6,46% para Sucumbios, en el periodo de 1990 a 1994.

En Napo, los egresos hospitalarios y la tasa de egresos por mil habitantes fueron de 5.756 y 50,3 respectivamente en 1990 y de 7.378 y 56,7 en 1994, lo que da un porcentaje de cambio en los egresos hospitalarios de 33,3% y de los egresos por mil habitantes de 10,53%.

En Sucumbios, los egresos hospitalarios y la tasa de egresos por mil habitantes fueron de 1.693 y 18,7 respectivamente en 1990 y de 1.601 y 14,3 en 1994, lo que da un porcentaje de cambio en los egresos hospitalarios de -5,43% y de -23,52% en los egresos por mil habitantes.

Con respecto al promedio de días de estada en 1990 fue de 5,4 para Napo y de 3,1 para Sucumbios, variando en 1994 a 5 y 3 respectivamente; con un porcentaje de cambio de -7,4% para Napo y -3,2% para Sucumbios.

En resumen, en el periodo de estudio se observa una disminución marcada en el número de camas hospitalarias en Napo, esto hace que el porcentaje de ocupación, giro de camas y egresos hospitalarios aumente, con una ligera disminución en el promedio de días de estada, en lo referente a Sucumbíos se observa que a pesar de no existir cambios en el número de camas disponibles, ha disminuido el porcentaje de ocupación de camas, egresos hospitalarios y promedio de días de estada, con aumento poco notorio en el giro de camas; esto se debería a la falta de personal y poca credibilidad en los servicios que presta el único hospital en Lago Agrio y a la proliferación de clínicas particulares que brindan servicios de salud de mejor calidad y mayor capacidad de resolución.

CUADRO III B4

INDICADORES DE PRODUCCIÓN HOSPITALARIA EN NAPO EN EL PERIODOS DE 1990 A 1994.

INDICADOR	1990	1991	1992	1993	1994	% CAMBIO
CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES	294	293	281	229	230	21,76
CAMAS /1.000 HABITANTES	1,53	2,7	2,3	1,8	1,7	11,1
% OCUPACIÓN DE CAMAS	37	40	34,3	44,9	44	18,9
GIROS DE CAMAS	24	25,7	25	33	32	33,3
EGRESOS HOSPITALARIOS	5756	6.652	7.109	7.542	7.378	28,16
EGRESOS /1.000 HABITANTES	50,3	55,9	57,6	58,9	55,6	10,5
PROMEDIO DÍAS DE ESTADA	5,4	5	5	5	5	-7,4

FUENTE:

INEC ANUARIO DE ESTADISTICAS VITALES 1994.

ELABORADO POR:

Grupo Nororiente ecuatoriano ESPOL - ESPAE

CUADRO III B5

INDICADORES DE PRODUCCIÓN HOSPITALARIA EN SUCUMBIOS EN EL PERIODO DE 1990 A 1994.

INDICADOR	1990	1991	1992	1993	1994	% CAMBIO
CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES	15	15	15	15	15	0
CAMAS /1.000 HABITANTES	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0
% OCUPACIÓN DE CAMAS	116,1	130,4	11,5	104,1	87,1	-24,9
GIROS DE CAMAS	100,5	112,3	120	122	107	6,4
EGRESOS HOSPITALARIOS	1.693	1.689	1.801	1.834	1.601	-5,4
EGRESOS /1.000 HABITANTES	18,7	17,6	17,8	17,2	14,3	-23,5
PROMEDIO DÍAS DE ESTADA	3,1	3,2	3,4	3,1	3	-3,2

FUENTE: INEC ANUARIO DE ESTADISTICAS VITALES 1994.
ELABORADO POR: Grupo Nororiente ecuatoriano ESPOL - ESPAE

En lo referente al programa de salud materno infantil se puede mencionar lo siguiente: Para Napo en el año de 1991 se atendieron 2.583 primeras consultas prenatales que logro un 46,5% de cobertura. En el año de 1995 se atendieron 3.057 primeras consultas prenatales con un 50,5% de cobertura, esto da un porcentaje de cambio para el periodo de 1991 a 1995 del 18,35% en las consultas y 8,6% de la cobertura. Para Sucumbios en 1991 se atendieron 1.679 primeras consultas prenatales con una cobertura de 34,4% en 1995 se alcanzaron 3.263 primeras consultas prenatales con un 120, 63% de cobertura, que da un porcentaje de cambio en el periodo de 94% en las primeras consultas y 250,6% en la cobertura.

En Napo en el año de 1991 se atendió 1.642 partos y 570 primeras consultas de postparto, lográndose una cobertura de 29,6% y 10,3% respectivamente; para 1995 se atendieron 2.041 partos y 570 primeras consultas de postparto con una cobertura de 33,8% en partos y 8,9% en postparto lo que dio un porcentaje de cambio en el periodo de estudio de 24,29% en los partos observados y 14,18% en sus cobertura y de -5,6% primeras consultas de postparto y -13,4% en su cobertura.

En Sucumbios en 1991 se atendieron 712 partos, 408 consultas de postparto con una cobertura de 14,6% y 8,4% respectivamente, para 1995 se atendieron 921 partos con una cobertura de 64,72% y 560 consultas de postparto con una cobertura del 20,7% lo que da un porcentaje de cambio en este lapso de tiempo de 29,35% en la atención y 343,2% en la cobertura de los partos y de 37,25% en la atención de postparto y 146,4% en su cobertura.

En lo que se refiere a regulación de la fecundidad en Napo, en 1991 se brindaron 492 primeras consultas con un 2,3% de cobertura, para 1995 se atendieron 600 consultas con el 1,7% de cobertura lo cual nos da un porcentaje de cambio de 21,70% en las consultas y -25,65% en la cobertura. Sucumbios en 1991 tuvo 673 consultas de regulación de fecundidad con 3,6% de cobertura, para 1995 se dieron 1363 consultas con 7,8% de

coberturas, lo que da un porcentaje de cambio de 102,5% en las consultas y 116,6 en las coberturas.

En cuanto a detección oportuna del cáncer, se observaron para Napo en 1991, 298 primeras consultas con el 1% de coberturas: para 1995 se atendieron 462 consultas con el 1,39% de coberturas, lo que nos da un porcentaje de cambio para el periodo de estudio de 55% en las consultas y 39% en las coberturas. Sucumbios en 1991 brindó 344 consultas con 2,1% de coberturas y en 1995, 1173 consultas con el 7,8% de coberturas lo que da un porcentaje de cambio de 240,9 en las consultas de D.O.C. con el 271,4% de cobertura.

En resumen en la provincia de Napo en el periodo de 1991 a 1995 se alcanzaron coberturas bajas en los componentes Prenatal, Parto, y D.O.C. e incluso menores a las alcanzadas en 1991 en regulación de fecundidad y postparto, esto estaría dado por el escaso personal que existe en la provincia y por la falta de motivación y de incentivo para promocionar estos servicios.

En Sucumbios se alcanzaron coberturas excelentes en componentes prenatal, buenas en el parto, y malas en el postparto, regulación de la fecundidad y D.O.C., la variación en el primer componente estaría dada por que los datos de población específica son menores a los reales y por que las mujeres acuden solo para que se les confirme su embarazo, el resto de los componentes tienen coberturas bajas por las mismas razones expuestas para Napo.

CUADRO III B6

SALUD MATERNO EN NAPO: POBLACIÓN ESPECÍFICA, COBERTURA, PORCENTAJE DE CAMBIO, SEGÚN COMPONENTES DE 1991 A 1995.

COMPONENTES	1991	1995	%CAMBIO
PRENATAL			
POBLACIÓN ESPECÍFICA	5.556	6.038	
PRIMERAS CONSULTAS	2.583	3.0578	18,3
% DE COBERTURA	46,5	50,6	8,8
PARTO			
OBSERVADO	1.642	2.041	24,2
% DE COBERTURA	29,6	33,8	14,1
POSTPARTO			
PRIMERAS CONSULTAS	570	538	-5,6
% DE COBERTURA	10,3	8,9	-13,4
REG. DE FECUNDIDAD			
POBLACIÓN ESPECÍFICA	21.453	33.007	
PRIMERAS CONSULTAS	493	600	21,7
% DE COBERTURA	2,3	1,7	-25,6
D.O.C.			
POBLACIÓN ESPECÍFICA	18.643	33.135	
PRIMERAS CONSULTAS	298	462	55
% DE COBERTURA	1,	1,4	39

FUENTE:

INEC ANUARIO DE ESTADÍSTICAS VITALES 1994.

ELABORADO POR:

Grupo Nororiente ecuatoriano ESPOL - ESPAE

CUADRO III B7

SALUD MATERNO EN SUCUMBIOS: POBLACIÓN ESPECIFICA, COBERTURA, PORCENTAJE DE CAMBIO, SEGÚN COMPONENTES DE 1991 A 1995.

COMPONENTES	1991	1995	%CAMBIO
PRENATAL			
POBLACIÓN ESPECIFICA	4.877	2.705	
PRIMERAS CONSULTAS	1.679	3.263	94,3
% DE COBERTURA	34,4	120,6	250,6
PARTO			
OBSERVADO	712	921	29,3
% DE COBERTURA	14,6	64,7	343,2
POSTPARTO			
PRIMERAS CONSULTAS	408	560	37,2
% DE COBERTURA	8,4	20,7	146,4
REG. DE FECUNDIDAD			
POBLACIÓN ESPECIFICA	18.834	17.400	
PRIMERAS CONSULTAS	673	1.363	102,5
% DE COBERTURA	3,6	7,8	116,6
D.O.C.			
POBLACIÓN ESPECIFICA	16.368	14.870	
PRIMERAS CONSULTAS	344	1.173	240,9
% DE COBERTURA	2,1	7,8	271,4

FUENTE: INEC ANUARIO DE ESTADISTICAS VITALES 1994.
ELABORADO POR: Grupo Nororiente ecuatoriano ESPOL - ESPAE

En lo referente a salud infantil se puede mencionar que en Napo en el año 1991 se atendieron 1810 primeras consultas de control de niño sano en menores de un año con una cobertura de 40,7%; para 1995 se dieron 2048 consultas con una cobertura del 42,4%; lo que da un porcentaje de cambio para el periodo de estudio de 13,14% en las consultas y 4,1% en las coberturas. En la provincia de Sucumbios en el año de 1991 se atendieron 627 consultas de menores de un año del 16,1%; para 1995 se dieron 2004 primeras consultas con un 92,6% de cobertura lo que da un porcentaje de cambio en el periodo de 219,6% en las consultas y 477,15% en la cobertura.

En cuanto a la atención de los grupos de edad de uno a cuatro años y de cinco a catorce años, en la provincia de Napo en 1991 se dieron 1500 y 2784 primeras consultas respectivamente con un porcentaje de coberturas idéntica de 9,3% para ambos grupos de edad; para 1995 se lograron 1901 controles en menores de un año con una cobertura del 10,02% y en el grupo de cinco a catorce años 6171 controles con una cobertura del

15,87%; esto da un porcentaje de cambio para el periodo estudio en el grupo de uno a cuatro años de 26,7 en los controles y 7,7 en la cobertura, para el grupo de cinco a catorce años, el porcentaje de cambio fue 121,6% en los controles y 60,64 en la cobertura.

En la provincia de Sucumbios los grupos de edad de uno a cuatro años y de cinco a catorce años de 1991 se lograron 664 controles y 1344 para cada grupo con una cobertura del 8,9% para el grupo de uno a cuatro años y un 12,5% para el de cinco a catorce años; luego en el año de 1995 se alcanzaron 1478 controles de uno a cuatro años y de 3866 de cinco a catorce años con una cobertura del 8,9% y 12,5% respectivamente; lo cual nos da un porcentaje de cambio en el periodo estudio en el grupo de uno a cuatro años de 122,5% en los controles y 78% en la cobertura, y para el grupo de cinco a catorce años se logró un cambio de 189,1% de los controles y de 146,6% en la cobertura.

En resumen en Napo en el periodo de 1991 a 1995 se observa en general coberturas bajas de atención con un ligero aumento en los mismos, en tanto que para Sucumbios el componente de menores de 1 año ha logrado un buen nivel de atención, no así para los otros componentes que a pesar de haber aumentado aun conserva porcentajes bajos de cobertura.

CUADRO III B8

SALUD MATERNO EN NAPO: POBLACIÓN ESPECIFICA, PRIMERAS CONSULTAS, COBERTURA Y PORCENTAJE DE CAMBIO POR COMPONENTES EN EL PERIODO DE 1991 - 1995.

COMPONENTES	1991	1995	%CAMBIO
MENORES DE 1 AÑO			
POBLACIÓN ESPECIFICA	4.445	4.830	
PRIMERAS CONSULTAS	1.810	2.048	13,14
% DE COBERTURA	40,7	42,4	4,1
DE 1 A 4 AÑO			
POBLACIÓN ESPECIFICA	16.141	18.964	
PRIMERAS CONSULTAS	1.500	1.901	26,7
% DE COBERTURA	9,3	10	7,7
DE 5 A 14 AÑO			
POBLACIÓN ESPECIFICA	29.879	38.876	
PRIMERAS CONSULTAS	2.784	6.171	121,6
% DE COBERTURA	9,3	15,8	70,6

FUENTE:

INEC ANUARIO DE ESTADISTICAS VITALES 1994.

ELABORADO POR:

Grupo Nororiente ecuatoriano ESPOL - ESPAE

CUADRO III B9

SALUD MATERNO EN SUCUMBOS: POBLACIÓN ESPECIFICA, PRIMERAS CONSULTAS, COBERTURA Y PORCENTAJE DE CAMBIO POR COMPONENTES EN EL PERIODO DE 1991 - 1995.

COMPONENTES	1991	1995	%CAMBIO
MENORES DE 1 AÑO			
POBLACIÓN ESPECIFICA	3.901	2.164	
PRIMERAS CONSULTAS	627	2.004	219,6
% DE COBERTURA	16,1	92,6	477,1
DE 1 A 4 AÑOS			
POBLACIÓN ESPECIFICA	13.229	16.483	
PRIMERAS CONSULTAS	664	1.478	122,5
% DE COBERTURA	5	8,9	78
DE 5 A 14 AÑOS			
POBLACIÓN ESPECIFICA	26.232	30.878	
PRIMERAS CONSULTAS	1.344	3.886	189,1
% DE COBERTURA	5,1	12,5	146,6

FUENTE:

INEC ANUARIO DE ESTADISTICAS VITALES 1994.

ELABORADO POR:

Grupo Nororiente ecuatoriano ESPOL - ESPAE

En lo que se refiere a las coberturas de vacunación se puede observar que en la provincia de Napo en 1990 fueron B.C.G. 84,5%, D.P.T. (tercera dosis) 48,5%, Antipoliomielítica (tercera dosis) 46,6% y Antisarampionosa 46,1% con relación a 1995 con las siguientes coberturas B.C.G. 84%, D.P.T. 42,2%, Antipoliomielítica 41% y Antisarampionosa 41,3%. Lo que demuestra en este periodo de estudio una disminución de las coberturas de vacunación en todos sus componentes.

En la provincia de Sucumbios se observó que para 1990 las coberturas de vacunación fueron: B.C.G. 69,9%, D.P.T. (tercera dosis) 45,3%, Antipoliomielítica (tercera dosis) 45,2% y Antisarampionosa 40,2% con relación a 1995 cuyas coberturas fueron: B.C.G. 160,95% D.P.T. 113,03%, Antipoliomielítica 113,03%, Antisarampionosa 102,95%. Observamos que en el periodo de estudio el total de las coberturas de vacunas aumento considerablemente.

CUADRO III B10

COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN LA PROVINCIA DE NAPO SEGÚN COMPONENTE 1990 - 1995

	B.C.G.	D.P.T.*	ANTIPOLIO *	ANTISARAM.
1990	84,5	48,5	46,6	46,1
1995	84%	42,2	41	41,3

FUENTE: INEC ANUARIO DE ESTADISTICAS VITALES 1994.
ELABORADO POR: Grupo Nororiente ecuatoriano ESPOL - ESPAE

CUADRO III B11

COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN LA PROVINCIA DE SUCUMBIOS SEGÚN COMPONENTE 1990 - 1995

	B.C.G.	D.P.T.*	ANTIPOLIO *	ANTISARAM.
1990	69,6	45,3	45,2	40,2
1995	160,9	113,03	113,03	102,9

FUENTE: INEC ANUARIO DE ESTADISTICAS VITALES 1994.
ELABORADO POR: Grupo Nororiente ecuatoriano ESPOL - ESPAE

Un indicador que no podía dejar de evaluarse es el estado nutricional del componente madre niño y así tenemos en 1994 mientras el porcentaje de la media nacional de embarazadas de bajo peso era de 28,82%, para Napo fue de 32,52% y en Sucumbios del 32,1%

En el mismo año la media nacional de embarazadas con sobrepeso mas obesidad era de 14,74% mientras que en Napo fue de 9,07% y en Sucumbios de 17,83%. Con respecto a las embarazadas con mal nutrición la media nacional era de 453,58%. En Napo y Sucumbios fue de 41,59% y 49,93% respectivamente.

En cuanto a los recién nacidos de bajo peso, en 1994 la media nacional era de 10,33, pudiéndose observar que con respecto a este indicador por primera vez ambas provincias se encontraban por encima del mismo con un 8% y 7,12% para Napo y Sucumbios respectivamente.

La media Nacional en 1994 de desnutridos menores de un año era del 14,54%, en comparación con Napo 13,49% y Sucumbios 30,97% lo cual revela un cuadro grave de desatención en este componente. La media nacional de desnutridos de 1 a 4 años era de 30,14% en 1994 en tanto que para Napo fue de 27,04% y para Sucumbios de 49,07%.

En resumen por lo anteriormente expuesto, la condición de salud de las provincias de Nororiente es caótica ya que a pesar de las coberturas de atención materno infantil así como las de vacunación son muy halagadoras en Sucumbios, es esta provincia la que

evidencia los peores porcentajes de desnutrición tanto en madres como en niños en comparación con la media del país.

C. ANALISIS DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO.

1 PROBLEMA

“El propósito de esta investigación es determinar el grado de conocimiento y aceptación del programa de atención materno infantil que tienen los usuarios de las unidades de salud del Nororiente Ecuatoriano”.

2 HIPOTESIS

1. Las usuarias de las unidades de salud del Nororiente Ecuatoriano desconocen la mayoría de los componentes del programa materno infantil.
2. Las usuarias de las unidades de salud están conformes con los servicios prestados.
3. Las usuarias de las unidades de salud creen que los servicios recibidos mejorarán sus condiciones de salud y la de sus hijos.

3 INSTRUMENTO DE MEDICION

Para determinar el grado de conocimiento y de aceptación del programa de atención materno infantil se realizó un trabajo de campo que consistió en encuestas a embarazadas que acudían a las unidades de salud tanto urbanas como rurales.

4 PROCEDIMIENTO

4.1 Selección de la muestra.

Debido a las limitaciones de tiempo, recursos y geográficas se escogió una muestra de 129 embarazadas sin diferenciar si eran primigestas o multigestas, esto se realizó en los Hospitales de Francisco de Orellana (Coca), Lago Agrio y 7 Subcentros de salud rurales.

4.2 Recolección de datos.

Se hizo mediante encuestas a las embarazadas que se encontraban en la sala de espera con la participación de los autores y de personal de enfermería.

5 ANALISIS DE RESULTADOS DE LA ENCUESTA

De las encuestas realizadas se pudo observar lo siguiente, para los cuales se emiten ciertos criterios de los autores (**asunciones**):

El 84% de las embarazadas conocían que existen programas de salud para la madre y el niño.

De las encuestadas ninguna sabía con certeza la totalidad de los componentes del programa materno infantil sin embargo un 79% conocían que había atención prenatal, un 39% que existía control de crecimiento y desarrollo, un 62% inmunizaciones, un 37,2% atención del recién nacido, 20,9 atención odontológica, el porcentaje de conocimiento del resto de atenciones es mínimo.

El 88,3% este conforme con los servicios prestados.

El 93% creen que deben mejorar los servicios.

El 83,7% esta de acuerdo con los horarios de atención de las unidades.

El 95,3% esta conforme con el trato que le brinda el personal de las unidades de salud.

El 74,4% piensa que es correcto el tiempo que tiene que esperar para recibir la atención.

El 83,7% le parece suficiente el tiempo dedicado por el personal de las unidades para su consulta.

El 86% cree que los programas de atención a la madre y al niño le mejoraran notablemente la salud.

El 79% considera que los servicios que brindan las unidades de salud a la madre y el niño es bueno, el 14% que es regular, y el 7% que es malo.

El 86% prefiere que el parto se atienda en el hospital y el restante 14% prefiere ser atendida en la casa.

El 97,6% opina que el parto debe ser atendido por un profesional de la salud.

Al 100% le parece buenas las vacunas.

El 100% cree que con el control mensual del niño este va a crecer sano.

El 93% cree que con el control mensual del embarazo, la madre y el niño van a estar protegidos y evitaran complicaciones en el momento del parto.

6 PRUEBAS DE LAS ASUNCIONES

6.1 Análisis de asunción 1:

Las usuarias de las unidades de salud del Nororiente Ecuatoriano, desconocen la mayoría de los componentes del programa materno infantil.

De acuerdo a los resultados esto se prueba ya que ninguna de las encuestadas pudo responder con exactitud todo los elementos del programa materno infantil, sin embargo es de anotar que existe un buen conocimiento de los componentes de atención prenatal 79%, inmunizaciones 62,7%, control de crecimiento y desarrollo 39,5% y atención del recién nacido 37,2%.

6.2 Análisis de asunción 2:

Las usuarias de los servicios de salud están conformes con los servicios prestados.

Esta asunción también queda probada ya que el 88,3% contestó afirmativamente a esta pregunta, además están conformes con los horarios de atención, trato brindado por el personal, tiempo de espera y tiempo dedicado por el personal a la consulta.

6.3 Análisis de asunción 3:

Las usuarias de las unidades de salud creen que los servicios recibidos mejoraran sus condiciones de salud y la de sus hijos.

Esta asunción también está comprobada por que el 86% de las encuestadas contestó afirmativamente, esta misma opinión tienen con respecto al control del niño sano, inmunizaciones y control de embarazo, sin embargo como ya hemos notado en el análisis de grado de nutrición del Nororiente esta percepción no refleja la realidad de estas provincias.

Ver en anexo 1 - ficha utilizada para la encuesta de satisfacción del usuario.

IV. PROPUESTA DEL TRABAJO DE GRADO

Luego de realizado el análisis podemos determinar que debido a que la región objeto del estudio posee dos unidades administrativas principales, una por cada Provincia y puesto que solo en una es posible tener acceso a las decisiones encaminadas a la implementación de programas, asumir compromisos y poder cumplirlos, se ha decidido elaborar una propuesta para mejorar las condiciones de la Salud materna e infantil en SUCUMBÍOS.

Es importante mencionar además que en la Provincia de Sucumbíos es donde mas desatención existe y donde mayor es la necesidad de implementación de un Plan para mejorar las condiciones de la salud maternoinfantil.

Por otro lado Sucumbíos presenta amplia factibilidad para la intervención con una planificación tendiente a lograr el desarrollo de sus servicios de salud a partir de su estructuración en Áreas de Salud integrados mediante una red de servicios alrededor del Hospital Provincial, por lo que se determina desde la evaluación que es muy oportuna y pertinente una intervención mediante una adecuada planificación estratégicamente diseñada para fortalecer El Programa Maternoinfantil en Sucumbíos partiendo de la estructuración de sus servicios, optimizando los recursos; humanos, físicos y financieros, motivando con un programa de educación continua al recurso humano que labora alrededor de la atención de la madre y el niño.

JUSTIFICATIVOS:

CONSIDERANDO que, mediante Decreto Ejecutivo No. 32 92 del 29 de Abril de 1992, publicado en el Registro Oficial No. 932 del 11 de Mayo de 1992 se establece la conformación de las Áreas de Salud como el nivel básico de organización y operación regionalizada y descentralizada, de los servicios del Ministerio de Salud Pública;

Que, el desarrollo de las Áreas de Salud a nivel nacional se enmarca en el proceso de Modernización del Estado, a través de la descentralización administrativa - financiera y el mejoramiento de la calidad, cobertura y eficiencia de las unidades de salud a nivel local;

Que, de conformidad con el acuerdo ministerial No. 14122 del 20 de Mayo de 1992, las Direcciones Provinciales de Salud han redefinido las jurisdicciones de las Áreas de Salud, ajustando sus dimensiones y precisando sus límites;

El Dr. Patricio Abad H. Ministro de Salud Pública, el 19 de Julio de 1993, **acordó** aprobar el Manual de Organización y Funciones de las Áreas de Salud del Ministerio de

Salud Pública y los documentos del Sistema Regionalizado de Servicios de Salud, y, Capacidad Resolutiva de las Unidades y Áreas de Salud.²⁴

Por lo que todo esto sirve de Marco Legal vigente a la fecha el diseño de esta propuesta del presente trabajo de tesis.

Uno de los factores fundamentales de la crisis de los Servicios de Salud es su limitada capacidad de gestión. Este fenómeno se evidencia en práctica burocrática y rutinizada que no encuentra vías adecuadas para dar el apoyo que requieren los servicios, los que cada día se vuelven mas ineficaces e ineficientes.

Uno de los problemas mas claramente identificados en este panorama es el de la excesiva centralización, con la consecuente toma de decisiones desde niveles alejados de la realidad, lo cual, además de causar serias distorsiones en el funcionamiento de los servicios, coarta las iniciativas del nivel operativo.

El Ministerio de Salud Pública ha definido entre sus líneas políticas fundamentales, el proceso de descentralización administrativa - financiera y técnica del sistema de prestación de servicios por medio de la creación y fortalecimiento de las Áreas de Salud, y el desarrollo de la programación y administración local de las acciones de salud. Este proceso incluye la descentralización de un buen número de decisiones que actualmente se toman en los niveles central y Provincial, y la dotación de la infraestructura mínima necesaria, tanto en el aspecto técnico como en el administrativo-financiero de las Áreas de Salud.

En estos términos, estando bien definida la problemática de salud de la población en Sucumbíos, se han establecido prioridades para que el funcionamiento de los servicios sean estructurados en red, siendo imperativo la toma de decisiones para enfrentar los problemas y manejar adecuadamente sus recursos humanos, materiales y financieros, presentamos la propuesta de este trabajo de grado, con **tres componentes** fundamentales y básicos de intervención, pero de suma importancia para los objetivos de la gerencia, los usuarios y las políticas actuales del Ministerio de Salud Pública, componentes que necesariamente deben estar integrados entre si y con todo el resto de la planificación y programación existente en el sistema, el cual se verá grandemente fortalecido:

1. Servicios de Salud.

2. Recursos.

3. Usuarios, priorizando a quienes están en relación con los programas maternoinfantiles.

Como se ha visto en la evaluación los servicios de Salud en la Provincia de Sucumbíos dependen todos del nivel Provincial y no están debidamente regionalizados y con funciones administrativas y financieras descentralizadas y mucho menos con funciones operativas en red por niveles de complejidad.

²⁴ Manual de Organización de las Areas de Salud, Ministerio de Salud Pública, 1994.

Para resolver la situación indicada sería necesario organizar los servicios en redes con capacidad resolutoria por niveles de atención dentro de la estructuración piramidal dispuesta para ello por el Ministerio de Salud Pública.

Desde el punto de vista de los recursos, en la Provincia se dispone de la mitad de los recursos que tienen el resto de Provincias Amazónicas; pero tiene por el contrario una tercera parte mas de población asignada.

En tanto que si hablamos de usuarios, aún no ha sido posible integrarlos a los procesos de desarrollo general de la Provincia, salvo pequeños grupos poblacionales que tradicionalmente han estado organizados, incluso para defender sus tierras y sus derechos. La Mayoría de la población utiliza su fuerza de trabajo, produce, ahorra pero no invierte en la zona, sino que lo hace en cualquier otro sector del país de donde es oriunda. Es por esto que los poblados urbanos de Sucumbíos, tienen en general todas las características de la ruralización de los cinturones de las grandes ciudades, en donde no hay recursos para invertir en el desarrollo de los pueblos ni de sus gentes.

A. ESTRATEGIA.

ESTRUCTURACIÓN Y DESARROLLO DE ÁREAS DE SALUD ADMINISTRATIVA Y FINANCIERAMENTE DESCENTRALIZADAS CON PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.

Al momento de iniciar este trabajo, ya sobre la marcha misma en nuestras funciones tratamos de encaminar las actividades oficiales hacia esta propuesta, y es así como, en Mayo de este año se iniciaron las gestiones para que por Acuerdo Ministerial se estructuren las Áreas de Salud. En este tiempo de llevó a cabo un seminario taller en donde ya se definieron los detalles y se distribuyeron las unidades operativas a las respectivas Jefaturas de Área tomando en cuenta todos los criterios técnicos disponibles para ello.

1. OBJETIVO GENERAL.

“ Mejorar la cobertura, la calidad, la oportunidad en las acciones de salud de la población materno-infantil de la Provincia de Sucumbíos; implementando redes de servicios de salud técnica y operativamente bien estructuradas y descentralizadas alrededor de una Área de salud como sistema local, con un óptimo gerenciamiento de las mismas; en el marco de la cogestión interinstitucional, la autogestión con participación comunitaria y la coordinación y redistribución de recursos en general “ .

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Diseñar, operativizar y sostener un adecuado sistema de información por Área de Salud integrados al sistema Provincial.
- Permitir que las actividades de atención a los usuarios sean integrales.
- Optimizar los recursos en general, a través de la redistribución y racionalización del mismo.
- Estandarizar todos los procedimientos operativos de las Áreas de Salud y del nivel de atención Hospitalario de la Provincia integrados todos en red de servicios, en el marco de la Atención Primaria de Salud y al rededor de la Madre y el niño como prioridad para la entrega de servicios.
- Diseñar, operativizar y desarrollar un Programa de Educación Continua en el Marco del Plan Nacional de Salud Maternoinfantil prioritariamente, fortaleciendo las capacidades, motivación y actitudes de los equipos pertenecientes al primer nivel de atención de salud de la Provincia de Sucumbíos, integrados al nivel de complejidad del Hospital Provincial de Lago Agrio.
- Implementar un plan de Supervisión técnica, administrativa y financiera en los servicios de salud de la Provincia de Sucumbíos que permita una atención con: oportunidad, integralidad y calidad en la prestación de los mismos.
- Lograr la participación interinstitucional e intersectorial, mediante la estructuración de comités de gestión Provincial, los mismos que estarían representados por sus autoridades o sus líderes; lo que redundará en la consecución, optimización y racionalización de los recursos teniendo participación desde la toma de decisiones en el gerenciamiento de las redes de atención de las Áreas de Salud de la Provincia, con el liderazgo y las políticas del Ministerio de Salud Pública a través de su Dirección Provincial; anticipándose y/o superando los problemas de salud de la población.
- Lograr la participación de la comunidad a través de la estructuración y funcionamiento de los comités locales de salud en cada unidad operativa, mediante la cual ésta participará activamente desde la toma de decisiones para la solución de sus propios problemas a nivel local, en coordinación con el Comité de gestión Provincial, todo lo cual servirá para el mejoramiento de la salud y el desarrollo de los servicios.
- Fomentar que el componente comunitario participe en el financiamiento de los servicios mediante la autogestión y cogestión en términos reales así como fortalecer su rol dentro de las instituciones de salud.

En general se trata de una propuesta que tiene un programa conjunto de actividades y compromisos coordinados entre sí por varias instancias: Dirección Provincial de Salud, Hospital local, otras Instituciones intra y extra sectoriales y la participación comunitaria.

B. ÁMBITOS DE LOS COMPONENTES DE LA PROPUESTA CONJUNTA

1. NIVEL PROVINCIAL DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA.

- ⇒ Gestionar ante la Dirección Nacional de Áreas de Salud del Ministerio, la creación por Acuerdo Ministerial de 3 Áreas de Salud en la Provincia de Sucumbíos. (Lo que ya se encuentra en trámite).
- ⇒ Estructurar las Unidades de Conducción de las tres áreas .
- ⇒ Coordinar, organizar, redistribuir y racionalizar los recursos de la **Provincia** para que sean operados administrativa y financieramente descentralizados por las Unidades de Conducción en cada Área de Salud.
- ⇒ Supervisar, monitorear y controlar las actividades programadas por cada área, fomentando así su desarrollo; según las orientaciones del Manual de Organización de Áreas de Salud del MSP, las características geográficas, demográficas, culturales de la zona y los recursos disponibles.
- ⇒ Desarrollar un programa de educación continuada con los equipos de salud de los Subcentros de la Provincia y el Hospital Provincial, teniendo como eje el Plan Nacional de Salud Maternoinfantil con financiamiento externo.
- ⇒ Conformación, coordinación y funcionamiento de instancias interinstitucionales (Comités de Salud y de gestión) que incentiven la activa participación ciudadana en pro de la salud.
- ⇒ Coordinar que las políticas y lineamientos de los programas del Ministerio de Salud se apliquen y se cumplan en todas las instancias institucionales intra y extra sectoriales que participen en el desarrollo de esta propuesta.

2. NIVEL DE ÁREA DE SALUD

Trabajo conjunto con los equipos de salud de las unidades operativas del área, para:

- ⇒ Estructurar redes de servicios ambulatorios entre las unidades operativas del área al nivel de complejidad de la Jefatura del Área, según las orientaciones
- ⇒ Establecer mecanismos de coordinación técnica.

- ⇒ Aplicar los programas de salud priorizando los maternoinfantiles y apoyo entre dichas unidades.
- ⇒ Implementar un sistema de referencia entre las redes de las tres áreas y el Hospital Provincial .
- ⇒ Lograr una correcta administración de los recursos dentro del marco legal existente en el país.
- ⇒ Evaluar, supervisar, monitorear y controlar internamente sus unidades operativas, en coordinación con el nivel técnico Provincial y extrainstitucional.

Dirigidos a mejorar la cobertura, calidad y oportunidad de la atención respecto a problemas de salud prioritarios de la población, en el marco del nivel de atención existente en la Provincia.

3. NIVEL EXTRA INSTITUCIONAL Y SECTORIAL

- ⇒ Participación en la estructuración de comités de gestión y comités locales de salud y buscar junto con el equipo de salud local la solución a sus problemas.
- ⇒ Cogestionar la administración con los directivos de los niveles Provincial y de área tendiente a lograr el desarrollo de las áreas y los servicios en general, priorizando lo relacionado la atención de la madre y el niño.
- ⇒ Ser parte de la autogestión de los servicios en general para invertir en programas maternoinfantiles en cada una de las unidades de salud de la provincia o de la localidad.
- ⇒ Financiar Programa de educación continua en el área maternoinfantil para todos los equipos de salud de la provincia en todos los niveles.
- ⇒ Financiar apoyo técnico para el desarrollo de las áreas de salud en toda la Provincia.

Paralelamente a la elaboración de este trabajo de grado y a la elaboración de la propuesta, se realizó la gestión tendiente a fomentar el interés y la participación de otras instituciones en el desarrollo de la misma; lográndose que dos instituciones: El Vicariato Apostólico de Sucumbíos y el Proyecto de salud del mismo se interesen y se elabore junto con la Dirección Provincial de Salud de Sucumbíos un convenio de coordinación de recursos en el marco de la propuesta planteada, el mismo que a la fecha se encuentra en el Ministerio de Salud Pública para su aprobación y su implementación por dos años. El convenio mencionado se lo presenta a continuación el mismo que está debidamente reglamentado, coordinado y financiado para su ejecución en el momento precisado:

C. FINANCIAMIENTO Y APLICACIÓN MEDIANTE CONVENIO INTERINSTITUCIONAL.

**CONVENIO DE TRABAJO CONJUNTO
ENTRE
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR
Y
VICARIATO APOSTÓLICO DE SAN MIGUEL DE SUCUMBÍOS**

EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR (MSP), LA DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE SUCUMBÍOS ((DPSS)) Y EL VICARIATO APOSTÓLICO DE SAN MIGUEL DE SUCUMBÍOS - IGLESIA SAN MIGUEL DE SUCUMBÍOS (ISAMIS), Instituciones que tienen como finalidad común el aporte para la consecución de la salud como derecho y patrimonio de la comunidad Provincial, conscientes de la emergente necesidad de mejorar los servicios de salud para acercarlos a las necesidades de la población, amparadas por las facultades legales que rigen las relaciones entre el Estado Ecuatoriano y la Conferencia Episcopal Ecuatoriana, suscriben el siguiente Convenio de Trabajo Conjunto.

1. OBJETIVOS.

Contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de la población mediante:

- ◆ El fortalecimiento de las capacidades, motivación y actitudes de los equipos pertenecientes al primer nivel de atención de salud, es decir, de los Subcentros urbanos y rurales de la provincia Sucumbíos, integrados al nivel de complejidad del Hospital Provincial de Lago Agrio.

El desarrollo de las Áreas de Salud Nros. 1 y 2 como redes de atención primaria de salud, interinstitucionales, integradas y coordinadas para el mejor aprovechamiento de recursos que permitan elevar la cobertura y calidad de la atención de salud.

- ◆ La promoción de la participación comunitarias e intersectorial desde la toma de decisiones, junto con el equipo de salud, para la solución de sus problemas.

2. LÍNEAS DE ACCIÓN.

- ◆ Mejoramiento de la calidad de atención y de la cobertura de los Subcentros de salud de toda la provincia, mediante un programa de educación continuada en la atención salud materno-infantil, prioritariamente, con los equipos de salud de los Subcentros de la provincia y la consulta externa del Hospital "Lago Agrio".
- ◆ Coordinación de personal, infraestructura, recursos materiales y financiamiento para la conformación de redes de atención de las Áreas de Salud Nro. 1 y 2 de la provincia, teniendo como centro de referencia de segundo nivel el Hospital Provincial.
- ◆ Participación comunitaria, interinstitucional e intersectorial en el mejoramiento de la salud y el desarrollo de los servicios de salud.

3. ÁMBITOS DEL PROGRAMA CONJUNTO.

3.1. NIVEL PROVINCIAL, comprende los siguientes aspectos:

- ◆ El desarrollo de un programa de educación continuada con los equipos de salud de los Subcentros de la provincia y del Hospital Provincial.
- ◆ Conformación y funcionamiento de instancias interinstitucionales (comités Provincial, cantonales, y parroquiales) que incentiven la activa participación ciudadana en pro de la salud.

3.2. ÁREA DE SALUD Nro. 1.

Trabajo conjunto con los equipos de salud de la zona urbana de Nueva Loja, es decir, en los Subcentros del MSP : Abdón Calderón, Estrella del Oriente, Puerto Aguarico y Subcentro Misional San Francisco y con el equipo de consulta externa del Hospital Provincial "Lago Agrio", para:

- ◆ Establecimiento de mecanismos de coordinación técnica,
- ◆ Aplicación de programas y apoyo entre dichas unidades,
- ◆ Implementación de un sistema de referencia con el Hospital Provincial,

Dirigidos a mejorar la cobertura, calidad y oportunidad de la atención respecto a problemas de salud prioritarios de la población, en el marco del nivel de atención existente en la Provincia.

3.3. ÁREA DE SALUD Nro. 2.

Trabajo conjunto para la constitución del Área de salud Nro. 2 y de la red de servicios ambulatorios entre los Subcentros de salud del MSP: Dureno, Tarapoa, Puerto el Carmen, Singüe, Palma Roja y Subcentro Misional de Pacayacu, según las orientaciones del manual de Organización de Áreas de Salud del MSP, las características geográficas, demográficas, culturales de la zona y los recursos disponibles, con el propósito de lograr el desarrollo de una Área modelo de la Provincia.

4. COMPROMISOS DE LA DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD.

- ◆ Elaborar, junto con los responsables de ISAMIS, un Programa de Educación Continuada, con prioridad en la atención maternoinfantil, para los equipos de salud de los Subcentros de salud de la provincia. Aplicarlo, monitorearlo y evaluarlo conjuntamente.
- ◆ Promover y mantener instancias interinstitucionales e intersectoriales a nivel Provincial, cantonal o parroquial, con presencia de entidades públicas, organismos no gubernamentales y organizaciones ciudadanas, que promuevan el mejoramiento de la salud de la población y el desarrollo de los servicios.
- ◆ Proporcionar las orientaciones técnicas que deban aplicarse en las unidades de salud, de acuerdo a las particularidades sociales, económicas y culturales de la población, según la normativa del MSP.
- ◆ Asignar un médico a tiempo completo y uno a medio tiempo para el Subcentro San Francisco, quienes se integrarán al equipo de dicha unidad, cumplirán su reglamento interno y responderán administrativamente ante los directivos del mencionado Subcentro. Los profesionales se designarán de acuerdo a la sugerencia de ISAMIS. En el caso de que no hubiere sugerencia de persona por parte de ISAMIS, la designación se hará por mutuo acuerdo.
- ◆ Mantener los recursos humanos, técnicos y asistentes que se requiera en las unidades operativas de los demás Subcentros de salud de la zona urbana del Área 1 y 2, pertenecientes al MSP; sean del Plan Nacional de Salud Rural, contratos FONNIN o nombramientos regulares.
- ◆ Aportar con los insumos médicos, biológicos de uso humano de carácter preventivo y medicamentos disponibles por parte del MSP, para el adecuado desenvolvimiento de la atención en los Subcentros del Área 1 y 2, incluyendo los misionales de Nueva Loja y Pacayacu.
- ◆ Asignar un médico a tiempo completo en calidad de Director del Subcentro de Pacayacu - Jefe de Área 2, un profesional de salud como Coordinador, un administrador, un contador, como parte de la UCA y tres profesionales rurales: médico, odontólogo y enfermera.

- ◆ Implementar el SCS de Singüe con: insumos, medicamentos, biológicos, una refrigeradora a gas para la cadena de frío; equipo médico como: tensiómetro, fonendoscopio e instrumental de cirugía menor, así como con la formación práctica de un promotor de salud.
- ◆ Programar, aplicar y evaluar, conjuntamente con ISAMIS, el trabajo técnico, educativo, administrativo y financiero que permita el fortalecimiento y desarrollo del Área de salud Nro. 2, de acuerdo a las necesidades de salud de la población y a la normativa del MSP.
- ◆ Proporcionar el presupuesto anual destinado al funcionamiento del Área 2, para que la UCA lo administre de acuerdo a las normas del MSP y a la respectiva programación presupuestaria.

5. COMPROMISOS DE ISAMIS.

- ◆ Elaborar, junto con los responsables de la DPSS, un Programa de Educación Continuada para los equipos de salud de la Provincia, aplicarlo y evaluarlo conjuntamente. Además, ISAMIS implementará un programa de monitorización de las actividades técnicas y operativas de la totalidad del Área 2 y de la zona urbana del Área 1.
- ◆ Financiar un programa de educación continuada por dos años, excluyendo pago de personal fijo y vehículos. Contribuir a su aplicación ,mediante el aporte técnico y pedagógico del Programa de Salud de ISAMIS.
- ◆ Participar activamente en los comités interinstitucionales a nivel Provincial, cantonal o parroquial, que permitan el mejoramiento de la salud de la población y el desarrollo de los servicios.
- ◆ Poner a disposición de la red de atención primaria del Área 1, particularmente de la zona urbana, los servicios del Subcentro misional San Francisco, según la programación conjunta y en coordinación con la respectiva Jefatura de área, en el marco de la normativa del MSP.
- ◆ Administrar el Subcentro San Francisco y asegurar la prestación de servicios del mismo mediante una dotación de personal que comprenda: odontólogo, laboratorista, obstetrix, trabajadora social, auxiliar de farmacia, administrador, contador, auxiliar de limpieza y conserje.
- ◆ Poner a disposición de la red de servicios ambulatorios del Área 2, en calidad de Jefatura de Área, todos los servicios del Subcentro Misional de Pacayacu, según la programación conjunta y en coordinación con la respectiva Jefatura de Área. Para el efecto, ISAMIS contribuirá con la construcción de las instalaciones físicas requeridas para el funcionamiento de la UCA, residencia de personal y servicio de maternidad. Los costos de mantenimiento del inmueble y sus servicios básicos correrán a cargo de la Jefatura del Área y se solventará con su presupuesto.

- ◆ Administrar el SCS misional de Pacayacu y asegurar la prestación de servicios del mismo mediante una dotación de personal que comprenda: laboratorista, auxiliar de farmacia, administradora, auxiliar de enfermería y conserje. La designación de este personal dependerá exclusivamente de ISAMIS y se sujetará a la reglamentación interna de dicha unidad. El financiamiento de este personal corre a cargo de ISAMIS .
- ◆ Dotación de un vehículo que estará a disposición exclusiva del trabajo de salud del Área 2 y bajo la directa responsabilidad de la Jefatura de la misma, durante el tiempo que dure este convenio a partir de Enero de 1997.
- ◆ Implementación y puesta en funcionamiento del SCS Singüe, incluyendo personal de salud, el mismo que estará al servicio de las comunidades indígenas de la ribera de los ríos San Miguel y Putumayo y que, adecuará su trabajo a la realidad bicultural y a las condiciones demográficas de la zona. La responsabilidad de ISAMIS se mantiene mientras dure el presente convenio.
- ◆ Programar, aplicar y evaluar, conjuntamente con la DPSS, el trabajo técnico, educativo y administrativo, que permita el fortalecimiento y desarrollo del Área de Salud Nro. 2, de acuerdo a las necesidades de la población, con su participación y según la normativa del MSP.
- ◆ Contratar un Médico Gineco - Obstetra para el Hospital Provincial "Lago Agrio", con dedicación exclusiva y a tiempo completo, para mejorar la atención de las referencias desde el primer nivel de atención.



6. COMPROMISOS CONJUNTOS.

- ◆ Nombrar un delegado permanente por cada una de las partes quienes, junto con los jefes y Coordinadores de las Áreas 1 y 2, conformarán el Comité de Gestión del presente convenio de trabajo conjunto. Este comité llevará adelante la planificación, aplicación, evaluación, monitorización y supervisión de los planes y actividades requeridas para el logro de los objetivos de este convenio.
- ◆ El Comité de Gestión se reunirá por lo menos cada tres meses para evaluar la marcha del convenio y tomar las decisiones pertinentes y/o reprogramar las actividades operativas para el mejor logro de sus objetivos.
- ◆ El Comité de Gestión elaborará un plan de trabajo en un plazo máximo de treinta días a partir de la firma de este convenio, determinando las actividades, financiamiento y plazos de ejecución de las mismas.
- ◆ Propender la autogestión, con participación comunitaria, a través de los comités locales de salud.

7. DURACIÓN.

- ◆ Este convenio de trabajo conjunto tendrá una duración de dos años a partir de su suscripción y podrá ser renovado por igual lapso de tiempo si las partes así lo desearan. Si no se indicase lo contrario hasta 90 días antes de la caducidad del acuerdo, se lo considerará vigente por un lapso igual.
- ◆ Si alguna de las partes deseara finiquitar el acuerdo, deberá comunicar a la otra, por escrito, con noventa días de anticipación.
- ◆ Este convenio podrá ser ampliado en sus componentes, si las partes así lo desearan, por escrito y como adendum al presente instrumento.

8. DIVERGENCIAS.

Las divergencias se arreglarán mediante el diálogo directo entre las partes. Si no existiere acuerdo, las partes nombrarán, de mutuo acuerdo, un tercero que dirimirá. Su fallo será aceptado por los firmantes.

En señal de aprobación, firman el presente instrumento, a los días del mes de de 1996.

DR. MARCELO CRUZ UTRERAS
MINISTRO DE SALUD PUBLICA

MONS. GONZALO LÓPEZ M
OBISPO
VICARIATO DE SAN MIGUEL
DE SUCUMBÍOS - ISAMIS

DR. EDUARDO VERDESOTO M.
DIRECTOR PROVINCIAL DE SALUD
SUCUMBÍOS

ANEXOS

GRAFICO DE LA TABLA II B 3 - MORTALIDAD NEONATAL

Mortalidad Neonatal (1-28 días)

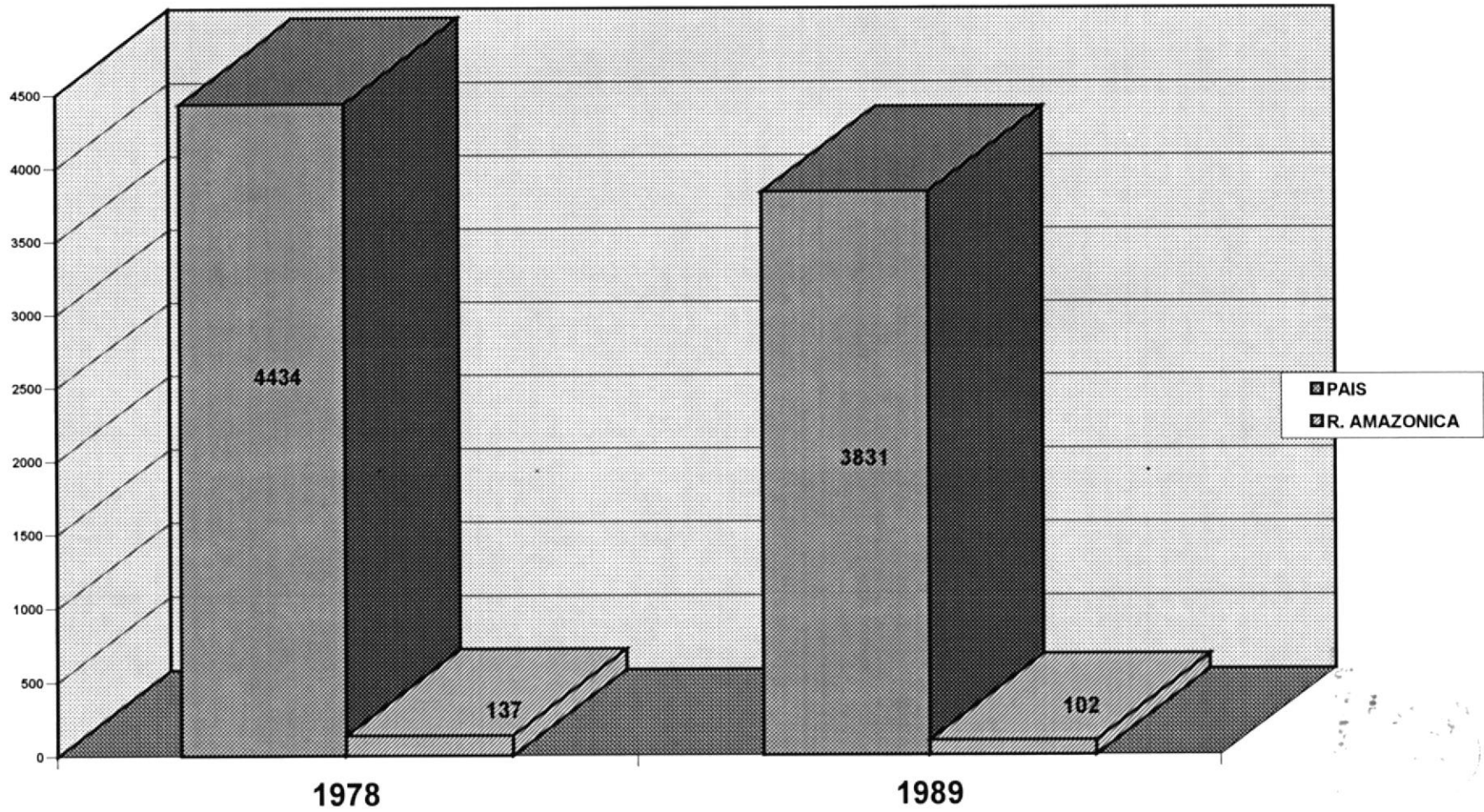


GRAFICO DE LA TABLA II B 3 - MORTALIDAD POSTNEONATAL

Mortalidad Postneonatal (28 días a 11 meses)

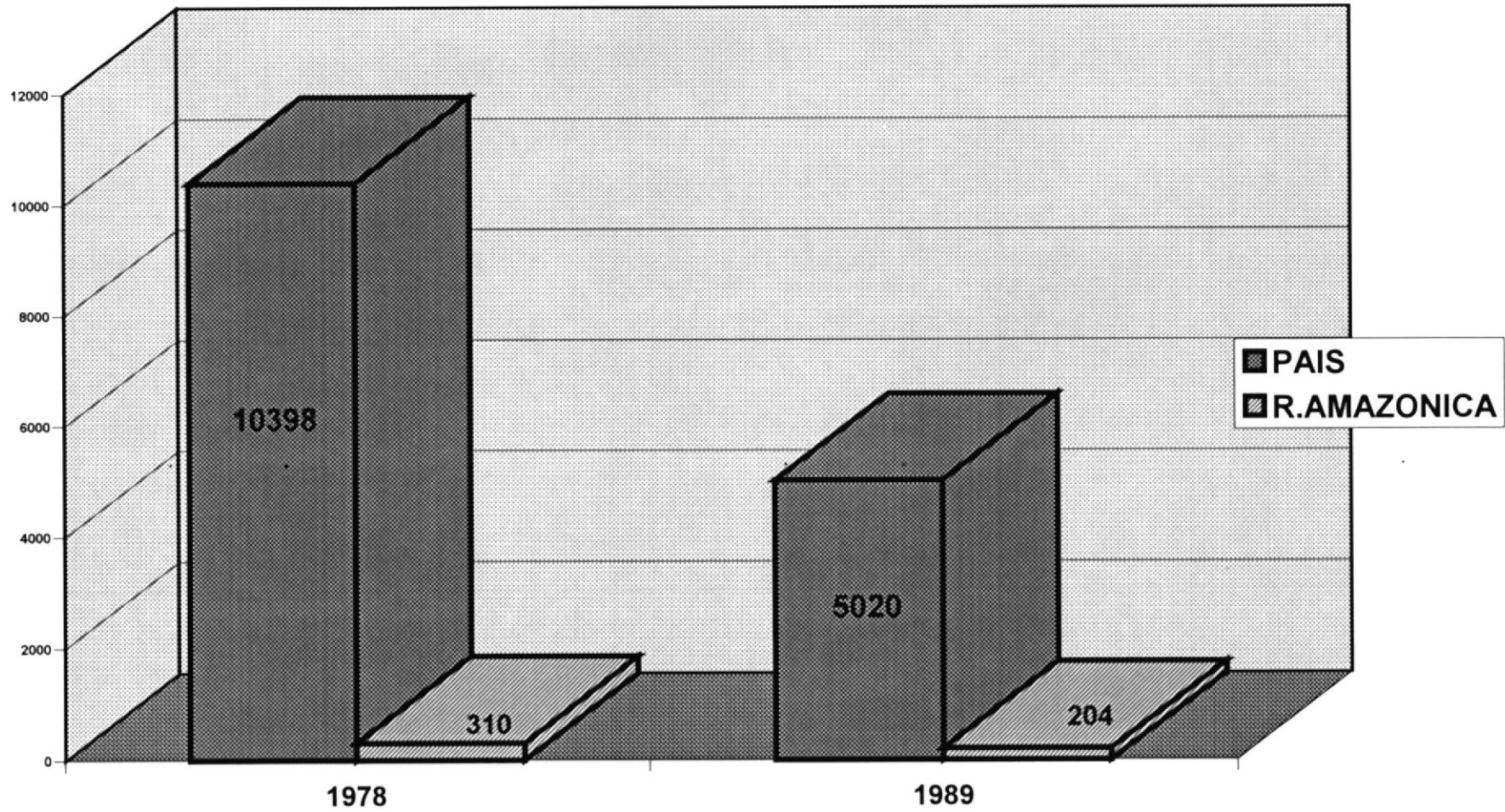


GRAFICO DEL CUADRO III A 1 - PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL NORORIENTE ECUATORIANO

Proyección de Población según grupos etáreos - 1995

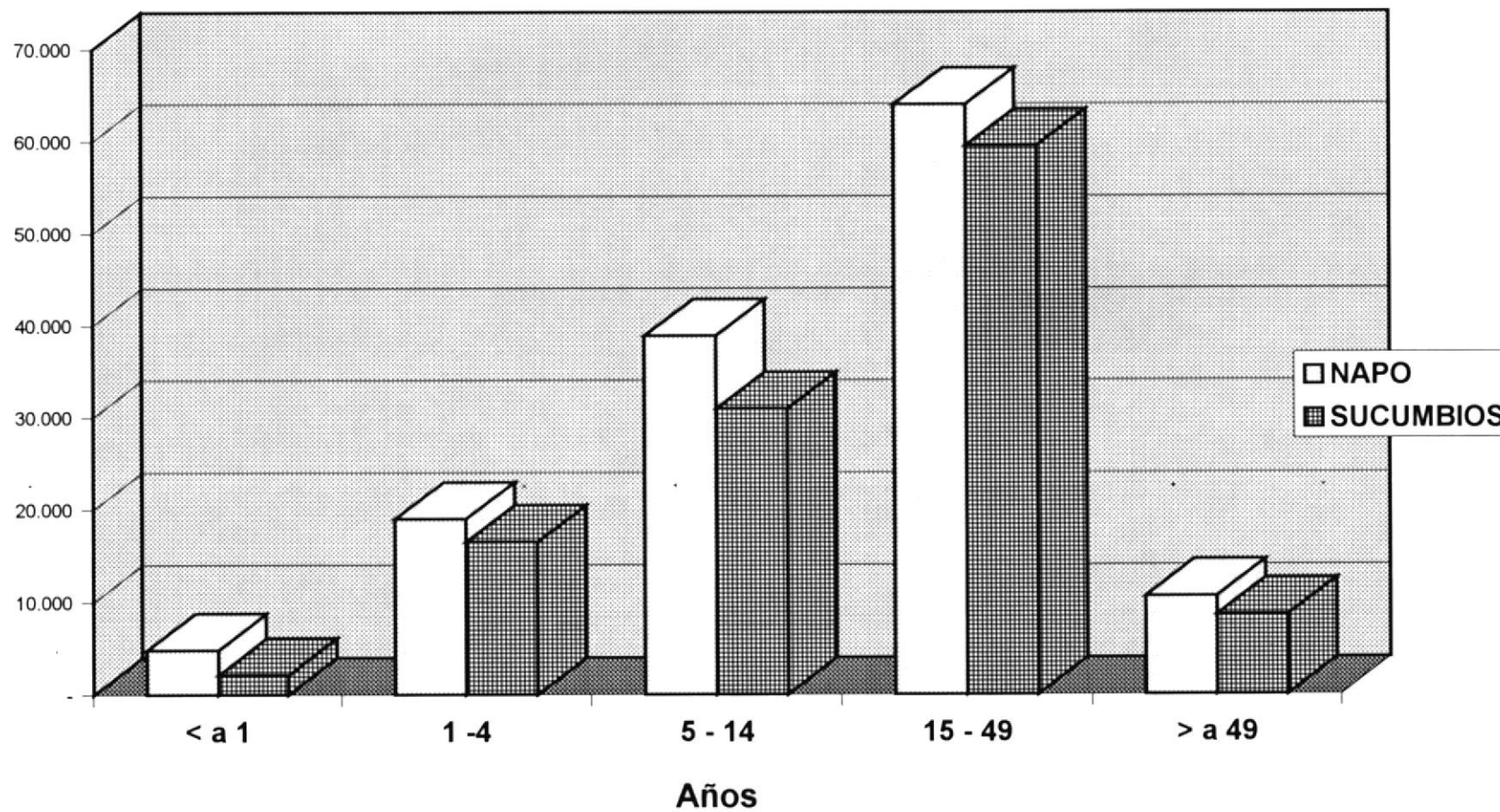
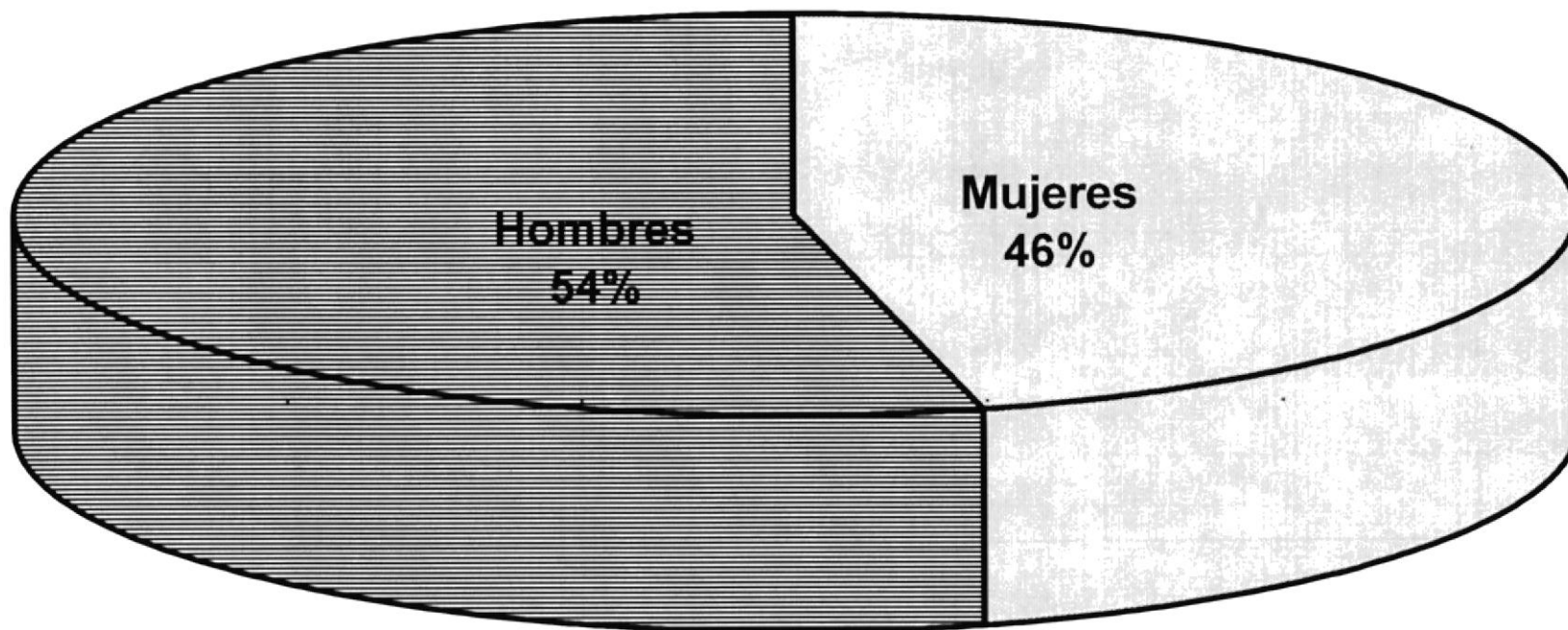


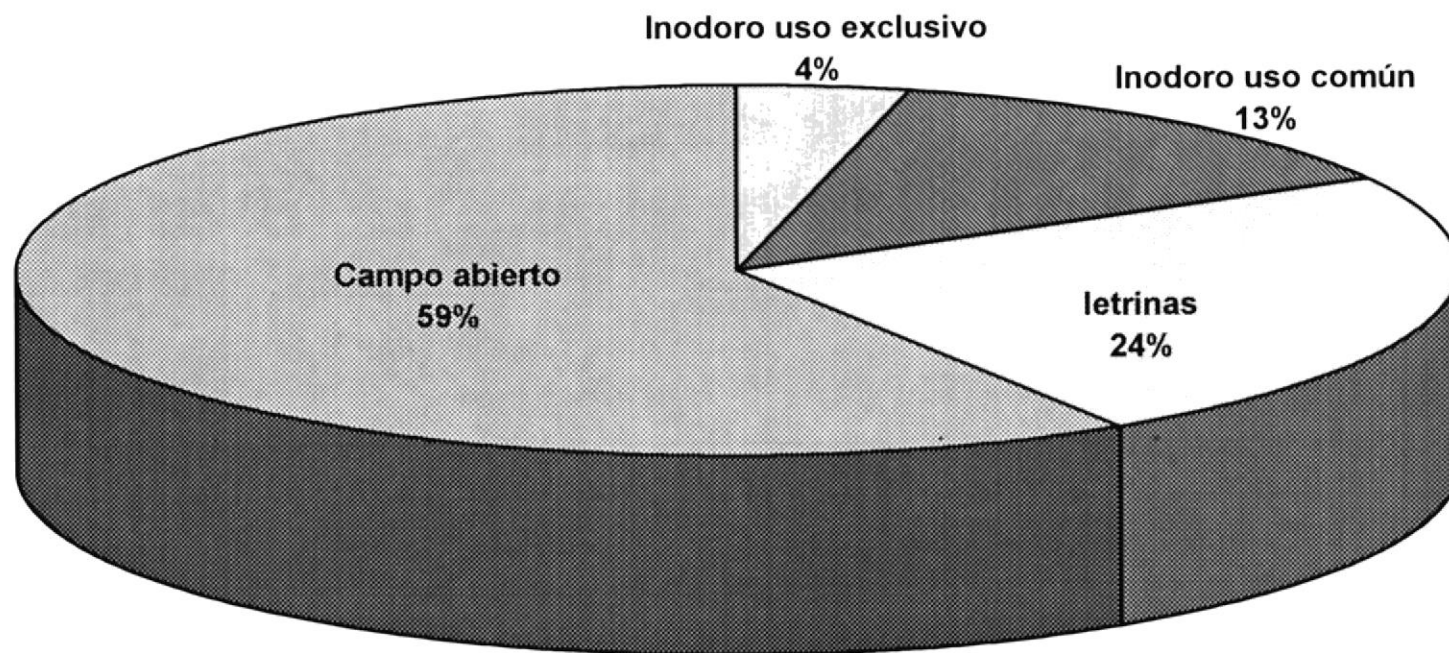
GRAFICO DE LA POBLACIÓN DEL NORORIENTE ECUATORIANO, CLASIFICADA POR SEXO

Población Oriente Ecuatoriano
1995



FORMAS DE ELIMINACIÓN DE DESECHOS DE LA ZONA NORORIENTE ECUATORIANO

Eliminación de Desechos - 1995



SISTEMA DE ELIMINACIÓN DE DESECHOS EN LA ZONA DEL NORORIENTE EUATORIANO

Alcantarillado - 1995

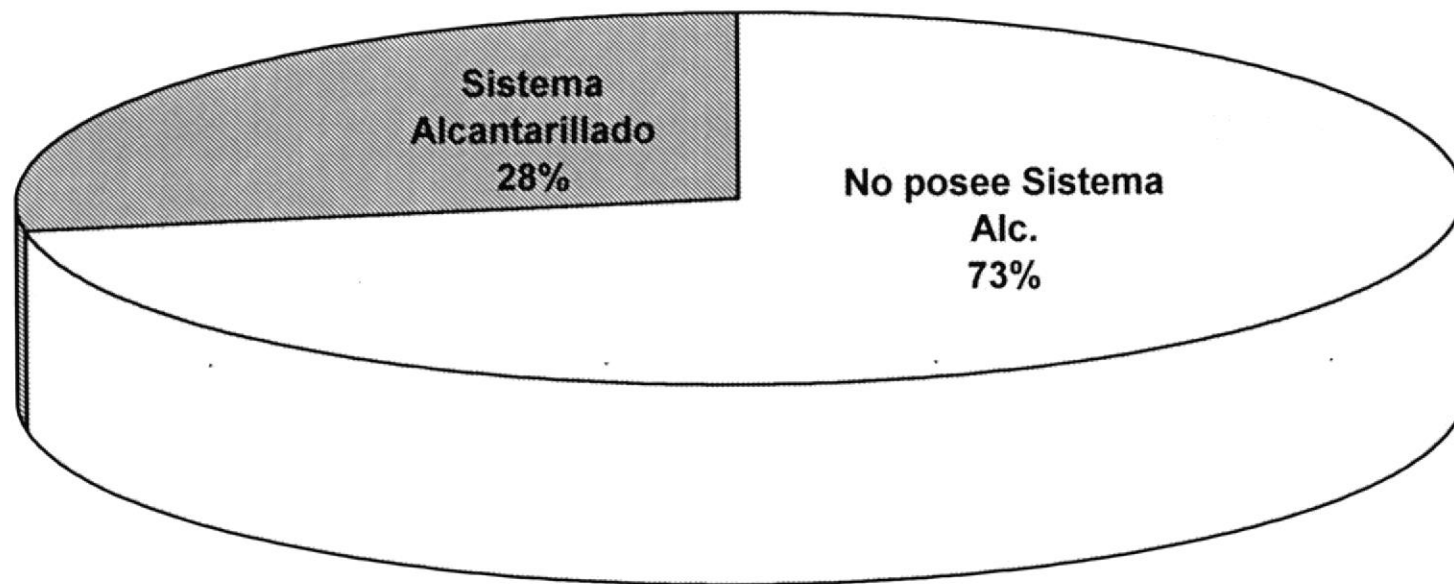
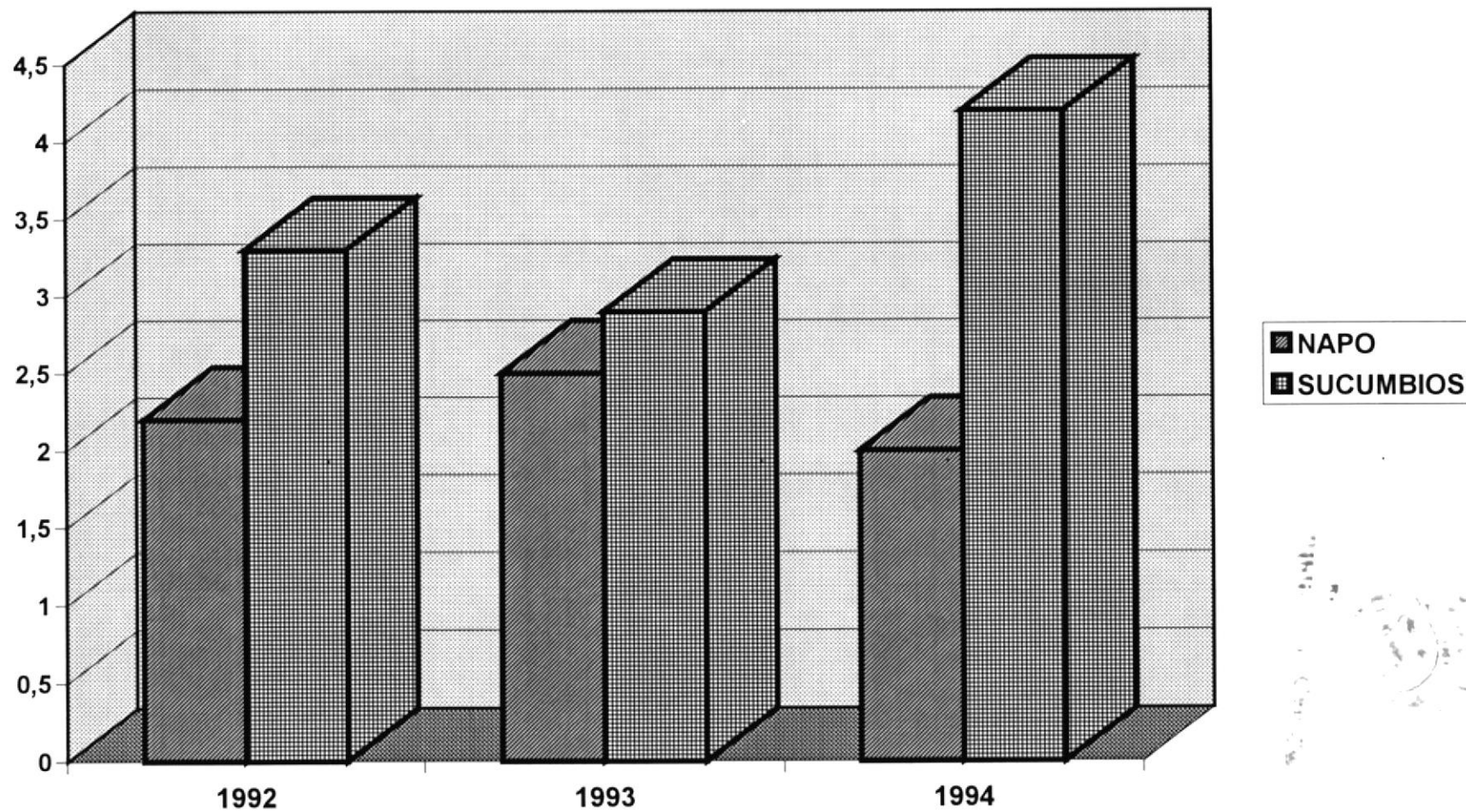


GRAFICO DE CUADRO III A 3 - TASA DE MORTALIDAD MATERNA, PROMEDIO DE LAS DOS PROVINCIAS

TASA DE MORTALIDAD MATERNA, NOR ORIENTE ECUATORIANO
1992 - 1994



FICHA DE ENCUESTA UTILIZADA

ENCUESTA SOBRE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO POR LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL M.S.P. DEL NORORIENTE ECUATORIANO, REFERENTE A LOS PROGRAMAS DE SALUD MATERNO INFANTILES.

FECHA: ---- de ----- de 1996.

PROVINCIA CANTÓN

ÁREA DE SALUD

UNIDAD OPERATIVA TIPO DE UNIDAD

URBANA RURAL

1. ¿Conoce que existe en este lugar programas de salud para la madre y el niño?
Si No

2. ¿Sabe cuales son?

A LA MADRE

- ◆ atención prenatal
- ◆ atención del parto
- ◆ atención del postparto
- ◆ atención de morbilidad
- ◆ regulación de fecundidad
- ◆ Inmunización antitetánica
- ◆ D.O.C
- ◆ atención odontológica
- ◆ complementación alimentaria
- ◆ suplementación de micronutriente
- ◆ educación para la salud
- ◆ materna.

AL NIÑO Y AL ADOLESCENTE

- ◆ atención del recién nacido
- ◆ control de crecimiento y desarrollo
- ◆ atención de morbilidad
- ◆ inmunizaciones
- ◆ complementación alimentaria
- ◆ suplementación de micronutrientes
- ◆ atención odontológica
- ◆ salud escolar
- ◆ atención al adolescente
- ◆ medicina infantil gratuita
- ◆ fomento y promoción de la lactancia

3. ¿ Está conforme con los servicios prestados?
Si ---- No

4. ¿Cree que deben mejorar?
Si ---- No

5. ¿Está de acuerdo con los horarios de atención de esta unidad?
Si No

6. ¿Es de su agrado el trato que le brinda el personal de esta unidad?
Si No

7. ¿Le parece correcto el tiempo que tiene que esperar para recibir la atención?

Si No

8. ¿Le parece suficiente el tiempo dedicado por el personal de esta unidad para su consulta?

Si No

9. ¿Cree usted que con los programas de atención a la madre y al niño le mejoran notablemente la salud?

Si No

10. ¿Considera usted que el servicio que brinda esta unidad a la madre y al niño es:

BUENA ; REGULAR ; MALA

11. ¿Prefiere que su parto debe atenderse en su casa ... o, en el Hospital

12. ¿Cree que su parto debe ser atendido por cualquier persona o, por un profesional de la salud

13. ¿Le parecen buenas las vacunas?

Si No

14. ¿Cree que con el control mensual de su niño va a crecer sano?

Si No

15. ¿Cree que con el control mensual de su embarazo, usted y su niño van a estar protegidos y evitarán complicaciones en el momento del parto?

Si No

NOTA: REGISTRAR CON PALOTES EN LA RESPUESTA DADA POR EL USUARIO
ENCUESTAR SOLO A USUARIAS DE LA UNIDAD DE SALUD
ENCUESTAR SOLO A MUJERES EMBARAZADAS

ELABORADO POR: RODOLFO PAZMIÑO - EDUARDO VERDESOTO

BIBLIOGRAFÍA

Centro de Estudios y de Paternidad Responsable (CEPAR). Perfil Sociodemográfico de las regiones amazónicas e insular.

Declaración de Alma-Ata, Rusia, 1978

ESTRELLA EDUARDO, Medicina y Estructura socioeconómica, Primera edición, Ecuador, Editorial Belén, 1980

FREIRE WILMA, BACALLAO JORGE, CARRASCO FERNANDO, Desnutrición y Condiciones socio económicas en el Ecuador, Ecuador, Gráficas Araujo, 1992

GALLEGOS ESTUARDO, Nuestras Realidad Social, Ecuador, 1996

Historia del Ecuador, Ecuador, Editorial Don Bosco, Colección LNS, 1977

INEC, Proyección Poblacional de Ecuador hasta el año 2.000, Ecuador, 1990

JAIME BREITH, regionalización de la calidad de vida y salud Maternoinfantil, CEAS, 1992

KROEGER, AXEL y LUNA, RONALDO, Atención Primaria de Salud, Principios y métodos. Segunda Edición, México, Editorial Pax México OPS, 1992

M.S.P., FASBASE, Programa Integrado Micronutrientes, Quito, Febrero, 1996

M.S.P., Manual de programación local para Jefaturas de Area de Salud, No. 1, 1995, Quito

M.S.P., Reunión Internacional de educación del desarrollo de los sistemas locales de salud en el Ecuador, Agosto, 1992, Ecuador

Manual de Normas de Organización de Áreas de Salud, MSP, Marzo 1994

McMAHON ROSEMARY, BARTON ELIZABETH, POIT MAURICE, Administración de la Atención Primaria de Salud, México, Editorial PAX México OPS, 1989

MERINO CRISTINA Y VALLEJO FRANCISCO, Inequidades en Salud, Correo Poblacional y

de la Salud Pública, 1992.

Métodos Modernos de la Administración y la Organización de los Servicios de Salud, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1974 (Documentos de Salud Pública, No. 55)

O.P.S., O.M.S., UNICEF, Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia, Junio de 1996

PLUTARCO NARANJO, CARLOS TERAN, M.S.P., Salud Familiar y Comunitaria Integral, 1990, Quito

PLUTARCO NARANJO, Geografía de la Nutrición, 1992, Quito

PLUTARCO NARANJO, Plan Nacional de Salud, 1991 - 2000, M.S.P., Quito, 1991

SUAREZ, JOSE y COL, La situación de salud en el Ecuador 1962 - 1985, Ecuador, Ministerio de Salud Pública, 1987.

UNICEF, La Iniciativa de Bamako: Reconstrucción de los Sistemas locales de salud, 1995, New York, U.S.A.

UNICEF; SIN HADAS Y SIN MADRINAS; Evaluación de la Salud materno infantil en la Amazonía, Brasil, 1991

TABLA DE CONTENIDO

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA MATERNO INFANTIL EN LA ZONA NORORIENTAL DEL ECUADOR, PARA LA ELABORACIÓN DE UNA PROPUESTA DESTINADA AL MEJORAMIENTO DE LA SALUD DE LAS MADRES Y NIÑOS EN LAS PROVINCIAS DE NAPO Y SUCUMBÍOS.

Resumen Ejecutivo -----	Pág. 4
Introducción -----	Pág. 7
I. JUSTIFICATIVOS. -----	Pág. 9
Objetivo General -----	Pág. 10
Objetivos Específicos -----	Pág. 10
II. ANTECEDENTES. -----	Pág. 11
A. Evolución del comportamiento en las diferentes sociedades en el Ecuador-----	Pág. 11
1. Sociedad Primitiva -----	Pág. 11
2. Sociedad Incaica -----	Pág. 12
3. Sociedad Colonial -----	Pág. 12
3. 1 Práctica médica en el siglo XVIII relacionada con la mujer-----	Pág. 14
a) Aborigen -----	Pág. 14
b) Popular -----	Pág. 14
c) Científica-----	Pág. 14
4. Sociedad Republicana -----	Pág. 14
4. 1 Práctica médica en el siglo XIX. -----	Pág. 14
a) Aborigen -----	Pág. 14
b) Popular -----	Pág. 14
c) Práctica Médica Oficial-----	Pág. 14
4. 2 Práctica médica en el siglo XX en el Ecuador.-----	Pág. 15
4. 2. 1 Principales causas de muerte general -----	Pág. 15
B. Los Programas Materno Infantiles en el País.- Concepto -----	Pág. 17
1. Lineamientos de política Nacional en salud Materno-Infantil -----	Pág. 17
1. 1 Aspectos Generales-----	Pág. 17
1. 2 Aspectos Específicos-----	Pág. 18
1. 3 Estrategias -----	Pág. 19
2. Plan nacional de salud Materno-Infantil-----	Pág. 20
2. 1. Introducción. -----	Pág. 20
2. 2 Objetivo general-----	Pág. 20
2. 3 Objetivos específicos y “Actividades” para su cumplimiento -----	Pág. 20
3. Análisis de la Salud Materno Infantil en la Amazonía Ecuatoriana.-Generalidades	Pág. 25

3. 1	Perfil inicial del deterioro-----	Pág. 26
3. 2	Enfermar y morir en la Amazonía-----	Pág. 27
3.2.1	Población en constante cambio -----	Pág. 27
3.2.2	De la mortalidad -----	Pág. 28
	a) Mortalidad General-----	Pág.28
	b) Causas de Muerte: de las infecciones a la violencia. -----	Pág. 28
3.3	Salud de los niños y las Madres.-----	Pág. 29
3.3.1	Mortalidad Infantil -----	Pág. 29
3.3.2	Mortalidad Materna-----	Pág. 30
3.3.3	Las Amenazas del embarazo y del Parto -----	Pág. 30
3.4	Salud Materna y Sobrevivencia Infantil -----	Pág. 31
3.4.1	Coberturas de Atención Prenatal -----	Pág. 32
3.4.2	Cobertura del Parto -----	Pág. 32
3.4.3	Estado Nutricional del Binomio Madre-Niño -----	Pág. 32
3.4.4	Programa de Micronutrientes -----	Pág. 33

III. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA MATERNO INFANTIL EN

	LA ZONA NORORIENTAL DEL ECUADOR -----	PÁG. 34
A.	Situación actual de la salud Materno Infantil en la zona -----	Pág. 34
1.	Características generales de la zona Nororiental del País-----	Pág. 34
1. 1	Situación y Límites-----	Pág. 34
1. 2	Superficie -----	Pág. 34
1. 3	Geografía y Clima -----	Pág. 34
1. 3. 1.	Los Suelos-----	Pág. 35
1. 3. 2.	Vegetación -----	Pág. 35
1. 4	División Político - Administrativa-----	Pág. 35
2.	Perfil Demográfico: distribución y concentración poblacional -----	Pág. 35
2. 1	Composición de la población -----	Pág. 36
3.	Características Culturales-----	Pág. 37
4.	Condiciones Socioeconómicas-----	Pág. 38
4. 1	Situación Económica -----	Pág. 38
4. 2	Situación Alimentaria y Nutricional -----	Pág. 40
4. 3	Educación-----	Pág. 40
4. 4	Abastecimiento de agua y eliminación de desechos -----	Pág. 41
5.	Situación de la salud de la mujer -----	Pág. 41
5.1	Características Sociales -----	Pág. 41
5.2	Perfil Reproductivo-----	Pág. 43
6.	Situación de la salud del niño -----	Pág. 44
6.1	Características Sociales -----	Pág. 44
6. 2	Morbilidad -----	Pág. 45
6. 3	Mortalidad -----	Pág. 47
7.	Situación de la salud del adolescente -----	Pág. 48
7. 1	Características Sociales -----	Pág. 48
7. 2	Morbilidad -----	Pág. 49
7. 3.	Mortalidad-----	Pág. 50
8.	Servicios de salud materno infantil brindados a la población-----	Pág. 50
8. 1.	Atención a la mujer -----	Pág. 50

8.1.1. Principales actividades programadas para la atención de salud de la mujer -----	Pág. 50
a) Atención de Embarazadas -----	Pág. 50
b) Atención del Parto-----	Pág. 51
c) Atención del Postparto-----	Pág. 52
d) Regulación de la Fecundidad -----	Pág. 52
8.2 Atención al Niño-----	Pág. 52
8.2.1 Principales actividades programadas para la atención del niño -----	Pág. 52
a) Recién Nacido, Lactante y Preescolar -----	Pág. 52
b) Escolar -----	Pág. 52
8.3 Atención al Adolescente -----	Pág. 54
9. Recursos del Sistema de Salud-----	Pág. 54
9.1 Sistema Formal de Salud-----	Pág. 55
9.1.1 Recursos Humanos -----	Pág. 55
9.1.2 Infraestructura Física -----	Pág. 55
9.1.3 Equipamiento y otros Insumos-----	Pág. 56
9.1.4 Recursos Financieros -----	Pág. 57
9.2 Sistema no formal de Salud -----	Pág. 57
B. Evaluación Cuantitativa de Indicadores -----	Pág. 58
C. Análisis de Satisfacción del Usuario-----	Pág. 59
1 Problema -----	Pág. 70
2 Asunciones a Comprobar -----	Pág. 70
3 Instrumento de Medición -----	Pág. 70
4 Procedimiento -----	Pág. 70
4.1 Selección de la Muestra. -----	Pág. 70
4.2 Recolección de Datos -----	Pág. 70
5 Análisis de Resultados de la Encuesta-----	Pág. 71
6 Pruebas de Asunciones -----	Pág. 72
6.1 Análisis de Asunción 1: -----	Pág. 72
6.2 Análisis de Asunción 2: -----	Pág. 72
6.3 Análisis de Asunción 3: -----	Pág. 72
VI. PROPUESTA DEL TRABAJO DE GRADO -----	PÁG. 73
Justificativos-----	Pág. 73
A. Estrategia -----	Pág. 75
1. Objetivo General.-----	Pág. 75
2. Objetivos específicos -----	Pág. 76
B. Ámbitos de los Componentes de la propuesta conjunta -----	Pág. 77
1. Nivel Provincial del ministerio de Salud Pública -----	Pág. 77
2. Nivel de Área de Salud -----	Pág. 77
3. Nivel Extra Institucional y Sectorial -----	Pág. 78
C. Financiamiento y aplicación mediante Convenio -----	Pág. 78
1. Objetivos. -----	Pág. 78
2. Líneas De Acción. -----	Pág. 80
3. Ámbitos Del Programa Conjunto. -----	Pág. 80
3.1. Nivel Provincial, Comprende Los Sigüientes Aspectos -----	Pág. 80
3.2. Área de Salud Nro. 1. -----	Pág. 80
3.3. Área de Salud Nro. 2 -----	Pág. 81

4.	Compromisos de la Dirección Provincial de Salud -----	Pág. 82
5.	Compromisos de ISAMIS -----	Pág. 83
6.	Compromisos Conjuntos -----	Pág. 83
7.	Duración -----	Pág. 83
8.	Divergencias. -----	Pág. 84
V	ANEXOS -----	PÁG. 85
VI	BIBLIOGRAFÍA -----	PÁG. 95

TABLAS

- TABLA I A 1: Principales Epidemias En La Real Audiencia De Quito 1563-1749 -----Pág. 13
- Tabla II B 3.- Mortalidad Neonatal Y Postneonatal En El Ecuador, Tasas Nacionales Y Amazónicas -----Pág. 29
- Tabla III A 1.- Las Principales Causas De Muerte En 1995 Para Napo y Sucumbíos -----Pág. 48

CUADROS

- CUADRO III A1.- PROYECCIÓN DE POBLACIÓN POR GRUPOS ETAREOS, SEGÚN PROVINCIAS, NORORIENTE ECUATORIANO, 1995 ----- Pág. 36
- CUADRO III A2.- GRUPO PROGRAMATICOS DE POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN PROVINCIAS, NORORIENTE ECUATORIANO, PROYECCIÓN PARA 1995 ----- Pág. 36
- CUADRO III A3.- TASAS DE MORTALIDAD MATERNA, NORORIENTE ECUATORIANO. 1992 -1994.PROMEDIO DE LAS DOS PROVINCIAS ----- Pág. 43
- CUADRO III A4.- MORTALIDAD INFANTIL -----Pág. 47
- CUADRO III A5.- COBERTURA DE VACUNACIÓN EN MENORES DE 1 AÑO DE NAPO Y SUCUMBÍOS - 1994 -----Pág. 53
- CUADRO III A6.- COBERTURA DE VACUNACIÓN EN MENORES DE 1 AÑO DE NAPO Y SUCUMBÍOS - 1995 -----Pág. 53
- CUADRO III A7.- NUMERO DE MÉDICOS, ODONTÓLOGOS, ENFERMERAS, OBSTETRICES Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA, QUE TRABAJAN EN LAS PROVINCIAS DE NAPO Y SUCUMBÍOS 1994 -----Pág. 55
- CUADRO III A8 .- NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS CON INTERNACIÓN POR ENTIDAD A LA QUE PERTENECE DE NAPO Y SUCUMBÍOS 1995 -----Pág. 56
- CUADRO III A9 .- NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS SIN INTERNACIÓN HOSPITALARIA, POR SECTOR Y ENTIDAD A LA QUE PERTENECEN DE NAPO Y SUCUMBÍOS 1995 -----Pág. 56

- CUADRO III B1.- NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS SIN INTERNACIÓN HOSPITALARIA DE NAPO Y SUCUMBÍOS SEGÚN ÁREAS 1994 -----Pág. 60
- CUADRO III B2.- POBLACIÓN, NÚMEROS Y TASAS DE MÉDICOS, ENFERMERAS, ODONTÓLOGOS, OBSTETRICES Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN NAPO DE 1990 A 1994 -----Pág. 62
- CUADRO III B3.- POBLACIÓN, NUMERO Y TASAS DE MÉDICOS, ENFERMERAS, ODONTÓLOGOS, OBSTETRICES Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN SUCUMBÍOS DE 1.990 A 1.994 -----Pág. 62
- CUADRO III B4.- INDICADORES DE PRODUCCIÓN HOSPITALARIA EN NAPO EN EL PERIODOS DE 1990 A 1994 -----Pág. 63
- CUADRO III B5.- INDICADORES DE PRODUCCIÓN HOSPITALARIA EN SUCUMBÍOS EN EL PERIODO DE 1990 A 1994 -----Pág. 64
- CUADRO III B6.- SALUD MATERNO EN NAPO: POBLACIÓN ESPECIFICA, COBERTURA, PORCENTAJE DE CAMBIO, SEGÚN COMPONENTES DE 1991 A 1995 -----Pág. 65
- CUADRO III B7.- SALUD MATERNO EN SUCUMBÍOS: POBLACIÓN ESPECIFICA, COBERTURA, PORCENTAJE DE CAMBIO, SEGÚN COMPONENTES DE 1991 A 1995 -----Pág. 66
- CUADRO III B8.- SALUD MATERNO EN NAPO: POBLACIÓN ESPECIFICA, PRIMERAS CONSULTAS, COBERTURA Y PORCENTAJE DE CAMBIO POR COMPONENTES EN EL PERIODO DE 1991 - 1995 -----Pág. 67
- CUADRO III B9.- SALUD MATERNO EN SUCUMBÍOS: POBLACIÓN ESPECIFICA, PRIMERAS CONSULTAS, COBERTURA Y PORCENTAJE DE CAMBIO POR COMPONENTES EN EL PERIODO DE 1991 - 1995 -----Pág. 68
- CUADRO III B10.- COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN LA PROVINCIA DE NAPO SEGÚN COMPONENTE 1990 - 1995 -----Pág. 69
- CUADRO III B11.- COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN LA PROVINCIA DE SUCUMBÍOS SEGÚN COMPONENTE 1990 - 1995 -----Pág. 69

GRAFICOS

- GRAFICO III A1 ----- Pág. 51

