

LA SALUD EN EL ECUADOR FRENTE AL NUEVO MILENIO

Por Plutarco Naranjo

Ex Ministro de Salud Pública del Ecuador

Presidente de la XCIII Asamblea Mundial de la Salud

Debe ser muy hermoso escribir sobre la salud de un pueblo, sobre la salud de un país cuando ésta se encuentra en pleno apogeo o por lo menos avanzando por un camino de franco progreso. Es, en cambio, muy penoso hablar de la salud de una nación que afronta la crisis más profunda en un siglo de su historia; de un país donde la inflación está ya por encima del 60%; el sucre se ha devaluado tanto que en dos años el dólar cuesta el doble, donde el desempleo sigue aumentando y donde la pobreza afecta a más del 50% de la población.

La salud tanto individual como pública durante los últimos siete años ha ido, progresivamente, deteriorándose. Es fácil comprender esta dolorosa realidad si se toma en cuenta que hasta 1989 la participación del Ministerio de Salud en el presupuesto nacional era del 8%, al cual se agregó un fondo especial aprobado por el Congreso Nacional, el FONIN (Fondo Nacional para la Infancia) que proporcionaba recursos adicionales a los Ministerios sociales: Salud, Educación, Trabajo y Bienestar Social, con lo cual el presupuesto del Ministerio de Salud sobrepasaba el 9%. Así y todo el presupuesto de salud era insuficiente para atender todas las necesidades del sector por lo cual fue indispensable establecer prioridades dentro del Plan Nacional de Salud. Desde entonces el presupuesto ha ido progresivamente disminuyendo hasta llegar a un 3%. ¿Qué gran obra en salud puede hacerse con un presupuesto tan disminuido? La mayor parte de los recursos de los que dispone el Ministerio, apenas alcanzan para cubrir los gastos de personal.

Desde 1992 se suspendieron la mayoría de obras que estaban en marcha, como la terminación de varios hospitales, como el de Pelileo, el de Pillaro, el de Chone, etc.

El gobierno que inició su mandato en agosto de 1992, a los pocos meses de entrar en funciones, suprimió el FONIN, que, al Ministerio de Salud le permitió realizar un amplio programa de complementación alimentaria para los niños y las madres embarazadas. El Ministerio de Salud atendía a las madres embarazadas desnutridas, a los niños recién nacidos e infantes desnutridos y luego a los niños que llegaban hasta los dos ó tres años de edad. El Ministerio de Bienestar tomaba, a través de la llamada Red Comunitaria a los niños de tres ó más años para

atenderles en los programas nutricionales y de otra naturaleza; el Ministerio de Educación desarrolló un amplio programa de colación escolar para los niños de seis a doce años. Suprimido el FONIN se dio por terminadas estas actividades tan beneficiosas para los niños y madres embarazadas.

En los últimos tiempos, ante la crisis hospitalaria, se ha iniciado el ensayo de la llamada "cogestión o cofinanciamiento" de los hospitales y otros servicios médicos. Un pueblo empobrecido que no alcanza a cubrir las necesidades mínimas de alimentación, ¿cómo puede cofinanciar la marcha de los hospitales? El cofinanciamiento ha traído como consecuencia el ahuyentar a buen número de los pacientes pobres que aunque en teoría, no deberían pagar nada por los servicios médicos, en la práctica, por lo menos tienen que afrontar el alto costo de los medicamentos que no puede proporcionar el hospital.

Sobre este panorama general descrito en pocas palabras hay tres grandes problemas de salud pública que tiene que resolver el Estado ecuatoriano: estos son: mejorar, lo más pronto posible la situación alimentaria de los niños; aumentar la cobertura del saneamiento y aumentar la cobertura de agua segura.

El problema de la desnutrición.

Uno de los más graves problemas biológicos, médicos, sociales y económicos del país es el de la desnutrición. Una encuesta realizada en escala nacional, en 1987, dio por resultado el que el 50% de los niños menores de cinco años de edad adolecía de algún grado de desnutrición. De entonces acá no se ha vuelto a realizar una encuesta en escala nacional, pero los diferentes indicadores económicos revelan que el aumento de la pobreza ha ido aparejado el aumento de la desnutrición infantil.

Aunque durante la última década ha habido aumentos sucesivos de los sueldos y salarios el aumento de costo de los alimentos ha sido superior al del mencionado aumento salarial. La alimentación del pueblo ecuatoriano se ha deteriorado. Años atrás la alimentación era muy variada y tendía a ser balanceada. En estos últimos años, por el creciente costo de los alimentos la alimentación se ha vuelto casi univalente y de poco valor nutritivo. El alimento número uno de

consumo nacional es el arroz, el cual, por desgracia, tiene un bajo valor nutritivo. Los otros dos alimentos más frecuentes son los fideos y la avena. En la costa se agrega la yuca, en la sierra las papas, pero cada vez en cantidad menor debido a su costo. En general esta dieta no alcanza a cubrir ni dos mil calorías diarias por persona. Por varias razones los que más sufren de la desnutrición son los niños, pues en la familia, bajo la consideración de que el padre es el que trabaja y trae los recursos para la vida de la familia, la madre procura dar mejor alimentación al padre, rezagando la alimentación de los niños.

La desnutrición ya no es un problema solamente de los niños, afecta también a las madres y en particular, por razones fisiológicas, a la embarazada. En los servicios de maternidad del estado no menos del 17% de pacientes que concurren a dar a luz, se encuentran desnutridas. Algunas estuvieron ya desnutridas al momento de la fecundación y continuaron desnutriéndose a lo largo de los nueve meses de embarazo. Esto ha dado por resultado que den a luz niños de bajo peso, es decir con menos de 250 gramos. Alrededor del 11% de niños que nacen desnutridos presentan todos los signos de desnutrición crónica. Los programas de complementación alimentaria, aunque en escala reducida que puede subsistir, tiene que enfocarse no solo a los niños sino también a las madres embarazadas.

En los últimos años se ha reiniciado el servicio de desayuno o colación escolar que beneficia a niños de seis años en adelante. Aunque los niños que reciban este auxilio alimentario pueden beneficiarse en algún grado, lo importante es atender a los niños de menores edades. Se sabe que hasta los dos años de edad las neuronas se multiplican en el cerebro y en los siguientes dos años se van ramificando, produciendo cada vez un alto número de dendritas que constituyen la más increíble red informática del cerebro. La falta de nutrimentos durante estos años repercute gravemente en la falta de desarrollo cerebral y posteriormente intelectual. Constituye, por desgracia, un fenómeno irreversible.

Ya en el feto el mayor volumen de circulación se produce en el cerebro, precisamente por la velocidad de crecimiento y desarrollo, lo cual se continúa en los siguientes años de la infancia.

Lo grave de la desnutrición no está en que nuestros niños nazcan con menor peso, menor estatura que los niños que gozan de una alimentación suficiente y balanceada. Lo grave está en

que el desarrollo cerebral no ha tenido la oportunidad de efectuarse a plenitud. Una muestra de este déficit cerebral es el bajo rendimiento y el ausentismo en las escuelas, sobre todo en las rurales. Muchos niños no logran pasar del primero al segundo grado, a veces lo repiten con igual resultado mientras otros avanzan hasta el segundo y quizá hasta el tercer grado y luego tienen que abandonar la escuela por incapacidad intelectual. Estos niños retornan al seno del hogar, comienzan tempranamente a trabajar, a colaborar con la familia, pero se convierten en la fuente de analfabetos. Las campañas de alfabetización que se han realizado en el país, por bien realizadas que hayan sido, no han tenido un resultado cabal, pues se realizó con adultos, en los cuales sigue pesando ese déficit intelectual y muchos de ellos no persistieron en la educación que les ofrecía el programa alfabetizador.

Resolver el problema de la desnutrición no es función ni responsabilidad del Ministerio de Salud, aunque debe colaborar en algunos aspectos. La solución es eminentemente económica. Se requiere aumentar los puestos de trabajo, aumentar la capacidad adquisitiva del pueblo, desarrollar apropiados programas de educación alimentaria.

Saneamiento básico.

El Ecuador es uno de los países que tiene el más bajo saneamiento. En los barrios urbano marginales, muchos de los cuales son de reciente creación, los servicios municipales no llegan ni de agua, peor de alcantarillado u otro sistema de eliminación de aguas servidas. En las ciudades el saneamiento es de una cobertura que va del 40 al 50%; en las zonas rurales la cifra es del 30% y en las zonas indígenas, con población dispersa por páramos y otros sitios el saneamiento es casi cero. ¿Qué sucede con la población en general y sobre todo con los niños en donde no hay servicios higiénicos? Que sus necesidades biológicas tienen que, obligadamente, hacerlas a campo abierto. El niño que está adoleciendo de gastroenteritis, a través de sus fecales diarreicas se convierte en un propagador de bacterias y virus. Las moscas se posan sobre las fecales, vuelan hacia los domicilios, se posan sobre los alimentos y la gente no siempre lava apropiadamente los mismos y esa reinfección se vuelve un círculo vicioso. En el Ecuador los episodios de diarrea de los niños menores de cuatro años es del orden de cuatro a cinco por año. Cada episodio de diarrea representa una tragedia biológica, pues el niño durante la una y hasta dos semanas que dura el proceso diarreico, se desnutre más, se deshidrata y tiene pocas

probabilidades de compensar en las semanas siguientes la pérdida de su desarrollo y crecimiento.

En el gobierno que dirigió los destinos del país de 1988 al 1992, en el que participé como Ministro de Salud, entre otros programas desarrollamos uno de construcción de letrinas. La construcción de sistemas de alcantarillado se justifica en los sitios donde la población alcanza un mínimo de densidad, pero en las poblaciones dispersas, que son muy frecuentes tanto en la sierra como en la costa el alcantarillado no resulta apropiado y además es mucho más costoso que el de las letrinas.

El sistema que se puso en marcha fue el de proporcionar los recursos materiales y técnicos a cada casa mientras los habitantes contribuían con la mano de obra. En esa época el costo que resultaba para el Ministerio de Salud era de aproximadamente US\$ 50, por letrina. Se hizo una estimación de la necesidad de letrinas en el país y se encontró que se necesitaban aproximadamente un millón. En ese cuatrienio se construyeron algunos miles de letrinas, incluyendo en los suburbios de Guayaquil y sobretodo en las zonas rurales.

Si en esa época se calculaba US\$ 50 por letrina se necesitaban cincuenta millones de dólares, cifra que un gobierno responsable de la salud pública puede financiar dejando de lado otros gastos menos importantes y menos prioritarios.

Lamentablemente también el programa de letrización sufrió las consecuencias de la falta de continuidad de obra de los gobiernos.

Si queremos tener niños saludables que no mueran de diarrea o de bronquitis crónica, es indispensable afrontar el problema de la eliminación de excretas y aguas servidas. Es inconcebible que un país que ya tiene más de ciento setenta años de vida republicana no haya podido completar un programa de esta naturaleza.

Agua potable.

La cobertura de agua potable aunque es mayor que la de alcantarillado o letrinas, sigue siendo deficitaria, aún en las grandes ciudades como Quito y Guayaquil. El primer pedido que hace la gente de los pequeños pueblos y aldeas a algún funcionario público que le visita es que se le dote de agua potable. Usualmente no piden servicios de alcantarillado o de letrinas, pues ya se ha hecho una especie de conciencia de la gente que eliminar excretas se lo puede hacer atrás de la casa o en cualquier vereda del camino. En cambio adquirir agua es algo que les cuesta trabajo y dinero y por lo mismo el pedido y el clamor general es que el gobierno dote de servicios de agua potable.

Desde el punto de vista de la salud, no hay la menor duda que un pueblo que puede disponer de agua segura, por lo menos en parte tiene asegurada su salud pues el beber y utilizar agua contaminada, que es lo que sucede en muchas partes del país, representa un riesgo permanente para la salud.

En años anteriores el Ministerio de Salud Pública, pudo realizar programas de saneamiento y agua potable porque dentro de su estructura se hallaba el Instituto de Obras Sanitarias (IEOS). Por desgracia éste ha pasado a formar parte del Ministerio de la Vivienda.

Durante la presente administración de salud, que se inició en agosto de 1998, el Ministerio ha hecho esfuerzos por volver a desarrollar programas en favor de la salud popular. Gracias a un préstamo del Banco Mundial está en marcha el llamado FASBASE, que cubre atención primaria, pero solo para ciertas poblaciones del país que no representa posiblemente ni el 20% del total. En todo caso FASBASE está trabajando activamente bajo apropiada dirección y poniendo en marcha los programas que deben ponerse en marcha en todo el país.

LA SALUD EN EL ECUADOR FRENTE AL NUEVO MILENIO

Por Plutarco Naranjo

Ex Ministro de Salud Pública del Ecuador
Presidente de la XCIII Asamblea de la Salud

Debe ser muy hermoso escribir sobre la salud de un pueblo, sobre la salud de un país cuando ésta se encuentra en pleno apogeo o por lo menos avanzando por un camino de franco progreso. Es, en cambio, muy penoso hablar de la salud de una nación que afronta la crisis más profunda en un siglo de su historia; de un país donde la inflación está ya por encima del 60%; el sucre se ha devaluado tanto que en dos años el dólar cuesta el doble, donde el desempleo sigue aumentando y donde la pobreza afecta a más del 50% de la población.

La salud tanto individual como pública durante los últimos siete años ha ido, progresivamente, deteriorándose. Es fácil comprender esta dolorosa realidad si se toma en cuenta que hasta 1989 la participación del Ministerio de Salud en el presupuesto nacional era del 8%, al cual se agregó un fondo especial aprobado por el Congreso Nacional, el FONIN (Fondo Nacional para la Infancia) que proporcionaba recursos adicionales a los Ministerios sociales: Salud, Educación, Trabajo y Bienestar Social, con lo cual el presupuesto del Ministerio de Salud sobrepasaba el 9%. Así y todo el presupuesto de salud era insuficiente para atender todas las necesidades del sector por lo cual fue indispensable establecer prioridades dentro del Plan Nacional de Salud. Desde entonces el presupuesto ha ido progresivamente disminuyendo hasta llegar a un 3%. ¿Qué gran obra en salud puede hacerse con un presupuesto tan disminuido? La mayor parte de los recursos de los que dispone el Ministerio, apenas alcanzan para cubrir los gastos de personal.

Desde 1992 se suspendieron la mayoría de obras que estaban en marcha, como la terminación de varios hospitales, como el de Pelileo, el de Pillaro, el de Chone, etc.

El gobierno que inició su mandato en agosto de 1992, a los pocos meses de entrar en funciones, suprimió el FONIN, que, al Ministerio de Salud le permitió realizar un amplio programa de complementación alimentaria para los niños y las madres embarazadas. El Ministerio de Salud atendía a las madres embarazadas desnutridas, a los niños recién nacidos e infantes desnutridos y luego a los niños que llegaban hasta los dos ó tres años de edad. El Ministerio de Bienestar tomaba, a través de la llamada Red Comunitaria a los niños de tres ó más años para atenderles en los programas nutricionales y de otra naturaleza; el Ministerio de Educación desarrolló un amplio programa de colación escolar para los niños de seis a doce años. Suprimido el FONIN se dio por terminadas estas actividades tan beneficiosas para los niños y madres embarazadas.

En los últimos tiempos, *ante la crisis hospitalaria,* se ha iniciado el ensayo de la llamada "cogestión o cofinanciamiento" de los hospitales y otros servicios médicos. Un pueblo empobrecido que no alcanza a cubrir las necesidades mínimas de alimentación, ¿cómo puede cofinanciar la marcha de los hospitales? El cofinanciamiento ha traído como consecuencia el ahuyentar a buen número de los pacientes pobres que aunque en teoría, no deberían pagar nada por los servicios médicos, pero en la práctica, por lo menos tienen que afrontar el alto costo de los medicamentos que no puede proporcionar el hospital.

Sobre este panorama general descrito en pocas palabras hay tres grandes problemas de salud pública que tiene que resolver el Estado ecuatoriano: estos son: mejorar, lo más pronto posible, la situación alimentaria de los niños; aumentar la cobertura del saneamiento y aumentar la cobertura de agua segura.

El problema de la desnutrición.

Uno de los ^{más graves} problemas biológicos, médicos, sociales y económicos del país es el de la desnutrición. Una encuesta realizada en escala nacional, en 1987, dio por resultado el que el 50% de los niños menores de cinco años de edad adolecía de algún grado de desnutrición. De entonces acá no se ha vuelto a realizar una encuesta en escala nacional, pero los diferentes indicadores económicos revelan que al aumento de la pobreza ha ido aparejado el aumento de la desnutrición infantil.

Aunque durante la última década ha habido aumentos sucesivos de los sueldos y salarios el aumento de costo de los alimentos ha sido superior al del mencionado aumento salarial. La alimentación del pueblo ecuatoriano se ha deteriorado. Años atrás la alimentación era muy variada y tendía a ser balanceada. En estos últimos años, por el creciente costo de los alimentos la alimentación se ha vuelto casi univalente y de poco valor nutritivo. El alimento número uno de consumo nacional es el arroz, el cual, por desgracia, tiene un bajo valor nutritivo. Los otros dos alimentos más frecuentes son los fideos y la avena. En la costa se agrega la yuca, en la sierra las papas, pero cada vez en cantidad menor debido a su costo. En general esta dieta no alcanza a cubrir ni dos mil calorías diarias por persona. Por varias razones los que más sufren de la desnutrición son los niños, pues en la familia, bajo la consideración de que el padre es el que trabaja y trae los recursos para la vida de la familia, la madre procura dar mejor alimentación al padre, rezagando la alimentación de los niños.

La desnutrición ya no es un problema solamente de los niños, afecta también a las madres y en particular, por razones fisiológicas, a la embarazada. En los servicios de maternidad del estado no menos del 17% de pacientes que concurren a dar a luz, se encuentran desnutridas. Algunas estuvieron ya desnutridas al momento de la fecundación y continuaron desnutriéndose a lo largo de los nueve meses de embarazo. Esto ha dado por resultado el que den a luz niños de bajo peso, es decir con menos de 250 gramos. Alrededor del 11% de niños que nacen desnutridos presentan todos los signos de desnutrición crónica. Los programas de complementación alimentaria, aunque en escala reducida que puede subsistir, tiene que enfocarse no solo a los niños sino también a las madres embarazadas.

En los últimos años se ha reiniciado el servicio de desayuno o colación escolar que beneficia a niños de seis años en adelante. Aunque los niños que reciban este auxilio alimentario pueden beneficiarse en algún grado, lo importante es atender a los niños de menores edades. Se sabe que hasta los dos años de edad las neuronas se multiplican en el cerebro y en los siguientes dos años se van ramificando, produciendo cada vez un alto número de dendritas que constituyen la más increíble red informática del cerebro. La falta de nutrimentos durante estos años repercute gravemente en la falta de desarrollo cerebral y posteriormente intelectual. Constituye, por desgracia, un fenómeno irreversible.

Ya en el feto el mayor volumen de circulación se produce en el cerebro, precisamente por la velocidad de crecimiento y desarrollo, lo cual se continúa en los siguientes años de la infancia.

Lo grave de la desnutrición no está en que nuestros niños nazcan con menor peso, menor estatura que los niños que gozan de una alimentación suficiente y balanceada. Lo grave está en que el desarrollo cerebral no ha tenido la oportunidad de efectuarse a plenitud. Una muestra de este déficit cerebral es el bajo rendimiento y el ausentismo en las escuelas, sobre todo en las rurales. Muchos niños no logran pasar del primero al segundo grado, a veces lo repiten con igual resultado mientras otros avanzan hasta el segundo y quizá hasta el tercer grado y luego tienen que abandonar la escuela por incapacidad intelectual. Estos niños retornan al seno del hogar, comienzan tempranamente a trabajar, a colaborar con la familia, pero se convierten en la fuente de analfabetos. Las campañas de alfabetización que se han realizado en el país, por bien realizadas que hayan sido, no han tenido un resultado cabal, pues se realizó con adultos, en los cuales sigue pesando ese déficit intelectual y muchos de ellos no persistieron en la educación que les ofrecía el programa alfabetizador.

San

El E

mar

de

el s

30%

es

hay

can

se

vue

apr

epi

año

has

pro

cre

Resolver el problema de la desnutrición no es
fundamentalmente responsabilidad del Ministerio de Salud, aunque
debe colaborar en algunos aspectos. La solución se encuen-
tra en el desarrollo económico. Se requiere aumentar la
oferta de trabajo, aumentar la capacidad adquisi-
tiva del pueblo, desarrollar apropiados programas de
educación alimentaria.

En

Mir

cor

mínimo

sierra

que

El

El

En

Se

En

En

En

En

En

En

En

En

En

En

En

En

Lo grave de la desnutrición no está en que nuestros niños nazcan con menor peso, menor estatura que los niños que gozan de una alimentación suficiente y balanceada. Lo grave está en que el desarrollo cerebral no ha tenido la oportunidad de efectuarse a plenitud. Una muestra de este déficit cerebral es el bajo rendimiento y el ausentismo en las escuelas, sobre todo en las rurales. Muchos niños no logran pasar del primero al segundo grado, a veces lo repiten con igual resultado mientras otros avanzan hasta el segundo y quizá hasta el tercer grado y luego tienen que abandonar la escuela por incapacidad intelectual. Estos niños retornan al seno del hogar, comienzan tempranamente a trabajar, a colaborar con la familia, pero se convierten en la fuente de analfabetos. Las campañas de alfabetización que se han realizado en el país, por bien realizadas que hayan sido, no han tenido un resultado cabal, pues se realizó con adultos, en los cuales sigue pesando ese déficit intelectual y muchos de ellos no persistieron en la educación que les ofrecía el programa alfabetizador.

Saneamiento básico.

El Ecuador es uno de los países que tiene el más bajo saneamiento. En los barrios urbano marginales, muchos de los cuales son de reciente creación, los servicios municipales no llegan ni de agua, peor de alcantarillado u otro sistema de eliminación de aguas servidas. En las ciudades el saneamiento es de una cobertura que va del 40 al 50%; en las zonas rurales la cifra es del 30% y en las zonas indígenas, ^{con población} en la mayoría dispersa por páramos y otros sitios, el saneamiento es casi cero. ¿Qué sucede con la población en general y sobre todo con los niños en donde no hay servicios higiénicos? Que sus necesidades biológicas tiene que, obligadamente, hacerlas a campo abierto. El niño que está adoleciendo de gastroenteritis, a través de sus fecales diarreicas se convierte en un propagador de bacterias y virus. Las moscas se posan sobre las fecales, vuelan hacia los domicilios, se posan sobre los alimentos y la gente no siempre lava apropiadamente los mismos y esa reinfección se vuelve un círculo vicioso. En el Ecuador los episodios de diarrea de los niños menores de cuatro años es del orden de cuatro a cinco por año. Cada episodio de diarrea representa una tragedia biológica, pues el niño durante la una y hasta dos semanas que dura el proceso diarreico, se desnutre más, se deshidrata y tiene pocas probabilidades de compensar en las semanas siguientes la pérdida de su desarrollo y crecimiento.

En el gobierno que dirigió los destinos del país de 1988 al 1992, en el que participé como Ministro de Salud, entre otros programas desarrollamos uno de construcción de letrinas. La construcción de sistemas de alcantarillado se justifica en los sitios donde la población alcanza un mínimo de densidad, pero en las poblaciones dispersas, que son muy frecuentes tanto en la sierra como en la costa el alcantarillado no resulta apropiado y además es mucho más costoso que el de las letrinas.

El sistema que se puso en marcha fue el de proporcionar los recursos materiales y técnicos a cada casa mientras los habitantes contribuían con la mano de obra. En esa época el costo que resultaba para el Ministerio de Salud eran de aproximadamente US\$ 50, por letrina. Se hizo una estimación de la necesidad de letrinas en el país y se encontró que se necesitaban aproximadamente un millón de letrinas. En ese cuatrienio se construyeron algunos miles de letrinas, incluyendo en los suburbios de Guayaquil y sobre todo en las zonas rurales.

Si en esa época se calculaba US\$ 50 por letrina se necesitaban cincuenta millones de dólares, cifra que un gobierno responsable de la salud pública puede financiar dejando de lado otros gastos menos importantes y menos prioritarios.

Lamentablemente también el programa de letrización sufrió las consecuencias de la falta de continuidad de obra de los gobiernos.

Si queremos tener niños saludables que no mueran de diarrea o de bronquitis crónica, es indispensable afrontar el problema de la eliminación de excretas y aguas servidas. Es inconcebible que un país que ya tiene más de ciento setenta años de vida republicana no haya podido completar un programa de esta naturaleza.

Agua potable.

La cobertura de agua potable aunque es mayor que la de alcantarillado o letrinas, sigue siendo deficitaria, aún en las grandes ciudades como Quito y Guayaquil. El primer pedido que hace la gente de los pequeños pueblos y aldeas a algún funcionario público que le visita es que se le dote de agua potable. Usualmente no piden servicios de alcantarillado o de letrinas, pues ya se ha hecho una especie de conciencia de la gente que eliminar excretas se lo puede hacer atrás de la casa o en cualquier vereda del camino. En cambio, adquirir agua es algo que les cuesta trabajo y dinero y por lo mismo el pedido y el clamor general es que el gobierno dote de servicios de agua potable.

Desde el punto de vista de la salud, no hay la menor duda que un pueblo que puede disponer de agua segura, por lo menos en parte tiene asegurada su salud pues el beber y utilizar agua contaminada, que es lo que sucede en muchas partes del país, representa un riesgo permanente para la salud.

Durante los esfuerzos del Banco para ciertos casos FASE programas

*En años anteriores a 1988, hubo
realizar programas de saneamiento y
agua potable tanto dentro de las ciudades
como en el interior del Instituto de Obras
Sanitarias (IEOS). Por desgracia, este
ha pasado a formar parte del Ministerio
de la Vivienda*

el Ministerio ha
1998, se han hecho
gracias a un préstamo
primaria, pero solo
% del total. En todo
endo en marcha los

Si en esa época se calculaba US\$ 50 por letrina se necesitaban cincuenta millones de dólares, cifra que un gobierno responsable de la salud pública puede financiar dejando de lado otros gastos menos importantes y menos prioritarios.

Lamentablemente también el programa de letrización sufrió las consecuencias de la falta de continuidad de obra de los gobiernos.

Si queremos tener niños saludables que no mueran de diarrea o de bronquitis crónica, es indispensable afrontar el problema de la eliminación de excretas y aguas servidas. Es inconcebible que un país que ya tiene más de ciento setenta años de vida republicana no haya podido completar un programa de esta naturaleza.

Agua potable.

La cobertura de agua potable aunque es mayor que la de alcantarillado o letrinas, sigue siendo deficitaria, aún en las grandes ciudades como Quito y Guayaquil. El primer pedido que hace la gente de los pequeños pueblos y aldeas a algún funcionario público que le visita es que se le dote de agua potable. Usualmente no piden servicios de alcantarillado o de letrinas, pues ya se ha hecho una especie de conciencia de la gente que eliminar excretas se lo puede hacer atrás de la casa o en cualquier vereda del camino. En cambio, adquirir agua es algo que les cuesta trabajo y dinero y por lo mismo el pedido y el clamor general es que el gobierno dote de servicios de agua potable.

Desde el punto de vista de la salud, no hay la menor duda que un pueblo que puede disponer de agua segura, por lo menos en parte tiene asegurada su salud pues el beber y utilizar agua contaminada, que es lo que sucede en muchas partes del país, representa un riesgo permanente para la salud.

Durante la presente administración de salud, ¹⁹⁹⁸ que se inició en agosto de 1998, ^{el Ministerio ha} se han hecho esfuerzos por volver a desarrollar programas en favor de la salud popular. Gracias a un préstamo del Banco Mundial está en marcha el llamado FASBASE, que cubre atención primaria, pero solo para ciertas poblaciones del país que no representa posiblemente ni el 20% del total. En todo caso FASBASE está trabajando activamente bajo apropiada dirección y poniendo en marcha los programas que deben ponerse en marcha en todo el país.