

“SITUACIÓN DE LA SALUD EN EL ECUADOR”

Econ. Galo Viteri Díaz
gviteri@mef.gov.ec

RESUMEN

En el transcurso de los últimos años se observa un mejoramiento de las condiciones de salud de la población ecuatoriana, sin embargo, se registran todavía tasas elevadas de mortalidad neonatal, infantil, niñez, materna y general, así como, deficiencias en infraestructura, equipamiento, recursos humanos y limitaciones presupuestarias.

I. SALUD: PRINCIPALES INDICADORES

1. Tasa de mortalidad neonatal¹

Según el SIISE², se trata de un indicador de resultado que refleja varias situaciones de salud ligadas con la madre y su atención de salud durante el embarazo, el parto y el puerperio referidas sobre todo a sus estados nutricionales, a los riesgos y presencia de toxemias del embarazo, entre otras.

Anota que refleja también, de manera indirecta, la disponibilidad de servicios de salud, los niveles educativos de las madres y su calificación para el cuidado infantil, las condiciones socio-sanitarias de los hogares, el acceso a agua potable y/o segura y a saneamiento ambiental y, en general, los niveles de pobreza y bienestar del medio familiar.

La tasa de mortalidad neonatal muestra una tendencia descendente en el período 1991-2000, con tasas de 11,7 y 9,3 muertes por 1.000 nacidos vivos, respectivamente.

¹ Probabilidad que tiene un niño/a de morir durante los primeros 28 días luego de su nacimiento. Incluye las muertes ocurridas en la crítica primera semana de vida o período “perinatal”. Se mide como el número de niños fallecidos antes de cumplir un mes de vida en un determinado año, expresado con relación a cada 1.000 niños nacidos vivos durante el mismo año. (SIISE)

² SIISE: Ficha metodológica sobre tasa de mortalidad neonatal

**TASA DE
MORTALIDAD
NEONATAL
(Muertes por 1.000
nacidos vivos)
1991-2000**

AÑO	TASA
1991	11,7
1992	11,4
1993	11,0
1994	9,4
1995	9,7
1996	9,4
1997	9,0
1998	9,0
1999	8,9
2000	9,3

FUENTE: SIISE

Para fines de comparación de la situación del país, anotemos que Cuba posee una tasa de mortalidad neonatal de 2,7 por 1.000 nacidos vivos en el año 2004, comparable con la de países desarrollados como Japón, Finlandia y Suecia³.

Es importante señalar que el 99% de los fallecimientos de recién nacidos se producen en países en vías de desarrollo, siendo las principales causas de mortalidad neonatal: enfermedades infecciosas (neumonía, tétanos y diarrea) con el 36%; nacimientos prematuros con el 27%; y, las asfixias con el 23%⁴.

³ http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_3_05/gin08305.htm

⁴ http://www.cite-sciences.fr/francais/ala_cite/science_actualites/sitesactu/question_actu.php?langue=es&id_artic le=3963&id_theme=7&prov=index

2. **Tasa de mortalidad infantil**⁵

De acuerdo al SIISE⁶, se trata de un indicador de resultado que refleja varias situaciones de salud ligadas a la madre y su atención durante el embarazo, el parto y el puerperio: por ejemplo, su estado nutricional, la presencia de toxemias del embarazo o dificultades al momento del nacimiento. Pero sobre todo refleja el estado de salud del niño durante el primer año de vida: crecimiento y desarrollo, nutrición, avitaminosis, anemia, inmunizaciones contra las enfermedades contagiosas más frecuentes, detección oportuna de anomalías congénitas y la práctica adecuada y permanente de la lactancia materna, por lo menos durante los seis primeros meses de vida.

La información disponible muestra una reducción de la tasa de mortalidad infantil de 101,9 muertes por 1.000 nacidos vivos en 1956 a 22,1 en el 2005.

**TASA DE MORTALIDAD
INFANTIL*
(Muertes por 1.000
nacidos vivos)
1956-2005**

AÑO	TASA
1956	101,9
1960	101,1
1970	76,6
1980	54,3
1990	30,3
2000	18,5
2005	22,1

* Método directo
FUENTE: SIISE-INEC

⁵ Probabilidad que tiene un niño/a de morir durante su primer año de vida. Se mide como el número de defunciones de niños/as menores de un año en un determinado año, expresado con relación a 1.000 nacidos vivos durante el mismo año. Esta definición corresponde al método directo de cálculo de la mortalidad infantil. Los datos provienen de los registros anuales de nacimientos y defunciones. (SIISE)

⁶ SIISE: Ficha metodológica sobre tasa de mortalidad infantil

Sin embargo del descenso anotado, la STFS-SIISE⁷ mencionan que permanecen “importantes inequidades en el sistema de salud, mostrando tasas de mortalidad mucho más altas y acceso limitado a atención de salud para la población indígena, los pobres y aquellos que viven en áreas rurales”.

Sobre lo cual, la UNICEF⁸ indica que alrededor de un 50% de las muertes infantiles que se producen en la actualidad se pueden evitar y hay una tasa más elevada de mortalidad para los niños y las niñas indígenas y afro ecuatorianos.

A continuación se presentan cifras sobre la tasa de mortalidad infantil del año 2004 para varios países, a fin de evidenciar la situación del Ecuador.

**TASA DE MORTALIDAD
INFANTIL
(Muertes por 1.000
nacidos vivos)
2004**

PAIS	TASA
Islandia	2
Finlandia	3
Bélgica	4
Canadá	5
Cuba	6
Venezuela	16
Colombia	18
Ecuador	23
Perú	24
Bolivia	54

FUENTE: UNICEF

Respecto a las principales causas de mortalidad infantil en el Ecuador, el SIISE⁹ menciona que “las principales causas de muerte se relacionan con enfermedades prevenibles”.

A continuación se inserta la información correspondiente al año 2005.

⁷ STFS-SIISE: Índice, No. 6, p. 2

⁸ <http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/ecuador.html>

⁹ STFS-SIISE: Boletín Índice, No. 6, p. 6

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL
2005**

**Lista Internacional Detallada (Décima Revisión CIE - 10)
(Número, porcentaje y tasa)**

Orden	Códigos de Agrupación CIE-10	Número	%	Tasa*
	TOTAL DEFUNCIONES MENORES DE 1 AÑO	3.717	100,0	22,1
1	Trastornos relacionados con duración corta gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte	474	12,8	2,8
2	Neumonía, organismo no especificado	319	8,6	1,9
3	Dificultad respiratoria del recién nacido	198	5,3	1,2
4	Neumonía congénita	142	3,8	0,8
5	Síndromes de aspiración neonatal	130	3,5	0,8
6	Sepsis bacteriana recién nacido	127	3,4	0,8
7	Hipoxia intrauterina	119	3,2	0,7
8	Otros problemas respiratorios del recién nacido, originados en el periodo perinatal	117	3,1	0,7
9	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	109	2,9	0,6
10	Otras infecciones específicas del periodo perinatal	109	2,9	0,6
11	Otras malformaciones congénitas del corazón	103	2,8	0,6
12	Otras malformaciones congénitas, no clasificadas en otra parte	90	2,4	0,5
13	Bronquitis aguda	59	1,6	0,4
14	Desnutrición proteínocalórica severa no especificada	56	1,5	0,3
15	Asfixia del nacimiento	48	1,3	0,3
16	Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido	37	1,0	0,2
17	Feto y recién nacido afectados por complicaciones de la placenta, del cordón umbilical y de las membranas	34	0,9	0,2
18	Hidrocefalo congenito	28	0,8	0,2
19	Malformaciones congénitas de las grandes arterias	28	0,8	0,2
20	Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	27	0,7	0,2
	Causas mal definidas (síntomas y signos)	435	11,7	2,6
	Resto de causas de mortalidad infantil	928	25,0	5,5
	TOTAL DE NACIDOS VIVOS	168.324		

* Dato provisional
FUENTE: INEC

3. **Tasa de mortalidad en la niñez¹⁰**

El SIISE¹¹ indica que se trata de un indicador de resultado. Pasado el primer año de vida, los riesgos de enfermar y morir se asocian principalmente con las condiciones del cuidado infantil, el complemento y refuerzo de los esquemas de vacunación, el consumo de alimentos adecuados, la prevención o tratamiento efectivo de las principales enfermedades del grupo de edad, las infecciones respiratorias y las enfermedades diarreicas agudas, y la prevención de accidentes en el hogar.

La tasa de mortalidad en la niñez se redujo de 40,7 muertes por cada mil nacidos vivos en 1991 a 26 en el 2004, como resultado de mejoras en la disponibilidad y calidad de los servicios de salud, el acceso a los servicios básicos de agua y saneamiento y la educación de las mujeres¹².

**TASA DE MORTALIDAD EN
LA NIÑEZ
(Muertes por 1.000 nacidos
vivos)
1991-2004**

AÑO	TASA
1991	40,7
1995	30,3
2000	26,7
2004	26,0

FUENTE: INEC-UNICEF

No obstante el descenso señalado, la cifra del año 2004 es considerablemente mayor a la de países como Islandia, que tiene la menor tasa de muerte de niños en el mundo (tres por cada 1.000 nacidos vivos) o Cuba, que tiene la menor tasa en América Latina (siete por 1.000 nacidos vivos).

¹⁰ Probabilidad que tiene un niño/a de morir antes de cumplir 5 años de vida. Se mide como el número de niños/as de 0 a 59 meses cumplidos fallecidos en un determinado año, expresado con relación a cada 1.000 niños/as nacidos vivos durante ese año. (SIISE)

¹¹ SIISE: Ficha metodológica sobre tasa de mortalidad en la niñez

¹² Consejo del Observatorio Ciudadano de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, Observatorio Social del Ecuador y UNICEF: Estado de los derechos de la niñez y la adolescencia en el Ecuador 2003, Quito, noviembre 2003, pp. 63-64

**TASA DE MORTALIDAD EN
LA NIÑEZ
(Muertes por 1.000 nacidos
vivos)
2004**

PAIS	TASA
Islandia	3
Finlandia	4
Francia	5
Canadá	6
Cuba	7
Venezuela	19
Colombia	21
Ecuador	26
Perú	29
Bolivia	69

FUENTE: UNICEF

4. **Tasa de mortalidad general**¹³

La tasa de mortalidad general de la población ha descendido de 14,2 muertes por cada 1.000 habitantes en 1956 a 4,3 en el 2005.

**TASA DE MORTALIDAD
GENERAL
(Muertes por 1.000
nacidos vivos)
1956-2005**

AÑO	TASA
1956	14,2
1960	13,8
1970	10,1
1980	7,4
1990	4,9
2000	4,6
2005	4,3

FUENTE: SIISE-INEC

Esto se debe, según el SIISE¹⁴, a la expansión de la cobertura de los servicios de salud, el mejoramiento de los niveles educativos de la población, la influencia de los medios masivos de comunicación, el acceso a medidas prevenibles como las inmunizaciones, el desarrollo de los fármacos para tratar y curar enfermedades que antes no eran combatibles, la urbanización de la población lo que la acerca a los servicios de salud de las ciudades, al mejoramiento de la infraestructura sanitaria (agua, alcantarillado y disposición de basuras).

A continuación se presenta información sobre las principales causas de mortalidad general en el año 2005.

¹³ Número de personas que murieron en un determinado año, expresado con relación a cada 1.000 habitantes. (SIISE)

¹⁴ SIISE: Ficha metodológica sobre la tasa de mortalidad materna

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
Según la Lista Corta de Agrupamiento de las Causas de Muerte (OMS)
2005
(Número, porcentaje y tasa)

Orden	Principales Causas de Muerte	Número	%	Tasa*
	TOTAL DEFUNCIONES	56.825	100,0	430,0
1	Enfermedades cerebrovasculares	3.057	5,4	23,1
2	Enfermedades hipertensivas	2.838	5,0	21,5
3	Diabetes mellitus	2.795	4,9	21,2
4	Influenza y neumonía	2.758	4,9	20,9
5	Enfermedades isquémicas del corazón	2.510	4,4	19,0
6	Agresiones (homicidios)	2.409	4,2	18,2
7	Accidentes de transporte terrestre	2.379	4,2	18,0
8	Insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades mal definidas	2.370	4,2	17,9
9	Ciertas afecciones originadas en el período prenatal	1.798	3,2	13,6
10	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	1.780	3,1	13,5
11	Enfermedades del sistema urinario	1.773	3,1	13,4
12	Neoplasia maligna del estómago	1.514	2,7	11,5
13	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	973	1,7	7,4
14	Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidio)	943	1,7	7,1
15	Tuberculosis	807	1,4	6,1
16	Neoplasia maligna del tejido linfático, hematopoyético y tejidos afines	807	1,4	6,1
17	Desnutrición y anemias desnutricionales	735	1,3	5,6
18	Neoplasia maligna del útero	703	1,2	5,3
19	Neoplasia maligna del hígado y de las vías biliares	638	1,1	4,8
20	Neoplasia maligna de la próstata	632	1,1	4,8
21	Septicemia	623	1,1	4,7
22	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia (VIH)	618	1,1	4,7
23	Neoplasia maligna de la tráquea, bronquios y pulmón	607	1,1	4,6
24	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	555	1,0	4,2
25	Paro cardíaco	550	1,0	4,2
	Causas mal definidas	6.793	12,0	51,4
	Resto de causas	12.860	22,6	97,3
	POBLACION ESTIMADA	13.215.089		

* Tasa por 100.000 habitantes

FUENTE: INEC

5. Tasa de mortalidad materna¹⁵

De acuerdo al SIISE¹⁶, se trata de un indicador de resultado que refleja la atención que la sociedad otorga al cuidado de la salud de las mujeres durante su edad fértil, permitiendo evaluar la calidad de atención de salud antes, durante y después del parto. Refleja, por un lado, el acceso de las mujeres embarazadas a los servicios de salud y al personal debidamente calificado y, por otro, la situación nutricional de la madre, especialmente la presencia de anemia durante el embarazo.

La tasa de mortalidad materna muestra una reducción de 203,3 muertes por 100.000 nacidos vivos en 1971 a 85 en el 2005.

**TASA DE MORTALIDAD
MATERNA
(Muertes por 100.000
nacidos vivos)
1971-2005**

AÑO	TASA
1971	203,3
1980	162,1
1990	117,2
2000	78,3
2005	85,0

FUENTE: SIISE-INEC

Las principales causas de muerte materna para el año 2004, se presentan a continuación:

¹⁵ Probabilidad que tiene una mujer de morir por causas ligadas con la maternidad. Se mide como el número de defunciones de mujeres en edad fértil (15 a 49 años cumplidos) en un determinado año por causas relacionadas con el embarazo, aborto, parto y puerperio, expresado con relación a cada 100.000 nacidos vivos durante el mismo año. (SIISE)

¹⁶ SIISE: Ficha metodológica sobre tasa de mortalidad materna

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE MATERNA
Agrupación en la Lista Detallada de la CIE - 10
2004
(Número, porcentaje y tasa)

ORDEN	CAUSAS MUERTE MATERNA	NUMERO	%	Tasa*
	Total de defunciones maternas	129	100,0	76,4
1	Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio	54	41,9	32,0
2	Complicaciones del trabajo de parto y del parto	26	20,2	15,4
3	Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles	25	19,4	14,8
4	Embarazo terminado en aborto	11	8,5	6,5
5	Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio	4	3,1	2,4
6	Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte	9	7,0	5,3
	TOTAL DE NACIDOS VIVOS	168.893		

* Tasa por 100.000 nacidos vivos registrados

FUENTE: Adaptado cuadro de Indicadores Básicos de Salud Ecuador 2005

Según la UNFPA¹⁷, en todo el mundo, hay una notable coherencia en cuanto a las causas de defunción materna. Se deben, en un 80%, a complicaciones obstétricas directas: hemorragia, sepsis, complicaciones del aborto, preclamsia o eclampsia, y trabajo de parto prolongado u obstruido. Un 20% de esas defunciones tienen causas indirectas, por lo general trastornos médicos preexistentes agravados por el embarazo o el parto, inclusive anemia, paludismo, hepatitis y, cada vez más, SIDA.

Señala que dentro de un mismo país, la pobreza acrecienta espectacularmente las posibilidades de que una mujer pierda la vida durante el embarazo o poco tiempo después. Las poblaciones en mejor situación económica tienen altas tasas de asistencia del parto por personal capacitado, mientras que para la mayoría de las demás mujeres es sumamente infrecuente contar con asistencia de personal capacitado. En el mundo desarrollado, las mujeres raramente pierden la vida o experimentan discapacidades permanentes debido a problemas relativos al embarazo, debido a que reciben sin tardanza el tratamiento adecuado.

¹⁷ UNFPA: Estado de población mundial 2004

Para el caso del Ecuador, se indica¹⁸:

La anemia en el embarazo, el analfabetismo, el bajo nivel social y económico de la mujer, la violencia intrafamiliar, la falta de garantías para ejercer su pleno derecho a la libre elección sexual y reproductiva, el acceso limitado a programas de información, educación y comunicación, y las dificultades prácticas -restricciones económicas, geográficas, sociales y culturales- para acceder a servicios específicos de calidad (tanto de salud como sociales), son factores, entre otros, que contribuyen a mantener los altos niveles de morbilidad materna.

¹⁸ SODEM-SENPLADES: Presentación del Informe Nacional Ecuador ODM 2015, p. 29

6. Camas hospitalarias disponibles¹⁹

De acuerdo al SIISE²⁰, la relación entre el número de camas hospitalarias y la población es una medida de la oferta de los servicios de salud con hospitalización y su capacidad de respuesta al tamaño de la población.

El número de camas hospitalarias muestra un incremento de 13.393 en 1974 a 21.200 en el 2004.

CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES 1974-2004

AÑO	NUMERO
1974	13.393
1985	15.616
1990	17.004
1994	17.573
1998	18.821
2004	21.200

FUENTE: INEC

¹⁹ Es la cama realmente instalada en el hospital en condiciones de uso para la atención de pacientes hospitalizados, independientemente de que estén o no ocupadas (INEC)

²⁰ SIISE: Ficha metodológica sobre camas en establecimientos de salud

7. **Desnutrición global y crónica**²¹

Según el SIISE²², la desnutrición es uno de los principales problemas de salud en los países en desarrollo, que contribuye directamente a la mortalidad infantil y a rezagos en el crecimiento físico y desarrollo intelectual de las personas. La frecuencia de desnutrición es un indicador de resultado que sirve para identificar grupos de intervención prioritarios de las políticas de salud y, específicamente, a niños/as con alto riesgo de muerte. Refleja el grado de desarrollo de un país; junto con las medidas de pobreza, es uno de los mejores instrumentos para describir la situación socio sanitaria de la población. Es, además, uno de los testigos más sensibles de la aplicación de políticas sociales integrales.

Indica que los factores que causan la desnutrición son de orden sanitario, socioeconómico y cultural. Los principales incluyen la falta o desigual acceso a los alimentos, falta de disponibilidad o acceso de servicios de salud, inadecuada atención pre y post-natal, deficiencias educativas de adultos y menores y la dieta y costumbres alimenticias inapropiadas. Un elemento creciente tiene que ver con el consumo de alimentos industrializados poco nutritivos que compite, y a veces supera, el de alimentos tradicionales adecuados.

En el país, a pesar de la disminución observada en los últimos años, la desnutrición afecta a un importante porcentaje de la niñez ecuatoriana. Cifras al respecto proporcionadas por el SIISE²³, señalan que entre 1998 y 2004 la desnutrición crónica (baja talla) disminuyó de 21% a 17.4% y la desnutrición global (bajo peso) de 16.9% a 14.7%. Esto significa que en el año 2004, cerca de uno de cada cinco niños/as menores de cinco años sufría de desnutrición crónica y un poco más de uno de cada diez de desnutrición global; lo cual implica que alrededor de 210.000 niños/as menores de cinco años adolecían de una baja talla para su edad y de 176.000 niños/as de un bajo peso para su edad.

²¹ Número de niños/as menores de 5 años que muestran indicios de desnutrición global o bajo peso y desnutrición crónica o baja talla para su edad, expresado como porcentaje del total de niños y niñas de ese grupo de edad en un determinado año. (SIISE)

²² SIISE: Fichas metodológicas sobre desnutrición global y desnutrición crónica

²³ SIISE: Documento "Objetivo 1: erradicar la pobreza extrema y el hambre", Informe Ecuador-Objetivos de Desarrollo del Milenio, pp. 10-15

TASAS DE DESNUTRICION CRONICA Y GLOBAL
(Menores de 5 años según CDC 2000)
1998-2004

DESNUTRICION	1998	2000	2004
Crónica	21,0	22,7	17,4
Global	16,9	16,4	14,7

FUENTE: SIISE

De acuerdo a la fuente anotada, la situación es más crítica en el área rural. Los niños/as del área rural presentan baja talla (26.6%) y bajo peso (18.4%) para su edad, en tanto que, en el área urbana, 12% y 12.4%, respectivamente.

Los indígenas son un grupo poblacional históricamente excluido, particular que se corrobora con las tasas de desnutrición. Los niños/as que provienen de hogares cuyos jefes hablan una lengua nativa presentan una tasa de desnutrición crónica del 43.7%, frente a una tasa de 15.1% en aquellos hogares con jefes de habla hispana, siendo similar el comportamiento en el caso de la desnutrición global, con tasas de 21% y 14.1%.

La desnutrición crónica tiende a afectar relativamente más a los varones que a las mujeres (19.5% y 15.2%), al igual que la desnutrición global (16.2% y 13%).

Son los más pobres quienes tienen mayor riesgo de sufrir desnutrición. En el 10% más pobre de la población la tasa de desnutrición crónica fue de 28.2% y la tasa de desnutrición global de 21.8%, mientras que en el 10% más rico fue de 6% y 5.8%, en su orden.

**PREVALENCIA DE DESNUTRICION CRONICA Y GLOBAL
(CDC 2000)
2004**

	CRONICA (%)	GLOBAL (%)
PAIS	17,4	14,7
Lengua del jefe de hogar		
No indígena	15,1	14,1
Indígena	43,7	21,0
Area de residencia		
Urbana	12,0	12,4
Rural	26,6	18,4
Sexo		
Hombre	19,5	16,2
Mujer	15,2	13,0
Deciles de ingreso per cápita		
10% más pobre	28,2	21,8
2	19,3	18,3
3	20,5	17,6
4	19,1	13,8
5	16,0	13,5
6	15,4	13,3
7	14,2	13,3
8	11,8	8,9
9	6,5	6,2
10% más rico	6,0	5,8

FUENTE: SIISE

Finalmente, la fuente indicada menciona que existen diferencias geográficas significativas. En términos provinciales se aprecia que Chimborazo (40.3%), Cotopaxi (34.2%), Bolívar (31.7%), Imbabura (29.9%), Loja (28.7%), Tungurahua (28.5%), Cañar (26.5%), las provincias de la Amazonía (21.3%) y Carchi (20.2%) tienen, en ese orden, tasas de desnutrición crónica superiores al promedio nacional. En contraste, las provincias con tasas de desnutrición crónica inferiores al promedio son, ordenadas de menor a mayor, El Oro (9.8%), Guayas (10.9%), Esmeraldas (14.1%), Manabí (14.2%), Los Ríos (15.1%), Pichincha (15.4%) y Azuay (16.9%).

Un análisis similar para la tasa de desnutrición global muestra un panorama algo distinto. Las provincias con tasas superiores al promedio nacional son, ordenadas de mayor a menor, Chimborazo (22.4%), Cotopaxi (20.3%), Loja (19.6%), Tungurahua (17.1%), Bolívar (16.5%), Los Ríos (16.4%), Manabí (15.6%), Guayas (15.1%) y Cañar (14.8%). En cambio, las provincias con tasas de

desnutrición global inferiores al promedio del país son, ordenadas de menor a mayor, Carchi (9%), Pichincha (11.2%), El Oro (11.5%), Imbabura (11.7%), Azuay (12.1%), Esmeraldas (13.4%) y las provincias amazónicas (14.1%).

Se observa que Chimborazo y Cotopaxi, provincias serranas de alta presencia indígena, comparten las tasas más altas de desnutrición crónica y global. Otro rasgo relevante es que mientras todas las provincias costeras presentan las menores tasas de desnutrición crónica del país, algunas de ellas (Los Ríos, Manabí y Guayas) tienen tasas de desnutrición global un tanto superiores al promedio nacional. Igualmente, Imbabura y Carchi tienen tasas de desnutrición crónica superiores al promedio nacional y tasas de desnutrición global inferiores a la media del país.

**PREVALENCIA DE DESNUTRICION CRONICA Y GLOBAL POR
PROVINCIA
(CDC 2000)
2004**

PROVINCIA	CRONICA	GLOBAL
Azuay	16,9	12,1
Bolívar	31,7	16,5
Cañar	26,5	14,8
Carchi	20,2	9,0
Cotopaxi	34,2	20,3
Chimborazo	40,3	22,4
El Oro	9,8	11,5
Esmeraldas	14,1	13,4
Guayas	10,9	15,1
Imbabura	29,9	11,7
Loja	28,7	19,6
Los Ríos	15,1	16,4
Manabí	14,2	15,6
Pichincha	15,4	11,2
Tungurahua	28,5	17,1
Amazonía	21,3	14,1

FUENTE: SIISE

En este contexto, información relativa al tema²⁴, señala:

En las últimas décadas, el país ha avanzado muy poco en reducir este problema silencioso. A diferencia de la

²⁴ Consejo del Observatorio Ciudadano de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, Observatorio Social del Ecuador y UNICEF: Estado de los derechos de la niñez y la adolescencia en el Ecuador, obra citada, p. 69

mortalidad infantil, el país no cumplió la meta de reducir a la mitad la desnutrición, comprometida en la Cumbre Mundial de la Infancia en 1989. La desnutrición es más alta en el campo, entre los grupos indígenas y en los hogares en extrema pobreza. Este problema latente explica que la desnutrición sea también una causa de muerte de los niños: actualmente, una de cada 10 muertes de los menores de cinco años se debe a deficiencias nutricionales.

El Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia²⁵, menciona que la desnutrición de la niñez ecuatoriana es un mal sobre todo serrano, indígena y rural. La desnutrición crónica en las provincias de la sierra es hoy en día más alta que el promedio nacional de hace 20 años. Los grupos vulnerables habitan en zonas con poco acceso a servicios de agua potable y saneamiento, tienen bajo nivel educativo y son ancestralmente pobres. Este hecho evidencia la baja efectividad de las políticas de seguridad alimentaria del Estado ecuatoriano y la escasa provisión de servicios de salud primaria y de saneamiento ambiental que el mismo provee.

Añade que la talla es un indicador de desnutrición y los niños/as del campo tienen casi el doble de probabilidades de tener baja talla que los urbanos. La falta de agua potable y de saneamiento ambiental generan enfermedades diarreicas cuyas secuelas desembocan en la desnutrición. Sólo el 27% y el 24% de las familias en el área rural tienen agua y poseen alcantarillado.

Sostiene que la educación de la madre también tiene gran influencia en este fenómeno. La desnutrición entre niños/as es menor en un 30% a un 40% cuando la madre estudió la primaria y baja más aún cuando la madre estudió la secundaria.

Concluye manifestando que el flagelo de la desnutrición pone en juego: el derecho a la vida, el derecho a crecer sanos y el derecho al desarrollo intelectual.

²⁵ ODNA: La desnutrición, un problema con rostro andino, Observatorio No. 7, Quito, junio 2005

La CEPAL-PNUD²⁶ señalan:

Las personas más vulnerables a la inseguridad alimentaria, además de ser pobres, presentan en mayor medida rasgos indígenas y habitan en zonas rurales de sierra y altiplano o en la periferia urbana. Los sectores rurales de la cordillera de los Andes son los más vulnerables a la desnutrición de los menores de cinco años, "herederos de las condiciones socioeconómicas desfavorables" y de "la desnutrición que viven sus padres y abuelos, reproduciendo estos factores adversos de una generación a la siguiente".

A nivel de los países andinos, las cifras relativas a la desnutrición global y crónica son las siguientes:

**PAISES ANDINOS: DESNUTRICION CRONICA
Y GLOBAL*
(%)**

PAIS	CRONICA	GLOBAL
Bolivia	27	8
Perú	25	7
Colombia	14	7
Venezuela	13	4

(*) Bolivia 2003-2004; Colombia, Perú y Venezuela 2000

FUENTE: OMS

²⁶ <http://www.consumer.es/web/es/solidaridad/2004/11/24/112363.php>

8. Cobertura de inmunización infantil²⁷

De acuerdo al SIISE²⁸ se trata de un indicador de insumo que mide el resultado de las acciones de los servicios sobre la población, señalando que la cobertura de la vacunación a la población infantil ha sido una de las principales acciones públicas de salud y, tal vez, una de las pocas que se han convertido en políticas de Estado. Particular que ha tenido efectos ciertamente positivos ya que “las principales epidemias que amenazaban a la niñez han sido controladas”²⁹.

La cobertura de la inmunización infantil se incrementó del 16.2% en 1975 al 80.5% en el 2000.

COBERTURA DE INMUNIZACION INFANTIL 1975-2000

AÑO	%
1975	16,2
1981	41,9
1991	83,9
1995	90,8
2000	80,5

FUENTE: SIISE

A continuación se muestra información más reciente (año 2005) sobre el porcentaje de cobertura de inmunización en menores de 1 año y de 1 año de los países andinos, proporcionada por la OPS, que permite evidenciar la situación del Ecuador.

²⁷ Se refiere a los/as menores de un año que recibieron las vacunas completas recomendadas para esa edad por el Programa Ampliado de Inmunización (PAI): tuberculosis, difteria, tétanos, poliomielitis y sarampión. (SIISE)

²⁸ SIISE: Ficha metodológica sobre cobertura de inmunización infantil

²⁹ Consejo del Observatorio Ciudadano de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, Observatorio Social del Ecuador y UNICEF: Estado de los derechos de la niñez y la adolescencia en el Ecuador, obra citada, p. 64

**% COBERTURA DE INMUNIZACION
2005**

PAIS	MENORES DE 1 AÑO			1 AÑO
	DPT3	POLIO3	BCG	SARAMPION/ SRP
Bolivia	85	84	88	89
Colombia	87	87	87	89
Ecuador	94	93	99	93
Perú	89	85	93	80
Venezuela	87	80	95	76

DPT3: tres dosis de la vacuna contra la difteria, la tosferina y el tétanos

BCG: vacuna contra la tuberculosis

FUENTE: OPS

9. Asistencia profesional en el parto³⁰

Según el SIISE³¹, se trata de un indicador de insumo y de alerta temprana, directamente relacionado con la mortalidad materna y sus cinco primeras causas (hemorragia del embarazo y parto, toxemia del embarazo, obstrucción del parto y complicaciones del postparto, infecciones del aparato genito-urinario durante el embarazo).

Anota que el indicador refleja la eficiencia y la eficacia de las políticas y acciones de atención primaria de salud; entendidas en este caso como: (i) la captación temprana y oportuna de las mujeres embarazadas para brindarles la debida atención prenatal y prevenirlas sobre el desenlace del parto (normal, cesárea, con riesgo, sin riesgo); (ii) la educación de la población, sobre todo de las mujeres en edad fértil, sobre la necesidad de asistencia del parto por personal calificado, como medida preventiva de riesgos para sí mismas y sus hijos recién nacidos; (iii) la accesibilidad de la población a los servicios de salud, sean éstos públicos o privados; y (iv), la promoción de la salud por parte de los servicios de salud.

En el año 2005, a nivel nacional, el 80% de los nacidos vivos tuvieron asistencia profesional en el parto y el 20% carecieron de ella, existiendo grandes diferencias a nivel urbano y rural: el 88% de los partos ocurridos en el área urbana contaron con asistencia profesional, mientras tanto en el área rural apenas el 51%.

³⁰ Se refiere al número de mujeres asistidas durante su parto por personas tituladas o diplomadas en la salud (médicos, enfermeras, obstetrices o auxiliares de enfermería), expresado como porcentaje del número total de mujeres en edad fértil. (SIISE)

³¹ SIISE: Ficha metodológica sobre atención profesional en el parto

**NACIDOS VIVOS POR TIPO DE
ASISTENCIA EN EL PARTO SEGUN
AREAS
2005
(%)**

Areas	Con asistencia profesional	Sin asistencia profesional
Urbana	88	12
Rural	51	49
TOTAL NACIONAL	80	20

FUENTE: INEC

10. Seguros de salud³²

De acuerdo al SIISE³³, se trata de un indicador de acceso a la salud, que muestra la cobertura de los sistemas de previsión pública y privada, así como las posibilidades que tiene la población para adquirir seguros privados.

Información al respecto³⁴ señala que Ecuador tiene apenas un 20% de población con algún tipo de protección de salud, es decir, el 80% no tiene protección garantizada. Las organizaciones aseguradoras que protegen al 20% de la población son: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) incluyendo el Seguro Social Campesino (SSC), Instituto de Seguridad de las Fuerzas Armadas (ISSFA), Instituto de Seguridad de la Policía (ISSPOL) y los seguros privados (SP), con la siguiente distribución:

COBERTURA DE SALUD

Institución	%
IESS	10
SSC	7 u 8
ISSFA-ISSPOL	2 a 3
SP	1
TOTAL	20

FUENTE: Salud, el derecho de todos

³² Número de personas de todas las edades no afiliadas o cubiertas por seguros de salud, públicos o privado, expresado como porcentaje de la población. (SIISE)

³³ SIISE: Ficha metodológica sobre población sin seguro de salud

³⁴ Alfredo Palacio: Salud, el derecho de todos, Quito, junio 2006, pp. 32-33

11. Cobertura de los servicios básicos de agua y saneamiento ambiental

Los servicios de agua y alcantarillado tienen mucho que ver con las enfermedades de la población.

En el 2001, el 67.5% de las viviendas disponen de abastecimiento de agua por red pública, pero existen diferencias entre el área urbana (83.7%) y el área rural (39.9%).

El 48% de las viviendas cuentan con eliminación de las aguas servidas por red pública de alcantarillado: 66.6% urbana y 16.4% rural. Esto significa que cuatro veces más viviendas urbanas están conectadas a sistemas de evacuación que las rurales.

**VIVIENDAS: AGUA Y SANEAMIENTO
2001**

AREA	Abastecimiento de agua (red pública)	Eliminación de aguas servidas (red pública de alcantarillado)
Urbana	83,7	66,6
Rural	39,9	16,4
PAIS	67,5	48,0

FUENTE: INEC

12. Recursos humanos médicos

El número de personal que trabaja en establecimientos de salud se incrementa en el país de 57.524 en 1994 a 67.360 en el 2003.

NUMERO DE PERSONAL QUE TRABAJA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD 1994 y 2003

Personal	1994	2003
Médicos	14.271	20.020
Odontólogos	1.751	2.213
Bioquímicos Farmacéuticos	269	497
Obstetricas	755	1.024
Enfermeras	4.941	6.767
Trabajadoras Sociales	431	328
Tecnólogos	2.365	3.232
Otros Profesionales*	527	667
Estudiantes Internos	1.583	1.590
Auxiliares de Enfermería	12.673	12.581
Auxiliares de Servicios Técnicos	3.258	3.639
Estadística y Registros Médicos	1.113	1.056
Personal Administrativo	3.779	4.468
Personal de Servicios	9.808	9.278
TOTAL	57.524	67.360

* Incluye: nutricionistas, educadores e ingenieros sanitarios y otros:
psicólogos industriales y relacionadores públicos

FUENTE: INEC

En lo relativo a la distribución de los profesionales de salud, para el año 2003 se observa su concentración en el área urbana.

DISTRIBUCION URBANO RURAL DE PROFESIONALES DE SALUD 2003 (%)

Profesionales	Urbano	Rural
Médicos	91,64	8,36
Odontólogos	76,28	23,72
Enfermeras	92,20	7,80
Obstetricas	79,59	20,41
Personal Administrativo-Estadístico	97,47	2,53

FUENTE: Salud, el derecho de todos

Para el año 2003, el Ecuador registra una tasa de 15,6 médicos por cada 10.000 habitantes, cuando en 1990 fue de 9,5.

**TASAS DE MEDICOS
(Por 10.000 habitantes)
1990-2003**

Año	Tasa
1990	9,5
1995	13,3
1999	13,8
2002	16,3
2003	15,6

FUENTE: Salud, el derecho de todos

A nivel de los países andinos la situación para el 2003 es la siguiente: Bolivia 7,6; Colombia 12,7; Perú 11,5 ;y, Venezuela 20.

**PAISES ANDINOS: TASAS
DE MEDICOS
(por 10.000 habitantes)
2003**

PAIS	TASA
Bolivia	7,6
Colombia	12,7
Perú	11,5
Venezuela	20,0

FUENTE: OPS

13. Número de establecimientos hospitalarios

En el año 2004, según la “clase”, de los 691 establecimientos de salud con internación registrados, 498 (72.1%) son clínicas particulares; 92 (13.3%) hospitales cantonales; 71 (10.3%) hospitales generales; y, 30 (4.4%) hospitales especializados (crónicos y agudos).

En lo relacionado al “sector”, 514 (74.4%) son establecimientos de salud privados y 177 (25.6%) son públicos.

Respecto a la “entidad”, las instituciones particulares son 514 (74.3%); del Ministerio de Salud 122 (17.6%); del Seguro Social 18 (2.6%); del Ministerio de Defensa 14 (2.3%); de la Junta de Beneficiencia, SOLCA y Sociedad Protectora de la Infancia 10 (1.4%); Fisco-Misionales 5 (0.7%); de la Policía Nacional 4 (0.5%); y, de los Municipios 4 (0.5%).

Hay que destacar que el incremento observado en el número de establecimientos de salud con internación entre 1994 y 2004 (239), obedece fundamentalmente al aumento de los establecimientos del sector privado (237), toda vez que a nivel del sector público se registran únicamente 2 nuevos establecimientos.

**NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SEGUN CLASE,
SECTOR Y ENTIDAD*
1994 y 2004**

ENTIDAD	1994		2004	
	Número	%	Número	%
CLASE				
Total	452	100,0	691	100,0
Hospital General	71	15,7	71	10,3
Hospital Cantonal	92	20,4	92	13,3
Crónicos	13	2,9	15	2,2
Agudos	12	2,7	15	2,2
Clínicas Particulares	264	58,4	498	72,1
SECTOR				
Total	452	100,0	691	100,0
Público	175	38,7	177	25,6
Privado	277	61,3	514	74,4
ENTIDAD				
Total	452	100,0	691	100,0
Ministerio de Salud	122	27,0	122	17,6
Ministerio de Defensa	17	3,5	14	2,3
Seguro Social	17	3,8	18	2,6
Junta de Beneficiencia, SOLCA y Sociedad Protectora de la Infancia	8	1,8	10	1,4
Policía Nacional	4	0,9	4	0,5
Municipios	2	0,7	4	0,5
Fisco-Misionales	5	1,1	5	0,7
Instituciones Particulares**	277	61,3	514	74,3

* Establecimientos hospitalarios con internación

** Incluye Clínicas Particulares, Entidades Privadas con y sin fines de lucro

FUENTE: INEC

14. **Esperanza de vida al nacer**³⁵

La esperanza de vida, según el SIISE³⁶, es una medida hipotética, constituyendo un indicador de las condiciones de salud en un momento dado. Al cambiar en el futuro las tendencias de la mortalidad en la población, también cambiará la expectativa de vida de las personas conforme envejecen; naturalmente, muchas personas fallecen a una edad más baja que la esperanza de vida, mientras que otras lo hacen a edades más avanzadas.

La esperanza de vida al nacer en el Ecuador aumentó de 52 años en 1974 a 75 años en el 2004.

ESPERANZA DE VIDA AL NACER 1974-2004

AÑO	Esperanza de vida al nacer
1974	52
1982	59
1990	64
2004	75

FUENTE: SIISE-UNICEF

Información para otros países (año 2004) permite apreciar la situación del Ecuador.

³⁵ Número de años que viviría, en promedio, un recién nacido/a si las condiciones que determinan la mortalidad existentes en el momento de su nacimiento siguieran siendo las mismas a lo largo de toda su vida. (SIISE)

³⁶ SIISE: Ficha metodológica sobre esperanza vida al nacer

**ESPERANZA DE VIDA AL
NACER
2004**

PAIS	AÑOS
Bolivia	64
Perú	70
Venezuela	73
Ecuador	75
Colombia	79
Estados Unidos	80
Suiza	81
Japón	82

FUENTE: UNICEF

Las cifras expuestas permiten confirmar la aseveración de que la esperanza de vida al nacer está íntimamente relacionada con el desarrollo económico y social de cada país; de ahí que, los países desarrollados del mundo hayan alcanzado un alto nivel en este indicador³⁷.

³⁷ Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires: Boletín Temas de Salud, Año 6, No. 54, diciembre de 1999

II. **PRESUPUESTO DEL SECTOR SALUD**

1. **Monto del presupuesto**

El presupuesto del sector salud pasa de USD115,5 millones en el 2000 a USD561,7 millones en el 2006.

**PRESUPUESTO SECTOR
SALUD
2000-2006*
(Millones de dólares)**

AÑO	MONTO
2000	115,5
2001	192,0
2002	314,7
2003	366,4
2004	409,1
2005	437,6
2006	561,7

* 2000-2004 codificado diciembre

2005 codificado julio

2006 presupuesto inicial

FUENTE: MEF

2. Presupuesto del sector salud y su relación con el Presupuesto del Gobierno Central (PGC) y el Producto Interno Bruto (PIB)

Respecto al gasto total del PGC y del PIB, el presupuesto del sector salud pasa del 2.7% al 6.6% y del 0.7% al 1.4% entre los años 2000 y 2006³⁸.

**PRESUPUESTO SECTOR SALUD
RELACION PGC Y PIB
2000-2006
(%)**

AÑO	PTO SALUD/PGC	PTO SALUD/PIB
2000	2,7	0,7
2001	3,4	0,9
2002	5,4	1,3
2003	5,5	1,3
2004	5,5	1,3
2005	5,7	1,2
2006	6,6	1,4

FUENTE: MEF-BCE

A continuación se inserta información correspondiente al gasto público en salud como porcentaje del PIB y del Gasto Público Total de varios países de América Latina para 2002/2003.

³⁸ En la Consulta Popular del 23 de noviembre del 2006, se preguntó a los ciudadanos ecuatorianos con derecho a voto (pregunta 2 b):

¿Está de acuerdo en que, en el plazo de cinco meses, el Congreso Nacional debata y apruebe leyes encaminadas a:

El aumento del 0.5% anual en la participación de salud en relación al PIB hasta el año 2012, o hasta alcanzar al menos el 4% del PIB?

**AMERICA LATINA: GASTO PUBLICO
EN SALUD
2002/2003**

PAIS	% PIB	% Gasto Público Total
Argentina	4,4	15,0
Bolivia	1,6	3,8
Brasil	2,9	8,9
Chile	3,0	13,7
Costa Rica	5,7	19,3
Cuba	6,3	11,0
Ecuador	1,1	4,9
México	2,4	13,4
Uruguay	2,4	7,1
Venezuela	1,6	5,3

FUENTE. CEPAL

3. Presupuesto del sector salud por grupo de gasto

La estructura del presupuesto del sector salud por grupo de gasto para el año 2006, permite apreciar la mayor importancia de los gastos en personal con USD286,1 millones (50.9%), luego los bienes y servicios para inversión con USD120,4 millones (21.4%) y a continuación los bienes y servicios de consumo con USD76,7 millones (13.7%).

PRESUPUESTO SECTOR SALUD
GRUPO DE GASTO
2006
(Millones de dólares y porcentajes)

GRUPO DE GASTO	MONTO	%
Gastos en personal	286,1	50,9
Bienes y servicios de consumo	76,7	13,7
Otros gastos corrientes	1,0	0,2
Transferencias y donaciones corrientes	6,3	1,1
Gastos en personal para inversión	1,0	0,2
Bienes y servicios para inversión	120,4	21,4
Obras públicas	8,0	1,4
Otros gastos de inversión	44,4	7,9
Bienes de larga duración	17,8	3,2
TOTAL	561,7	100,0

FUENTE: MEF

4. **Presupuesto del sector salud por naturaleza del gasto**

El desglose del presupuesto del sector salud del año 2006 por naturaleza del gasto muestra: gasto corriente con USD370,1 millones (65.9%), gasto de inversión con USD173,8 millones (30.9%) y gasto de capital con USD17,8 millones (3.2%). Esta situación afecta la dotación de infraestructura y equipamiento, con un impacto negativo a nivel de cobertura y calidad.

**PRESUPUESTO SECTOR SALUD
NATURALEZA DEL GASTO
2006
(Millones de dólares y porcentajes)**

GRUPO DE GASTO	MONTO	%
Gasto corriente	370,1	65,9
Gasto inversión	173,8	30,9
Gasto capital	17,8	3,2
TOTAL	561,7	100,0

FUENTE: MEF

5. Gasto en salud per cápita anual

El gasto en salud muestra que en el año 2000 se destinaron USD9,39 por habitante, incrementándose a USD41,89 en el año 2006.

GASTO EN SALUD PERCAPITA ANUAL 2000-2006 (Dólares)

AÑO	Gasto en salud per cápita anual
2000	9,39
2001	15,38
2002	24,86
2003	28,53
2004	31,40
2005	33,11
2006	41,89

FUENTE: MEF-BCE

A continuación se presenta información para América Latina sobre el gasto público en salud per cápita (en dólares del 2000), para el bienio 2002-2003.

AMERICA LATINA: GASTO PUBLICO EN SALUD PERCAPITA (En dólares del 2000) 2002/2003

PAIS	Gasto público en salud per cápita
Argentina	291
Bolivia	16
Brasil	102
Chile	155
Costa Rica	236
Cuba	168
Ecuador	15
México	136
Uruguay	125
Venezuela	67

FUENTE. CEPAL

ANEXO No. 1

PLAN ESTRATÉGICO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

El Plan Estratégico del Ministerio de Salud Pública³⁹ contempla los siguientes elementos fundamentales:

1. SISTEMA NACIONAL DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL DE SALUD

- Dar cobertura al 45% de la población incluida en los quintiles y II (sin acceso a la atención de salud), es decir 1'350.000 beneficiarios ubicados e identificados en las 200 parroquias más pobres, y que se beneficiarán en forma subsidiada del Aseguramiento Universal de Salud hasta diciembre del año 2006.
- Incrementar la cobertura hasta el 88% de la población contemplada entre los quintiles I y II hasta el año 2010, e incorporar paulatinamente los demás quintiles, hasta lograr la universalidad en el año 2015.
- Fomentar la sostenibilidad del proceso financiero del Programa.
- A través de los recursos CEREPS se priorizará una serie de proyectos destinados a mejorar la infraestructura física de los servicios de salud del MSP.
- Incorporar suficientes profesionales de la salud y personal auxiliar, a fin de cubrir el déficit de este recursos humano, especialmente en aquellas Unidades Operativas de atención primaria y rural.
- Mantener una coordinación directa con la Secretaría de Desarrollo de los Objetivos del Milenio (SODEM) y mejorar los niveles de cooperación con IESS, ISSFA, ISSPOL, SELBEN, STFS, MEF y las Instituciones de Salud del sector privado; todo ello enmarcado bajo la normatividad del Ministerio de Salud Pública y la política de la Presidencia de la República del Ecuador.
- Ser integrante activo de los Consejos del AUS, por ser normatizador, partícipe y el mayor proveedor de servicios de salud del sistema.

³⁹ Ministerio de Salud Pública: Plan Estratégico Institucional

2. AMPLIACIÓN DEL SISTEMA INTEGRADO DE LA RED NACIONAL DE ASISTENCIA A EMERGENCIAS MEDICAS (SIREM)

- Rescatar a través de las Unidades Móviles y de los procesos establecidos con el SIREM, el sistema ambulatorio de atención de emergencias, en todas las áreas urbanas y rurales del país.
- Integrar unidades móviles con tecnología de punta y personal capacitado, con el fin de brindar una atención en el sitio de la emergencia, y durante su traslado a una unidad médica.
- Realizar los convenios necesarios con las redes de emergencias médicas ya establecidas en el país.

3. FORTALECER LA RECTORÍA DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

- Se impulsarán las gestiones pendientes a lograr la aprobación del “Nuevo Código de la Salud”, el cual enfoca y actualiza las normas para cada uno de los grandes capítulos relacionados con la Salud Pública, de las personas y de los riesgos por el ambiente.
- Se propenderá a establecer un Sistema único de información en Salud, que permita disponer de una información confiable y oportuna para la toma de decisiones. El programa del AUS contempla módulos informáticos de sistemas estadísticos que reforzarán el conocimiento nacional sobre los indicadores de salud.
- Consolidar y fortalecer el Consejo Nacional de Salud, CONASA y sus comisiones técnicas, con el liderazgo de la Autoridad Sanitaria dentro del marco normativo establecido por el Ministerio de Salud Pública.

4. REFORZAMIENTO DE LOS PROGRAMAS PRIORITARIOS DE SALUD

- Anticipar los procesos de atención a los programas de control de enfermedades de alto riesgo epidemiológico y de inmunizaciones, con el fin de iniciar oportunamente la ejecución de los mismos.
- Ampliar las coberturas en inmunizaciones y promocionar la salud ambiental, enfocada especialmente a la vigilancia de la calidad del agua y de los factores ambientales determinantes.

- Reforzar la vigilancia epidemiológica y los programas de promoción y prevención en todos los niveles con especial énfasis en aquellas zonas amenazadas por las estaciones invernales, fenómenos naturales o con riesgos de epidemias como dengue, malaria, influenza aviar, rabia, leishmaniasis y oncocercosis.
- Apoyar todas las actividades relacionadas con el control de VIH-SIDA con miras a cumplir con los Objetivos y Metas del Milenio.
- Impulsar y liderar las campañas contra el consumo de cigarrillos.
- Apoyar las estrategias de detección oportuna de pacientes resistentes a la medicación antituberculosa en la mayoría de las provincias.
- Reforzar los programas de prevención de enfermedades crónicas no transmisibles con énfasis en los problemas relacionados con la dieta alimenticia (diabetes, hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad).
- Apoyar la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita continuando con el pago por las prestaciones brindadas tanto en las Unidades del MSP, como en aquellas que han realizado convenios de gestión y fomentar la participación de los Comités de Gestión Local.

5. PROGRAMAS DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

- Liderar el Sistema Integrado de Alimentación y Nutrición (SIAN) con énfasis en los grupos de embarazadas, madres en período de lactancia y niños.
- Reforzar el Programa PANN 2000 para la entrega de alimentos complementarios “Mi papilla” y “Mi bebida” y micronutrientes como hierro, ácido fólico y vitamina A.
- Optimizar las campañas nacionales de fomento del programa de Lactancia Materna.

6. PROGRAMA DE MEDICAMENTOS

- Implementar a nivel nacional un Registro único de proveedores para todas las instituciones de salud con capacidad de comercialización y distribución en todo el país.

- Optimizar los procesos de adquisición de medicamentos genéricos a través de subastas de precios, para la provisión directa a las Unidades Operativas.
- Establecer un Sistema de Control permanente de la calidad posregistro de los medicamentos, de los establecimientos de comercialización y la distribución ilegal de fármacos.

7. OBRA PUBLICA

- Desarrollo de proyectos nuevos y de arrastre para la readecuación y equipamiento de 600 Subcentros de Salud en las áreas más deprimidas y desposeídas del país.
- Finalización de más de 70 obras sanitarias.
- Atención a la construcción de obras nuevas (hospitales o centros de salud), siempre enmarcados en el esquema de cobertura y provisión de servicios para el AUS.

8. FINANCIAMIENTO

- Plantear para el año 2007 un presupuesto con financiamiento regular y con un incremento que sirva para satisfacer las necesidades del Sector Salud.
- Buscar los mecanismos idóneos para incrementar la captación de recursos de manera prioritaria los no reembolsables, y así lograr la ejecución de varios programas de salud.

9. POLITICO ADMINISTRATIVO

- Mantener una relación de diálogo positivo con los diferentes gremios del sector, que permitan una fluidez de los servicios.
- Fomentar procesos de desconcentración hacia las diferentes Direcciones Provinciales de Salud del Sistema del MSP.
- Dimensionar adecuadamente la estructura del MSP.

10. COOPERACION NACIONAL E INTERNACIONAL

- El MSP fortalecerá su gestión mediante una coordinación adecuada con las agencias de Cooperación de las Naciones Unidas, Banco Mundial, Comunidad Económica Europea y otros cooperantes nacionales e internacionales que apoyen proyectos de salud.

ANEXO No. 2

PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL DE SALUD⁴⁰

El Programa de Aseguramiento Universal de Salud, (AUS), fue creado por el Presidente de la República, Dr. Alfredo Palacio, mediante Decreto Ejecutivo No. 1832, del 5 de septiembre, con el objetivo de proporcionar protección financiera para el acceso efectivo a un Plan de Beneficios de Salud a las personas registradas en los quintiles 1 y 2 de la base del Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales, SELBEN, de la Secretaría Técnica del Frente Social.

El AUS propone articular un sistema nacional de aseguramiento interrelacionando a las instituciones aseguradoras públicas y privadas; brindando atención a la población más vulnerable del país.

Este programa permitirá acceder a los centros de salud de los diferentes proveedores públicos y privados debidamente calificados y contratados por la Secretaría Nacional de los Objetivos del Milenio, SODEM.

Los proveedores podrán ser del Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Fuerzas Armadas, Policía Nacional, unidades de salud de gobiernos seccionales y organizaciones privadas con y sin fines de lucro, en donde el afiliado y su grupo familiar podrán recibir atención médica gratuita.

El Programa de Aseguramiento Universal de Salud impulsará la promoción de la salud, atención preventiva, curativa y de rehabilitación. Se atenderá a la comunidad, mediante visitas al hogar o en centros de salud, hospitales generales y especializados

⁴⁰ Página web - Presidencia de la República del Ecuador

En la Consulta Popular del 23 de noviembre del 2006, se preguntó a los ciudadanos ecuatorianos con derecho a voto (pregunta 2):

¿Está de acuerdo en que, en el plazo de cinco meses, el Congreso Nacional debata y apruebe leyes encaminadas a:

a.- Destinar a favor de los ecuatorianos recursos suficientes que garanticen la prevención y la atención médica de patologías, elevando a categoría de política de Estado el Aseguramiento Universal de Salud?

(patologías específicas); fortaleciendo al primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema.

Este sistema de aseguramiento es considerado por el Gobierno Nacional como una Política de Estado de corto, mediano y largo plazo, a través de la cobertura gradual.

El Programa de Aseguramiento de Salud se financia con parte del Presupuesto Fiscal, con un monto de 15 millones de dólares para el pago de prestaciones de salud y aportes para los sistemas de soporte del AUS con crédito del Banco Mundial por 90 millones de dólares. Actualmente se está negociando financiamientos con el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento BIRF por otros 90 millones de dólares, y con el Banco Interamericano de Desarrollo y la Corporación Andina de Fomento.

El principal impacto del AUS es que a mediano y largo plazo se espera realizar la cobertura universal de manera progresiva, es decir 100% de beneficiarios, alcanzando las metas del milenio en cuanto a acceso a salud y disminución de la pobreza, esto significa: disminuir la mortalidad infantil y materna, debido a que mejorará la accesibilidad económica a los servicios de salud y la calidad de la atención.

ANEXO No. 3

PROGRAMAS PRIORITARIOS: SECTOR SALUD

Vásconez, Córdoba y Muñoz⁴¹ señalan que a partir del año 2000, con el diseño del Plan Social de Emergencia, se definen programas sociales prioritarios para enfrentar los desequilibrios sociales que surgieron a causa de la crisis económica-financiera de finales de los años noventa. Del plan social de emergencia se ejecutaron algunas acciones especialmente aquellas que ya estaban en marcha y se identificaron como programas prioritarios 22 proyectos que cubren los sectores de: educación, salud, bienestar social y vivienda.

A continuación se presentan los programas prioritarios administrados por el Ministerio de Salud Pública, con información correspondiente al año 2004⁴².

- Control de Malaria y Dengue

Objetivo

Reducir los impactos de malaria y dengue en la salud de la población, mediante la disminución de la morbilidad malárica, porcentaje de infecciones de plasmodium falciparum, índices de infestación del mosquito aedes aegyptis en las áreas consideradas de riesgo potencial; asimismo, lograr la participación interinstitucional e intersectorial y de la comunidad en la adopción y ejecución de medidas de prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores.

Metas y avance

Para atender a su población objetivo constituida por 6'800,000 personas ubicadas en áreas de riesgo en provincias de la Costa, valles subtropicales de provincias andinas y provincias del oriente, el programa definió medidas preventivas con la participación comunitaria e interinstitucional, y al final del año se sumaron a esta

⁴¹ Alison Vásconez, Rossana Córdoba y Pabel Muñoz: La construcción de las políticas sociales en Ecuador durante los años ochenta y noventa: sentidos, contextos y resultados, Serie Políticas Sociales; No. 105, CEPAL, Santiago de Chile, febrero 2005, p. 63

⁴² Secretaría Técnica del Frente Social: Boletín de Programas 2004

iniciativa municipios, centros educativos, ONG's y áreas de salud. A continuación se detalla las metas y avance del programa:

Componente	Meta anual	Avance a diciembre 2004
Morbilidad malarica	Descenso del 30%	Descenso del 44,4%
Paludismo falciparum	Descenso 40%	Descenso 43,7%
Casos con tratamiento	100% casos	100% casos
Fumigación intra y peridomiciliar	600.000 casas	392.166 casas
Fumigación ultra bajo volumen	400.000 manzanas	208.105 manzanas
Rociado intradomiciliar	250.000 casas	17.135 casas
Control de aedes	1'032.639 casas inspeccionadas	560.521 casas
Índices aedicos	Descenso del 40%	Ascenso de índices Breteau: 27,4 (+71,5%) Casas: 17,6 (+67%)

Fuente y Elaboración: STFS

- Tuberculosis

Objetivo

Reducir los impactos de la tuberculosis en la salud de la población, a través de campañas de inmunización y posterior tratamiento a los pacientes enfermos.

Metas y avance

Se planteó como meta en el 2004 tratar a 8.500 pacientes. A diciembre de ese año se atendió a 6.500 personas.

- Programa Integrado de Micronutrientes

Objetivo

Contribuir a reducir las deficiencias de hierro, vitamina A y ácido fólico en niños menores de 1 año y mujeres embarazadas. Mantener bajo control epidemiológico la deficiencia de yodo de la población ecuatoriana.

Metas y avance

La meta del 2004 fue atender a 245.677 niños y niñas menores de 1 año, y 183.657 mujeres embarazadas. A septiembre 2004, fueron suplementados 45.000 niños y niñas con sulfato ferroso, y 92.000 mujeres embarazadas con sulfato ferroso y ácido fólico.

- Programa de Maternidad Gratuita/Cuidado Materno Infantil

Objetivo

Contribuir a la reducción de las tasas de morbilidad materna e infantil para mejorar el bienestar y calidad de vida de la población.

Metas y avance

Componentes femenino-infantil	No. de casos esperados	Total de consultas 2004
Control prenatal	2.116.860	1.284.129
Parto	506.004	134.445
Emergencias obstétricas	42.709	37.995
Post-parto	594.206	86.461
Planificación Familiar	1.082.145	816.125
Violencia Intrafamiliar	212.450	-
D.O.C.	1.019.124	148.883
Enfermedades de Transmisión Sexual	458.893	81.039
Atención a niños recién nacidos	266.911	119.072
Atención recién nacidos patológicos	16.603	14.521
Atención a niños menores de 5 años (con Estrategia AIEPI)	1.818.987	3.205.501
Sangre y Hemoderivados	111.414	18.643

Fuente y Elaboración: STFS

- Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

Objetivo

Disminuir las tasas de morbilidad por enfermedades inmunoprevenibles en la población infantil, así como erradicar el sarampión, poliomielitis y tétanos.

Metas y avance

Población Objetivo		Biológico	No. Dosis	Meta anual	Avance a diciembre 2004	
Menores de 1 año	252.663	BCG	1	248.172	327.465	
		HB*	1	5.000	8.765	
		Pentavalente (DPT+HB+Hib)	Primera	124.086	103.405	286.407
			Segunda			266.185
			Tercera			261.241
DPT	Primera	248.172	289.988	10.681		
	Segunda			10.129		
	Tercera			11.850		
< de 1 año	15.567	HB*	Primera	15.567	2.760	
			Segunda		1.363	
			Tercera		1.007	
12 a 23 meses	302.623	SRP	1	278.863	287.802	
de 1 a 4 años	252.663	BCG	1	248.172	15.578	
		DPT	Primera	57.520	16.292	
			Segunda		23.578	
			Tercera		40.397	
252.663	OPV	Refuerzo	248.172	214.766		
		Primera	57.520	20.203		
		Segunda		27.281		
		Tercera		51.121		
252.663	252.663	Refuerzo	248.172	267.974		
Segundo Básico	1.130.470	DT	1	678.282	204.746	
Séptimo Básico		1		189.900		
1 a 9 años		HB*	Primera	79.073	14.607	
10 a 49 años	315.829	dT Embaraz.	Segunda		113.329	
			Primer ref.		34.715	
			Segundo ref.		16.806	
			Tercer ref.		11.875	
			Primera	310.215	142.933	
	3.066.986	dT no Embaraz.	Segunda		96.466	
			Primer ref.		72.936	
			Segundo ref.		45.430	
			Tercer ref.		39.492	
			Primera	1.988.615	118.320	
de 1 y más años	12 a 23 meses	Fiebre amarilla (FA)*	1	18.539	16.725	
	2 a 4 años			54.367	7.410	
	5 a 14 años			168.145	12.844	
	15 años y más			384.048	68.102	
	Refuerzo				6.163	

* Región Amazónica

Fuente y Elaboración: STFS

- Programa de Alimentación y Nutrición (PANN 2000)

Objetivo

Mejorar el estado nutricional de las mujeres embarazadas y madres en período de lactancia y contribuir a prevenir la desnutrición y el retraso en el crecimiento y los daños de malnutrición de niñas y niños menores de 2 años de edad.

Metas y avance

La meta anual fue atender a 99.846 niños y niñas y 79.806 mujeres. A diciembre del 2004 se beneficiaron del programa 101.898 niños y niñas y 82.285 mujeres.

- Medicamentos Genéricos

Objetivo

El Plan Nacional de Medicamentos Genéricos Gratuitos tiene como objetivo garantizar el continuo suministro y accesibilidad de medicamentos esenciales de calidad, eficacia e inocuidad comprobada, a la población de escasos recursos económicos, a través de las Unidades Operativas del Ministerio de Salud.

Meta

Garantizar la accesibilidad a 1'500,000 usuarios a un grupo de medicamentos esenciales, para atender las primeras causas de morbimortalidad en el país.

- Unidades Móviles de Salud

Objetivo

Desarrollar una red de unidades móviles de salud para niños y niñas escolares de sectores rurales ampliando la cobertura del Ministerio de Salud Pública.

Metas y avance

La meta anual fue brindar atención integral en salud, odontología y salud mental a 400.000 escolares y población de las comunidades con elevados niveles de pobreza. Hasta septiembre del 2004 se

atendieron 333.250 personas, de los cuales 236.759 fueron niños y niñas escolares de los sectores rurales y urbano-marginales, y 96.491 personas menores de 5 años y adultos mayores de 65 años.

- **Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/SIDA**

Objetivo

Disminuir la incidencia y prevalencia de la pandemia y el impacto social de la infección por VIH/SIDA.

“SITUACIÓN DE LA SALUD EN EL ECUADOR”

Econ. Galo Viteri Díaz
gviteri@mef.gov.ec

RESUMEN

En el transcurso de los últimos años se observa un mejoramiento de las condiciones de salud de la población ecuatoriana, sin embargo, se registran todavía tasas elevadas de mortalidad neonatal, infantil, niñez, materna y general, así como, deficiencias en infraestructura, equipamiento, recursos humanos y limitaciones presupuestarias.

I. SALUD: PRINCIPALES INDICADORES

1. Tasa de mortalidad neonatal¹

Según el SIISE², se trata de un indicador de resultado que refleja varias situaciones de salud ligadas con la madre y su atención de salud durante el embarazo, el parto y el puerperio referidas sobre todo a sus estados nutricionales, a los riesgos y presencia de toxemias del embarazo, entre otras.

Anota que refleja también, de manera indirecta, la disponibilidad de servicios de salud, los niveles educativos de las madres y su calificación para el cuidado infantil, las condiciones socio-sanitarias de los hogares, el acceso a agua potable y/o segura y a saneamiento ambiental y, en general, los niveles de pobreza y bienestar del medio familiar.

La tasa de mortalidad neonatal muestra una tendencia descendente en el período 1991-2000, con tasas de 11,7 y 9,3 muertes por 1.000 nacidos vivos, respectivamente.

¹ Probabilidad que tiene un niño/a de morir durante los primeros 28 días luego de su nacimiento. Incluye las muertes ocurridas en la crítica primera semana de vida o período “perinatal”. Se mide como el número de niños fallecidos antes de cumplir un mes de vida en un determinado año, expresado con relación a cada 1.000 niños nacidos vivos durante el mismo año. (SIISE)

² SIISE: Ficha metodológica sobre tasa de mortalidad neonatal

**TASA DE
MORTALIDAD
NEONATAL
(Muertes por 1.000
nacidos vivos)
1991-2000**

AÑO	TASA
1991	11,7
1992	11,4
1993	11,0
1994	9,4
1995	9,7
1996	9,4
1997	9,0
1998	9,0
1999	8,9
2000	9,3

FUENTE: SIISE

Para fines de comparación de la situación del país, anotemos que Cuba posee una tasa de mortalidad neonatal de 2,7 por 1.000 nacidos vivos en el año 2004, comparable con la de países desarrollados como Japón, Finlandia y Suecia³.

Es importante señalar que el 99% de los fallecimientos de recién nacidos se producen en países en vías de desarrollo, siendo las principales causas de mortalidad neonatal: enfermedades infecciosas (neumonía, tétanos y diarrea) con el 36%; nacimientos prematuros con el 27%; y, las asfixias con el 23%⁴.

³ http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_3_05/gin08305.htm

⁴ http://www.cite-sciences.fr/francais/ala_cite/science_actualites/sitesactu/question_actu.php?langue=es&id_artic le=3963&id_theme=7&prov=index

2. **Tasa de mortalidad infantil**⁵

De acuerdo al SIISE⁶, se trata de un indicador de resultado que refleja varias situaciones de salud ligadas a la madre y su atención durante el embarazo, el parto y el puerperio: por ejemplo, su estado nutricional, la presencia de toxemias del embarazo o dificultades al momento del nacimiento. Pero sobre todo refleja el estado de salud del niño durante el primer año de vida: crecimiento y desarrollo, nutrición, avitaminosis, anemia, inmunizaciones contra las enfermedades contagiosas más frecuentes, detección oportuna de anomalías congénitas y la práctica adecuada y permanente de la lactancia materna, por lo menos durante los seis primeros meses de vida.

La información disponible muestra una reducción de la tasa de mortalidad infantil de 101,9 muertes por 1.000 nacidos vivos en 1956 a 22,1 en el 2005.

**TASA DE MORTALIDAD
INFANTIL*
(Muertes por 1.000
nacidos vivos)
1956-2005**

AÑO	TASA
1956	101,9
1960	101,1
1970	76,6
1980	54,3
1990	30,3
2000	18,5
2005	22,1

* Método directo

FUENTE: SIISE-INEC

⁵ Probabilidad que tiene un niño/a de morir durante su primer año de vida. Se mide como el número de defunciones de niños/as menores de un año en un determinado año, expresado con relación a 1.000 nacidos vivos durante el mismo año. Esta definición corresponde al método directo de cálculo de la mortalidad infantil. Los datos provienen de los registros anuales de nacimientos y defunciones. (SIISE)

⁶ SIISE: Ficha metodológica sobre tasa de mortalidad infantil

Sin embargo del descenso anotado, la STFS-SIISE⁷ mencionan que permanecen “importantes inequidades en el sistema de salud, mostrando tasas de mortalidad mucho más altas y acceso limitado a atención de salud para la población indígena, los pobres y aquellos que viven en áreas rurales”.

Sobre lo cual, la UNICEF⁸ indica que alrededor de un 50% de las muertes infantiles que se producen en la actualidad se pueden evitar y hay una tasa más elevada de mortalidad para los niños y las niñas indígenas y afro ecuatorianos.

A continuación se presentan cifras sobre la tasa de mortalidad infantil del año 2004 para varios países, a fin de evidenciar la situación del Ecuador.

**TASA DE MORTALIDAD
INFANTIL
(Muertes por 1.000
nacidos vivos)
2004**

PAIS	TASA
Islandia	2
Finlandia	3
Bélgica	4
Canadá	5
Cuba	6
Venezuela	16
Colombia	18
Ecuador	23
Perú	24
Bolivia	54

FUENTE: UNICEF

Respecto a las principales causas de mortalidad infantil en el Ecuador, el SIISE⁹ menciona que “las principales causas de muerte se relacionan con enfermedades prevenibles”.

A continuación se inserta la información correspondiente al año 2005.

⁷ STFS-SIISE: Índice, No. 6, p. 2

⁸ <http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/ecuador.html>

⁹ STFS-SIISE: Boletín Índice, No. 6, p. 6

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL
2005**

**Lista Internacional Detallada (Décima Revisión CIE - 10)
(Número, porcentaje y tasa)**

Orden	Códigos de Agrupación CIE-10	Número	%	Tasa*
	TOTAL DEFUNCIONES MENORES DE 1 AÑO	3.717	100,0	22,1
1	Trastornos relacionados con duración corta gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte	474	12,8	2,8
2	Neumonía, organismo no especificado	319	8,6	1,9
3	Dificultad respiratoria del recién nacido	198	5,3	1,2
4	Neumonía congénita	142	3,8	0,8
5	Síndromes de aspiración neonatal	130	3,5	0,8
6	Sepsis bacteriana recién nacido	127	3,4	0,8
7	Hipoxia intrauterina	119	3,2	0,7
8	Otros problemas respiratorios del recién nacido, originados en el periodo perinatal	117	3,1	0,7
9	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	109	2,9	0,6
10	Otras infecciones específicas del periodo perinatal	109	2,9	0,6
11	Otras malformaciones congénitas del corazón	103	2,8	0,6
12	Otras malformaciones congénitas, no clasificadas en otra parte	90	2,4	0,5
13	Bronquitis aguda	59	1,6	0,4
14	Desnutrición proteínocalórica severa no especificada	56	1,5	0,3
15	Asfixia del nacimiento	48	1,3	0,3
16	Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido	37	1,0	0,2
17	Feto y recién nacido afectados por complicaciones de la placenta, del cordón umbilical y de las membranas	34	0,9	0,2
18	Hidrocefalo congenito	28	0,8	0,2
19	Malformaciones congénitas de las grandes arterias	28	0,8	0,2
20	Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	27	0,7	0,2
	Causas mal definidas (síntomas y signos)	435	11,7	2,6
	Resto de causas de mortalidad infantil	928	25,0	5,5
	TOTAL DE NACIDOS VIVOS	168.324		

* Dato provisional
FUENTE: INEC

3. **Tasa de mortalidad en la niñez¹⁰**

El SIISE¹¹ indica que se trata de un indicador de resultado. Pasado el primer año de vida, los riesgos de enfermar y morir se asocian principalmente con las condiciones del cuidado infantil, el complemento y refuerzo de los esquemas de vacunación, el consumo de alimentos adecuados, la prevención o tratamiento efectivo de las principales enfermedades del grupo de edad, las infecciones respiratorias y las enfermedades diarreicas agudas, y la prevención de accidentes en el hogar.

La tasa de mortalidad en la niñez se redujo de 40,7 muertes por cada mil nacidos vivos en 1991 a 26 en el 2004, como resultado de mejoras en la disponibilidad y calidad de los servicios de salud, el acceso a los servicios básicos de agua y saneamiento y la educación de las mujeres¹².

**TASA DE MORTALIDAD EN
LA NIÑEZ
(Muertes por 1.000 nacidos
vivos)
1991-2004**

AÑO	TASA
1991	40,7
1995	30,3
2000	26,7
2004	26,0

FUENTE: INEC-UNICEF

No obstante el descenso señalado, la cifra del año 2004 es considerablemente mayor a la de países como Islandia, que tiene la menor tasa de muerte de niños en el mundo (tres por cada 1.000 nacidos vivos) o Cuba, que tiene la menor tasa en América Latina (siete por 1.000 nacidos vivos).

¹⁰ Probabilidad que tiene un niño/a de morir antes de cumplir 5 años de vida. Se mide como el número de niños/as de 0 a 59 meses cumplidos fallecidos en un determinado año, expresado con relación a cada 1.000 niños/as nacidos vivos durante ese año. (SIISE)

¹¹ SIISE: Ficha metodológica sobre tasa de mortalidad en la niñez

¹² Consejo del Observatorio Ciudadano de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, Observatorio Social del Ecuador y UNICEF: Estado de los derechos de la niñez y la adolescencia en el Ecuador 2003, Quito, noviembre 2003, pp. 63-64

**TASA DE MORTALIDAD EN
LA NIÑEZ
(Muertes por 1.000 nacidos
vivos)
2004**

PAIS	TASA
Islandia	3
Finlandia	4
Francia	5
Canadá	6
Cuba	7
Venezuela	19
Colombia	21
Ecuador	26
Perú	29
Bolivia	69

FUENTE: UNICEF

4. **Tasa de mortalidad general**¹³

La tasa de mortalidad general de la población ha descendido de 14,2 muertes por cada 1.000 habitantes en 1956 a 4,3 en el 2005.

**TASA DE MORTALIDAD
GENERAL
(Muertes por 1.000
nacidos vivos)
1956-2005**

AÑO	TASA
1956	14,2
1960	13,8
1970	10,1
1980	7,4
1990	4,9
2000	4,6
2005	4,3

FUENTE: SIISE-INEC

Esto se debe, según el SIISE¹⁴, a la expansión de la cobertura de los servicios de salud, el mejoramiento de los niveles educativos de la población, la influencia de los medios masivos de comunicación, el acceso a medidas prevenibles como las inmunizaciones, el desarrollo de los fármacos para tratar y curar enfermedades que antes no eran combatibles, la urbanización de la población lo que la acerca a los servicios de salud de las ciudades, al mejoramiento de la infraestructura sanitaria (agua, alcantarillado y disposición de basuras).

A continuación se presenta información sobre las principales causas de mortalidad general en el año 2005.

¹³ Número de personas que murieron en un determinado año, expresado con relación a cada 1.000 habitantes. (SIISE)

¹⁴ SIISE: Ficha metodológica sobre la tasa de mortalidad materna

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
Según la Lista Corta de Agrupamiento de las Causas de Muerte (OMS)
2005
(Número, porcentaje y tasa)

Orden	Principales Causas de Muerte	Número	%	Tasa*
	TOTAL DEFUNCIONES	56.825	100,0	430,0
1	Enfermedades cerebrovasculares	3.057	5,4	23,1
2	Enfermedades hipertensivas	2.838	5,0	21,5
3	Diabetes mellitus	2.795	4,9	21,2
4	Influenza y neumonía	2.758	4,9	20,9
5	Enfermedades isquémicas del corazón	2.510	4,4	19,0
6	Agresiones (homicidios)	2.409	4,2	18,2
7	Accidentes de transporte terrestre	2.379	4,2	18,0
8	Insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades mal definidas	2.370	4,2	17,9
9	Ciertas afecciones originadas en el período prenatal	1.798	3,2	13,6
10	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	1.780	3,1	13,5
11	Enfermedades del sistema urinario	1.773	3,1	13,4
12	Neoplasia maligna del estómago	1.514	2,7	11,5
13	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	973	1,7	7,4
14	Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidio)	943	1,7	7,1
15	Tuberculosis	807	1,4	6,1
16	Neoplasia maligna del tejido linfático, hematopoyético y tejidos afines	807	1,4	6,1
17	Desnutrición y anemias desnutricionales	735	1,3	5,6
18	Neoplasia maligna del útero	703	1,2	5,3
19	Neoplasia maligna del hígado y de las vías biliares	638	1,1	4,8
20	Neoplasia maligna de la próstata	632	1,1	4,8
21	Septicemia	623	1,1	4,7
22	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia (VIH)	618	1,1	4,7
23	Neoplasia maligna de la tráquea, bronquios y pulmón	607	1,1	4,6
24	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	555	1,0	4,2
25	Paro cardíaco	550	1,0	4,2
	Causas mal definidas	6.793	12,0	51,4
	Resto de causas	12.860	22,6	97,3
	POBLACION ESTIMADA	13.215.089		

* Tasa por 100.000 habitantes

FUENTE: INEC

5. Tasa de mortalidad materna¹⁵

De acuerdo al SIISE¹⁶, se trata de un indicador de resultado que refleja la atención que la sociedad otorga al cuidado de la salud de las mujeres durante su edad fértil, permitiendo evaluar la calidad de atención de salud antes, durante y después del parto. Refleja, por un lado, el acceso de las mujeres embarazadas a los servicios de salud y al personal debidamente calificado y, por otro, la situación nutricional de la madre, especialmente la presencia de anemia durante el embarazo.

La tasa de mortalidad materna muestra una reducción de 203,3 muertes por 100.000 nacidos vivos en 1971 a 85 en el 2005.

**TASA DE MORTALIDAD
MATERNA
(Muertes por 100.000
nacidos vivos)
1971-2005**

AÑO	TASA
1971	203,3
1980	162,1
1990	117,2
2000	78,3
2005	85,0

FUENTE: SIISE-INEC

Las principales causas de muerte materna para el año 2004, se presentan a continuación:

¹⁵ Probabilidad que tiene una mujer de morir por causas ligadas con la maternidad. Se mide como el número de defunciones de mujeres en edad fértil (15 a 49 años cumplidos) en un determinado año por causas relacionadas con el embarazo, aborto, parto y puerperio, expresado con relación a cada 100.000 nacidos vivos durante el mismo año. (SIISE)

¹⁶ SIISE: Ficha metodológica sobre tasa de mortalidad materna

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE MATERNA
Agrupación en la Lista Detallada de la CIE - 10
2004
(Número, porcentaje y tasa)

ORDEN	CAUSAS MUERTE MATERNA	NUMERO	%	Tasa*
	Total de defunciones maternas	129	100,0	76,4
1	Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio	54	41,9	32,0
2	Complicaciones del trabajo de parto y del parto	26	20,2	15,4
3	Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles	25	19,4	14,8
4	Embarazo terminado en aborto	11	8,5	6,5
5	Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio	4	3,1	2,4
6	Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte	9	7,0	5,3
	TOTAL DE NACIDOS VIVOS	168.893		

* Tasa por 100.000 nacidos vivos registrados

FUENTE: Adaptado cuadro de Indicadores Básicos de Salud Ecuador 2005

Según la UNFPA¹⁷, en todo el mundo, hay una notable coherencia en cuanto a las causas de defunción materna. Se deben, en un 80%, a complicaciones obstétricas directas: hemorragia, sepsis, complicaciones del aborto, preclamsia o eclampsia, y trabajo de parto prolongado u obstruido. Un 20% de esas defunciones tienen causas indirectas, por lo general trastornos médicos preexistentes agravados por el embarazo o el parto, inclusive anemia, paludismo, hepatitis y, cada vez más, SIDA.

Señala que dentro de un mismo país, la pobreza acrecienta espectacularmente las posibilidades de que una mujer pierda la vida durante el embarazo o poco tiempo después. Las poblaciones en mejor situación económica tienen altas tasas de asistencia del parto por personal capacitado, mientras que para la mayoría de las demás mujeres es sumamente infrecuente contar con asistencia de personal capacitado. En el mundo desarrollado, las mujeres raramente pierden la vida o experimentan discapacidades permanentes debido a problemas relativos al embarazo, debido a que reciben sin tardanza el tratamiento adecuado.

¹⁷ UNFPA: Estado de población mundial 2004

Para el caso del Ecuador, se indica¹⁸:

La anemia en el embarazo, el analfabetismo, el bajo nivel social y económico de la mujer, la violencia intrafamiliar, la falta de garantías para ejercer su pleno derecho a la libre elección sexual y reproductiva, el acceso limitado a programas de información, educación y comunicación, y las dificultades prácticas -restricciones económicas, geográficas, sociales y culturales- para acceder a servicios específicos de calidad (tanto de salud como sociales), son factores, entre otros, que contribuyen a mantener los altos niveles de morbilidad materna.

¹⁸ SODEM-SENPLADES: Presentación del Informe Nacional Ecuador ODM 2015, p. 29

6. Camas hospitalarias disponibles¹⁹

De acuerdo al SIISE²⁰, la relación entre el número de camas hospitalarias y la población es una medida de la oferta de los servicios de salud con hospitalización y su capacidad de respuesta al tamaño de la población.

El número de camas hospitalarias muestra un incremento de 13.393 en 1974 a 21.200 en el 2004.

CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES 1974-2004

AÑO	NUMERO
1974	13.393
1985	15.616
1990	17.004
1994	17.573
1998	18.821
2004	21.200

FUENTE: INEC

¹⁹ Es la cama realmente instalada en el hospital en condiciones de uso para la atención de pacientes hospitalizados, independientemente de que estén o no ocupadas (INEC)

²⁰ SIISE: Ficha metodológica sobre camas en establecimientos de salud

7. **Desnutrición global y crónica**²¹

Según el SIISE²², la desnutrición es uno de los principales problemas de salud en los países en desarrollo, que contribuye directamente a la mortalidad infantil y a rezagos en el crecimiento físico y desarrollo intelectual de las personas. La frecuencia de desnutrición es un indicador de resultado que sirve para identificar grupos de intervención prioritarios de las políticas de salud y, específicamente, a niños/as con alto riesgo de muerte. Refleja el grado de desarrollo de un país; junto con las medidas de pobreza, es uno de los mejores instrumentos para describir la situación socio sanitaria de la población. Es, además, uno de los testigos más sensibles de la aplicación de políticas sociales integrales.

Indica que los factores que causan la desnutrición son de orden sanitario, socioeconómico y cultural. Los principales incluyen la falta o desigual acceso a los alimentos, falta de disponibilidad o acceso de servicios de salud, inadecuada atención pre y post-natal, deficiencias educativas de adultos y menores y la dieta y costumbres alimenticias inapropiadas. Un elemento creciente tiene que ver con el consumo de alimentos industrializados poco nutritivos que compite, y a veces supera, el de alimentos tradicionales adecuados.

En el país, a pesar de la disminución observada en los últimos años, la desnutrición afecta a un importante porcentaje de la niñez ecuatoriana. Cifras al respecto proporcionadas por el SIISE²³, señalan que entre 1998 y 2004 la desnutrición crónica (baja talla) disminuyó de 21% a 17.4% y la desnutrición global (bajo peso) de 16.9% a 14.7%. Esto significa que en el año 2004, cerca de uno de cada cinco niños/as menores de cinco años sufría de desnutrición crónica y un poco más de uno de cada diez de desnutrición global; lo cual implica que alrededor de 210.000 niños/as menores de cinco años adolecían de una baja talla para su edad y de 176.000 niños/as de un bajo peso para su edad.

²¹ Número de niños/as menores de 5 años que muestran indicios de desnutrición global o bajo peso y desnutrición crónica o baja talla para su edad, expresado como porcentaje del total de niños y niñas de ese grupo de edad en un determinado año. (SIISE)

²² SIISE: Fichas metodológicas sobre desnutrición global y desnutrición crónica

²³ SIISE: Documento "Objetivo 1: erradicar la pobreza extrema y el hambre", Informe Ecuador-Objetivos de Desarrollo del Milenio, pp. 10-15

TASAS DE DESNUTRICION CRONICA Y GLOBAL
(Menores de 5 años según CDC 2000)
1998-2004

DESNUTRICION	1998	2000	2004
Crónica	21,0	22,7	17,4
Global	16,9	16,4	14,7

FUENTE: SIISE

De acuerdo a la fuente anotada, la situación es más crítica en el área rural. Los niños/as del área rural presentan baja talla (26.6%) y bajo peso (18.4%) para su edad, en tanto que, en el área urbana, 12% y 12.4%, respectivamente.

Los indígenas son un grupo poblacional históricamente excluido, particular que se corrobora con las tasas de desnutrición. Los niños/as que provienen de hogares cuyos jefes hablan una lengua nativa presentan una tasa de desnutrición crónica del 43.7%, frente a una tasa de 15.1% en aquellos hogares con jefes de habla hispana, siendo similar el comportamiento en el caso de la desnutrición global, con tasas de 21% y 14.1%.

La desnutrición crónica tiende a afectar relativamente más a los varones que a las mujeres (19.5% y 15.2%), al igual que la desnutrición global (16.2% y 13%).

Son los más pobres quienes tienen mayor riesgo de sufrir desnutrición. En el 10% más pobre de la población la tasa de desnutrición crónica fue de 28.2% y la tasa de desnutrición global de 21.8%, mientras que en el 10% más rico fue de 6% y 5.8%, en su orden.

**PREVALENCIA DE DESNUTRICION CRONICA Y GLOBAL
(CDC 2000)
2004**

	CRONICA (%)	GLOBAL (%)
PAIS	17,4	14,7
Lengua del jefe de hogar		
No indígena	15,1	14,1
Indígena	43,7	21,0
Area de residencia		
Urbana	12,0	12,4
Rural	26,6	18,4
Sexo		
Hombre	19,5	16,2
Mujer	15,2	13,0
Deciles de ingreso per cápita		
10% más pobre	28,2	21,8
2	19,3	18,3
3	20,5	17,6
4	19,1	13,8
5	16,0	13,5
6	15,4	13,3
7	14,2	13,3
8	11,8	8,9
9	6,5	6,2
10% más rico	6,0	5,8

FUENTE: SIISE

Finalmente, la fuente indicada menciona que existen diferencias geográficas significativas. En términos provinciales se aprecia que Chimborazo (40.3%), Cotopaxi (34.2%), Bolívar (31.7%), Imbabura (29.9%), Loja (28.7%), Tungurahua (28.5%), Cañar (26.5%), las provincias de la Amazonía (21.3%) y Carchi (20.2%) tienen, en ese orden, tasas de desnutrición crónica superiores al promedio nacional. En contraste, las provincias con tasas de desnutrición crónica inferiores al promedio son, ordenadas de menor a mayor, El Oro (9.8%), Guayas (10.9%), Esmeraldas (14.1%), Manabí (14.2%), Los Ríos (15.1%), Pichincha (15.4%) y Azuay (16.9%).

Un análisis similar para la tasa de desnutrición global muestra un panorama algo distinto. Las provincias con tasas superiores al promedio nacional son, ordenadas de mayor a menor, Chimborazo (22.4%), Cotopaxi (20.3%), Loja (19.6%), Tungurahua (17.1%), Bolívar (16.5%), Los Ríos (16.4%), Manabí (15.6%), Guayas (15.1%) y Cañar (14.8%). En cambio, las provincias con tasas de

desnutrición global inferiores al promedio del país son, ordenadas de menor a mayor, Carchi (9%), Pichincha (11.2%), El Oro (11.5%), Imbabura (11.7%), Azuay (12.1%), Esmeraldas (13.4%) y las provincias amazónicas (14.1%).

Se observa que Chimborazo y Cotopaxi, provincias serranas de alta presencia indígena, comparten las tasas más altas de desnutrición crónica y global. Otro rasgo relevante es que mientras todas las provincias costeras presentan las menores tasas de desnutrición crónica del país, algunas de ellas (Los Ríos, Manabí y Guayas) tienen tasas de desnutrición global un tanto superiores al promedio nacional. Igualmente, Imbabura y Carchi tienen tasas de desnutrición crónica superiores al promedio nacional y tasas de desnutrición global inferiores a la media del país.

**PREVALENCIA DE DESNUTRICION CRONICA Y GLOBAL POR
PROVINCIA
(CDC 2000)
2004**

PROVINCIA	CRONICA	GLOBAL
Azuay	16,9	12,1
Bolívar	31,7	16,5
Cañar	26,5	14,8
Carchi	20,2	9,0
Cotopaxi	34,2	20,3
Chimborazo	40,3	22,4
El Oro	9,8	11,5
Esmeraldas	14,1	13,4
Guayas	10,9	15,1
Imbabura	29,9	11,7
Loja	28,7	19,6
Los Ríos	15,1	16,4
Manabí	14,2	15,6
Pichincha	15,4	11,2
Tungurahua	28,5	17,1
Amazonía	21,3	14,1

FUENTE: SIISE

En este contexto, información relativa al tema²⁴, señala:

En las últimas décadas, el país ha avanzado muy poco en reducir este problema silencioso. A diferencia de la

²⁴ Consejo del Observatorio Ciudadano de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, Observatorio Social del Ecuador y UNICEF: Estado de los derechos de la niñez y la adolescencia en el Ecuador, obra citada, p. 69

mortalidad infantil, el país no cumplió la meta de reducir a la mitad la desnutrición, comprometida en la Cumbre Mundial de la Infancia en 1989. La desnutrición es más alta en el campo, entre los grupos indígenas y en los hogares en extrema pobreza. Este problema latente explica que la desnutrición sea también una causa de muerte de los niños: actualmente, una de cada 10 muertes de los menores de cinco años se debe a deficiencias nutricionales.

El Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia²⁵, menciona que la desnutrición de la niñez ecuatoriana es un mal sobre todo serrano, indígena y rural. La desnutrición crónica en las provincias de la sierra es hoy en día más alta que el promedio nacional de hace 20 años. Los grupos vulnerables habitan en zonas con poco acceso a servicios de agua potable y saneamiento, tienen bajo nivel educativo y son ancestralmente pobres. Este hecho evidencia la baja efectividad de las políticas de seguridad alimentaria del Estado ecuatoriano y la escasa provisión de servicios de salud primaria y de saneamiento ambiental que el mismo provee.

Añade que la talla es un indicador de desnutrición y los niños/as del campo tienen casi el doble de probabilidades de tener baja talla que los urbanos. La falta de agua potable y de saneamiento ambiental generan enfermedades diarreicas cuyas secuelas desembocan en la desnutrición. Sólo el 27% y el 24% de las familias en el área rural tienen agua y poseen alcantarillado.

Sostiene que la educación de la madre también tiene gran influencia en este fenómeno. La desnutrición entre niños/as es menor en un 30% a un 40% cuando la madre estudió la primaria y baja más aún cuando la madre estudió la secundaria.

Concluye manifestando que el flagelo de la desnutrición pone en juego: el derecho a la vida, el derecho a crecer sanos y el derecho al desarrollo intelectual.

²⁵ ODNA: La desnutrición, un problema con rostro andino, Observatorio No. 7, Quito, junio 2005

La CEPAL-PNUD²⁶ señalan:

Las personas más vulnerables a la inseguridad alimentaria, además de ser pobres, presentan en mayor medida rasgos indígenas y habitan en zonas rurales de sierra y altiplano o en la periferia urbana. Los sectores rurales de la cordillera de los Andes son los más vulnerables a la desnutrición de los menores de cinco años, "herederos de las condiciones socioeconómicas desfavorables" y de "la desnutrición que viven sus padres y abuelos, reproduciendo estos factores adversos de una generación a la siguiente".

A nivel de los países andinos, las cifras relativas a la desnutrición global y crónica son las siguientes:

**PAISES ANDINOS: DESNUTRICION CRONICA
Y GLOBAL*
(%)**

PAIS	CRONICA	GLOBAL
Bolivia	27	8
Perú	25	7
Colombia	14	7
Venezuela	13	4

(*) Bolivia 2003-2004; Colombia, Perú y Venezuela 2000

FUENTE: OMS

²⁶ <http://www.consumer.es/web/es/solidaridad/2004/11/24/112363.php>

8. Cobertura de inmunización infantil²⁷

De acuerdo al SIISE²⁸ se trata de un indicador de insumo que mide el resultado de las acciones de los servicios sobre la población, señalando que la cobertura de la vacunación a la población infantil ha sido una de las principales acciones públicas de salud y, tal vez, una de las pocas que se han convertido en políticas de Estado. Particular que ha tenido efectos ciertamente positivos ya que “las principales epidemias que amenazaban a la niñez han sido controladas”²⁹.

La cobertura de la inmunización infantil se incrementó del 16.2% en 1975 al 80.5% en el 2000.

COBERTURA DE INMUNIZACION INFANTIL 1975-2000

AÑO	%
1975	16,2
1981	41,9
1991	83,9
1995	90,8
2000	80,5

FUENTE: SIISE

A continuación se muestra información más reciente (año 2005) sobre el porcentaje de cobertura de inmunización en menores de 1 año y de 1 año de los países andinos, proporcionada por la OPS, que permite evidenciar la situación del Ecuador.

²⁷ Se refiere a los/as menores de un año que recibieron las vacunas completas recomendadas para esa edad por el Programa Ampliado de Inmunización (PAI): tuberculosis, difteria, tétanos, poliomielitis y sarampión. (SIISE)

²⁸ SIISE: Ficha metodológica sobre cobertura de inmunización infantil

²⁹ Consejo del Observatorio Ciudadano de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, Observatorio Social del Ecuador y UNICEF: Estado de los derechos de la niñez y la adolescencia en el Ecuador, obra citada, p. 64

**% COBERTURA DE INMUNIZACION
2005**

PAIS	MENORES DE 1 AÑO			1 AÑO
	DPT3	POLIO3	BCG	SARAMPION/ SRP
Bolivia	85	84	88	89
Colombia	87	87	87	89
Ecuador	94	93	99	93
Perú	89	85	93	80
Venezuela	87	80	95	76

DPT3: tres dosis de la vacuna contra la difteria, la tosferina y el tétanos

BCG: vacuna contra la tuberculosis

FUENTE: OPS

9. Asistencia profesional en el parto³⁰

Según el SIISE³¹, se trata de un indicador de insumo y de alerta temprana, directamente relacionado con la mortalidad materna y sus cinco primeras causas (hemorragia del embarazo y parto, toxemia del embarazo, obstrucción del parto y complicaciones del postparto, infecciones del aparato genito-urinario durante el embarazo).

Anota que el indicador refleja la eficiencia y la eficacia de las políticas y acciones de atención primaria de salud; entendidas en este caso como: (i) la captación temprana y oportuna de las mujeres embarazadas para brindarles la debida atención prenatal y prevenirlas sobre el desenlace del parto (normal, cesárea, con riesgo, sin riesgo); (ii) la educación de la población, sobre todo de las mujeres en edad fértil, sobre la necesidad de asistencia del parto por personal calificado, como medida preventiva de riesgos para sí mismas y sus hijos recién nacidos; (iii) la accesibilidad de la población a los servicios de salud, sean éstos públicos o privados; y (iv), la promoción de la salud por parte de los servicios de salud.

En el año 2005, a nivel nacional, el 80% de los nacidos vivos tuvieron asistencia profesional en el parto y el 20% carecieron de ella, existiendo grandes diferencias a nivel urbano y rural: el 88% de los partos ocurridos en el área urbana contaron con asistencia profesional, mientras tanto en el área rural apenas el 51%.

³⁰ Se refiere al número de mujeres asistidas durante su parto por personas tituladas o diplomadas en la salud (médicos, enfermeras, obstetrices o auxiliares de enfermería), expresado como porcentaje del número total de mujeres en edad fértil. (SIISE)

³¹ SIISE: Ficha metodológica sobre atención profesional en el parto

**NACIDOS VIVOS POR TIPO DE
ASISTENCIA EN EL PARTO SEGUN
AREAS
2005
(%)**

Areas	Con asistencia profesional	Sin asistencia profesional
Urbana	88	12
Rural	51	49
TOTAL NACIONAL	80	20

FUENTE: INEC

10. Seguros de salud³²

De acuerdo al SIISE³³, se trata de un indicador de acceso a la salud, que muestra la cobertura de los sistemas de previsión pública y privada, así como las posibilidades que tiene la población para adquirir seguros privados.

Información al respecto³⁴ señala que Ecuador tiene apenas un 20% de población con algún tipo de protección de salud, es decir, el 80% no tiene protección garantizada. Las organizaciones aseguradoras que protegen al 20% de la población son: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) incluyendo el Seguro Social Campesino (SSC), Instituto de Seguridad de las Fuerzas Armadas (ISSFA), Instituto de Seguridad de la Policía (ISSPOL) y los seguros privados (SP), con la siguiente distribución:

COBERTURA DE SALUD

Institución	%
IESS	10
SSC	7 u 8
ISSFA-ISSPOL	2 a 3
SP	1
TOTAL	20

FUENTE: Salud, el derecho de todos

³² Número de personas de todas las edades no afiliadas o cubiertas por seguros de salud, públicos o privado, expresado como porcentaje de la población. (SIISE)

³³ SIISE: Ficha metodológica sobre población sin seguro de salud

³⁴ Alfredo Palacio: Salud, el derecho de todos, Quito, junio 2006, pp. 32-33

11. Cobertura de los servicios básicos de agua y saneamiento ambiental

Los servicios de agua y alcantarillado tienen mucho que ver con las enfermedades de la población.

En el 2001, el 67.5% de las viviendas disponen de abastecimiento de agua por red pública, pero existen diferencias entre el área urbana (83.7%) y el área rural (39.9%).

El 48% de las viviendas cuentan con eliminación de las aguas servidas por red pública de alcantarillado: 66.6% urbana y 16.4% rural. Esto significa que cuatro veces más viviendas urbanas están conectadas a sistemas de evacuación que las rurales.

**VIVIENDAS: AGUA Y SANEAMIENTO
2001**

AREA	Abastecimiento de agua (red pública)	Eliminación de aguas servidas (red pública de alcantarillado)
Urbana	83,7	66,6
Rural	39,9	16,4
PAIS	67,5	48,0

FUENTE: INEC

12. Recursos humanos médicos

El número de personal que trabaja en establecimientos de salud se incrementa en el país de 57.524 en 1994 a 67.360 en el 2003.

NUMERO DE PERSONAL QUE TRABAJA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD 1994 y 2003

Personal	1994	2003
Médicos	14.271	20.020
Odontólogos	1.751	2.213
Bioquímicos Farmacéuticos	269	497
Obstetricas	755	1.024
Enfermeras	4.941	6.767
Trabajadoras Sociales	431	328
Tecnólogos	2.365	3.232
Otros Profesionales*	527	667
Estudiantes Internos	1.583	1.590
Auxiliares de Enfermería	12.673	12.581
Auxiliares de Servicios Técnicos	3.258	3.639
Estadística y Registros Médicos	1.113	1.056
Personal Administrativo	3.779	4.468
Personal de Servicios	9.808	9.278
TOTAL	57.524	67.360

* Incluye: nutricionistas, educadores e ingenieros sanitarios y otros:
psicólogos industriales y relacionadores públicos

FUENTE: INEC

En lo relativo a la distribución de los profesionales de salud, para el año 2003 se observa su concentración en el área urbana.

DISTRIBUCION URBANO RURAL DE PROFESIONALES DE SALUD 2003 (%)

Profesionales	Urbano	Rural
Médicos	91,64	8,36
Odontólogos	76,28	23,72
Enfermeras	92,20	7,80
Obstetricas	79,59	20,41
Personal Administrativo-Estadístico	97,47	2,53

FUENTE: Salud, el derecho de todos

Para el año 2003, el Ecuador registra una tasa de 15,6 médicos por cada 10.000 habitantes, cuando en 1990 fue de 9,5.

**TASAS DE MEDICOS
(Por 10.000 habitantes)
1990-2003**

Año	Tasa
1990	9,5
1995	13,3
1999	13,8
2002	16,3
2003	15,6

FUENTE: Salud, el derecho de todos

A nivel de los países andinos la situación para el 2003 es la siguiente: Bolivia 7,6; Colombia 12,7; Perú 11,5 ;y, Venezuela 20.

**PAISES ANDINOS: TASAS
DE MEDICOS
(por 10.000 habitantes)
2003**

PAIS	TASA
Bolivia	7,6
Colombia	12,7
Perú	11,5
Venezuela	20,0

FUENTE: OPS

13. Número de establecimientos hospitalarios

En el año 2004, según la “clase”, de los 691 establecimientos de salud con internación registrados, 498 (72.1%) son clínicas particulares; 92 (13.3%) hospitales cantonales; 71 (10.3%) hospitales generales; y, 30 (4.4%) hospitales especializados (crónicos y agudos).

En lo relacionado al “sector”, 514 (74.4%) son establecimientos de salud privados y 177 (25.6%) son públicos.

Respecto a la “entidad”, las instituciones particulares son 514 (74.3%); del Ministerio de Salud 122 (17.6%); del Seguro Social 18 (2.6%); del Ministerio de Defensa 14 (2.3%); de la Junta de Beneficiencia, SOLCA y Sociedad Protectora de la Infancia 10 (1.4%); Fisco-Misionales 5 (0.7%); de la Policía Nacional 4 (0.5%); y, de los Municipios 4 (0.5%).

Hay que destacar que el incremento observado en el número de establecimientos de salud con internación entre 1994 y 2004 (239), obedece fundamentalmente al aumento de los establecimientos del sector privado (237), toda vez que a nivel del sector público se registran únicamente 2 nuevos establecimientos.

**NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SEGUN CLASE,
SECTOR Y ENTIDAD*
1994 y 2004**

ENTIDAD	1994		2004	
	Número	%	Número	%
CLASE				
Total	452	100,0	691	100,0
Hospital General	71	15,7	71	10,3
Hospital Cantonal	92	20,4	92	13,3
Crónicos	13	2,9	15	2,2
Agudos	12	2,7	15	2,2
Clínicas Particulares	264	58,4	498	72,1
SECTOR				
Total	452	100,0	691	100,0
Público	175	38,7	177	25,6
Privado	277	61,3	514	74,4
ENTIDAD				
Total	452	100,0	691	100,0
Ministerio de Salud	122	27,0	122	17,6
Ministerio de Defensa	17	3,5	14	2,3
Seguro Social	17	3,8	18	2,6
Junta de Beneficiencia, SOLCA y Sociedad Protectora de la Infancia	8	1,8	10	1,4
Policía Nacional	4	0,9	4	0,5
Municipios	2	0,7	4	0,5
Fisco-Misionales	5	1,1	5	0,7
Instituciones Particulares**	277	61,3	514	74,3

* Establecimientos hospitalarios con internación

** Incluye Clínicas Particulares, Entidades Privadas con y sin fines de lucro

FUENTE: INEC

14. **Esperanza de vida al nacer**³⁵

La esperanza de vida, según el SIISE³⁶, es una medida hipotética, constituyendo un indicador de las condiciones de salud en un momento dado. Al cambiar en el futuro las tendencias de la mortalidad en la población, también cambiará la expectativa de vida de las personas conforme envejecen; naturalmente, muchas personas fallecen a una edad más baja que la esperanza de vida, mientras que otras lo hacen a edades más avanzadas.

La esperanza de vida al nacer en el Ecuador aumentó de 52 años en 1974 a 75 años en el 2004.

ESPERANZA DE VIDA AL NACER 1974-2004

AÑO	Esperanza de vida al nacer
1974	52
1982	59
1990	64
2004	75

FUENTE: SIISE-UNICEF

Información para otros países (año 2004) permite apreciar la situación del Ecuador.

³⁵ Número de años que viviría, en promedio, un recién nacido/a si las condiciones que determinan la mortalidad existentes en el momento de su nacimiento siguieran siendo las mismas a lo largo de toda su vida. (SIISE)

³⁶ SIISE: Ficha metodológica sobre esperanza vida al nacer

**ESPERANZA DE VIDA AL
NACER
2004**

PAIS	AÑOS
Bolivia	64
Perú	70
Venezuela	73
Ecuador	75
Colombia	79
Estados Unidos	80
Suiza	81
Japón	82

FUENTE: UNICEF

Las cifras expuestas permiten confirmar la aseveración de que la esperanza de vida al nacer está íntimamente relacionada con el desarrollo económico y social de cada país; de ahí que, los países desarrollados del mundo hayan alcanzado un alto nivel en este indicador³⁷.

³⁷ Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires: Boletín Temas de Salud, Año 6, No. 54, diciembre de 1999

II. **PRESUPUESTO DEL SECTOR SALUD**

1. **Monto del presupuesto**

El presupuesto del sector salud pasa de USD115,5 millones en el 2000 a USD561,7 millones en el 2006.

**PRESUPUESTO SECTOR
SALUD
2000-2006*
(Millones de dólares)**

AÑO	MONTO
2000	115,5
2001	192,0
2002	314,7
2003	366,4
2004	409,1
2005	437,6
2006	561,7

* 2000-2004 codificado diciembre

2005 codificado julio

2006 presupuesto inicial

FUENTE: MEF

2. Presupuesto del sector salud y su relación con el Presupuesto del Gobierno Central (PGC) y el Producto Interno Bruto (PIB)

Respecto al gasto total del PGC y del PIB, el presupuesto del sector salud pasa del 2.7% al 6.6% y del 0.7% al 1.4% entre los años 2000 y 2006³⁸.

**PRESUPUESTO SECTOR SALUD
RELACION PGC Y PIB
2000-2006
(%)**

AÑO	PTO SALUD/PGC	PTO SALUD/PIB
2000	2,7	0,7
2001	3,4	0,9
2002	5,4	1,3
2003	5,5	1,3
2004	5,5	1,3
2005	5,7	1,2
2006	6,6	1,4

FUENTE: MEF-BCE

A continuación se inserta información correspondiente al gasto público en salud como porcentaje del PIB y del Gasto Público Total de varios países de América Latina para 2002/2003.

³⁸ En la Consulta Popular del 23 de noviembre del 2006, se preguntó a los ciudadanos ecuatorianos con derecho a voto (pregunta 2 b):

¿Está de acuerdo en que, en el plazo de cinco meses, el Congreso Nacional debata y apruebe leyes encaminadas a:

El aumento del 0.5% anual en la participación de salud en relación al PIB hasta el año 2012, o hasta alcanzar al menos el 4% del PIB?

**AMERICA LATINA: GASTO PUBLICO
EN SALUD
2002/2003**

PAIS	% PIB	% Gasto Público Total
Argentina	4,4	15,0
Bolivia	1,6	3,8
Brasil	2,9	8,9
Chile	3,0	13,7
Costa Rica	5,7	19,3
Cuba	6,3	11,0
Ecuador	1,1	4,9
México	2,4	13,4
Uruguay	2,4	7,1
Venezuela	1,6	5,3

FUENTE. CEPAL

3. Presupuesto del sector salud por grupo de gasto

La estructura del presupuesto del sector salud por grupo de gasto para el año 2006, permite apreciar la mayor importancia de los gastos en personal con USD286,1 millones (50.9%), luego los bienes y servicios para inversión con USD120,4 millones (21.4%) y a continuación los bienes y servicios de consumo con USD76,7 millones (13.7%).

**PRESUPUESTO SECTOR SALUD
GRUPO DE GASTO
2006
(Millones de dólares y porcentajes)**

GRUPO DE GASTO	MONTO	%
Gastos en personal	286,1	50,9
Bienes y servicios de consumo	76,7	13,7
Otros gastos corrientes	1,0	0,2
Transferencias y donaciones corrientes	6,3	1,1
Gastos en personal para inversión	1,0	0,2
Bienes y servicios para inversión	120,4	21,4
Obras públicas	8,0	1,4
Otros gastos de inversión	44,4	7,9
Bienes de larga duración	17,8	3,2
TOTAL	561,7	100,0

FUENTE: MEF

4. **Presupuesto del sector salud por naturaleza del gasto**

El desglose del presupuesto del sector salud del año 2006 por naturaleza del gasto muestra: gasto corriente con USD370,1 millones (65.9%), gasto de inversión con USD173,8 millones (30.9%) y gasto de capital con USD17,8 millones (3.2%). Esta situación afecta la dotación de infraestructura y equipamiento, con un impacto negativo a nivel de cobertura y calidad.

**PRESUPUESTO SECTOR SALUD
NATURALEZA DEL GASTO
2006
(Millones de dólares y porcentajes)**

GRUPO DE GASTO	MONTO	%
Gasto corriente	370,1	65,9
Gasto inversión	173,8	30,9
Gasto capital	17,8	3,2
TOTAL	561,7	100,0

FUENTE: MEF

5. Gasto en salud per cápita anual

El gasto en salud muestra que en el año 2000 se destinaron USD9,39 por habitante, incrementándose a USD41,89 en el año 2006.

GASTO EN SALUD PERCAPITA ANUAL 2000-2006 (Dólares)

AÑO	Gasto en salud per cápita anual
2000	9,39
2001	15,38
2002	24,86
2003	28,53
2004	31,40
2005	33,11
2006	41,89

FUENTE: MEF-BCE

A continuación se presenta información para América Latina sobre el gasto público en salud per cápita (en dólares del 2000), para el bienio 2002-2003.

AMERICA LATINA: GASTO PUBLICO EN SALUD PERCAPITA (En dólares del 2000) 2002/2003

PAIS	Gasto público en salud per cápita
Argentina	291
Bolivia	16
Brasil	102
Chile	155
Costa Rica	236
Cuba	168
Ecuador	15
México	136
Uruguay	125
Venezuela	67

FUENTE. CEPAL

ANEXO No. 1

PLAN ESTRATÉGICO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

El Plan Estratégico del Ministerio de Salud Pública³⁹ contempla los siguientes elementos fundamentales:

1. SISTEMA NACIONAL DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL DE SALUD

- Dar cobertura al 45% de la población incluida en los quintiles y II (sin acceso a la atención de salud), es decir 1'350.000 beneficiarios ubicados e identificados en las 200 parroquias más pobres, y que se beneficiarán en forma subsidiada del Aseguramiento Universal de Salud hasta diciembre del año 2006.
- Incrementar la cobertura hasta el 88% de la población contemplada entre los quintiles I y II hasta el año 2010, e incorporar paulatinamente los demás quintiles, hasta lograr la universalidad en el año 2015.
- Fomentar la sostenibilidad del proceso financiero del Programa.
- A través de los recursos CEREPS se priorizará una serie de proyectos destinados a mejorar la infraestructura física de los servicios de salud del MSP.
- Incorporar suficientes profesionales de la salud y personal auxiliar, a fin de cubrir el déficit de este recursos humano, especialmente en aquellas Unidades Operativas de atención primaria y rural.
- Mantener una coordinación directa con la Secretaría de Desarrollo de los Objetivos del Milenio (SODEM) y mejorar los niveles de cooperación con IESS, ISSFA, ISSPOL, SELBEN, STFS, MEF y las Instituciones de Salud del sector privado; todo ello enmarcado bajo la normatividad del Ministerio de Salud Pública y la política de la Presidencia de la República del Ecuador.
- Ser integrante activo de los Consejos del AUS, por ser normatizador, partícipe y el mayor proveedor de servicios de salud del sistema.

³⁹ Ministerio de Salud Pública: Plan Estratégico Institucional

2. AMPLIACIÓN DEL SISTEMA INTEGRADO DE LA RED NACIONAL DE ASISTENCIA A EMERGENCIAS MEDICAS (SIREM)

- Rescatar a través de las Unidades Móviles y de los procesos establecidos con el SIREM, el sistema ambulatorio de atención de emergencias, en todas las áreas urbanas y rurales del país.
- Integrar unidades móviles con tecnología de punta y personal capacitado, con el fin de brindar una atención en el sitio de la emergencia, y durante su traslado a una unidad médica.
- Realizar los convenios necesarios con las redes de emergencias médicas ya establecidas en el país.

3. FORTALECER LA RECTORÍA DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

- Se impulsarán las gestiones pendientes a lograr la aprobación del “Nuevo Código de la Salud”, el cual enfoca y actualiza las normas para cada uno de los grandes capítulos relacionados con la Salud Pública, de las personas y de los riesgos por el ambiente.
- Se propenderá a establecer un Sistema único de información en Salud, que permita disponer de una información confiable y oportuna para la toma de decisiones. El programa del AUS contempla módulos informáticos de sistemas estadísticos que reforzarán el conocimiento nacional sobre los indicadores de salud.
- Consolidar y fortalecer el Consejo Nacional de Salud, CONASA y sus comisiones técnicas, con el liderazgo de la Autoridad Sanitaria dentro del marco normativo establecido por el Ministerio de Salud Pública.

4. REFORZAMIENTO DE LOS PROGRAMAS PRIORITARIOS DE SALUD

- Anticipar los procesos de atención a los programas de control de enfermedades de alto riesgo epidemiológico y de inmunizaciones, con el fin de iniciar oportunamente la ejecución de los mismos.
- Ampliar las coberturas en inmunizaciones y promocionar la salud ambiental, enfocada especialmente a la vigilancia de la calidad del agua y de los factores ambientales determinantes.

- Reforzar la vigilancia epidemiológica y los programas de promoción y prevención en todos los niveles con especial énfasis en aquellas zonas amenazadas por las estaciones invernales, fenómenos naturales o con riesgos de epidemias como dengue, malaria, influenza aviar, rabia, leishmaniasis y oncocercosis.
- Apoyar todas las actividades relacionadas con el control de VIH-SIDA con miras a cumplir con los Objetivos y Metas del Milenio.
- Impulsar y liderar las campañas contra el consumo de cigarrillos.
- Apoyar las estrategias de detección oportuna de pacientes resistentes a la medicación antituberculosa en la mayoría de las provincias.
- Reforzar los programas de prevención de enfermedades crónicas no transmisibles con énfasis en los problemas relacionados con la dieta alimenticia (diabetes, hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad).
- Apoyar la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita continuando con el pago por las prestaciones brindadas tanto en las Unidades del MSP, como en aquellas que han realizado convenios de gestión y fomentar la participación de los Comités de Gestión Local.

5. PROGRAMAS DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

- Liderar el Sistema Integrado de Alimentación y Nutrición (SIAN) con énfasis en los grupos de embarazadas, madres en período de lactancia y niños.
- Reforzar el Programa PANN 2000 para la entrega de alimentos complementarios “Mi papilla” y “Mi bebida” y micronutrientes como hierro, ácido fólico y vitamina A.
- Optimizar las campañas nacionales de fomento del programa de Lactancia Materna.

6. PROGRAMA DE MEDICAMENTOS

- Implementar a nivel nacional un Registro único de proveedores para todas las instituciones de salud con capacidad de comercialización y distribución en todo el país.

- Optimizar los procesos de adquisición de medicamentos genéricos a través de subastas de precios, para la provisión directa a las Unidades Operativas.
- Establecer un Sistema de Control permanente de la calidad posregistro de los medicamentos, de los establecimientos de comercialización y la distribución ilegal de fármacos.

7. OBRA PUBLICA

- Desarrollo de proyectos nuevos y de arrastre para la readecuación y equipamiento de 600 Subcentros de Salud en las áreas más deprimidas y desposeídas del país.
- Finalización de más de 70 obras sanitarias.
- Atención a la construcción de obras nuevas (hospitales o centros de salud), siempre enmarcados en el esquema de cobertura y provisión de servicios para el AUS.

8. FINANCIAMIENTO

- Plantear para el año 2007 un presupuesto con financiamiento regular y con un incremento que sirva para satisfacer las necesidades del Sector Salud.
- Buscar los mecanismos idóneos para incrementar la captación de recursos de manera prioritaria los no reembolsables, y así lograr la ejecución de varios programas de salud.

9. POLITICO ADMINISTRATIVO

- Mantener una relación de diálogo positivo con los diferentes gremios del sector, que permitan una fluidez de los servicios.
- Fomentar procesos de desconcentración hacia las diferentes Direcciones Provinciales de Salud del Sistema del MSP.
- Dimensionar adecuadamente la estructura del MSP.

10. COOPERACION NACIONAL E INTERNACIONAL

- El MSP fortalecerá su gestión mediante una coordinación adecuada con las agencias de Cooperación de las Naciones Unidas, Banco Mundial, Comunidad Económica Europea y otros cooperantes nacionales e internacionales que apoyen proyectos de salud.

ANEXO No. 2

PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL DE SALUD⁴⁰

El Programa de Aseguramiento Universal de Salud, (AUS), fue creado por el Presidente de la República, Dr. Alfredo Palacio, mediante Decreto Ejecutivo No. 1832, del 5 de septiembre, con el objetivo de proporcionar protección financiera para el acceso efectivo a un Plan de Beneficios de Salud a las personas registradas en los quintiles 1 y 2 de la base del Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales, SELBEN, de la Secretaría Técnica del Frente Social.

El AUS propone articular un sistema nacional de aseguramiento interrelacionando a las instituciones aseguradoras públicas y privadas; brindando atención a la población más vulnerable del país.

Este programa permitirá acceder a los centros de salud de los diferentes proveedores públicos y privados debidamente calificados y contratados por la Secretaría Nacional de los Objetivos del Milenio, SODEM.

Los proveedores podrán ser del Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Fuerzas Armadas, Policía Nacional, unidades de salud de gobiernos seccionales y organizaciones privadas con y sin fines de lucro, en donde el afiliado y su grupo familiar podrán recibir atención médica gratuita.

El Programa de Aseguramiento Universal de Salud impulsará la promoción de la salud, atención preventiva, curativa y de rehabilitación. Se atenderá a la comunidad, mediante visitas al hogar o en centros de salud, hospitales generales y especializados

⁴⁰ Página web - Presidencia de la República del Ecuador

En la Consulta Popular del 23 de noviembre del 2006, se preguntó a los ciudadanos ecuatorianos con derecho a voto (pregunta 2):

¿Está de acuerdo en que, en el plazo de cinco meses, el Congreso Nacional debata y apruebe leyes encaminadas a:

a.- Destinar a favor de los ecuatorianos recursos suficientes que garanticen la prevención y la atención médica de patologías, elevando a categoría de política de Estado el Aseguramiento Universal de Salud?

(patologías específicas); fortaleciendo al primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema.

Este sistema de aseguramiento es considerado por el Gobierno Nacional como una Política de Estado de corto, mediano y largo plazo, a través de la cobertura gradual.

El Programa de Aseguramiento de Salud se financia con parte del Presupuesto Fiscal, con un monto de 15 millones de dólares para el pago de prestaciones de salud y aportes para los sistemas de soporte del AUS con crédito del Banco Mundial por 90 millones de dólares. Actualmente se está negociando financiamientos con el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento BIRF por otros 90 millones de dólares, y con el Banco Interamericano de Desarrollo y la Corporación Andina de Fomento.

El principal impacto del AUS es que a mediano y largo plazo se espera realizar la cobertura universal de manera progresiva, es decir 100% de beneficiarios, alcanzando las metas del milenio en cuanto a acceso a salud y disminución de la pobreza, esto significa: disminuir la mortalidad infantil y materna, debido a que mejorará la accesibilidad económica a los servicios de salud y la calidad de la atención.

ANEXO No. 3

PROGRAMAS PRIORITARIOS: SECTOR SALUD

Vásconez, Córdoba y Muñoz⁴¹ señalan que a partir del año 2000, con el diseño del Plan Social de Emergencia, se definen programas sociales prioritarios para enfrentar los desequilibrios sociales que surgieron a causa de la crisis económica-financiera de finales de los años noventa. Del plan social de emergencia se ejecutaron algunas acciones especialmente aquellas que ya estaban en marcha y se identificaron como programas prioritarios 22 proyectos que cubren los sectores de: educación, salud, bienestar social y vivienda.

A continuación se presentan los programas prioritarios administrados por el Ministerio de Salud Pública, con información correspondiente al año 2004⁴².

- Control de Malaria y Dengue

Objetivo

Reducir los impactos de malaria y dengue en la salud de la población, mediante la disminución de la morbilidad malárica, porcentaje de infecciones de plasmodium falciparum, índices de infestación del mosquito aedes aegyptis en las áreas consideradas de riesgo potencial; asimismo, lograr la participación interinstitucional e intersectorial y de la comunidad en la adopción y ejecución de medidas de prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores.

Metas y avance

Para atender a su población objetivo constituida por 6'800,000 personas ubicadas en áreas de riesgo en provincias de la Costa, valles subtropicales de provincias andinas y provincias del oriente, el programa definió medidas preventivas con la participación comunitaria e interinstitucional, y al final del año se sumaron a esta

⁴¹ Alison Vásconez, Rossana Córdoba y Pabel Muñoz: La construcción de las políticas sociales en Ecuador durante los años ochenta y noventa: sentidos, contextos y resultados, Serie Políticas Sociales; No. 105, CEPAL, Santiago de Chile, febrero 2005, p. 63

⁴² Secretaría Técnica del Frente Social: Boletín de Programas 2004

iniciativa municipios, centros educativos, ONG's y áreas de salud. A continuación se detalla las metas y avance del programa:

Componente	Meta anual	Avance a diciembre 2004
Morbilidad malarica	Descenso del 30%	Descenso del 44,4%
Paludismo falciparum	Descenso 40%	Descenso 43,7%
Casos con tratamiento	100% casos	100% casos
Fumigación intra y peridomiciliar	600.000 casas	392.166 casas
Fumigación ultra bajo volumen	400.000 manzanas	208.105 manzanas
Rociado intradomiciliar	250.000 casas	17.135 casas
Control de aedes	1'032.639 casas inspeccionadas	560.521 casas
Índices aedicos	Descenso del 40%	Ascenso de índices Breteau: 27,4 (+71,5%) Casas: 17,6 (+67%)

Fuente y Elaboración: STFS

- Tuberculosis

Objetivo

Reducir los impactos de la tuberculosis en la salud de la población, a través de campañas de inmunización y posterior tratamiento a los pacientes enfermos.

Metas y avance

Se planteó como meta en el 2004 tratar a 8.500 pacientes. A diciembre de ese año se atendió a 6.500 personas.

- Programa Integrado de Micronutrientes

Objetivo

Contribuir a reducir las deficiencias de hierro, vitamina A y ácido fólico en niños menores de 1 año y mujeres embarazadas. Mantener bajo control epidemiológico la deficiencia de yodo de la población ecuatoriana.

Metas y avance

La meta del 2004 fue atender a 245.677 niños y niñas menores de 1 año, y 183.657 mujeres embarazadas. A septiembre 2004, fueron suplementados 45.000 niños y niñas con sulfato ferroso, y 92.000 mujeres embarazadas con sulfato ferroso y ácido fólico.

- Programa de Maternidad Gratuita/Cuidado Materno Infantil

Objetivo

Contribuir a la reducción de las tasas de morbilidad materna e infantil para mejorar el bienestar y calidad de vida de la población.

Metas y avance

Componentes femenino-infantil	No. de casos esperados	Total de consultas 2004
Control prenatal	2.116.860	1.284.129
Parto	506.004	134.445
Emergencias obstétricas	42.709	37.995
Post-parto	594.206	86.461
Planificación Familiar	1.082.145	816.125
Violencia Intrafamiliar	212.450	-
D.O.C.	1.019.124	148.883
Enfermedades de Transmisión Sexual	458.893	81.039
Atención a niños recién nacidos	266.911	119.072
Atención recién nacidos patológicos	16.603	14.521
Atención a niños menores de 5 años (con Estrategia AIEPI)	1.818.987	3.205.501
Sangre y Hemoderivados	111.414	18.643

Fuente y Elaboración: STFS

- Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

Objetivo

Disminuir las tasas de morbilidad por enfermedades inmunoprevenibles en la población infantil, así como erradicar el sarampión, poliomielitis y tétanos.

Metas y avance

Población Objetivo		Biológico	No. Dosis	Meta anual	Avance a diciembre 2004	
Menores de 1 año	252.663	BCG	1	248.172	327.465	
		HB*	1	5.000	8.765	
		Pentavalente (DPT+HB+Hib)	Primera	124.086	286.407	
			Segunda			266.185
			Tercera			261.241
DPT	Primera	103.405	10.681			
	Segunda			10.129		
	Tercera			11.850		
OPV	Primera	248.172	289.988			
	Segunda			269.676		
	Tercera			259.390		
< de 1 año	15.567	HB*	Primera	15.567	2.760	
			Segunda		1.363	
			Tercera		1.007	
12 a 23 meses	302.623	SRP	1	279.883	287.802	
de 1 a 4 años	57.520	BCG	1	248.172	15.578	
		DPT	Primera	57.520	16.292	
	Segunda		23.578			
	Tercera		40.397			
252.663	OPV	Refuerzo	248.172	214.766		
		Primera	57.520	20.203		
		Segunda		27.281		
		Tercera		51.121		
	252.663	Refuerzo	248.172	267.974		
Segundo Básico	1.130.470	DT	1	678.282	204.746	
Séptimo Básico			1		189.900	
1 a 9 años		HB*	Primera	79.073	14.607	
			Segunda		11.795	
			Tercera		13.600	
10 a 49 años	315.829	dT Embaraz.	Primera	310.215	142.933	
			Segunda		113.329	
	Primer ref.		34.715			
	Segundo ref.		16.806			
	Tercer ref.		11.875			
	3.066.986	dT no Embaraz.	Primera	1.988.615	118.320	
Segunda			96.466			
Primer ref.			72.936			
Segundo ref.			45.430			
Tercer ref.			39.492			
de 1 y más años	12 a 23 meses	Fiebre amarilla (FA)*	1	18.539	16.725	
	2 a 4 años			54.367	7.410	
	5 a 14 años			168.145	12.844	
	15 años y más			384.048	68.102	
	Refuerzo				6.163	

* Región Amazónica

Fuente y Elaboración: STFS

- Programa de Alimentación y Nutrición (PANN 2000)

Objetivo

Mejorar el estado nutricional de las mujeres embarazadas y madres en período de lactancia y contribuir a prevenir la desnutrición y el retraso en el crecimiento y los daños de malnutrición de niñas y niños menores de 2 años de edad.

Metas y avance

La meta anual fue atender a 99.846 niños y niñas y 79.806 mujeres. A diciembre del 2004 se beneficiaron del programa 101.898 niños y niñas y 82.285 mujeres.

- Medicamentos Genéricos

Objetivo

El Plan Nacional de Medicamentos Genéricos Gratuitos tiene como objetivo garantizar el continuo suministro y accesibilidad de medicamentos esenciales de calidad, eficacia e inocuidad comprobada, a la población de escasos recursos económicos, a través de las Unidades Operativas del Ministerio de Salud.

Meta

Garantizar la accesibilidad a 1'500,000 usuarios a un grupo de medicamentos esenciales, para atender las primeras causas de morbimortalidad en el país.

- Unidades Móviles de Salud

Objetivo

Desarrollar una red de unidades móviles de salud para niños y niñas escolares de sectores rurales ampliando la cobertura del Ministerio de Salud Pública.

Metas y avance

La meta anual fue brindar atención integral en salud, odontología y salud mental a 400.000 escolares y población de las comunidades con elevados niveles de pobreza. Hasta septiembre del 2004 se

atendieron 333.250 personas, de los cuales 236.759 fueron niños y niñas escolares de los sectores rurales y urbano-marginales, y 96.491 personas menores de 5 años y adultos mayores de 65 años.

- **Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/SIDA**

Objetivo

Disminuir la incidencia y prevalencia de la pandemia y el impacto social de la infección por VIH/SIDA.