



MINISTERIO DE AGRICULTURA  
Y GANADERIA  
DIRECCION DE PLANIFICACION  
ECUADOR



O. R. S. T. O. M.  
OFFICE DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE  
ET TECHNIQUE OUTRE-MER  
FRANCIA

ESTUDIO DE LA  
INFRAESTRUCTURA DE SALUD  
Para la Regionalización Agrícola del Ecuador



REGIONALIZACION

QUITO - ECUADOR

M. A. G.

O. R. S. T. O. M.

ESTUDIO DE LA  
INFRAESTRUCTURA DE SALUD  
Para la Regionalización Agrícola del Ecuador

PIERRE GONDARD  
Quito, enero - 1976

## NOTE A L'ATTENTION DES LECTEURS

Ce travail a pour premier objectif de répondre aux impératifs de la convention MAG-ORSTOM et des "termes de références pour la régionalisation agricole" élaborés par le Ministère de l'agriculture et de l'élevage.

Les données de base proviennent de documents administratifs du Ministère de la Santé et de l'enquête réalisée par les soins de l'auteur dans 103 des 114 chef-lieux de canton du pays.

La première partie présente un diagnostic de l'état de santé par grandes zones. Cette étude se fonde sur l'analyse de la répartition nationale des 4 maladies les plus fréquentes en Equateur; c'est la synthèse de ces données qui permet d'établir le diagnostic.

La 2ème partie traite des services de santé mis à la disposition du public. Il s'agit d'une part de la distribution des services d'eau potable et des services proprement médicaux dans chacune des 816 paroisses, et d'autre part de la hiérarchisation des centres de santé en fonction des zones d'attraction hospitalière.

Cette dernière approche, exclusivement menée à partir de l'enquête d'infrastructure permet de déterminer des centres locaux, subrégionaux et régionaux, en un mot d'identifier les pôles organisateurs de l'espace; Elle conduit donc à une délimitation de régions.

C'est également en fonction des zones d'attraction hospitalière et non dans un cadre administratif qu'a été calculé l'indice de lits d'hospitaux pour 1.000 h. Le résultat correspondant ainsi au service effectivement rendu.

Cette étude apporte donc dans le secteur santé des renseignements précis pour l'élaboration du diagnostic socio-économique prévu pour Juin prochain.

La détermination de régions qui suivent les limites de la polarisation par les centres constitue quand à elle, à ce niveau, une approche nouvelle de l'organisation de l'espace équatorien.

ESTUDIO DE INFRAESTRUCTURA DE SALUD PARA LA  
REGIONALIZACION AGRICOLA DEL ECUADOR

\*\*\*\*\*

Dentro de los "términos de referencia para la Regionalización Agrícola del Ecuador" (1), el interés del Ministerio de Agricultura y Ganadería, en cuanto a la infraestructura de Salud es doble: conocer el estado de salud de las poblaciones y los servicios puestos a disposición del público.

Pues, como se puede apreciar, la meta de este estudio no es tratar detalladamente un tema particular como la nutrición, ni analizar exhaustivamente el "Sector Salud" ecuatoriano, sino subrayar las diferencias regionales y circunscribir los "espacios - problemas", o sea, llegar a un diagnóstico regional.

Se estudiará primero la distribución de cuatro enfermedades más características del estado de salud general; se presentarán después los varios servicios básicos hasta el nivel de precisión más fino, el de parroquia; luego se hará la descripción de las zonas de atracción hospitalaria, la cual permite determinar en este aspecto, las zonas de influencia de los principales centros organizadores del espacio nacional.

---

(1) Ministerio de Agricultura y Ganadería, grupo internacional de trabajo, Quito - Enero de 1974

## CAPITULO I

### ESTADO DE SALUD.

#### 11 FUENTE Y METODOLOGIA:

Dentro de la gama de enfermedades, unas están más ligadas con los problemas del subdesarrollo y son características del estado de salud de la población; así por ejemplo, las enfermedades causadas por deficiencias nutricionales, la tuberculosis, los trastornos del sistema respiratorio, las enfermedades parasitarias y diarreicas. Estas 4 enfermedades o tipos de enfermedades que son también las afecciones más frecuentes de la población campesina ecuatoriana, son las que hemos escogido para comparar el nivel de salud entre provincias,

El Instituto Nacional de Estadística en su publicación "Encuesta anual de recursos y actividades de Salud" (1), da el número total de egresos hospitalarios, indicando el número correspondiente a cada una de las enfermedades por provincia a nivel nacional. Calculando el porcentaje respectivo para cada provincia por enfermedad se las puede clasificar y grafizar fácilmente en 4 mapas analíticos. Sin embargo, más interesante es la síntesis de las 4 informaciones, pues permite hacer un diagnóstico del estado de salud global.

---

(1) Instituto Nacional de Estadística, Quito.

## 12 ENFERMEDADES PARASITARIAS Y DIARREICAS

121 CUADRO 1.- Porcentaje de egresos hospitalarios por enfermedades parasitarias y diarreicas.

República - Provincias	Total de egresos	Por esta Enfermedad	Porcentaje
REPUBLICA	287.572	15.594	5,42
Zamora Chinchipe	1.448	185	12,78
Morona Santiago	2.050	235	11,46
Imbabura	8.705	829	9,52
Manabí	33.461	3.026	9,04
Cañar	6.020	541	8,99
Azuay	14.269	1.253	8,78
Los Ríos	12.743	1.064	8,35
Napo	4.493	374	8,32
Chimborazo	11.320	851	7,52
Pastaza	1.702	112	6,58
Loja	8.802	552	6,27
Esmeraldas	6.965	398	5,71
Carchi	3.556	195	5,48
El Oro	12.127	664	5,48
Galápagos	274	15	5,47
Cotopaxi	6.892	369	5,35
Tungurahua	12.111	619	5,11
Bolívar	3.710	163	4,39
Pichincha	52.607	1.615	3,07
Guayas	83.998	2.511	2,99

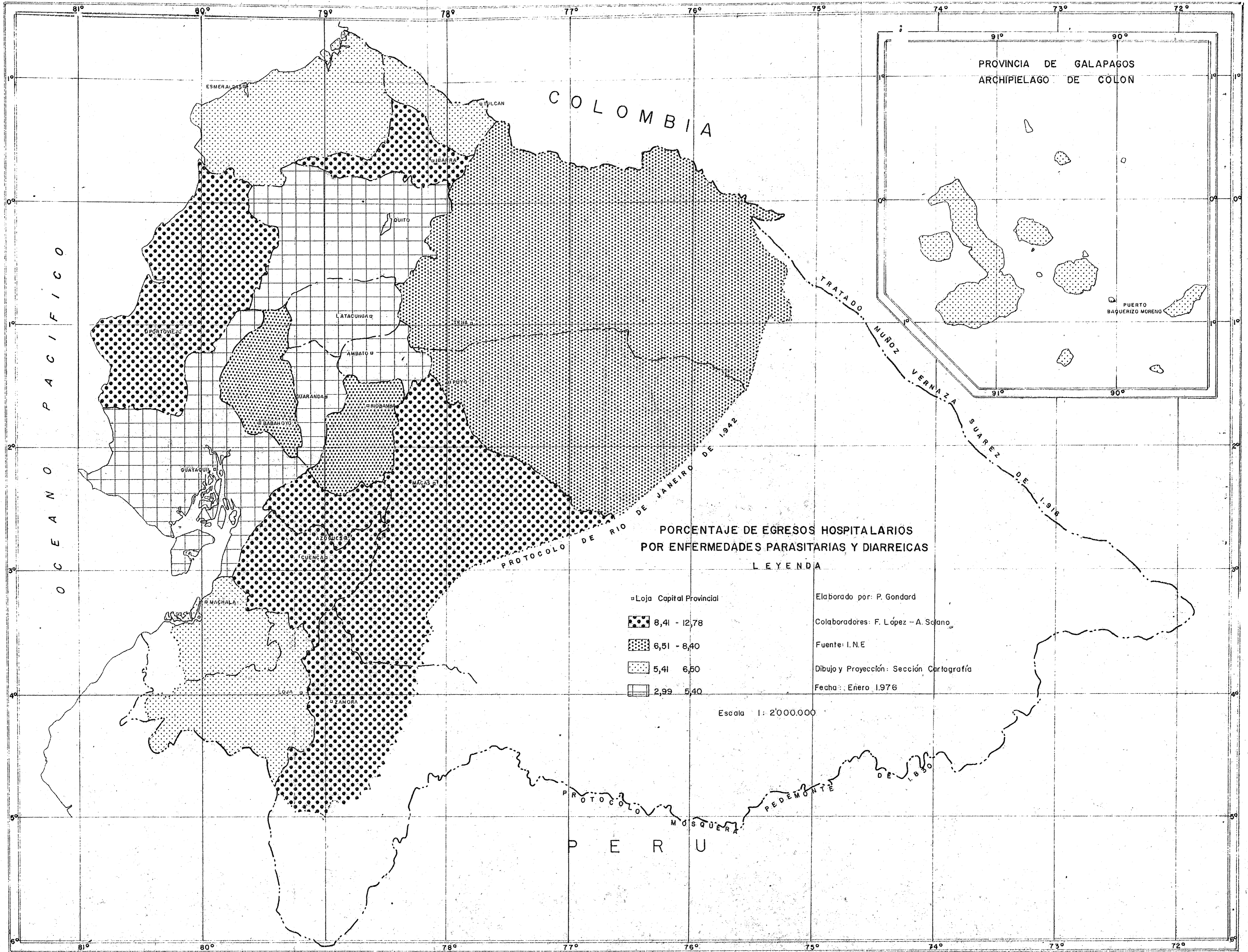
122 Ver el Mapa adjunto

123 NOTA: Se notará que solo 5 provincias tienen un porcentaje de egresos por enfermedades parasitarias y diarreicas, inferior al promedio nacional, de las cuales dos son las provincias más urbanizadas, es decir que el problema que tratamos radica esencialmente en el campo. Lo que llama más la atención es la diferencia entre datos extremos = Guayas 2,99 y Zamora Chinchipe 12,78

# ECUADOR

OUTRE-MER (FRANCIA)  
CONVENIO M.A.G.-ORSTOM

DIRECCION DE PLANIFICACION DPTO. DE REGIONALIZACION



## 13 TUBERCULOSIS

131 CUADRO 2 - % de egresos hospitalarios por tuberculosis

República - Provincias	Total de egresos	Egresos por Tuberculosis	Porcentaje
REPUBLICA	287.572	4.042	1,41
Napo	4.493	168	3,74
Azuay	14.269	395	2,77
Pastaza	1.702	47	2,76
Cañar	6.020	165	2,74
Loja	8.802	218	2,48
Morona Santiago	2.050	44	2,15
Los Ríos	12.743	265	2,08
Esmeraldas	6.965	142	2,04
Bolívar	3.710	74	1,99
El Oro	12.127	231	1,90
Zamora Chinchipe	1.448	26	1,80
Cotopaxi	6.892	119	1,73
Carchi	3.556	54	1,52
Imbabura	8.705	125	1,44
Chimborazo	11.320	163	1,44
Guayas	83.998	1.068	1,27
Tungurahua	12.111	119	0,98
Manabí	33.461	314	0,94
Galápagos	274	2	0,73
Pichincha	52.607	295	0,56

132 Ver Mapa adjunto

133 NOTA: Los dos focos mayores de tuberculosis se encuentran en el Nororiente, provincias de Napo y Pastaza y en el Sur de la Sierra: Azuay, Cañar y Loja. Por el contrario las provincias más preservadas son las dos más urbanizadas a las cuales se añaden Tungurahua, Manabí y Galápagos. Estas 5 Provincias son las únicas que tienen un mejor porcentaje que el promedio nacional.

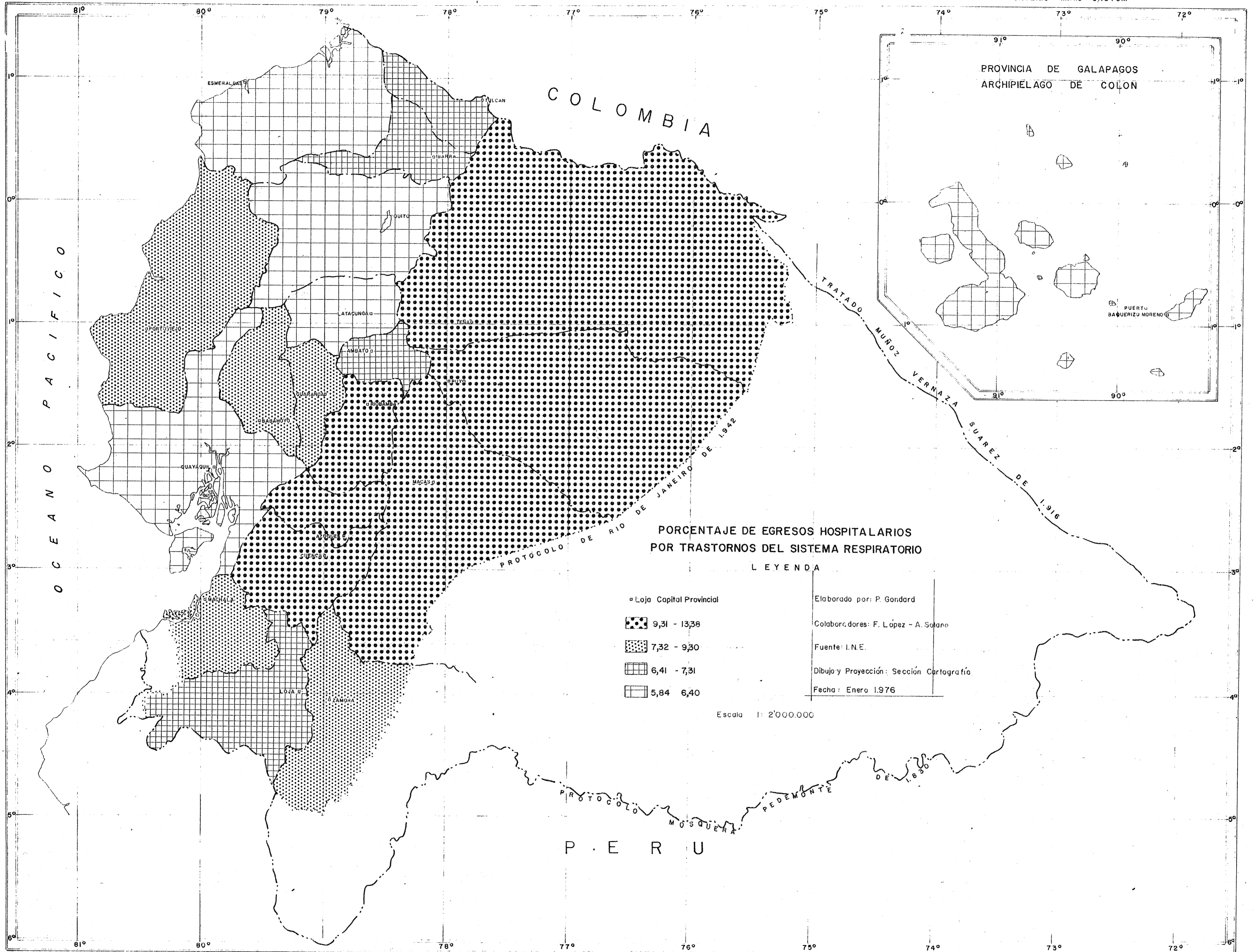
## 14 TRASTORNOS DEL SISTEMA RESPIRATORIO

141 CUADRO 3 = % de egresos hospitalarios por trastornos del sistema respiratorio.

República - Provincia	Total de egresos	Por esta Enfermedad	Porcentaje
REPUBLICA	287.572	21.011	7,31
Napo	4.493	601	13,38
Pastaza	1.702	205	12,04
Cañar	6.020	719	11,94
Azuay	14.269	1.666	11,68
Morona Santiago	2.050	237	11,56
Chimborazo	11.320	1.150	10,16
El Oro	12.127	1.121	9,24
Bolívar	3.710	334	9,00
Zamora Chinchipe	1.448	130	8,98
Los Ríos	12.743	973	7,64
Manabí	33.461	2.454	7,33
Cotopaxi	6.892	499	7,24
Loja	8.802	627	7,12
Carchi	3.556	241	6,78
Imbabura	8.705	567	6,51
Esmeraldas	6.965	443	6,36
Tungurahua	12.111	755	6,23
Guayas	83.998	5.173	6,16
Galápagos	274	16	5,84
Pichincha	52.607	3.072	5,84

142 Ver el Mapa adjunto

143 NOTA : Haciendo excepción de las provincias de Guayas y Esmeraldas todas las demás provincias de la Costa y del Oriente, tienen un porcentaje mayor que el promedio nacional para los trastornos del sistema respiratorio. Mas afectadas que las demás son: Napo, Pastaza y Morona Santiago en el Oriente; Chimborazo, Cañar y Azuay en la Sierra.





## 15 DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y DEL CRECIMIENTO

151 CUADRO 4 = % de egresos hospitalarios por deficiencias nutricionales y del crecimiento.

República - Provincia	Total de egresos	Por esta Enfermedad	Porcentaje
REPUBLICA	287.572	6.590	2,29
Zamora Chinchipe	1.448	204	14,09
Pastaza	1.702	101	5,93
Manabí	33.461	1.547	4,62
Bolívar	3.710	169	4,56
Esmeraldas	6.965	302	4,34
Napo	4.493	187	4,16
Los Ríos	12.743	495	3,38
Morona Santiago	2.050	77	3,76
El Oro	12.127	404	3,33
Galápagos	274	6	2,19
Loja	8.802	186	2,11
Cotopaxi	6.892	135	1,96
Cañar	6.020	104	1,73
Pichincha	52.607	814	1,55
Guayas	83.998	1.259	1,50
Azuay	14.269	209	1,46
Carchi	3.556	43	1,21
Tungurahua	12.111	134	1,11
Chimborazo	11.320	124	1,10
Imbabura	8.705	85	0,98

152 Ver Mapa adjunto

153 NOTA : Las deficiencias nutricionales y del crecimiento son frecuentemente consideradas como íntimamente ligadas al subdesarrollo de la poblaciones en las cuales se las encuentran. Desde este punto de vista, es particularmente interesante notar la agrupación rara constituida por las provincias que tienen el menor porcentaje de enfermos afectados por ellas; así tenemos, Azuay, Carchi, Tungurahua, Chimborazo, Imbabura, todas estas provincias constan con una fuerte

proporción de campesinos indígenas. En contraste con todo lo anterior es en este tipo de enfermedad donde en Pichincha y Guayas aparecen con la peor clasificación. Aquí sobresalen más las difíciles condiciones de vida en los suburbios, sin que ésto quiera decir que en el campo exista un nivel adecuado (1).

De una manera más general, toda la sierra, con excepción de Loja, que ya no es totalmente de sierra, consta con un porcentaje inferior al promedio nacional. Las dificultades más grandes se encuentran en el Oriente (Zamora Chinchipe 14,09%; promedio nacional 2,29%); y, en la costa Manabí y Esmeraldas particularmente.

---

(1) Se lee por ejemplo en la obra básica del IMSE (Investigaciones Médicas Sociales del Ecuador) : "Nutrición y Desarrollo en Los Andes Ecuatorianos" : " en toda el área la alimentación es inadecuada e insuficiente".  
P. 38.



16. SINTESIS - DIAGNOSTICO DEL ESTADO DE SALUD POR GRANDES ZONAS

161 CUADRO 5 = % de egresos hospitalarios . Síntesis de las cuatro enfermedades ya estudiadas: Tuberculosis; Deficiencias Nutricionales y del Crecimiento; Trastornos Respiratorios; Parasitarias y Diarreas.

República - Provincia	Total de Egresos	Egresos de las 4 enfermed.	Porcentaje
REPUBLICA	287.572	47.237	16,42
Zamora Chinchipe	1.448	545	37,63
Napo	4.493	1.303	29,00
Morona Santiago	2.050	593	28,92
Pastaza	1.702	465	27,32
Cañar	6.020	1.529	25,39
Azuay	14.269	3.523	24,68
Los Ríos	12.743	2.797	21,94
Manabí	33.461	7.341	21,93
Chimborazo	11.320	2.288	20,21
El Oro	12.127	2.420	19,95
Bolívar	3.710	740	19,94
Esmeraldas	6.965	1.285	18,44
Imbabura	8.705	1.606	18,44
Loja	8.802	1.583	17,98
Cotopaxi	6.892	1.122	16,27
Galápagos	247	39	15,78
Carchi	3.556	533	14,98
Tungurahua	12.111	1.627	13,43
Guayas	83.998	10.011	11,91
Pichincha	52.607	5.796	11,01

162 Ver el Mapa adjunto

163 NOTA : Es en el Oriente donde se encuentran los problemas más agudos; Zamora Chinchipe

consta con los peores porcentajes para las deficiencias nutricionales y para las enfermedades parasitarias y diarreicas; lo mismo para el Napo en cuanto a la tuberculosis y a los trastornos del sistema respiratorio; con relación a esa misma enfermedad Pastaza ocupa el segundo puesto así como para la deficiencias nutricionales; lo mismo que Morona Santiago para las enfermedades parasitarias y diarreicas.

La primera explicación que surge frente a la homogeneidad, en el mal estado de salud de las provincias orientales, se refiere a una supuesta insuficiencia de la infraestructura médica. Luego veremos que eso no es cierto, puesto que, frente al número de población hacen parte de las provincias mejor equipadas del país.

Para esa situación interfieren por lo menos dos causas mayores, la selva es un medio de vida límite para el hombre como de otra manera el desierto, pero por razones opuestas, acá y allá estamos al límite del habitat (EOKOUMENE); la dispersión de la población y las dificultades de comunicación implican por otra parte una acción liviana y preventiva.

Otro centro de preocupación debe ser las provincias "gemelas" de Cañar y Azuay, ya que para cada una de las enfermedades estudiadas se encuentran en la cuarta clase la de los más fuertes porcentajes, excepto para las deficiencias nutricionales y del crecimiento; esta situación debe ser mejorada. En este caso, como la población se encuentra relativamente concentrada, cualquier acción adicional que se emprenda en este campo puede tener éxito mas fácilmente que en otras zonas.

Puesto a parte Guayas, cuya situación es excepcional con el peso excesivo que tiene la ciudad de Guayaquil, todas las provincias de la costa pertenecen a la clase dos intermedia: El Oro, Manabí, Esmeraldas, Los Ríos, tienen

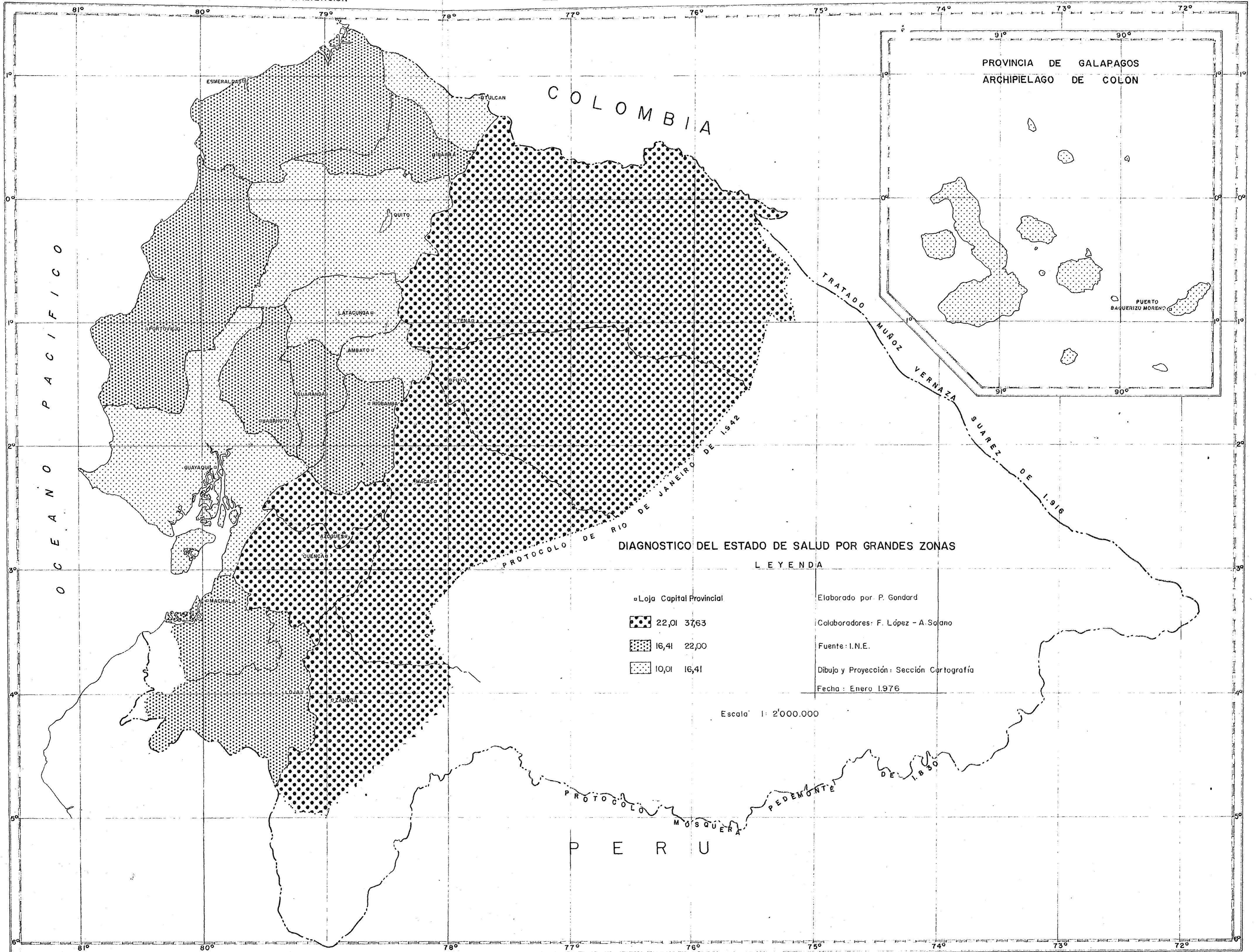
porcentajes elevados mas fuertes que el promedio nacional, sólo hacen excepción : Manabí para la tuberculosis y Esmeraldas para los trastornos del sistema respiratorio.

A esta clase pertenecen también las provincias de: Loja (fuerte porcentaje de tuberculosis); Imbabura (fuerte porcentaje de enfermedades parasitarias y diarreicas; Chimborazo (trastornos del sistema respiratorio y parasitosis); Bolívar (deficiencias nutricionales aunque esté muy bien situada en cuanto a las enfermedades parasitarias y diarreicas).

La tercera clase es limitada, solo seis provincias salen, dentro de las cuales Pichincha y Guayas mas urbanizadas tienen un puesto aparte asi como Galápagos. Quedan entonces sólo tres provincias de la sierra: Carchi, Cotopaxi y Tungurahua; en cada una de las 4 enfermedades ocupan una posición buena o mediana, lo más notables de todo esto son los pocos egresos en Carchi para la deficiencias nutricionales y la siempre excelente situación de Tungurahua. De las provincias con población rural dominante, Tungurahua es la que mas se destaca con un porcentaje global poco superior al de Guayas y Pichincha y con porcentajes particulares para cada enfermedad que la sitúan dentro de las 3 o 4 mejores.

Así vemos al país dividirse en 3 zonas de estado de Salud, correspondientes a las 3 regiones naturales. El Oriente donde los problemas son de mas gravedad. La Costa que ocupa una posición intermedia pero, donde unas enfermedades llegan a niveles preocupantes y por fin la Sierra que globalmente tiene un estado de salud mejor pero con la excepción muy marcada de Cañar y Azuay.

# ECUADOR



### DIAGNOSTICO DEL ESTADO DE SALUD POR GRANDES ZONAS

#### LEYENDA

- ◻ Loja Capital Provincial
- ◻ 22,01 37,63
- ◻ 16,41 22,00
- ◻ 10,01 16,41

Elaborado por P. Gondard  
 Colaboradores: F. López - A. Solano  
 Fuente: I.N.E.  
 Dibujo y Proyección: Sección Cartografía  
 Fecha: Enero 1976

Escala 1: 2'000.000

PROTOCOLO DE RIO DE JANEIRO DE 1942  
 TRATADO MUÑOZ VERNAZA SUAREZ DE 1916  
 PROTOCOLO DE PEDEMONTE DE 1850  
 MOSQUERA

## CAPITULO II

### SERVICIOS DE SALUD

Dentro de los servicios de salud se consideran todos los establecimientos, como: hospitales, clínicas, dispensarios públicos o privados que dan atención a la población.

Sin embargo, hemos querido precisar mas y por ende conocer las posibilidades efectivas de tener acceso a dos niveles mayores de atención, que son: la consulta médica y la hospitalización. El primero será visto a través de la distribución de los médicos en el país, el segundo con el índice de camas hospitalarias disponibles para 1.000 habitantes, calculado para mayor exactitud, en función de las zonas de atracción hospitalaria.

Por fin, es de presentar un estado del sistema de aprovisionamiento de agua, el mismo que por no ser un servicio médico no es menos fundamental desde el punto de vista de la salud.

-----

## 21 SERVICIO DE APROVISIONAMIENTO DE AGUA

## 211 Fuente y Metodología

Todo el material de este Capítulo fue obtenido por medio de la Encuesta de Infraestructura que se ha llevado a cabo en cada Cantón (1).

Hemos considerado a 3 tipos de aprovisionamiento de agua: agua potable, agua entubada, sin servicio. La distinción entre agua potable y agua entubada se funda en que la una es tratada y la otra no.

El nivel de estudio es la parroquia.

El cuadro siguiente indica para cada Provincia el porcentaje respectivo de cada uno de los tipos.

## 212 CUADRO 6 : Servicios de aprovisionamiento de agua por Provincia

República-Provincia	N° total Parroq.	Parroq. con agua potable	%	Parroq. con agua entubada	%	Parroq. sin servicio	%
REPUBLICA*	821	116	14,13	403	49,08	302	36,79
Carchi	27	3	11,11	16	59,26	8	29,63
Imbabura	42	9	21,43	24	57,14	9	21,43
Pichincha	62	48	77,42	13	20,96	1	1,62
Cotopaxi	37	4	10,81	24	64,86	9	24,32
Tungurahua	49	7	14,29	39	79,59	3	6,12
Chimborazo	48	5	10,42	43	89,58	-	
Bolívar	24	-		20	83,33	4	16,67
Cañar	31	1	3,23	24	77,42	6	19,35
Azuay	63	2	3,17	37	58,73	24	38,10
Loja	71	3	4,43	53	74,65	15	21,13
Esmeraldas	55	4	7,27	2	3,64	49	89,09
Manabí	59	11	18,64	9	15,25	39	66,10
Los Ríos	22	6	27,27	9	40,91	7	31,82
Guayas	58	9	15,52	15	25,86	34	58,62
El Oro	40	2	5,0	29	72,50	9	22,50
Napo	54	1	1,58	13	24,07	40	74,07
Pastaza	17	-	-	13	76,47	4	23,53
Morona Santiago	42	-	-	13	30,95	29	69,05
Zamora Chinchipe	20	1	5,0	7	35,0	12	60,00

\* No incluye Galápagos por falta de información

(1) Son menos de 10 cantones de los 114 que constan en el país, que no pudieron ser visitados por varias dificultades y, particularmente por cuestiones de comunicación. En esos casos se ha procedido por encuesta indirecta.

213 Ver Mapa adjunto

214 NOTA : Si se exceptúa el Cantón Quito de la Provincia de Pichincha que tiene atención excepcional de parte del Municipio, el servicio de agua potable es casi inexistente afuera de las ciudades más importantes. En muy pocas ocasiones se encuentra aparte de las cabeceras cantonales; en Carchi por ejemplo, tres localidades tienen agua potable, son las 3 Cabeceras, los mismo que en Cotopaxi, Tungurahua y Chimborazo.

Pero no todas las cabeceras cantonales tienen agua potable, en muchas existe sólo un servicio de agua entubada; en Loja por ejemplo de las 9 cabeceras cantonales solo dos tienen agua potable, Loja la capital de Provincia y Catacocha; en Azuay 2, incluido Cuenca, sobre 6 cabeceras cantonales; lo mismo sucede en El Oro; en Cañar solamente una.

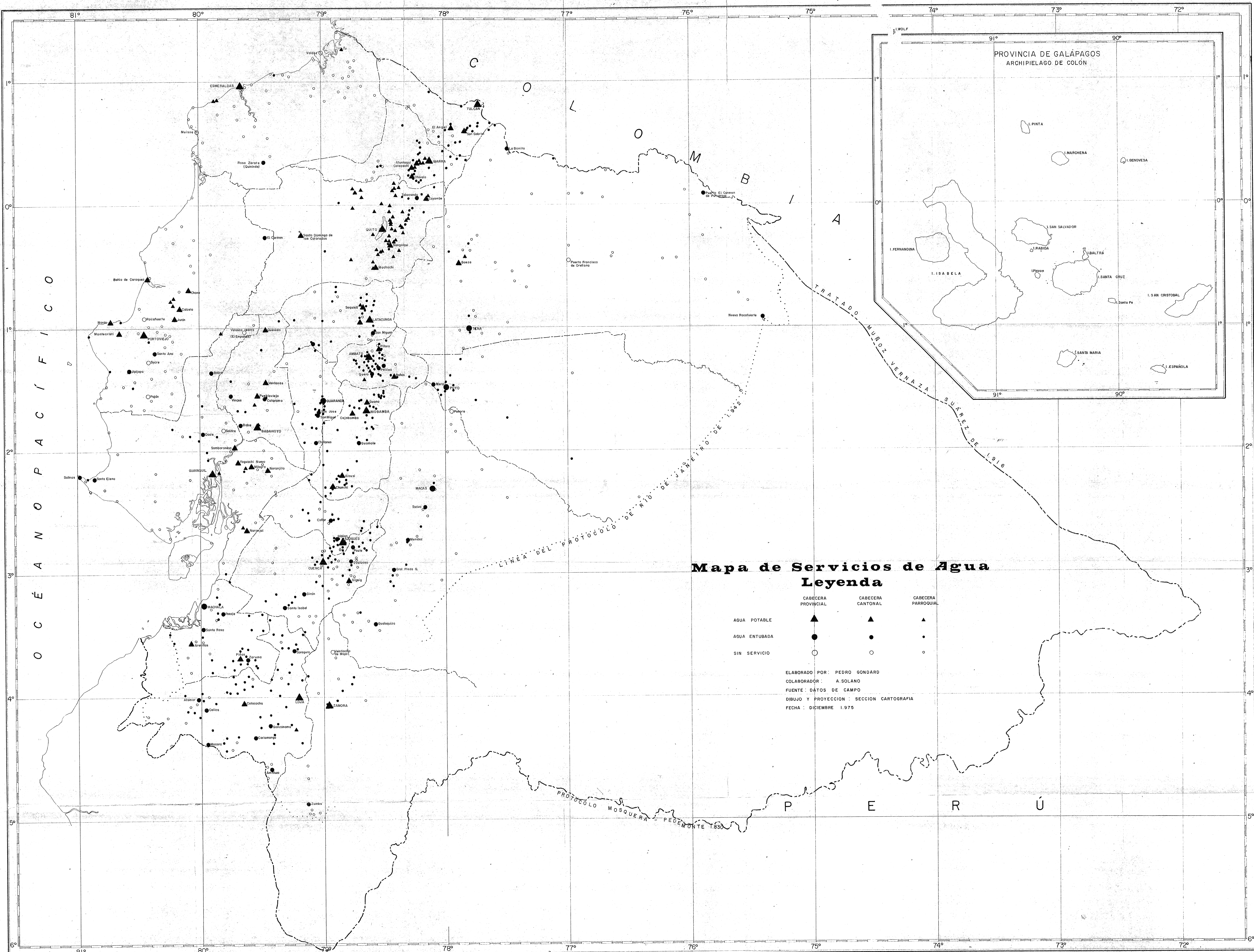
En el Oriente se encuentra agua potable únicamente en Zamora y Baeza, todas las demás ciudades, incluida las capitales de Provincia, tienen en el mejor de los casos, agua entubada; algunas no disponen de ningún servicio como Puerto Francisco de Orellana y Palora.

A nivel de las parroquias rurales, una importante distinción se establece entre sierra y piemonte oriental por un lado, Costa y parte baja del oriente por otro. En la costa y parte baja del oriente, la mayoría de las parroquias se encuentran sin servicio. Cada uno saca el agua del río, de un pozo particular o recoge el agua de lluvia en cisternas o tanques. En estos casos hay muchos problemas de contaminación, de amibiasis o de enfermedades parasitarias; Manabí por ejemplo que tiene un servicio muy deficiente, exceptuando las ciudades importantes, constituye una de las provincias con más fuerte porcentaje de egresos hospitalarios por enfermedades parasitarias y diarreicas. Esmeraldas tiene 89% de las parroquias sin servicio.

En la sierra, la mayoría de las parroquias tienen un servicio de agua entubada. La presencia de numerosas fuentes y la pendiente favorecen la instalación de un servicio muchas veces establecido con mingas. Aunque no sea tratada el agua puede ser muy buena, tan benéfica como la potable, si la captación está hecha en buenas condiciones, por arriba de las zonas pobladas. Pero muchas veces la toma se realiza en una acequia y el agua deja mucho que desear.

Poco costoso el sistema de agua entubada es ya un progreso que se puede mejorar con relativa facilidad, cuando es necesario, y extender a numerosas parroquias que no tienen servicio. Antes de terminar hay que notar el gran esfuerzo que hace el IEOS para dotar a las cabeceras cantonales de agua potable.

# E C U A D O R



**Mapa de Servicios de Agua**  
**Legenda**

	CABECERA PROVINCIAL	CABECERA CANTONAL	CABECERA PARROQUIAL
AGUA POTABLE	▲	▲	▲
AGUA ENTUBADA	●	●	●
SIN SERVICIO	○	○	○

ELABORADO POR: PEDRO GONDARD  
 COLABORADOR: A. SOLANO  
 FUENTE: DATOS DE CAMPO  
 DIBUJO Y PROYECCION: SECCION CARTOGRAFIA  
 FECHA: DICIEMBRE 1.975

## 22 DISTRIBUCION DE LOS MEDICOS

## 221 Fuente y Metodología

El Ministerio de Salud Pública nos ha proporcionado, con mucha amabilidad, el número de médicos dependientes del mismo, por cantón, distinguiendo área rural y urbana. En el área rural nos ha facilitado la lista de las parroquias en las cuales están nombrados los médicos que realizan el año de Medicina Rural.

La Encuesta de Infraestructura a nivel cantonal nos ha proporcionado alguna precisión sobre los servicios e indicado la presencia de rarísimos médicos particulares que laboran en el área rural.

En el Mapa se ha representado esa distribución. Las localidades que constan con un médico están grafizadas con una circunferencia proporcional al número de médicos; para Cuenca, Guayaquil y Quito la misma progresión no fue seguida en cuanto a las circunferencias, éstas hubieran sido desmedidas; sin embargo, sus tamaños quedan en relación con el peso respectivo de las tres ciudades entre si.

222 Ver Mapa adjunto.

223 NOTA : Resalta mucho la importancia de Quito, Guayaquil y Cuenca; con 421 médicos agrupan el 37% de profesionales dependientes del Estado; vienen después los centros importantes como Portoviejo, Ambato, seguidos por las demás capitales de provincias.

En el campo, la distribución es muy desigual, según las provincias: en Pichincha como en Guayas y Los Ríos, es decir cerca de Quito y Guayaquil, la mayoría de las parroquias constan con un médico; en otras provincias no se los encuentran aparte de las cabeceras cantonales o con pocas excepciones: Zamora Chichipe, Loja, Esmeraldas.

Si fuera efectiva la distribución a nivel parroquial, sería muy bueno y sólo faltaría reajustarla para dar un apoyo más fuerte a las zonas olvidadas. Sin embargo, en algunos casos nuestra información no coincide exactamente con los datos del Ministerio de Salud.

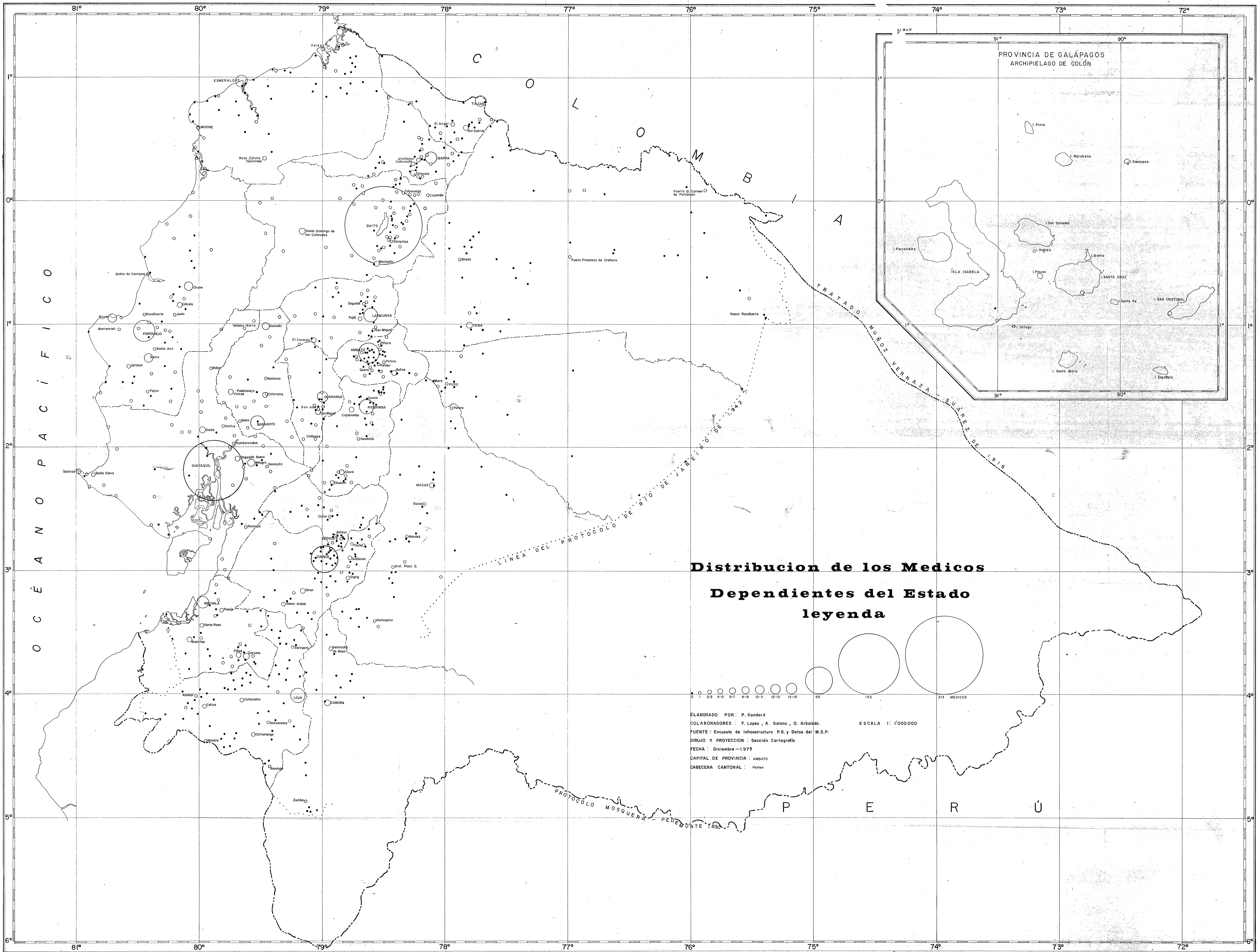
Los médicos que ejercen en el campo, según el mapa, con excepción de 3 particulares son los recién graduados de la Facultad de Medicina. Laboran dentro del Plan, llamado de "Medicina Rural". Tienen un contrato con el Ministerio de Salud Pública y son nombrados después de sorteo a los Subcentros de

Salud Rurales. Mediante Decreto Supremo N° 44 del 3 de agosto de 1970, se establece que presten sus servicios profesionales un año como requisito previo a la inscripción de su título para que puedan ejercer su profesión, según consta en la cláusula 2da. del "Contrato de Prestación de Servicios".

La investigación en las cabeceras cantonales como la Guía de Campo, que este mismo Departamento ha llevado a cabo en 304 localidades del país concuerdan en señalar la falta de atención por parte de los médicos destinados a esas funciones, los cuales muchas veces no van a su puesto, o sólo de vez en cuando dan un vistazo rápido y regresan a la ciudad donde viven. La mayoría de los jóvenes médicos no tienen motivación para la tarea (1). Se debe insirtir sin embargo, sobre el interés que presenta la innovación de este servicio en el campo ecuatoriano; ésto, constituye a no dudarlo, una de las fórmulas más adaptadas a la situación.

---

(1) Hemos encontrado dos o tres médicos que piensan renovar su contrato para continuar en el campo un año más, pero son rarísimas excepciones.



## 23 ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

## 231 Fuente y Metodología

Todos los datos de este Capítulo provienen del Censo de Recursos del Ministerio de Salud, publicado en el Directorio Nacional de Establecimientos de Salud (1); incluye a los servicios públicos y privados.

Para la Cartografía se ha tomado en cuenta sólo el nivel más alto de atención existente en cada localidad. Así, cuando hay un hospital no se grafiza el dispensario o el puesto de salud que también pueden constar.

Los centros hospitalarios están grafizados por un círculo proporcional al número total de camas disponibles en la ciudad (2), agrupando todos los establecimientos como si fuese único; un total de menos de 10 camas no fue tomado en consideración.

El cuadro que se presenta a continuación, indica por provincia cuántas parroquias no tienen atención de salud; (Página 17)

---

(1) Ministerio de Salud Pública - División Nacional de Servicios Técnicos - Departamento Nacional de Estadísticas, Quito - enero 1975

(2) El diámetro en milímetros es igual a la raíz cuadrada del número de camas

232 CUADRO 7 : Servicios de Salud en las Parroquias del País. -

República - Provincia	NUMERO DE PARROQUIAS		
	con servicio	sin servicio	T o t a l
REPUBLICA *	432	400	832
Carchi	13	14	27
Imbabura	26	16	42
Pichincha	56	10	66**
Cotopaxi	18	19	37
Tungurahua	13	36	49
Chimborazo	28	20	48
Bolívar	10	14	24
Cañar	12	19	31
Azuay	20	43	63
Loja	40	31	71
Esmeraldas	13	42	55
Manabí	58	1	59
Los Ríos	15	7	22
Guayas	39	19	58
El Oro	14	24	40
Napo	18	36	54
Pastaza	8	9	17
Morona Santiago	13	29	42
Zamora Chinchipe	11	9	20
Galápagos	5	2	7

\* Se considera como Parroquias a las Cabeceras Cantonales

\*\* Constan 66 puntos con solo 62 Parroquias debido a la Independencia y La Concordia que no son Parroquias y a Chillogallo y Guápulo que ya son urbanas.

233 Ver Mapa adjunto:

Según el folleto ya citado del INE : un centro de salud, un sub-centro de salud, un puesto de salud y un dispensario, se pueden definir así:

Un Centro de Salud. - Es una unidad operacional implementada para producir acciones de salud integral, de tipo ambulatorio, con o sin internación, ubicada preferentemente a nivel de cabeceras provinciales y cabeceras cantonales.

Un Sub-Centro de Salud. - Es una unidad operacional implementada para producir acciones mínimas de salud integral, de tipo ambulatorio, ubicada preferentemente a nivel de cabeceras parroquiales de importancia.

Un Puesto de Salud. - Es la unidad mínima de salud implementada con personal auxiliar para producir acciones de atención médica simplificada, ubicados en cabeceras parroquiales de menor importancia, recintos o anejos.

Un Dispensario Médico. - Es un centro de atención médico - curativa, ambulatoria.

234 NOTA: La visión del mapa subraya como en el caso de la distribución de los médicos, la importancia de Quito y Guayaquil en el campo de la Salud frente al resto del país. Las dos metrópolis agrupan 7.721 de las 13.989 camas hospitalarias disponibles en Ecuador o sea un 55%, aunque sólo un 26% de la población vive en ellas.

A nivel parroquial las zonas que tienen menos atención son justamente las que menos facilidades de comunicación tienen para ir a otro centro, Esmeraldas primero y el Oriente a excepción de Zamora Chinchipe, son las zonas que deberían tener el servicio más difuso. Cerca de Ambato, Cuenca y Azoques el problema también es grande, numerosas parroquias se quedan sin atención.

Al contrario, Manabí está numericamente bien atendido, mejor que Pichincha o Guayas, a nivel parroquial. Pero, las estadísticas no deben extraviar del verdadero problema que es el nivel de atención dado por los dispensarios o puestos de salud, muchas veces están mal equipados y con escasos medicamentos (1)

Este nivel subsiste sin embargo, como el mejor adaptado al campo, ya que no se puede nombrar un médico en cada parroquia rural; ubicado en una parroquia centro, un poco más importante que las de alrededor tendría mucha más eficiencia visitando las parroquias vecinas donde

---

(1) En la Encuesta se ha encontrado el caso de un responsable de un puesto de salud que ha ido a comprar medicinas en Colombia, adelantando el dinero él mismo.

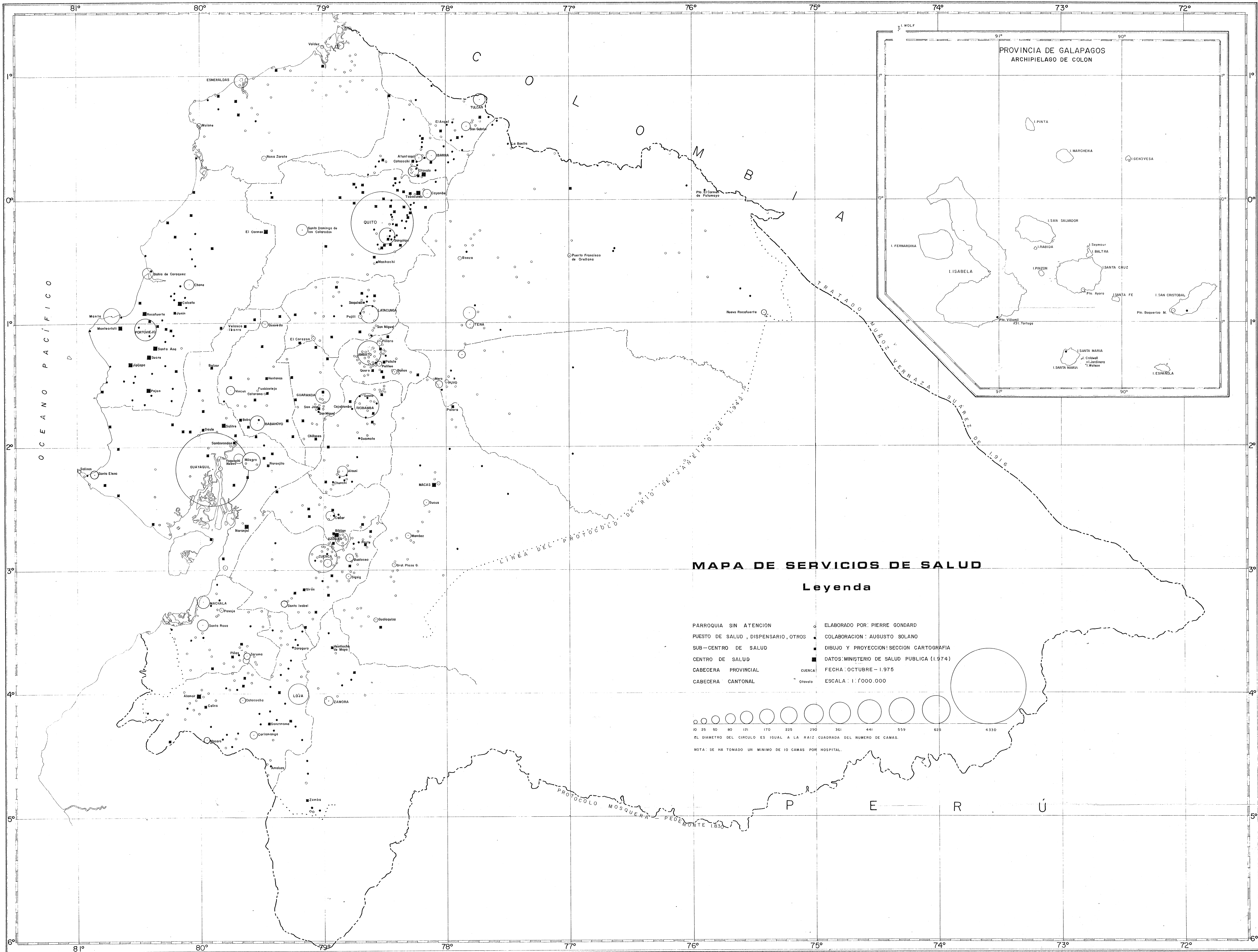
su acción sería relevada por una atención cotidiana aunque de nivel inferior de los auxiliares de salud. La acción de estos últimos, en medicina preventiva o en curaciones sencillas, sería más eficiente con los consejos continuos del médico.

El nivel más alto de atención está dado por los hospitales, pero nuestros interlocutores se han quejado a veces de los servicios de unos pequeños hospitales, ubicados en las cabeceras cantonales (2)

Los mejores centros hospitalarios son más frecuentemente instalados en las capitales de provincia, otros pocos en algunas cabeceras cantonales importantes y crean en sus alrededores una "zona de atracción hospitalaria", la cual es muy interesante estudiar porque traduce, en lo que se refiere a la salud, la organización del espacio que establecen las ciudades.

---

(2) La encuesta de infraestructura se desarrolló a mediados de 1975, todavía no entraban en servicio los nuevos hospitales.



## 24 ZONAS DE ATRACCION HOSPITALARIA

## 241 Fuente y Metodología

- a) Las Fuentes son las mismas que para el trabajo anterior, Encuesta y Directorio Nacional de Salud . El mapa realizado en el capítulo precedente nos sirve de base para éste.
- b) Cada hospital o el conjunto de hospitales y clínicas ubicadas en el mismo lugar, fue considerado como un punto focal de Salud del cual se debe delimitar la zona de influencia,

La Encuesta llevada en cada una de las cabeceras cantonales nos indica las ciudades a las cuales son dirigidos los enfermos según se trate de una enfermedad de media o de suma gravedad.

Considerando la cabecera cantonal como el punto de convergencia de todo el cantón, lo que ocurre en casi la totalidad de los casos, se puede identificar el comportamiento del cantón al de su cabecera y así se delimitan las zonas de reclutamiento, es de cir de atracción de los hospitales.

En unos casos se han precisado más los límites cuando era evidente que todo el cantón no tenía homogeneidad. Hablando de la Provincia de Bolívar, por ejemplo, las parroquias costeras fueron separadas y relacionadas con la Provincia de Los Ríos.

La distinción que se ha establecido en el curso de la investigación de campo , entre casos de gravedades diferentes, hace sobresalir muy claramente la jerarquización existente entre los centros y las relaciones constitutivas de las varias zonas, lo que traduce la cartografía.

- c) Aparecen cuatro niveles: Nacional, Regional, Subregional y Local.

El Nivel Nacional corresponde a las zonas de atracción de ambas metrópolis nacionales.

El Nivel Regional se forma alrededor de un centro potente que atrae y agrupa las zonas de varios centros inferiores.

El Nivel Subregional está constituido por una zona que tiene un centro ya bastante importante , pero, queda bajo la influencia de un centro mayor. Le falta autonomía.

El Nivel Local corresponde a una zona estrechamente cir-

cunscrita a uno o dos cantones; esta puede ser independiente, cuando hay un solo centro hospitalario o interdependiente, cuando interfieren en el mismo territorio la atracción de varios centros del mismo nivel.

Esas descripciones no son rígidas y está bien claro que un centro superior tiene también las características de los centros inferiores. Las metrópolis nacionales, por ejemplo, son igualmente ~~centros locales para su área~~ urbana.

242 Ver Mapa adjunto

243 NOTA:

La delimitación de las zonas de atracción hospitalarias tal como acabamos de definirla, llega a poner en evidencia a 9 regiones a excepción de Galápagos, donde no se ha realizado la encuesta (1). Esas regiones tienen su centro en: Quito, Guayaquil, Loja, Cuenca, Riobamba, Ambato, Esmeraldas y Tulcán.

El dominio de Quito y Guayaquil, con la concentración de medios y de personal que tienen esas dos ciudades, se ha extendido sobre las regiones en las cuales los centros hospitalarios de otras localidades, aunque importantes, no se desarrollan sino como centros subregionales: Machala, Milagro, Babahoyo para Guayaquil; Latacunga, Santo Domingo y el conjunto estrechamente imbricado : Otavalo, Atuntaqui, Ibarra, para Quito. Esas zonas cubren la mitad de la superficie del país si se incluyen las partes poco integradas de la provincia del Napo. Abarcan a más de la mitad de la población.

La pequeña región del Carchi, se encuentra fuera de la Influencia directa de Quito, solo porque Tulcán está bastante apartada de la capital. La apertura total de la Panamericana Norte, suprimiendo los últimos tramos malos, puede modificar esta situación.

Es sobre todo, el alejamiento que da también su autonomía a Esmeraldas; Quinindé que pertenece a esa misma Provincia se orienta primero hacia Santo Domingo pero, en casos más graves se desvía de Quito para Esmeraldas, debido a la distancia.

La región de Ambato se extiende en las provincias de Tungurahua, Pastaza y la parte sur del Napo con Tena y Archidona. Más allá

---

(1) Se la podría considerar como una décima región o integrarla a las de Quito o Guayaquil con quienes tiene un lazo aéreo regular.

del piemonte andino al cual pertenecen las principales localidades es muy hipotético definir la zona de atracción de los hospitales en territorios tan poco poblados y tan poco enlazados con los centros. Por eso se han empleado límites entrecortados.

Por la carretera de Baños, Ambato tiene acceso a una vasta parte de la Amazonía ecuatoriana; es sin embargo, probable que la apertura del nuevo eje Tena - Baeza, pondrá a la capital del Napo en la órbita directa de Quito como lo demás de la Provincia.

Se trata entonces de una región susceptible de evolución. Por lo pronto, es mediana pero bastante homogénea. Conserva una buena autonomía por la fuerte integración que le da Ambato.

La región de Riobamba agrupa las dos provincias de Chimborazo y Bolívar de la cual no se sigue exáctamente los límites para encerrar más a la realidad como lo hemos mencionado ya. Las parroquias costeñas fueron unidas con Los Ríos.

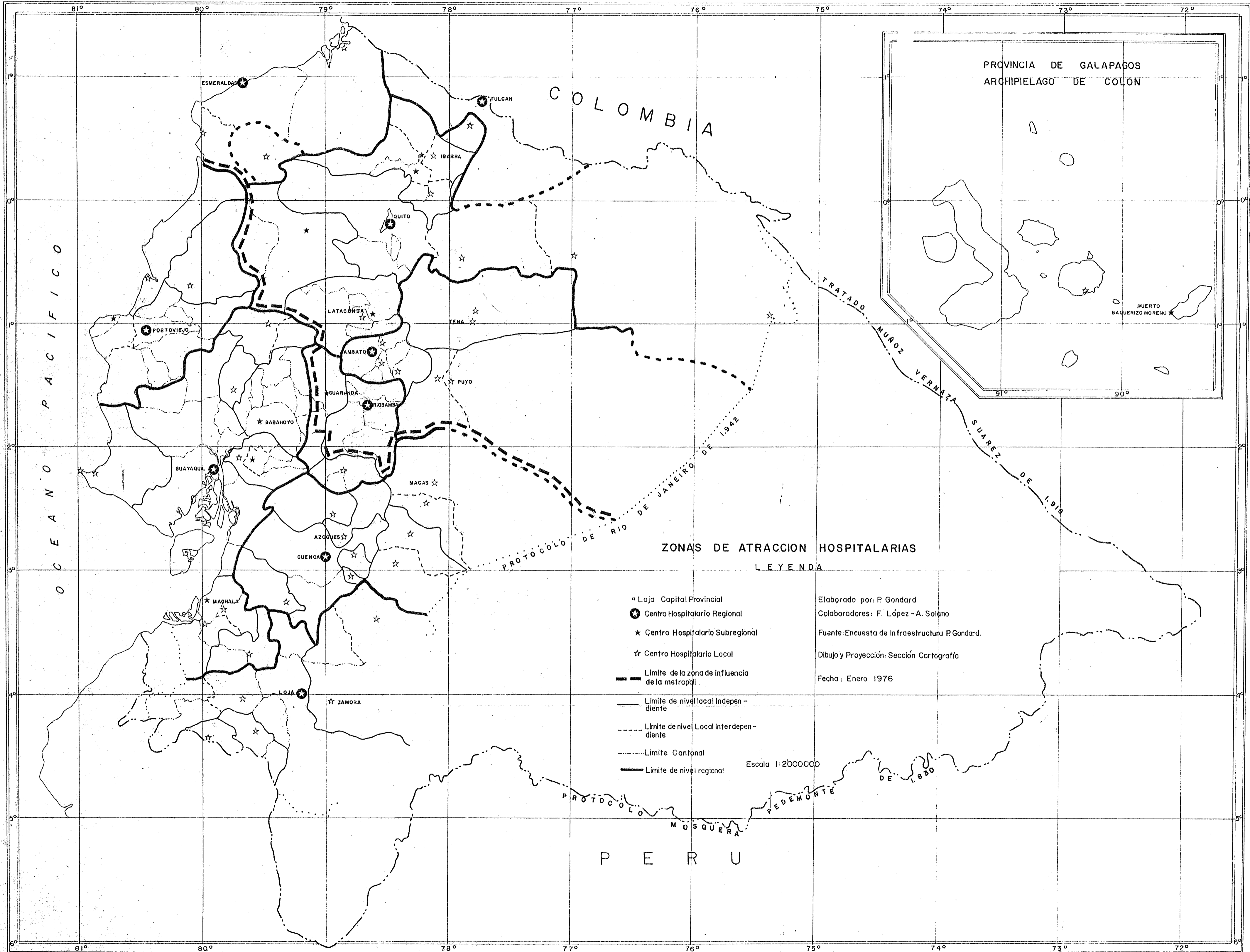
La Provincia de Manabí, menos dos cantones, El Carmen que se une a Santo Domingo y Paján que está bajo la influencia directa de Guayaquil, forma una región bien individualizada y bicéfala. La presencia en Manta de una clínica del Seguro Social da a esa ciudad un amplio reclutamiento sobre una base socio-profesional que va mas allá de su zona de influencia natural para cubrir en parte la de Portoviejo.

Este fenómeno que coincide en la mayoría de las veces con la atracción de los centros regionales está, en esos casos, bastante disimulado. Aparece una vez aislado como en Manta y bastante fuerte (1), para indicar lo posible de un ordenamiento planificado del territorio. Queda bien claro que, la importancia de las dos ciudades centros tiene también su parte en la explicación de esta bicefalía Manabita.

La región de Cuenca coincide con la zona ya delimitada del CREA, Cañar, Azuay, Morona Santiago, menos sus cantones sur y norte a los cuales no se llega sino por las demás provincias de Zamora Chinchipe y de Pastaza y que, luego se unen con Loja y Ambato. Esa región es particularmente homogénea; está integrada por pequeños centros entre los cuales Azogues hace apenas excepción. Cuenca dispone de medios o equipos que le dan una gran independencia frente a Quito y Guayaquil y, propendería fácilmente a erigirse en tercera metrópoli, tercer polo mayor en la organización

---

(1) Lo mismo, por ejemplo, en la pequeña cabecera cantonal de Atuntaqui.



### ZONAS DE ATRACCION HOSPITALARIAS

#### LEYENDA

- Loja Capital Provincial
- ★ Centro Hospitalario Regional
- ★ Centro Hospitalario Subregional
- ☆ Centro Hospitalario Local
- Limite de la zona de influencia de la metropoli
- Limite de nivel local Independiente
- ..... Limite de nivel Local Interdependiente
- - - - Limite Cantonal
- Limite de nivel regional

Elaborado por: P. Gondard  
 Colaboradores: F. López - A. Solano  
 Fuente: Encuesta de Infraestructura P. Gondard.  
 Dibujo y Proyección: Sección Cartografía  
 Fecha: Enero 1976

Escala 1:2000000

territorial nacional.

Loja debe su "autonomía" regional mas a la "distancia-tiempo" que la aleja de Cuenca o de Machala - Guayaquil que a su poder propio. Es muy probable que el mejoramiento de las comunicaciones entre Loja y los centros vecinos la integran a una u otra región próxima sino se da un apoyo particular a esta ciudad.

Ahora esta región cubre las provincias de Loja, Zamora Chinchipe y el cantón Gualaquiza de Morona Santiago, accesible sólo desde Zamora. El cantón Zumba hace pues teóricamente parte de ella como el de Amaluza, pero cuando se conocen las dificultades de penetración de esas zonas no se debe olvidar que, si todo el territorio nacional es así dividido, regionalizado, no está todo adecuadamente integrado.

La observación del índice de camas hospitalarias, tal como lo presentamos a continuación, permite delimitar las zonas de acción prioritaria, donde un importante número de población se encuentra con escasa atención.

25 INDICE DE CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES POR ZONAS DE ATRACCION HOSPITALARIAS

251 Metodología

En vez de calcular el índice de camas hospitalarias con referencia a una entidad administrativa es más conveniente hacerlo en base a las zonas efectivamente servidas por un hospital local o por varios, cuando se trata de una zona interdependiente. Así los datos corresponden a la realidad del servicio ofrecido.

252 CUADRO 8 : Índice de camas hospitalarias disponibles

Centros Hospitalarios locales	Cantones	Camas disponibles	Población	camas/1.000 habitantes
REPUBLICA*		13.989	6'480.801	2,16
Tulcán	Tulcán Espejo Sucumbios	113 - -	51.726 25.873 2.407	1,41
San Gabriel	Montúfar	68	42.664	1,59
Ibarra Otavalo Atuntaqui Cayambe	Ibarra Otavalo Antonio Ante Cayambe P. Moncayo Cotacachi	182 86 42 58 - -	108.453 57.582 22.756 35.020 13.294 29.022	1,38
Quito	Quito Mejía Rumiñahui	3.382 - -	780.139 31.325 22.913	4,05
Sto. Dmgo. de los Colorados	Sto. Domingo El Carmen	102	98.362 34.015	0,77
Latacunga Pujilí	Latacunga Pujilí Salcedo Saquisilí	266 13 - -	110.474 63.426 35.723 10.708	1,27
Ambato Píllaro Pelileo Baños	Ambato Píllaro Pelileo Baños Quero Patate	435 19 20 21 - -	181.978 25.032 34.370 12.833 13.127 8.774	1,79

\* No constan los habitantes de las zonas en discusión (20.044)

Riobamba	Riobamba Guano Colta Guamote	487 - - -	125.636 42.745 48.992 22.088	2,03
Alausí	Alausí Chunchi	80 -	52.112 14.565	1,20
Guaranda	Guaranda (1) Chillanes (2) Chimbo (3) San Miguel (4)	173 - - -	58.616 14.984 14.349 23.750	1,55
Cañar	Cañar	72	67.864	1,06
Azogues	Azogues Biblián	137 -	62.112 17.487	1,72
Cuenca	Cuenca Paute Girón	688 - -	212.530 32.934 34.571	2,46
Sta. Isabel	Santa Isabel	31	27.973	1,11
Gualaceo	Gualaceo	45	34.261	1,31
Sigsig	Sigsig	25	23.338	1,07
Loja Catacocha	Loja Paltas Celica Puyango Saraguro Gonzanamá Chinchipe	327 26 - - - - -	111.957 50.654 27.849 23.661 24.340 27.898 7.487	1,29
Cariamanga	Calvas Espíndola	48	32.396 17.131	0,97
Macará	Macará	25	27.267	0,92
Bahía de Caraquez	Sucre	98	93.040	1,05
Chone	Chone	77	121.441	0,63

- (1) No incluye a Echeandía y Las Naves  
(2) No incluye a San José del Tambo  
(3) No incluye a San Antonio y Telimbela  
(4) No incluye a Balzapamba

Manta	Manta	211	68.751	
Portoviejo	Montecristi		25.382	
	Portoviejo	375	125.067	1,14
	Rocafuerte	-	44.290	
	Bolívar	-	54.667	
	Junín	-	17.337	
	Santa Ana	-	59.561	
	24 de Mayo	-	42.781	
Jipijapa	-	77.481		
Quevedo	Quevedo	33	131.927	0,23
	El Empalme		51.364	
	Pangua	12	15.284	
Vinces	Vinces	58	57.362	1,01
Babahoyo	Babahoyo	169	87.730	0,74
	Baba	-	25.208	
	Pueblo Viejo	-	15.849	
	Urdaneta	-	21.510	
	Ventanas	-	44.527	
	1)	-	12.633	
	2)	-	12.994	
3)	-	4.885		
4)	-	4.213		
Salinas	Salinas	12	48.213	0,51
	Santa Elena	48	70.048	
Milagro Yaguachi	Milagro	251	80.060	1,76
	Yaguachi	83	93.997	
	Naranjito		15.671	
Guayaquil	Guayaquil	4.359	894.468	3,64
	Naranjal	-	32.000	
	Samborondón	-	22.886	
	Urbina Jado	-	37.741	
	Daule	-	115.037	
	Paján	-	44.802	
	Balzar	-	51.353	
Machala Pasaje Santa Rosa	Machala	134	97.037	1,87
	Pasaje	138	36.561	
	Santa Rosa	90	32.393	
	Arenillas	-	27.184	
Zaruma	Zaruma	59	38.368	0,88
	Piñas	-	28.675	
Esmeraldas San Lorenzo	Esmeraldas	138	99.802	1,33
	Eloy Alfaro	48	40.069	

- 1) Parroquias Las Naves y Echandía de Guaranda, Prov. de Bolívar " "
- 2) Parroquias San Antonio y Telimbela, Chimbo " "
- 3) Parroquia San José del Tambo, Chillanes " "
- 4) Parroquia Balzapamba, San Miguel " "

Muisne	Muisne	16	15.114	1,05
Quinindé	Quinindé	21	48.421	0,43
Morona Sucúa	Morona Sucúa	10 27	11.842 9.696	1,72
Santiago Limón	Santiago Limón	28 12	6.439 9.785	2,17
Gualaquiza Zamora	Gualaquiza Yacuambi Zamora	15 - 63	8.405 2.394 24.764	2,19
Pastaza Mera	Pastaza Mera Palora	50 40 -	19.281 3.777 4.239	3,30
Tena	Tena	166	27.617	6,01
Baeza	Baeza	11	6.962	1,58
Orellana Aguarico	Orellana Aguarico Putumayo	12 22 -	10.379 3.070 9.316	1,49
Galápagos	Galápagos	29	4.058	7,15

253 Ver el Mapa adjunto

254 Nota:

Se observa a nivel local una desigualdad bastante grande entre los diferentes centros de una misma región. La cabecera tiene un número de camas proporcionalmente mayor porque debe dar servicios de nivel local a su zona propia y de nivel superior a todos los demás sectores de la región.

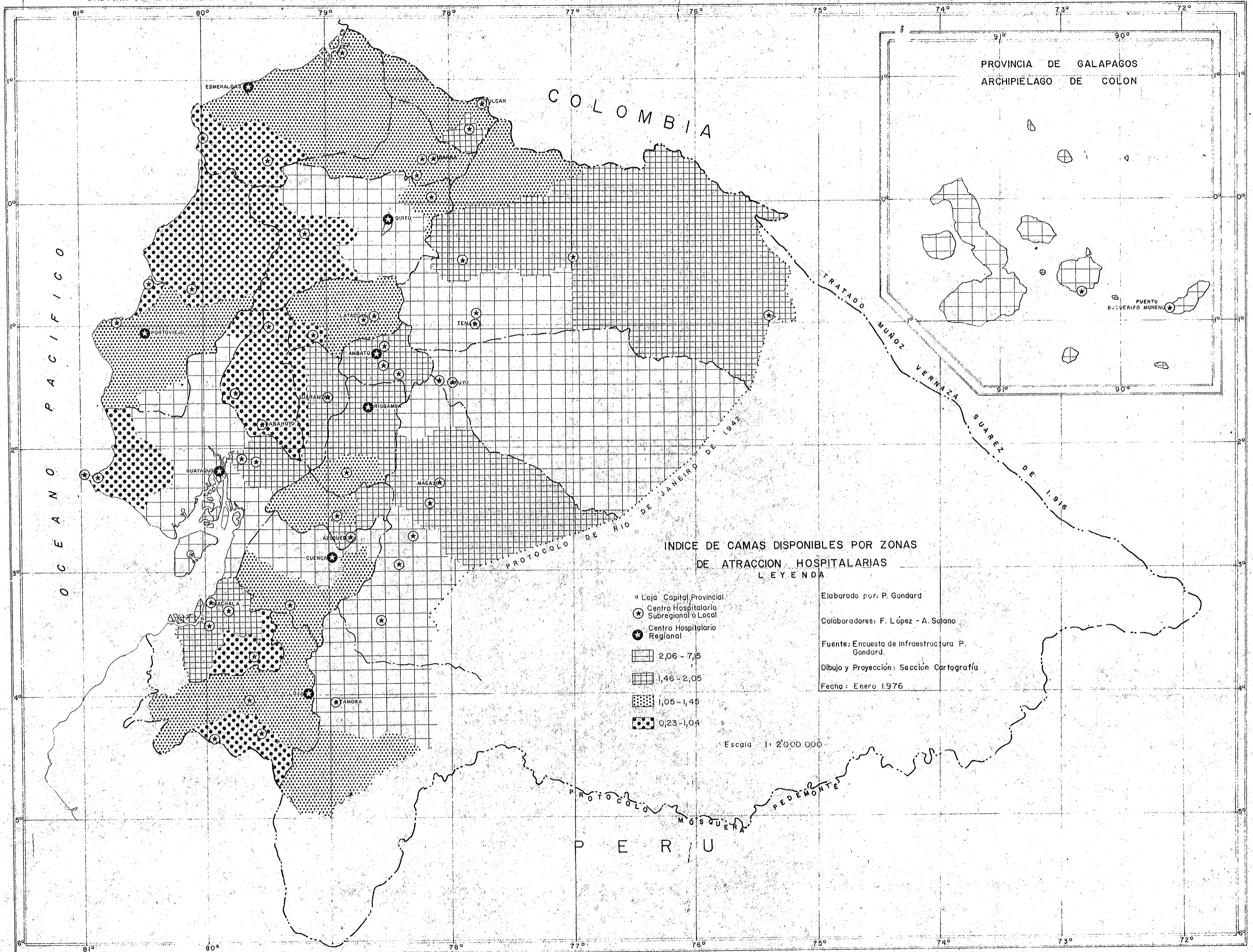
Interviene aquí la noción de servicio ocasional (1), que es propio de los centros regionales y de las metrópolis a dos escalas diferentes, en relación con los centros subregionales o locales. Así resaltan las zonas bajo la influencia directa de Quito, Guayaquil y Cuenca. Sobresalen también varios cantones de Galápagos o del Oriente, quienes tienen pocas camas pero con relación a la escasa población constan con un índice muy fuerte (2).

En la clase dos que va del promedio nacional 2,16 hasta 1,45 están los demás cantones del Oriente y las zonas de Riobamba, Machala, Ambato, Milagro, Azogues, San Gabriel, Guaranda, que quedan en

(1) En Francés = service rare

(2) En el caso del cantón Tena, existen 160 camas hospitalarias de las cuales 119 corresponden al hospital de Archidona que tiene doble dependencia: M. S. P. y particular; tal vez esa fuerte inversión hubiera sido mejor ubicada en un sitio de más grande accesibilidad hasta que se abra la vía Tena-Baeza; Archidona permanece como fin de carretera.

# ECUADOR



su mayoría bajo la influencia de un centro regional o subregional.

En la clase tercera están unos centros locales de escasa importancia como Santa Isabel, Sigsig, o cabecera más importante como Manta - Portoviejo, cuyo equipo sirve a una muy vasta zona sin otro centro.

La clase cuarta de 1,05 hasta 0,23 incluye a Macará y a numerosos cantones de la costa: zona de Zaruma y Piñas; Península de Santa Elena; Provincia de Los Ríos; cantón Muisne de Esmeraldas; zona norte de Manabí, todavía aislada con los cantones de Bahía de Caraquez y Chone; se incluyen también las zonas de reciente colonización muy activa de Santo Domingo de los Colorados; Quinindé, donde la infraestructura no ha seguido el crecimiento poblacional.

#### CONCLUSION:

Como se ha notado las 9 regiones no tienen ni el mismo tamaño ni pueden dar la misma atención a la población. La jerarquización que se observa y que revela una cierta integración del territorio no debe ilusionar y no se puede olvidar que la base de la infraestructura de salud queda frágil. Hay un número de centros locales insuficientes y algunos de los existentes son muy mal atendidos en equipo y en personal. La inauguración de los nuevos hospitales construídos por el M. S. P. permitirá un nuevo desarrollo.

Sin embargo, la salud permanece como un servicio de ciudad; muy pocos son los médicos que trabajan efectivamente en el campo, muchas parroquias se quedan sin servicios y no es contradictorio que las zonas del Oriente o de Azuay, que tienen proporcionalmente uno de los mejores índices de camas hospitalarias continúen como las zonas con el peor estado de salud, les falta la atención básica, los servicios mínimos que son: dispensarios con medicinas fundamentales, prevención, servicio de agua, etc.

La influencia de las vías de comunicación en la integración de las regiones, permitiendo la polarización desde el centro, uniendo zonas de provincias distintas, traduce la otra necesidad de toda acción de regionalización que no actúa sólo con una meta particular, la salud por ejemplo, sino que se integra en una perspectiva mas amplia de ordenamiento (1) global del territorio.

---

(1) En Francés - "Aménagement"

BIBLIOGRAFIA

1. - BOSSANO LUIS. Tres panoramas nacionales. Universidad Central. Quito 1957 - 30 p. Contiene: Aspecto de las enfermedades. - Panorama general de la salud pública en el país. - Alimentación de todas las clases sociales del país. - El alcoholismo Favorecido por el Estado. - La malaria en la costa y enfermedades epidémicas y endémicas de la población.
2. - BERRY, F. Ecuador - Nutrición Survey A. report by the Interdepartmental Commitec on Nutritión For National Defense 1960
3. - CALLE, RENE. "Programación y Salud Pública". Planificación, 2, 5. Junta Nacional de Planificación, Quito - Ecuador 1965 - 61-66 p. p.
4. - DE CASTRO, J. Geografía del hombre, Solar/Hachete, Buenos Aires, 1969
5. - ECUADOR, GOBIERNO DEL . - Programas a realizarse en el servicio sanitario de la zona central en el año 1966 - Quito 1966 - 23 p.
6. - ECUADOR - I. M. S. E. Nutrición y Desarrollo en los Andes Ecuatorianos Investigaciones Médico Sociales del Ecuador. Quito - 1974 - 428 p.
7. - ECUADOR, JUNTA NACIONAL DE PLANIFICACION. - Evaluación del Plan Nacional de Salud. Quito 1968 - 62 p. , mapas, Tablas
8. - ECUADOR, JUNTA NACIONAL DE PLANIFICACION. - Agua potable y alcantarillado. Quito 1965 - 48 p.
9. - ECUADOR, JUNTA NACIONAL DE PLANIFICACION Y COORDINACION ECONOMICA. Alimentación y Nutrición, Políticas, objetivos y Metas Sectoriales que contempla el plan general de transformación y desarrollo. Quito - Nov. 1973 - 1977
10. - ECUADOR, MINISTERIO DE PREVISION SOCIAL. La realidad alimentaria ecuatoriana; en un estudio de cinco encuestas alimentarias. Santo Domingo, Quito 1956 - 105 p.
11. - FICHEMBERGER, RALPH. Principios de programas de salubridad entre tribus selváticas. (Instituto lingüístico de Verano, Perú) V Congreso Indigenista. Quito-Ecuador 1964
12. - FIERRO-BENITEZ R., DE GROOT L. J., PAREDES M., PEÑAFIEL W., Yodo, bocio y cretinismo endémicos en la región Andina del Ecuador. Rev. Ecuat. Med. Cienc. Biol. 5: 15-40 - 1967
13. - NARANJO V. PLUTARCO. Investigaciones médico - sociales del Campesino Ecuatoriano y el Seguro Social obligatorio. Imp. Caja del Seguro Quito 1948

14. - PAREDES BORJA, VIRGILIO. Historia de la medicina en el Ecuador, Casa de la Cultura Ecuatoriana, Quito 1963 - 1.029 p.
15. - QUEVEDO CORONEL. - Estudio médico social de la tuberculosis Pulmonar en la región interandina del Ecuador, Municipalidad, Quito - Ecuador 1938 - 329 p.
16. - ROSALES LARREA, ADRIANO. - Recopilación de leyes y reglamentos de Sanidad del Ecuador, Fray Jodoco Ricke, Quito - Ecuador 1961 - 683 p.
17. - SAMANIEGO, JUAN JOSE. - Resumen Cronológico de la Historia del Hospital San Juan de Dios, 1565 - 1947, Fray Jodoco Ricke, Quito - Ecuador 1949 - 117 p.
18. - SERVICIO COOPERATIVO INTERAMERICANO DE SALUD PUBLICA. - Encuesta Sanitaria Nacional. - Luis Valdivieso, Quito-Ecuador 1961 - 4 vol., mapas
19. - SUAREZ, PABLO ARTURO. - Organización Sanitaria del Ecuador. - Nacional. Quito, S. P., conjunto de cuadros, Quito 1926
20. - THOMASON, MARTHA, Interpretación de las encuestas Alimentarias en la sierra del Ecuador, Quito - 1953. - Centro de Capacitación de Nutrición y Mejoramiento del Hogar para maestros rurales, auspiciado por FAO, OEA y el Gobierno del Ecuador (CI. 2540/Sec. 600.1)
21. - URBINA, JOSE MARIA. - Organización hospitalaria y educación médica para el Ecuador. - Ministerio de Previsión Social, Quito - 1949 - 38 p.
22. - VALLEJO, L. TRONCOSO C. Diagnóstico de la situación nutricional del Ecuador INNE, Mimeografiado.

gc/.

I N D I C E

CAPITULO I . - ESTADO DE SALUD

11	FUENTE Y METODOLOGIA	2
12	ENFERMEDADES PARASITARIAS Y DIARREICAS	3
13	TUBERCULOSIS	4
14	TRASTORNOS DEL SISTEMA RESPIRATORIO	5
15	DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y DEL CRECIMIENTO	6
16	DIAGNOSTICO DEL ESTADO DE SALUD POR GRANDES ZONAS	8

CAPITULO II . - SERVICIOS DE SALUD

21	SERVICIO DE APROVISIONAMIENTO DE AGUA	12
22	DISTRIBUCION DE LOS MEDICOS	14
23	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	16
24	ZONAS DE ATRACCION HOSPITALARIAS	20
25	INDICE DE CAMAS POR ZONAS DE ATRACCION HOSPITALARIAS	24

CONCLUSION 28

BIBLIOGRAFIA 29

\*\*\*\*\*