

## INTRODUCCIÓN

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia fue promulgada en el Registro Oficial No. 136 de 31 de octubre del 2005, con el objetivo de reducir la barrera económica que impide el acceso a la atención de la salud de mujeres y niños. La Ley también contribuyó a cambiar concepciones sobre la salud involucrando a la beneficiarios con la creación de veedurías como son los Comités de Usuarías/os.<sup>1</sup> Los Comités de Usuarías/os de la LMGYAI son instancias ciudadanas de control social que surgen adscritos a la Ley, tienen la obligación vigilar el cumplimiento de dicha Ley en los servicios públicos del salud. Según experiencias realizadas en países cercanos al Ecuador como Colombia y Honduras, las veedurías han sido de muchísima ayuda para mejorar el sistema de salud pública, ya que los ciudadanos contribuyen a vigilar el buen funcionamiento de los mismos y además su empoderamiento provoca una mejora continua del sistema.

En el hermano país de Colombia utiliza este sistema como una herramienta eficaz de aporte al mejoramiento del sistema de salud pública como una estrategia que aporte a su fortalecimiento interno y a motivar a los ciudadanos y ciudadanas para que se vinculen a estas organizaciones contribuyendo a la ampliación de sus bases sociales, a su consolidación y a su gestión social por la salud y la calidad de vida con la intervención, sobre todo de dirigentes de las comunidades, representantes del clero, del sector educativo y salud.

También Honduras tiene muy bien documentado con estadísticas el logro progresivo de la mejorara de la calidad de atención a la embarazada gracias a la implementación de este sistema de control ciudadano. Parte

---

<sup>1</sup> Ley De Maternidad Gratuita Y Atención A La Infancia. Codificación- Reglamento, Prestaciones Y Medicamentos. Mayo 2007

importante de este proceso ha sido la capacitación y promoción realizada por el estado para fomentar la participación de la población involucrada en cada región del país.

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia nace en el Ecuador con la finalidad de garantizar el control prenatal y la salud sexual, reproductiva a la mujer en edad fértil, y a la vez la atención de niños hasta los cinco años de edad, pero por diversos motivos no se puede cumplir en su totalidad, ya sea por falta de recurso humano, de insumos y/o medicamentos, de equipamiento y en gran número por desconocimiento de dicha Ley por parte de los usuarios. En el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora del Distrito Metropolitano de Quito se crea en el 2007, el comité de usuarias con el objeto de vigilar la gratuidad y la calidad con que se ejecuta la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

En el Hospital Asdrúbal de la Torre de Cotacachi, si bien las cifras de mortalidad materna e infantil han disminuido desde la creación de la Ley de Maternidad Gratuita y atención a la Infancia, los valores de la misma son todavía preocupantes (Mortalidad materna: 85 por 100.000 NV (2006); Mortalidad infantil 9.17 niños por cada 1000 nacidos vivos (2010). Esto demuestra que la aplicación de la LMGYAI tiene varios obstáculos para su total cumplimiento, entre ellas el desconocimiento de los beneficiarios y limitados servicios de atención en el nivel II.<sup>2</sup>

El presente proyecto incluye la revisión bibliográfica tanto técnica como marco legal y tomando en cuenta parámetros de mucha importancia como son la satisfacción del usuario. Además están definidos aspectos importantes que encontramos en el planteamiento del problema, presentamos nuestro objetivo el cual se concluye con la creación del Comité de Usuarios de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia en el Hospital Asdrúbal de la Torre de Cotacachi, existe una recopilación de definiciones de términos que permiten comprender en forma adecuada el proceso a implementarse y los aspectos principales

---

<sup>2</sup> Siise 2010

sobre la presente investigación la misma que se fundamenta en los resultados de la aplicación del instrumento encuesta, los resultados permitieron señalar la descripción en cuadros y gráficos, para luego interpretarlos y presentar nuestras conclusiones y recomendaciones sobre la que elaboramos la propuesta. Una vez realizado el estudio establecimos los parámetros más débiles en los cuales se presentan los obstáculos en la ejecución de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención y a la Infancia.

## **CAPITULO I**

### **1. MARCO REFERENCIAL**

#### **1.1. Contextualización del Problema**

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia manejado por el Ministerio de Salud Pública en donde se asegura a las mujeres, la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad para control prenatal y en las enfermedades de transmisión sexual los esquemas básicos de tratamiento (excepto SIDA), atención del parto normal y de riesgo, cesárea, puerperio, emergencias obstétricas, incluidas las derivadas de violencia intrafamiliar, toxemia, hemorragia y sepsis del embarazo, parto y post parto, así como la dotación de sangre y hemo-derivados. Dentro de los programas de salud sexual y reproductiva se cubre la detección oportuna del cáncer cérvico-uterino y el acceso a métodos de regulación de la fecundidad, todos ellos según normas vigentes del Ministerio de Salud Pública.<sup>3</sup>

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia está implementada en todas las instituciones del Ministerio de Salud Pública, sin embargo por desconocimiento de los beneficiarios de la misma y falta de promoción y difusión de los beneficios de la mencionada Ley, su aplicación es limitada. Cada año más de 500 mil madres, cada minuto pierden la vida por causas relacionadas con el embarazo y el parto, de los cuales casi 23 mil son del continente americano y casi todos pertenecen a

---

<sup>3</sup> Ley De Maternidad Gratuita Y Atención A La Infancia. Codificación- Reglamento, Prestaciones Y Medicamentos. Mayo 2007

los países en desarrollo. Cantidades muy superiores de mujeres quedan con problemas de salud a raíz del parto. Situación similar se observa en las altas tasa de mortalidad infantil y neonatal. Lo que refleja la relación que existe entre las tasas de mortalidad materno- infantil y neonatal y las condiciones socioeconómicas del país.

En el Cantón Cotacachi la aplicación de la LMGYAI en el Hospital Asdrúbal de la Torre es limitada, por varios factores, ausencia de un sistema de seguimiento y control por parte de la ciudadanía, como el Comité de Usuarias, de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, supone que la ley no se cumpla en su totalidad y que las usuarias al no acceder a la atención médica de pediatría y de exámenes de laboratorio clínico e imágenes que no dispone el Hospital Asdrúbal de la Torre, tiene que acudir a servicios de salud privados, donde si tiene que pagar. Por otra parte existe subutilización de los servicios de salud materna y neonatal, debido a barreras culturales, a percepciones, a falta de conocimiento y comprensión de los problemas del embarazo que requieren atención sanitaria inmediata, y a complejos modelos de toma de decisión en la población para tomar las medidas necesarias y oportunas. De ahí la importancia de llevar a cabo comités ciudadanos en los servicios públicos de salud para garantizar su cumplimiento. Al ser el Hospital Asdrúbal de la Torre la institución de mayor relevancia del Cantón Cotacachi los problemas de atención identificados darán pautas para resolver los problemas estructurales que impiden el buen funcionamiento del sistema de salud y la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

## **1.2. Formulación del Problema**

En el Hospital Asdrúbal de la Torre de Cotacachi a menudo se presentan dificultades que tienen que ver con la prestación de los servicios, problemas que se suscitan por el desconocimiento de los beneficiarios, el bajo nivel socioeconómico, las dificultades geográficas,

sociales y culturales para acceder a servicios específicos como salud. Esto demuestra que la aplicación de la LMGYAI tiene varias limitaciones, y la predominante es la falta de difusión de los beneficios de la Ley.

Conociendo que el comité de usuarios es una herramienta de veedor que permite evaluar y fortalecer el control interno en cada una de las áreas operativas y de gestión en las organizaciones, se ha propuesto la implementación del Comité de Usuarios en el Hospital Asdrúbal de la Torre de Cotacachi, el mismo que constituirá una herramienta de evaluación por cuanto además de dictaminar un criterio y constituir un medio de rendición de cuentas, está dirigido a mejorar el control interno, procedimientos operativos y administrativos.

Actualmente debido al gran crecimiento poblacional del Cantón Cotacachi, el Hospital Asdrúbal de la Torre, se ve en la obligación de aumentar la oferta para cubrir la demanda existente, esto implica incremento y/o adecuación en lo que se refiere, a infraestructura, equipamiento médico y el recurso humano. El desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos más el déficit de educación sobre ellos, las prácticas sociales y culturales permite que se siga incumpliendo con todos los parámetros que cubre la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

### **1.3. Planteamiento del Problema**

¿Cuál es la situación del cumplimiento de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia en el Hospital Asdrúbal de la Torre de Cotacachi y cómo se puede realizar el control y seguimiento por parte de los y las beneficiarios/as?

### **1.4. OBJETIVOS**

#### **1.4.1. Objetivo General**

- ❖ Determinar el cumplimiento de la Ley para implementar el Comité de Usuarios/as de la Ley de Maternidad Gratuita en el Hospital Asdrúbal de Cotacachi.

#### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- Analizar las condiciones socio-económicas de las usuarias de la Ley de Maternidad Gratuita.
- Realizar un diagnóstico sobre la atención a las usuarias y el cumplimiento de la Ley de Maternidad Gratuita en el Hospital Asdrúbal de la Torre.
- Estructurar y validar la propuesta del Comité de Usuarios/as de la Ley de Maternidad Gratuita en el Hospital Asdrúbal de la Torre.

#### **1.5. Preguntas De Investigación**

- ❖ ¿Cuáles son las condiciones socioeconómicas de las beneficiarias de la Ley de Maternidad Gratuita?
- ❖ ¿Cuál es la situación actual y como se está verificando el cumplimiento de la Ley de Maternidad Gratuita en el Hospital Asdrúbal de la Torre?
- ❖ ¿Cómo se implantara el Comité de Usuarios/as de la Ley de Maternidad Gratuita en el Hospital Asdrúbal de la Torre?

#### **1.6. JUSTIFICACIÓN**

Este proyecto de investigación permitió la conformación del Comité de Usuarías/os la cual está establecida en la Ley como instancias de control, ejercicios de derechos y participación social lo que implica el

posicionamiento de la ciudadanía en defensa de los derechos a la salud, con el propósito de disminuir inequidades y atender a la población más vulnerable de la ciudad. Al ser el Hospital Asdrúbal de la Torre la institución de mayor relevancia del Cantón, los problemas identificados darán pautas para resolver los problemas estructurales que impiden el buen funcionamiento del Sistema de Salud y la aplicación de la LMGYAI, y así garantizar el cumplimiento de la Ley en esta institución. De ahí la importancia de llevar a cabo la conformación de los comités ciudadanos en los servicios públicos de salud.

Además este proyecto apoyará en el proceso de fortalecimiento de la democracia y de la formación de una ciudadanía más participativa y comprometida con el bien público ya que será tomado en cuenta y será participe en el funcionamiento del Comité que permitirá, conocer los estándares e indicadores de calidad de los servicios de salud cubiertos por la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia; evaluar la ejecución de los planes operativos y adoptar las resoluciones que correspondan en mejoras en la atención, equipos, personal e infraestructura.

Se generará una cultura de empoderamiento de la sociedad civil como herramienta local para generar desarrollo y bienestar a partir de los mismos habitantes del Cantón Cotacachi ya que la ley descansa en la participación social, a través de la organización de comités de usuarios, para asegurar la calidad y capacidad de respuesta en la provisión de servicios de salud.

## **1.7. FACTIBILIDAD**

- Por ser uno de los pilares fundamentales de la LMGYAI la participación ciudadana a través de los Comités de Usuaría/ os, contribuyó a garantizar el cumplimiento de la Ley en los establecimientos de salud del MSP.



- La disponibilidad de material bibliográfico, documentos sobre la LMGYAI son amplios.
- Este proyecto complementó el plan cantonal de salud del Cantón Cotacachi, evaluando con eficacia el modelo implantado en los servicios de salud, pertenecientes al Ministerio de Salud Pública.
- Por tratarse de un tema de transparencia y participación ciudadana se apoyó en el marco legal que consta en la Ley orgánica de responsabilidad estabilización y transparencia fiscal que constan en los Artículos 18, 19, 20, 22, que faculta a los municipios dar libre acceso a la información pública.

## **CAPITULO II:**

### **2. MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Teoría Base**

##### **2.1.1. Experiencias en Países de Latinoamérica**

Uno de los problemas de la red de servicios de salud de Honduras ha sido la baja captación de la embarazada antes de las 20 semanas de gestación. Para lograr la captación temprana de las embarazadas, las experiencias más exitosas han sido: la Captación a través de las pruebas rápidas de embarazo tanto a nivel comunitario como a nivel institucional. La Clínica Materna de Taulabé comenzó la introducción de las pruebas rápidas en Diciembre del 2009 habiendo realizado las siguientes actividades:

- Capacitación de promotores y voluntarios de salud en la justificación de porque la captación temprana, como se detecta el embarazo, uso de las pruebas rápidas y mecanismos de coordinación.
- Compra de pruebas rápidas para embarazo, con el uso de fondos recuperados o con fondos provenientes de los compromisos de gestión.
- Visitas domiciliarias durante la entrega de paquete básico, que permite que las mujeres acudan al personal para solicitar hacerse la prueba.
- Disponibilidad de la prueba rápida a nivel de todas las unidades de salud. La introducción de las pruebas rápidas le ha permitido a las

unidades de salud incrementar la captación de las embarazadas antes de las 20 semanas de gestación.<sup>4</sup>

Dentro de este nuevo enfoque en Colombia, con el Decreto 1216 de 1989 crea los Comités de Participación Comunitaria (CPC), ampliando la esfera de participación y establece que la comunidad debe participar en las juntas directivas de los organismos de salud conformados como establecimientos públicos. El Decreto 1416 de 1990 avanza, con respecto al 1216, al incorporar en la conformación de los COPACOS al jefe de la dirección de salud municipal o departamental y al sector educativo. La Ley 100 de 1993 mediante la cual se crea el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, establece la participación como uno de sus principios, y el Decreto reglamentario 1757 establece como formas organizativas de Participación Comunitaria en Salud:

- Los Comités de Participación Comunitaria en Salud - COPACOS.
- Las Asociaciones o Alianzas de Usuarios
- Los Comités de Ética Hospitalaria

En Bogotá existen en la actualidad 20 COPACOS, 22 Asociaciones de Usuarios de Empresas Sociales del Estado (ESE), 9 Asociaciones de Usuarios de EPS Subsidiadas y 22 Comités de Ética Hospitalaria, organizaciones a las que va dirigida esta cartilla como una herramienta que aporte a su fortalecimiento interno y a motivar a los ciudadanos y ciudadanas para que se vinculen a estas organizaciones contribuyendo a la ampliación de sus bases sociales, a su consolidación y a su gestión social por la salud y la calidad de vida. Son un espacio de discusión, concertación y gestión, presidido por el Alcalde o Alcaldesa Local, participan representantes de diferentes organizaciones sociales legal o socialmente reconocidas que tienen presencia en la localidad,

---

<sup>4</sup> Secretaria De Salud De Honduras Síntesis Del Aprendizaje Del Mejoramiento De La Atención Prenatal, Regiones De Salud De Comayagua, Copan, Intibuca, La Paz Y Lempira Asesoría Técnica De HCI/USAID

representantes del sector educativo, la Iglesia y el Gerente del Hospital Público de Primer Nivel de la Localidad.<sup>5</sup>

La experiencia en Panamá se desarrolló dentro de la implementación del Programa Multifase de Transformación Institucional del Sector Salud, designando como organismo ejecutor al Ministerio de salud (MINSA). El componente de este programa tiene como meta la extensión de cobertura de servicios básicos de salud de manera innovativa. Este componente incorpora los lineamientos de: incrementar el acceso de los pobres a los servicios de salud e incorporar la participación social de los miembros de las comunidades y de las organizaciones de la sociedad civil. Las principales innovaciones con respecto a las experiencias latinoamericanas descritas previamente, son: Incorporación de representantes grupos organizados de la sociedad civil en forma espontánea en las comunidades rurales pobres.<sup>6</sup>

## **2.1.2. Veeduría para el cumplimiento de la ley de maternidad gratuita y atención a la infancia (LMGYAI) en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora (HGOIA)**

### **2.1.2.1. Conclusiones generales**

1. La veeduría ciudadana es un proceso de ejercicio de derechos que se llevó a cabo en el marco de la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. A diferencia de otras experiencias de control social llevadas a cabo en instituciones públicas del país, se enfatizó en el carácter técnico de la misma, que fue posible gracias al apoyo externo e interno de profesionales expertos en su área y de una ciudadanía capacitada para el efecto.

---

<sup>5</sup> Universidad Mariana Instituto Ciencias De La Salud Ces De Medellín, Facultad De Formación Avanzada, Especialización En Gerencia De La Salud Pública, 2008

<sup>6</sup> Ministerio De Salud De Panamá Informe De Evaluación Final del Programa Multifase De Transformación Institucional Del Sector Salud Alfredo Antonio Privado Medrano Consultor Panamá Enero Del 2009

- 2.** El uso de instrumentos técnicos y la elaboración de otros probados y mejorados durante el proceso, garantizan la veracidad de los resultados y le proporcionan a la veeduría la fuerza política para incidir en procesos de cambio que mejoren la realidad de las mujeres que acuden al HGOIA y a otros servicios de salud de la ciudad.
- 3.** La veeduría se basó en la negociación, consenso, identificación de intereses y el trabajo conjunto personal de salud/ciudadanía, lo que generó un proceso de enriquecimiento tanto por parte de las/los veedores como del personal de Salud. La ciudadanía a más del aprendizaje obtenido tomó conciencia de los problemas fundamentales del Hospital y el sector, el personal de salud constató las brechas existentes en la aplicación de la LMGYAI y la necesidad de contar con el apoyo ciudadano para reducirlas.
- 4.** La aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia se cumple en el HGOIA en un alto porcentaje, a pesar de las condiciones físicas, presupuestarias y el déficit de RRHH existentes en la institución.
- 5.** El HGOIA atiende el mayor porcentaje de partos normales y patológicos de la ciudad de Quito y sus alrededores, demanda que rebasa su capacidad instalada y el nivel resolutivo que le compete e impide que se proporcione atención de óptima calidad a las usuarias.
- 6.** Situación que pone en evidencia la segmentación y fragmentación del deficiente Sistema de Salud del país, la ausencia de una red de servicios que funcione de acuerdo a los niveles de atención, y un eficiente manejo de la red de referencia y contra referencia.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Veeduría para el cumplimiento de la ley de maternidad gratuita y atención a la infancia (LMGYAI) en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora (HGOIA)

## **2.1. Teoría Existente**

### **2.2.1. La calidad del servicio**

Resulta de la comparación realizada por los “clientes entre las expectativas sobre el servicio que van a recibir y las percepciones de la actuación de las organizaciones prestadoras del servicio”.<sup>8</sup>

#### **2.2.1.1. Definición de calidad en el servicio.**

Satisfacer, de conformidad con los requerimientos de cada cliente, las distintas necesidades que tienen y por la que se nos contrato. La calidad se logra a través de todo el proceso de compra, operación y evaluación de los servicios que entregamos. El grado de satisfacción que experimenta el cliente por todas las acciones en las que consiste el mantenimiento en sus diferentes niveles y alcances.

#### **2.2.1.2. Dimensiones de la calidad**

La calidad es un concepto integral y polifacético. Los expertos en calidad generalmente reconocen varias dimensiones diferentes de la calidad que varían en importancia según el contexto en el cual tiene lugar un esfuerzo de garantía de la misma. Las actividades pertinentes pueden encarar una o más variedades de dimensiones tales como competencia profesional, acceso a los servicios, eficacia, satisfacción del cliente, aceptabilidad de los servicios, eficiencia, continuidad, seguridad o comodidades. Un problema de calidad puede tener más de una dimensión, y estas proporcionan un marco útil porque le sirven al equipo de salud para analizar y definir sus problemas y calcular la medida en la que cumplen con sus propias normas de programa.

#### **2.2.1.3. Acceso a los servicios**

El acceso implica la eliminación de las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención de salud. La accesibilidad social o

---

<sup>8</sup> Revista Digital - Buenos Aires - Año 10 - N° 73 - Junio de 2004

cultural se relaciona con la aceptabilidad de los servicios ofrecidos, teniendo en cuenta los valores culturales y las actitudes locales. El organizacional se refiere a la medida en que la organización de servicios es conveniente para los posibles clientes; las horas de atención en los servicios de salud y los sistemas de turnos, el tiempo de espera y la modalidad de la prestación de servicios son ejemplos de cómo la organización de estos últimos puede crear barreras para el uso de los mismos.

#### **2.2.1.4. Eficacia**

La calidad de los servicios de salud depende de la eficacia de las normas de prestación de servicios y las de orientación técnica. La eficacia es una dimensión importante de la calidad en el ámbito central donde se definen las normas y especificaciones.

#### **2.2.1.5. Satisfacción del cliente**

La dimensión de satisfacción del usuario se refiere a la relación entre proveedores y clientes, entre administradores y proveedores de servicios de salud y entre el equipo de servicios de salud y la comunidad. Las buenas relaciones interpersonales contribuyen a la eficacia de la asesoría prestada en materia de salud y al establecimiento de una buena relación general con los pacientes. Dichas relaciones son las que producen confianza y credibilidad, y se demuestran por medio del respeto, la confidencialidad, la cortesía, la comprensión y compenetración. La manera de escuchar y comunicarse es también un aspecto importante. Los servicios de salud se pueden prestar de una manera profesionalmente competente, pero si las relaciones interpersonales no son adecuadas, se corre el riesgo de que la atención sea menos eficaz.

#### **2.2.1.6. Eficiencia**

La eficiencia de los servicios de salud es una dimensión importante de la calidad dado que los recursos de atención de salud son generalmente

limitados. Los servicios eficientes son los que suministran atención más óptima al paciente y a la comunidad; es decir, suministran el mayor beneficio dentro de los recursos con los que se cuenta. La eficiencia exige que los proveedores de salud eviten suministrar atención innecesaria o inapropiada y que la atención deficiente que se da como resultado de normas inefectivas se minimice o se elimine. La atención deficiente, además de ocasionar riesgos innecesarios e incomodidades al paciente, a menudo es cara y toma mucho tiempo corregirla. Dos maneras de mejorar la calidad serían eliminar los gastos innecesarios y evitar los errores al mismo tiempo que se reducen los costos.

#### **2.2.1.7. Perspectivas del significado de calidad**

##### **2.2.1.7.1. El usuario**

Para los usuarios que reciben atención por parte de establecimientos de salud, la atención de calidad satisface sus necesidades percibidas, se presta de manera cortés y en el momento en que se necesita. Desean servicios que alivien los síntomas en forma eficaz y prevengan las enfermedades. La perspectiva del paciente es muy importante porque es más probable que los clientes satisfechos cumplan con el tratamiento y continúen utilizando los servicios de salud. Es por ese motivo que, con respecto a todas las demás dimensiones de calidad, la satisfacción del cliente afecta la salud y el bienestar de la comunidad.

##### **2.2.1.7.2. Los miembros de servicios de salud**

Para los miembros de servicios de salud, la atención de calidad implica la libertad de hacer todo lo que sea apropiado para mejorar la condición de salud del paciente y de la comunidad, de acuerdo a normas establecidas, técnicas actuales y los recursos con los que se cuenta. El compromiso y la motivación del proveedor dependen de la capacidad para llevar a cabo su vocación de una manera ideal u óptima. Los miembros del grupo de salud tienden a concentrarse en la competencia profesional, la eficacia y la seguridad.



### **2.2.1.7.3. El administrador de servicios de salud**

Los gerentes o administradores de los servicios de salud rara vez participan en la prestación de servicios de atención, pero la atención de calidad es importante en su trabajo diario. La variedad de las demandas de supervisión, administración logística y financiera y asignación de escasos recursos presenta muchos retos y crisis inesperados. Esto puede hacer que un gerente no tenga una idea clara del propósito ni de las prioridades clínicas. Para un gerente, la concentración en la calidad puede ayudarle a organizar la administración del personal, el mejor flujo de los pacientes y el acceso de servicios a la comunidad. Los administradores de los servicios de salud tienden a pensar que el acceso, la eficacia, la competencia profesional y la eficiencia son los aspectos más importantes de la calidad.

### **2.2.1.8. Garantía de calidad**

Es el “conjunto de arreglos y actividades que tienen por fin salvaguardar, mantener y promover la calidad de atención”, “un proceso para determinar la calidad que analiza las deficiencias encontradas y la adopción de medidas a fin de mejorar el desempeño, seguidos de una nueva medición de la calidad para determinar si se ha logrado una mejora. Se trata de una actividad cíclica y sistemática que utiliza normas de medición.” El doctor Donald Berwick, médico clínico de los Estados Unidos, nos dice que es un enfoque organizacional integrado, para satisfacer las necesidades y expectativas del paciente, lo que comprende la participación de la administración y del personal para mejorar los procesos y servicios mediante el uso de técnicas cuantitativas e instrumentos analíticos.

Fundamentalmente, la garantía de calidad es el conjunto de actividades que se llevan a cabo para fijar normas, vigilar y mejorar el desempeño de tal manera que la atención prestada sea lo más eficaz y segura posible. Su introducción a la medicina moderna se debe a una

enfermera británica, Florence Nightingale, quien evaluó la calidad de la atención de los hospitales militares durante la Guerra de Crimea. Ella introdujo las primeras normas de atención sanitaria, las que produjeron una notable reducción de los índices de mortalidad en los hospitales.<sup>9</sup>

Recientemente ha habido una revolución en los métodos de garantía de calidad y una explosión de interés en la elaboración de programas nacionales de GC por varios motivos:

- Los movimientos ciudadanos han llevado a los políticos a considerar con mayor detenimiento las demandas de los ciudadanos con respecto a una atención de mejor calidad.
- Los problemas económicos que atraviesa nuestro país han limitado su capacidad de mejorar la calidad por medio de un mayor nivel de gastos. Nuestro país se ha dado cuenta que las mejoras de la calidad deben provenir de las mejoras de la eficacia y eficiencia dentro de los recursos actuales.

La reciente experiencia en la aplicación del control de la calidad en los sistemas de atención de salud sugiere que los cuatro principios a los que debe adherirse un programa ideal de garantía de calidad son los siguientes:

Los cuatro principios de garantía de calidad

- La garantía de calidad se orienta hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y de la comunidad a la que sirve.
- La garantía de calidad se concentra en los sistemas y procesos de prestación de servicios.
- La garantía de calidad utiliza información para analizar los procesos de prestación de servicios.
- La garantía de calidad alienta un enfoque de trabajo en equipo para la solución de problemas y la mejora de la calidad.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> Lori DiPrete Brown, Lynne Miller Franco, Nadwa Rafeh, Theresa Hatzell, Garantía de calidad de la atención de salud en los países en desarrollo, Segunda Edición, USAID

<sup>10</sup> Lori DiPrete Brown, Lynne Miller Franco, Nadwa Rafeh, Theresa Hatzell, Garantía de calidad de la atención de salud en los países en desarrollo, Segunda Edición, USAID

## **2.2.2. Promoción de la Salud**

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, sobre la base de la participación activa en la Promoción de la salud, lo que implica:

1. Promover el concepto de una buena salud como el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida donde el objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promover la salud.
2. Proporcionar los medios, dirigidos a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial asumiendo el control de todo lo que determine su estado de salud. Esto se aplica igualmente a hombres y mujeres.
3. Actuar como mediador, a favor de la salud ya que el sector salud no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud en razón de que, la promoción de la salud exige la acción coordinada del estado con la participación de la ciudadanía

**2.2.2.1. Participación.-** Promover que el ejercicio ciudadano contribuya en la toma de decisiones y en el control social de las acciones y servicios de salud. Esto incluye, obviamente, no sólo la

intervención en la gestación y procesamiento de las demandas sino en la evaluación de la política pública resultante a través, ejemplo, de veedurías o contralorías sociales.

**2.2.2.2. Participación Política.-** En la visión clásica, la participación aplicación en temas nacionales a nivel del Estado fue definida como participación política, siendo los partidos los canales que los permitirán. El objetivo único fue una forma de ejercicio del poder. Se trataba de completar el mandato otorgado a través de la delegación electoral e influenciar en la administración y/o fiscalización de recursos.

**2.2.2.3. Participación Popular.-** La desigualdad de acceso al poder se rectifica ponderando la participación de los más débiles. De este modo, la participación social se convierte en participación popular.

La participación popular es una forma específica de hacer participación social, que busca la equidad en situaciones en que los actores disponen desigualmente de los recursos y oportunidades o por la existencia de trabas que inhiben la participación. Apela a las identidades sociales primarias y desenvuelve la vocación de intervención de los actores. Se apoya en una redefinición de la política y la democratización de las instancias en las que interviene.

Los objetivos de la participación son dotar de capacidad de influencia en las decisiones para lograr una más equitativa distribución del poder; incrementar la capacidad de los beneficiarios; mejorar la eficacia definida como el grado en que los objetivos son logrados; compartir costos una vez que se los comprenda y se acuerde; y, lograr la eficiencia medida por niveles más altos de acuerdo, cooperación e interacción.

**2.2.2.4. Participación Ciudadana.-** La Participación Ciudadana, es el ejercicio de los derechos y deberes del individuo para la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud.

**2.2.2.5. Participación Comunitaria.-** La participación comunitaria es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.

**2.2.2.6. Participación Social.-** en el desarrollo contemporáneo se ha reconocido la importancia de complementar a la participación política, otorgando reconocimiento público y legalidad a procesos en los que la sociedad ha retomado directamente su influencia sin mediciones.

En todas las dimensiones macro o micro sociales se busca la influencia en las decisiones, al margen de su misma intensidad, optimice el uso de recursos económicos o políticos. A su vez, la participación tiende al fortalecimiento de los actores de la sociedad civil y al desarrollo del aparato institucional de las decisiones.

#### **2.2.2.6.1. Qué son las Veedurías Ciudadanas**

Son mecanismos de participación y control social de carácter temporal, mediante los cuales los ciudadanos y ciudadanas ejercen el derecho constitucional de controlar, de manera objetiva e imparcial, la administración y gestión de lo público. Su propósito es intervenir a tiempo

en caso de encontrar irregularidades en el manejo de la gestión y administración de lo público, previniendo así actos de corrupción

### **2.2.3. Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia**

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, es la que se encarga de preservar la salud sexual y reproductiva de las mujeres en todos sus ciclos de vida y la salud de los niños y niñas menores de cinco años, así como tan bien algunos servicios de salud reproductiva para los hombres.<sup>11</sup>

#### **2.2.3.1.Cuál es objetivo de la Ley**

La ley tiene como finalidad lograr la reducción de muertes y enfermedades de mujeres y niños, a través de prestaciones de salud sexual y salud reproductiva gratuitas y de calidad.

##### **2.2.3.1.1.1. Cómo la Ley garantiza el cumplimiento de este objetivo**

A través de un sistema descentralizado de atención en salud, en el cual participan:

- El Ministerio, a través de sus centros y subcentros de salud.
- Los gobiernos locales o municipios, a través del Comité de Gestión; y,
- La ciudadanía, a través del Comité de Gestión y los Comités de Usuarías.

##### **2.2.3.1.1.2. Quiénes están obligados a cumplir la Ley?**

La Ley se aplica obligatoriamente a todos los establecimientos de salud dependientes del Ministerio de Salud Pública. Es opcional para servicios de salud sin fines de lucro y agentes de la medicina tradicional, que sean acreditados por el Ministerio de Salud Pública y suscriban convenios con el Comité de Gestión.

---

<sup>11</sup> Ley De Maternidad Gratuita Y Atención A La Infancia. Codificación- Reglamento, Prestaciones Y Medicamentos. Mayo 2007

### **2.2.3.1.1.3. Instituciones y actores que participan en la ejecución de la ley**

Hay seis actores

1. El Comité de Apoyo y Seguimiento para la aplicación de la Ley. (CAS)
2. El Ministerio de Salud Pública y sus unidades de salud.
3. El Consejo Nacional de las Mujeres. (CONAMU)
4. Los Comités de Gestión locales de los fondos solidarios de salud.
5. Los Municipios.
6. Los Comités de Usuarías

### **2.2.3.1.1.4.Cuál es el rol de cada uno**

#### **2.2.3.1.1.4.1. En lo nacional**

- a. **El Comité de Apoyo y Seguimiento (CAS)** para la aplicación de la Ley. Este Comité aprueba los fondos para la Ley y define los cantones a los que se entregan los fondos del programa.
- b. **El CAS** está conformado por: el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Consejo Nacional de las Mujeres (CONAMU), el Consejo Nacional de Salud (CONASA) y el Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA).
- c. **El Ministerio de Salud Pública** da las atenciones a través de las Unidades de Salud. El Ministerio de Salud elabora la planificación y el presupuesto, y dicta las normas técnicas de salud.
- d. **El CONAMU** promueve la Ley, la participación de las organizaciones de mujeres en los Comités de Gestión en los cantones, y organiza la conformación de Comités de Usuarías.

- e. **El Consejo Nacional de Salud (CONASA)** se encarga de la coordinación interinstitucional.
- f. **El Instituto Nacional del Niño y la familia** garantiza la integridad de las acciones.

#### **2.2.3.1.1.4.2. En lo local**

Comités de Gestión en cada Cantón de los fondos solidarios locales de salud. Estos Comités funcionan en cada cabecera cantonal y son los encargados de administrar los fondos de la Ley. Están, además, encargados de planificar, ejecutar y vigilar la aplicación de la Ley en sus cantones.

El Comité de Gestión de los fondos solidarios locales de salud está constituido por:

- El Alcalde
- Un jefe de área de salud
- Un representante de la comunidad organizada,
- Una representante de las organizaciones de mujeres y,
- Un representante de las organizaciones de campesinos o indígenas en el área rural.

Los Municipios son responsables de realizar procesos de educación y promoción de la salud y la Ley en la comunidad, y de garantizar el transporte de las emergencias obstétricas.

Los Comités de Usuarías de la Ley que se encargan de fomentar la corresponsabilidad ciudadana en la promoción de la salud de mujeres, hombres, niños y niñas: Se encargan del seguimiento y vigilancia en la aplicación de la Ley.

#### **2.2.3.2. Qué son Comités de Usuarios/as**

Son instancias representativas de participación y control ciudadana que involucran usuarias/os actuales y/o potenciales de los servicios contemplados en la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.



Los Comités de Usuarías/os son organizaciones comunitarias que defienden los derechos de los usuarios y usuarias contemplados en la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Usuarías y Usuarios de esta Ley son:

- Todas las mujeres de la comunidad incluyendo las que se encuentren en estado de embarazo, parto y pos-parto;
- Todos los niños y niñas recién nacidos y menores de cinco años
- Los hombres usuarios de los servicios.

Los Comités de Usuarios/os realizan seguimiento y vigilan el cumplimiento de la Ley, a las ciudadanas nos compete cumplir las leyes y hacer que las leyes se cumplan, mas aun cuando las leyes van en beneficio suyo.

Los derechos de las usuarias y usuarios que los comités van a defender son los que consagra la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia;<sup>12</sup>

#### **2.2.3.2.1. Conformación de los Comités de Usuarías**

Los pasos y la motivación a la comunidad para la conformación del comité de usuarias.

Para conformar un Comité de Usuarías se necesita realizar los siguientes pasos:

1. Convocatoria amplia a las organizaciones de mujeres y de la sociedad civil en todas las parroquias del Cantón.
2. Sensibilización y capacitación a mujeres y hombres interesados en conformar los Comités de usuarias.
3. Conformación del Comité de Usuarías.
4. Certificación y comunicación al Comité de Gestión de los Fondos Locales Solidarios de Salud, al Municipio y a la o las Direcciones de Área de Salud.
5. Capacitación continúa.

---

<sup>12</sup> Ley De Maternidad Gratuita Y Atención A La Infancia. Codificación- Reglamento, Prestaciones Y Medicamentos. Mayo 2007

**2.2.3.2.1.1. Obligaciones y funciones de los Comités de Usuarías**

- a. Acceder a la información relativa a las prestaciones de salud;
- b. Identificar y priorizar necesidades y aspiraciones comunitarias;
- c. Participar en la evaluación local de actividades, conjuntamente con las Unidades Operativas;
- d. Canalizar las demandas de salud de la población a través del Comité de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud;
- e. Denunciar ante el Comité de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud: casos de maltrato, negligencia, discriminación, uso indebido de los fondos asignados, cobros indebidos, o cualquier otra acción u omisión que implique incumplimiento de la Ley.
- f. Elaborar un informe trimestral sobre la calidad de atención de los servicios de salud que será presentado al Comité de Gestión del Fondo Solidario Local para canalizar las demandas y los incentivos de las Unidades Ejecutoras y,
- g. Notificar a las Unidades Operativas casos de muerte materna e infantil que se presenten en su comunidad.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Ley De Maternidad Gratuita Y Atención A La Infancia. Codificación- Reglamento, Prestaciones Y Medicamentos. Mayo 2007

## **2.3. Marco Legal**

### **2.3.1. La Constitución, en su Art. 207**

El Consejo de Participación Ciudadana y Control Social promoverá e incentivará el ejercicio de los derechos relativos a la participación ciudadana, impulsará y establecerá mecanismos de control social en los asuntos de interés público, y designará a las autoridades que le corresponda de acuerdo con la Constitución y la ley. La estructura del Consejo será desconcentrada y responderá al cumplimiento de sus funciones.

El Consejo se integrará por siete consejeras o consejeros principales y siete suplentes. Los miembros principales elegirán de entre ellos a la Presidenta o Presidente, quien será su representante legal, por un tiempo que se extenderá a la mitad de su período.

La selección de las consejeras y los consejeros se realizará de entre los postulantes que propongan las organizaciones sociales y la ciudadanía. El proceso de selección será organizado por el Consejo Nacional Electoral, que conducirá el concurso público de oposición y méritos correspondiente, con postulación, veeduría y derecho, a impugnación ciudadana de acuerdo con la ley.

Por otra parte esta ley en su Art. 208, señala “Serán deberes y atribuciones del Consejo de Participación Ciudadana y Control Social, además de los previstos en la ley:

- 1.** Promover la participación ciudadana, estimular procesos de deliberación pública y propiciar la formación en ciudadanía, valores, transparencia y lucha contra la corrupción.
- 2.** Establecer mecanismos de rendición de cuentas de las instituciones y entidades del sector público, y coadyuvar procesos de veeduría ciudadana y control social.
- 3.** Instar a las demás entidades de la Función para que actúen de forma obligatoria sobre los asuntos que ameriten intervención a criterio del Consejo.

4. Investigar denuncias sobre actos u omisiones que afecten a la participación ciudadana o generen corrupción.
5. Emitir informes que determinen la existencia de indicios de responsabilidad, formular las recomendaciones necesarias e impulsar las acciones legales que correspondan.
6. Actuar como parte procesal en las causas que se instauren como consecuencia de sus investigaciones. Cuando en sentencia se determine que en la comisión del delito existió apropiación indebida de recursos, la autoridad competente procederá al decomiso de los bienes del patrimonio personal del sentenciado.
7. Coadyuvar a la protección de las personas que denuncien actos de corrupción.
8. Solicitar a cualquier entidad o funcionario de las instituciones del Estado la información que considere necesaria para sus investigaciones o procesos. Las personas e instituciones colaborarán con el Consejo y quienes se nieguen a hacerlo serán sancionados de acuerdo con la ley.
9. Organizar el proceso y vigilar la transparencia en la ejecución de los actos de las comisiones ciudadanas de selección de autoridades estatales.
10. Designar a la primera autoridad de la Procuraduría General del Estado y de las superintendencias de entre las ternas propuestas por la Presidenta o Presidente de la República, luego del proceso de impugnación y veeduría ciudadana correspondiente.
11. Designar a la primera autoridad de la Defensoría del Pueblo, Defensoría Pública, Fiscalía General del Estado y Contraloría General del Estado, luego de agotar el proceso de selección correspondiente.
12. Designar a los miembros del Consejo Nacional Electoral, Tribunal Contencioso Electoral y Consejo de la Judicatura, luego de agotar el proceso de selección correspondiente.

En su Art. 209 dice que para cumplimiento de sus funciones de designación el Consejo de Participación Ciudadana y Control Social organizará comisiones ciudadanas de selección, que serán las encargadas de llevar a cabo, en los casos que corresponda, el concurso público de oposición y méritos con postulación, veeduría y derecho a impugnación ciudadana.

Las comisiones ciudadanas de selección se integrarán por una delegada o delegado por cada Función del Estado e igual número de representantes por las organizaciones sociales y la ciudadanía, escogidos en sorteo público de entre quienes se postulen y cumplan con los requisitos que determinen el Consejo y la ley. Las candidatas y candidatos serán sometidos a escrutinio público e impugnación ciudadana. Las comisiones serán dirigidas por uno de los representantes de la ciudadanía, que tendrá voto dirimente, y sus sesiones serán públicas.

Prosigue en Art. 210 en los casos de selección por concurso de oposición y méritos de una autoridad, el Consejo de Participación Ciudadana y Control Social escogerá a quien obtenga la mejor puntuación en el respectivo concurso e informará a la Asamblea Nacional para la posesión respectiva.

Cuando se trate de la selección de cuerpos colegiados que dirigen entidades del Estado, el Consejo designará a los miembros principales y suplentes, en orden de prelación, entre quienes obtengan las mejores puntuaciones en el concurso. Los miembros suplentes sustituirán a los principales cuando corresponda, con apego al orden de su calificación y designación.

Quienes se encuentren en ejercicio de sus funciones no podrán presentarse a los concursos públicos de oposición y méritos convocados para designar a sus reemplazos. Se garantizarán condiciones de equidad y paridad entre mujeres y hombres, así como de igualdad de condiciones para la participación de las ecuatorianas y ecuatorianos en el exterior. <sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Constitución Política de la República de Ecuador, 1998

### **2.3.1. Ley de Transparencia en su Art. 7**

Por la transparencia en la gestión administrativa que están obligadas a observar todas las instituciones del Estado que conforman el sector público en los términos del artículo 118 de la Constitución Política de la República y demás entes señalados en el artículo 1 de la presente Ley, difundirán a través de un portal de información o página web, así como de los medios necesarios a disposición del público, implementados en la misma institución, la siguiente información mínima actualizada, que para efectos de esta Ley, se la considera de naturaleza obligatoria.<sup>15</sup>

### **2.3.2. Ley de Maternidad Gratuita y de Atención a la Infancia.**

**Art. 1.-** Toda mujer ecuatoriana tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y post-parto, así como el acceso de programas de salud sexual y reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos-nacidas y niños y niñas menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado.

**Art. 2.-** La presente Ley tiene como una de sus finalidades el financiamiento para cubrir los gastos por medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios para la atención de las mujeres embarazadas, recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de cinco años de edad en las siguientes prestaciones:

**a) Maternidad:** Se asegura a las mujeres, la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad para control prenatal y, en las enfermedades de transmisión sexual los esquemas básicos de tratamiento (excepto SIDA), atención del parto normal y de riesgo,

---

<sup>15</sup> Ley Orgánica De Transparencia Y Acceso A La Información Pública 2004

cesárea, puerperio, emergencias obstétricas, incluidas las derivadas de violencia intrafamiliar, toxemia, hemorragias y sepsis del embarazo, parto y post-parto, así como la dotación de sangre y hemo-derivados. Dentro de los programas de salud sexual y reproductiva se cubre la detección oportuna de cáncer cérvico-uterino y el acceso a métodos de regulación de la fecundidad, todos ellos según normas vigentes del Ministerio de Salud Pública; y,

**b)** Recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de 5 años de edad: Se asegura la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad a los recién nacidos o nacidas y sanos o sanas, prematuros-prematuras de bajo peso, y/o con patologías (asfixia perinatal, ictericia, sufrimiento fetal y sepsis), a los niños o niñas menores de 5 años en las enfermedades comprendidas en la estrategia de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia(AIEPI) y, sus complicaciones todo ello según normas vigentes del Ministerio de Salud Pública.

**Art. 3.-** Las disposiciones de esta Ley se aplicarán con carácter obligatorio, en todos los establecimientos de salud dependientes del Ministerio de Salud Pública. Las otras entidades del sector público de salud aplicarán la presente Ley, según sus regímenes internos y utilizando sus propios recursos. Podrán participar además, previa acreditación por el Ministerio de Salud Pública y suscripción de convenios de gestión, entidades prestadoras de servicios de salud sin fines de lucro, incluyendo las de la medicina tradicional.

**Art. 4.-**Incrementátanse en el tres por ciento (3%), las tarifas del impuesto a los consumos especiales señaladas en el artículo 82 de la Codificación de la Ley de Régimen Tributario Interno, publicada en el Suplemento del Registro Oficial No. 463 del 17 de noviembre del 2004. De los rendimientos del Fondo de Solidaridad para el Desarrollo Humano de la Población ecuatoriana creado mediante Ley, publicada en el Registro

Oficial No. 661, de marzo de 1995, Ley codificada y publicada en el Registro Oficial No. 529, de 22 de febrero del 2005, asignase anualmente el valor correspondiente a 15´100.000 dólares estadounidenses.

Los recursos asignados al Ministerio de Salud Pública por la Ley de Creación del Fondo Nacional para la Nutrición y Protección a la Población Infantil ecuatoriana, publicada en el Registro Oficial No. 132 del 20 de febrero de 1989 y, los recursos que el INNFA destine a programas de reducción de mortalidad materna e infantil y/o salud reproductiva, se utilizarán preferentemente para el financiamiento de lo previsto en la presente Ley. Los recursos financieros de la cooperación internacional y, los contratados a través de créditos externos para el sector salud, priorizarán la inversión en áreas relacionadas directa o indirectamente a la aplicación de esta Ley. Los recursos correspondientes al incremento del 3% en las tarifas del Impuesto a los Consumos Especiales (ICE), los correspondientes a los rendimientos del Fondo de Solidaridad determinados en el inciso segundo de este artículo y, los asignados al Ministerio de Salud Pública por la Ley de Creación del Fondo para la Nutrición y Protección Infantil de la Población ecuatoriana, serán transferidos en forma automática a la cuenta: Fondo Solidario de Salud, que el Ministerio de Salud Pública mantiene en el Banco Central del Ecuador. Los recursos correspondientes a los rendimientos del Fondo de Solidaridad se entregarán un 50% hasta el 31 de mayo y el 50% restante hasta el 31 de octubre de cada año. Serán transferidos dentro de los primeros diez días del mes siguiente al de la recaudación y acreditados, directamente, en la cuenta que el Fondo Solidario de Salud mantiene en el Banco Central del Ecuador. Los recursos que correspondan al Impuesto a los Consumos Especiales (ICE) se transferirán en igual plazo, pero el Ministerio de Economía y Finanzas deberá efectuar una liquidación inmediata de los valores recaudados por este tributo, previo a disponer que el Banco Central del Ecuador los acredite en la cuenta respectiva del Ministerio de Salud Pública.



Corresponde al comité de apoyo y seguimiento aprobar el presupuesto del fondo solidario de salud y adoptar las decisiones sobre su inversión. Tanto el presupuesto aprobado como las resoluciones de inversión, serán ejecutados por el Ministerio de Salud Pública.

**Art. 5.-** El Ministro de Economía y Finanzas, el Gerente del Fondo de Solidaridad, el Director Nacional del Servicio de Rentas Internas, el Ministro de Salud Pública, y cualquier otro funcionario público que cambie el destino o retenga los recursos económicos señalados en el artículo 4 de esta Ley, serán destituidos por la autoridad nominadora, sin perjuicio de las sanciones civiles y penales que correspondan de conformidad con la ley.

Igual sanción recibirán los funcionarios públicos que retengan o dejen de transferir oportuna y directamente estos recursos a los Comités de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud, así como los funcionarios responsables de su manejo o que realizaren cobros por la prestación de los servicios establecidos en la presente Ley.

**Art. 6.-** En coordinación con el Ministerio de Salud Pública, los municipios podrán desarrollar programas de educación, promoción, información y comunicación que favorezca la aplicación de esta Ley y generar e implementar en zonas rurales dispersas, mecanismos que garanticen el transporte oportuno de las emergencias obstétricas, neonatales y pediátricas a centros de mayor complejidad de atención, todo ello según normas establecidas por el Ministerio de Salud Pública.

**Art. 7.-** Para el cumplimiento y aplicación de lo estipulado en la presente Ley se establece:

a) El Ministerio de Salud Pública en sus diferentes niveles de gestión, es el responsable de la ejecución de la presente Ley, en el marco de lo establecido en el Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna y

otros planes y programas relacionados con el objeto de la misma. El Ministerio de Salud Pública, definirá las normas nacionales que garanticen la aplicación de esta Ley y, los criterios para la acreditación de los servicios de salud de conformidad con lo establecido en la Ley de Descentralización del Estado y de Participación Social y con la creación del Sistema Nacional de Salud. Para el cumplimiento de lo establecido en la presente Ley, créase en el Ministerio de Salud Pública, la Unidad Ejecutora de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, con autonomía administrativa y financiera, encargada de administrar los recursos asignados a la cuenta Fondo Solidario de Salud, según lo determinado en el artículo 4 de esta Ley. Para el funcionamiento de la Unidad Ejecutora, los recursos serán asignados a través del Presupuesto General del Estado. Créase el Comité de Apoyo y Seguimiento a la Aplicación de la Ley constituido por el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA), el Consejo Nacional de Mujeres (CONAMU) y el Consejo Nacional de Salud (CONASA). El Consejo Nacional de las Mujeres participará como organismo encargado de garantizar la equidad y el enfoque de género y de promover la participación de las organizaciones de mujeres. El Instituto Nacional del Niño y la Familia garantizará la integralidad de las acciones orientadas a la mujer embarazada y a los niños o niñas.

El Consejo Nacional de Salud será el encargado de la coordinación interinstitucional en el sector salud para la adecuada aplicación de la presente Ley;

**b)** La Dirección Provincial de Salud es el organismo responsable de hacer cumplir en su jurisdicción, los instrumentos normativos diseñados por el Ministerio de Salud Pública; y,

**c)** Créase en cada municipio, los Fondos Solidarios Locales de Salud, que recibirán los recursos financieros del Fondo Solidario de Salud, para garantizar la aplicación de la ley. Conformase el Comité de Gestión de los

Fondos Solidarios Locales de Salud, que estará constituido por el alcalde o su representante legal, el o los jefes de área de salud correspondientes en representación del Director Provincial de Salud; un representante de la comunidad organizada; una representante de las organizaciones de mujeres; y, en el área rural, un representante de las organizaciones de campesinos o indígenas. Para la utilización de los recursos se requerirán dos firmas registradas; la del alcalde y la del jefe de área de salud. Se conformarán comités de usuarios encargados de fomentar la corresponsabilidad ciudadana en la promoción de la salud materna infantil, del seguimiento y vigilancia en la aplicación de la ley.

## **DISPOSICIONES GENERALES**

**Art. 8.-**Deróganse todas las normas que se opongan a la presente Ley.

**Art. 9.-** En la aplicación de esta Ley se priorizarán las áreas geográficas con mayores tasas de mortalidad materna e infantil y las más deprimidas económicamente.

**Art. 10.-** Los fondos solidarios locales de salud, quedan en la libertad de agregar prestaciones de salud, requeridas por el análisis epidemiológico de la Dirección Provincial de Salud y socio-económico local, en el marco que determine el Sistema Nacional de Salud, identificando fuentes adicionales de financiamiento que no incluyan las asignadas por esta Ley.

**Art. 11.-**En los municipios cuya capacidad operativa dificulte o impida la aplicación de lo dispuesto en la presente Ley, la misma podrá viabilizarse a través de consorcios o mancomunidades municipales.

**Art. 12.-**El Presidente de la República expedirá él o los reglamentos a esta Ley.<sup>16</sup>

#### **2.4. Tipología De Las Unidades Operativas.**

Para la provisión de los servicios de salud se establecen tres niveles de complejidad en la atención que en el contexto de esta publicación se los identifica por colores para su mejor aplicación:

- ✓ **Primer Nivel:** servicios de atención ambulatoria.
  
- ✓ **Segundo nivel:** servicios de atención ambulatoria de mayor complejidad e intrahospitalaria complementaria al primer nivel.
  
- ✓ **Tercer nivel:** servicios ambulatorios e intrahospitalarios de la más alta complejidad y especialización.

#### **2.5. Descripción De Las Unidades Operativas Por Nivel De Atención**

	<b>UNIDAD OPERATIVA</b>	<b>TIPO DE ATENCION. EQUIPO (E)</b>	<b>UBICACION</b>
<b>NIVEL II</b>	Hospital Básico	Ambulatoria. Emergencia. Hospitalización. E: multidisciplinario	Cabecera cantonal. Población <30.000 habitantes.
	Hospital General	Ambulatoria. Emergencia. Hospitalización. E: multidisciplinario.	Capital de provincia y cabecera cantonal con mayor concentración poblacional.

<sup>16</sup> Ley De Maternidad Gratuita Y Atención A La Infancia. Codificación- Reglamento, Prestaciones Y Medicamentos. Mayo 2007

### **2.5.1. Caracterización de los Servicios del Segundo Nivel de Atención Hospital Básico.**

Servicios de: Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización Clínica, Hospitalización Quirúrgica, Medicina Transfusional, farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia interna para el establecimiento privado con un stock de medicamentos autorizados; Atención Básica de Quemados, Rehabilitación Sensorial y Fisioterapia, Trabajo Social; cuenta con las Especialidades Básicas (Medicina Interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Cirugía General, Anestesiología) Odontología, Laboratorio clínico, Imagen. Efectúa acciones de fomento, protección y recuperación de la salud incluyendo cuidados paliativos, cuenta con servicio de enfermería, resuelve las referencias de las unidades de menor complejidad y direcciona la contra referencia.<sup>17</sup>

### **2.6. Norma para la Atención Materno – Neonatal**

---

<sup>17</sup> MSP; Manual De Estándares, Indicadores E Instrumentos Para La Calidad De La Atención Materno Infantil. Dirección Nacional De Normatización. Mejoramiento Continuo De La Calidad De Atención Materno Infantil. Septiembre 2006.

<b>INSUMOS</b>	<b>MEDICAMENTOS</b>
Tensiometro	Ferroso tabletas (60 a 100 mg Hierro elemental)
Balanza	Acido Fólico tabletas 1 mg a 5 mg
Termómetro	Citrato, Carbonato de Calcio (200 a 500 mg Calcio elemental)
Fonendoscopio	Nifedipina capsulas o tabletas de 10 mg
Toallas de papel	Betametasona ampollas 4 mg/ml
Guantes estériles y de manejo	Eritromicina etil succinato 500 mg tabletas
Formularios para consulta externa	Ampicilina 1g frasco
Jeringuillas varios tamaños	Clindamicina 600mg ampollas
Microgotero	Gentamicina 80mg ampollas
Equipo de venoclisis	Oxitocina 10 UI ampolla
Catlon nº 16-18	Metilergometrina 0.2 mg/ml ampollas
Bombas de infusión mínimo tres por servicio	Misoprostol 200 ug tabletas
Equipo para bomba de infusión	Nitrofurantoina 100mg capsulas
Jeringuilla de insulina	Fosfomicina 500mg capsulas
Monitor electrónico materno fetal mínimo tres por servicio	Cefalexina 500 mg tabletas
Gel	Cefazolina 1g frasco
Sonda vesical	Ceftriaxona 1g frasco
Equipos de AMEU	Metronidazol 250 – 500mg tabletas
Funda retrosacal para cuantificar sangrado post parto.	Clotrimazol 100mg crema vaginal
Cánulas de Karman	Sulfato de magnesio ampollas 10 ml al 20%
	Nifedipina liberación osmótica 30, 60 y 90 mg
	Alfametildopa 250 – 500mg tabletas
	Hidralazina 20mg/1ml ampollas
	Gluconato de Calcio ampolla 10ml al 10%
	Nitroprusiato de sodio 10mg/ml/5ml ampollas
	Dexametasona 4mg/ml ampollas
	Insulina monocomponente o humana 1. Acción Rápida 100UI frasco ampolla 2. Acción Intermedia 100UI frasco ampolla.
	Hierro sacarosa 100mg/5ml ampolla
	Metotrexate 25mg/ml/2 ml
	Leucovorina calcio 50mg ampolla

**Fuente:** Componente normativo materno neonatal

## 2.7. Descripción De Las Instituciones Participantes

### 2.7.1. Ministerio de Salud Pública (MSP)

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, como autoridad sanitaria, ejerce la rectoría, regulación, planificación, gestión, coordinación y control de la salud pública ecuatoriana a través de la vigilancia y control sanitario, atención integral a personas, promoción y prevención, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología, articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho del pueblo ecuatoriano a la salud. (MSP-2010).

### **2.7.2. Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia**

La Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia -UELMGAI-, es una entidad técnico-financiera del Ministerio de Salud Pública con autonomía administrativa y financiera, encargada del cumplimiento de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y fundamentalmente de la administración de los recursos asignados para el cumplimiento de la Ley.

La UELMGAI fue creada mediante Reglamento a la Ley en el año 2002 y posteriormente con Reforma a la Ley en el año 2005, actualmente su creación consta en el párrafo tercero del literal a) del Art. 7 de la Codificación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, publicada en el Registro Oficial No. 349 del 5 de septiembre de 2006. (UELMGAI -2010).

Entre los objetivos estratégicos citados en el Art 6, del Estatuto de la UELMGAI para el cumplimiento de la Ley, se establecen algunas actividades para apoyar a los CUS, de las que citamos las siguientes:

d) Buscar financiamiento de la cooperación reembolsable y no reembolsable para promover la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y apoyar el fortalecimiento de los organismos creados por mandato legal, en el marco del modelo de gestión y control de la ley;

f) Garantizar el derecho de denunciar la inobservancia de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia por parte de los comités de usuarias de salud, instrumentar las sanciones y hacer el seguimiento de los casos.

### **2.7.3. Secretaría de Pueblos, Movimientos Sociales y Participación Ciudadana (SPMSPC)**

La Secretaría de Pueblos, Movimientos Sociales y Participación Ciudadana es el organismo rector y coordinador de la política pública que garantiza el derecho a la participación ciudadana intercultural desde el Ejecutivo, mediante acciones destinadas a estimular y consolidar a los pueblos, los movimientos sociales y a la ciudadanía en las decisiones, clave del nuevo modelo de desarrollo. Estas actividades las cumple a través de los siguientes objetivos estratégicos:

- Viabilizar la agenda política entre el Estado y la sociedad, tejiendo redes que articulen las políticas públicas hacia organizaciones, pueblos y ciudadanía.
- Fortalecer las capacidades socio-organizativas y políticas de las y los ciudadanos a fin de que asuman el ejercicio de sus deberes y derechos.
- Fortalecer los procesos socioeconómicos, políticos y culturales de la ciudadanía.
- Fortalecer a la Secretaría de Pueblos, Movimientos Sociales y Participación Ciudadana. (SPMSPC 2010).

### **2.7.4. Consejo de Participación ciudadana y control social**

Se crea con la nueva Constitución como una entidad autónoma, que forma parte de la Función de Transparencia y Control Social (CPCCS). Su principal objetivo es promover el ejercicio de los derechos de participación y control social de lo público, establecer mecanismos y políticas anticorrupción y designar, a través de Comisiones Ciudadanas



de Selección, a las autoridades que le corresponda de acuerdo con la Constitución y la Ley.

El trabajo del CPCCS, como un organismo autónomo e independiente que impulsa el empoderamiento ciudadano, la inclusión y la intervención activa de todos y todas para lograr una verdadera democracia participativa en el marco de la transparencia de cada una de sus acciones. (CPCCS -2010).

#### **2.7.5. Comités de usuarias/os de la LMGAI**

Es una organización social autónoma de la sociedad civil, voluntaria, capacitada, comprometida con la defensa y cumplimiento pleno de la LMGYAI y los derechos de la salud, establecidos en la ley y en la norma constitucional, con enfoque de género e interculturalidad. (Colectivo Nacional 2012).

Según consta en la Ley de Maternidad Gratuita y atención a la Infancia, en su Art. 7.- Para el cumplimiento y aplicación de lo estipulado en la Ley se establece, entre otras formas:

“Se conformarán comités de usuarios encargados de fomentar la corresponsabilidad ciudadana en la promoción de la salud materna infantil, del seguimiento y vigilancia en la aplicación de la ley”. (LMGYAI 2006).

Los Comités de usuarios-as serán los beneficiarios directos de la capacitación en los temas identificados y priorizados. Mientras que el personal de salud que trabaje en los servicios correspondientes a Gineco-Obstetricia, neonatología y otros inherentes a maternidad gratuita serán los beneficiarios indirectos, para lo cual desde la UELMGYAI, se gestionara ante el MSP y las entidades pertinentes, la capacitación en los temas establecidos.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> Ley De Maternidad Gratuita Y Atención A La Infancia. Codificación- Reglamento, Prestaciones Y Medicamentos. Mayo 2007

## CAPITULO III

### 3. METODOLOGÍA

#### 3.1. Tipo de Investigación

Esta investigación es de tipo descriptiva y propositiva;

- **Descriptiva:** Permitió describir el estado actual de las prestaciones de los servicios de salud del Ministerio de salud Pública del Cantón Cotacachi. Mediante este tipo de investigación, que utilizó el método de análisis, se logra caracterizar un objeto de estudio o una situación concreta, señalo sus características y propiedades. Combinada con ciertos criterios de clasificación sirvió para ordenar, agrupar o sistematizar los objetos involucrados en el trabajo indagatorio.
- **Propositiva:** Se implanto un sistema de retroalimentación sobre malestares, necesidades o demandas de los usuarios, en todos los servicios para mejorar la calidad de atención, esta práctica tiende a transformar una realidad social, política y cultural. La acción política deberá incluir acciones afirmativas tendientes a crear condiciones de equidad e inclusión social

#### 3.2. Diseño de la investigación

El diseño de elaboración de este trabajo de grado es de carácter no experimental, no plantea ninguna hipótesis, se realizó como un proyecto

de desarrollo con una propuesta de modelo operativo viable, que propone una solución posible a un problema práctico para satisfacer la necesidad de una Institución como es el Hospital Asdrúbal de la Torre, de la Ciudad de Cotacachi. Dado el interés de realizar un diagnóstico y la necesidad de crear el Comité de Usuarios de la Ley de Maternidad Gratuita en dicho hospital, este trabajo se apoyó en una investigación descriptiva de campo.

La investigación de campo es un análisis de problemas que tiene como propósito identificar, tratar de encontrar causas y explicarlas y además los efectos que estas producen, para poder entender su naturaleza y los factores que la constituyen o predecir su ocurrencia.

Los datos fueron recogidos directamente de la realidad en el lugar donde se producen los hechos por el propio investigador y también se utilizarán fuentes secundarias.

Los datos empíricos y los de la investigación bibliográfica se someterán a discernimiento mental del investigador para obtener conclusiones sobre la realidad investigada y proponer su aplicación en una nueva realidad que es la "propuesta".

El presente estudio se fundamentó en un paradigma cualitativo, no se va a comprobar hipótesis, se planteó interrogantes que son sugerentes de los objetivos y que serán contestadas en las conclusiones y recomendaciones.

El enfoque cualitativo se eligió en razón del problema y los objetivos a conseguir con la ejecución y además porque en el proceso de desarrollo se utilizaban técnicas cualitativas para la comprensión y descripción de los hechos, orientándolos básicamente a los procesos, a conocimiento de una realidad dinámica y holística, evitando las mediciones y el uso de las técnicas estadísticas, y se ejecutara bajo el marco de un proyecto de desarrollo.

El proyecto de desarrollo se apoya en una investigación de campo de carácter descriptivo por cuanto se realizó un diagnóstico sobre las características de atención que se realiza en el Hospital Asdrúbal de la Torre en el periodo comprendido 2009-2012, con respecto a la Ley de

Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y los problemas que allí existieren.

El trabajo se apoyó además en la investigación documental bibliográfica, la cual permite construir la fundamentación teórica científica del proyecto de la propuesta y también en la investigación de campo, descriptiva a través de la observación y aplicación de instrumentos, con el propósito de elaborar el diagnóstico real de las necesidades y dar respuestas a las preguntas directrices.

### **3.3. Población y Muestra**

#### **3.3.1. Población**

La población objeto de estudio quedo representada por las beneficiarias atendidas en un mes, 1239 atendidas en el Hospital Asdrúbal de la Torre en las siguientes prestaciones planificación familiar, control del embarazo, parto normal o cesárea, emergencias obstétricas y complicaciones durante el embarazo, parto o postparto, control del postparto, detección oportuna del cáncer cérvico uterino, detección y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, niñas y niños menores de 5 años, la LMGYAI establece gratuidad en los siguientes servicios: atención al recién nacido, atención al recién nacido con enfermedad, atención hospitalaria de las complicaciones AIEPI.

#### **3.3.2. Muestra**

A fines de tener una muestra estadística, la más representativa posible se aplicó el Muestreo Probabilístico Aleatorio tomando en cuenta las diferentes prestaciones que se incluyen en la LMGYAI como control prenatal y enfermedades de transmisión sexual esquemas básico de tratamiento (excepto SIDA), atención del parto normal y de riesgo, cesárea, puerperio, emergencias obstétricas, atención a menores de 5 años y luego se empleó la fórmula proveniente del error típico de

estimación para poblaciones finitas, la cual es exhibida de la siguiente manera:

### 3.3.3. Descripción de la fórmula

$$n = \frac{Nd^2Z^2}{(N-1)E^2 + d^2Z^2}$$

En donde:

n= Tamaño de la muestra

N= Tamaño de la población

E= Error de estimación

d<sup>2</sup>= Varianza de la población

Z= Constante probabilístico para 95% de confianza.= 1.96

El coeficiente de confiabilidad (Z) y el error de estimación (E) se determinó de acuerdo a la tabla de valor sustituyendo los valores en la tabla se tiene:

$$n = \frac{(1.239)(0,25)(1,96)^2}{(1239-1)(0,08)^2 + (0,25)(1,96)^2}$$
$$n = \frac{(1239)(0,25)(3,8416)}{(1.238)(0,0064) + (0,25)(3,8416)}$$

$$n = \frac{1.189.9356}{7.9232 + 0.9604}$$

$$n = \frac{1189.9356}{8.8836}$$

$$n = 134$$

Son 134 las beneficiarias de la LMGYAI.

### 3.3.4. Tipo de Muestra

La muestra se seleccionó de manera Probabilística Aleatoria Simple porque todos los componentes de la población tienen la igual posibilidad de ser elegidos.

**Tabla: 1 Muestra**

<b>SERVICIO</b>	<b>Nº USUARIOS/AS AL MES</b>	<b>MUESTRA</b>
Consulta Externa	720	122
Emergencia	60	10
Hospitalización	8	2
<b>TOTAL</b>	<b>788</b>	<b>134</b>

**Elaboración:** Ruth Cifuentes

### **3.4. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES**

#### **3.4.1 Determinación de las variables**

Calidad de atención es la variable independiente

Modelo de veeduría es la variable dependiente

Condiciones socio-culturales de la población variables intervinientes.

#### **3.4.2 Operacionalización de variables**

Para la operacionalización de variables se escogió este modelo, el cual incluyen en el esquema los componentes que se muestra en el siguiente proceso de operacionalización y conceptualización

**Tabla: 2 Operacionalización de variables**

<b>VARIABLES independientes</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>VALOR</b>
<b>SEXO</b>	Características anatómicas que diferencian al hombre y mujer	Característica física	Femenino Masculino
<b>EDAD</b>	Es el tiempo que una persona ha vivido a partir de su nacimiento.	Años	Rangos

<b>ESTADO CIVIL</b>	Condición en que se encuentra una persona en relación a la sociedad, de acuerdo a las leyes.	Estado civil	Soltera Casada Unión libre Divorciada Viuda
<b>PROCEDENCIA</b>	Hecho de proceder alguien o algo de un determinado lugar, persona, grupo.	Distribución	Urbana Rural
<b>Descendencia</b>	Sucesión, conjunto de hijos y demás generaciones sucesivas por línea recta descendente	Hijos	Número
<b>Nivel de Estudio</b>	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Años estudiados	Ninguno Primaria Secundaria Superior Cuarto nivel
<b>VIVIENDA</b>	Construcción o habitación para que vivan las personas.	Tipo	Propia Arrendada Prestada
<b>OCUPACIÓN</b>	Actividad o trabajo al que se dedica una persona, para ganarse la vida	Acceso	Si No
<b>INGRESOS MENSUALES</b>	Ganancias económicas percibidas en el lapso de un tiempo determinado	Numérica	Rangos
<b>ETNIA</b>	Comunidad natural de hombres que	Cualitativa	Indígena Mestiza Afro

	presentan ciertas características físicas, lingüísticas, religiosas o culturales.		descendiente Blanca
<b>SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN QUE RECIBE.</b>	Son los sentimientos que los usuario tiene acerca de la atención en el Hospital	Es el grado de satisfacción que el usuario manifiesta respecto al nivel de atención del Hospital.	Si No
<b>VARIABLE</b>	<b>DIMENSION</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>CRITERIO DE MEDICION</b>
<b>Variable Independiente Participación social en salud</b>	Características	Fortalecimiento del poder de los ciudadanos  Asesoría y apoyo técnico	toma de decisiones sobre la salud pública.
<b>VARIABLE</b>	<b>DIMENSION</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>CRITERIO DE MEDICION</b>
<b>Variable Dependiente Conceptualización de la calidad de Atención</b>	Características	Oportuna  Eficacia  Efectividad  Humanizada	Atención inmediata Normas y procedimientos Fines y resultados Normas y procedimientos Metas y objetivos Relaciones



			interpersonales Código de ética y deontología
--	--	--	---

**Elaboración:** Ruth Cifuentes

### **3.5. MÉTODOS y TÉCNICAS**

#### **3.5.1. Métodos**

**Inductivo:** Con la información que se generó de los usuarios atendidos en los servicios de salud se logró conocer el desarrollo de los diferentes servicios que presta el Hospital Asdrúbal.

**Deductivo:** El funcionamiento institucional del Hospital Asdrúbal de la Torre es la base para conocer la calidad de atención y satisfacción de los usuarios.

#### **3.5.2. Técnicas**

Las encuestas fueron aplicadas a los usuarios atendidos en el Hospital Asdrúbal de la Torre mediante un cuestionario con preguntas abiertas y otras cerradas, que lo realizó la investigadora.

Revisión documental, consistió en el estudio de documentos existentes que contienen bibliografía y registros de experiencias de conformación de comité de usuarios, para soporte teórico, discusión de los resultados y definir la propuesta.

### **3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

#### **3.6.1. Elaboración del instrumento**

Con la finalidad de dar respuestas concretas a los objetivos planteados en la investigación, se diseñó el instrumento, cuyo objetivo fue receptor información para conocer la calidad de atención, satisfacción de usuarios y analizar el cumplimiento de la Ley, a partir de esta información crear el comité de usuarias de la Ley Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia

en el Hospital Asdrúbal de la Torre, se construyó una lista de las variables tanto dependientes como independientes, revisando la definición se operacionalizaron las mismas. Los ejes de la misma giraron alrededor de: gratuidad, comunicación, calidez, capacidad y capacitación de los prestadores de salud, se procede a observar el perfil de la población objeto de estudio, para definir la encuesta como instrumento, luego se estableció las preguntas y la estructura de la misma. La población a ser encuestada se definió en base a cálculos estadísticos estableciéndose una muestra significativa con un margen del 95% de confiabilidad.

### **3.6.2. Validación del instrumento**

Para la medición de la realidad de los datos a recolectar, se coordinó con la Directora del Hospital Asdrúbal de la Torre, quien autorizó y dispuso las fechas 20 y 21 de julio para la realización de la encuestas, en el primer momento se aplicó una prueba piloto a 20 beneficiarias de la Ley de Maternidad Gratuita, en consulta externa, hospitalización y emergencia que asistieron esos días, con lo que se identificaron los errores del instrumento y se verificó si la información permitía cumplir con los objetivos específicos, luego se realizaron las correcciones pertinentes para su posterior aplicación. Los resultados fueron los siguientes edad comprendida entre los 21 y los 26 años, instrucción de la madre en su mayoría fue primaria, tipo de vivienda propia un poco más del 50%, lugar de residencia predominó la rural, la mayoría de usuarias no tiene participación laboral, en gran mayoría son empleadas domésticas y trabajo informal, en el mensual percibido casi las tres cuartas partes no alcanza ni el salario básico, en lo que se refiere a la participación laboral de la pareja podemos ver que en más del 90% están involucrados, y las actividades que mayor predominio se dedican son albañil y agricultor, y en este caso más de la mitad cumple con el salario básico, el estado civil más de la mitad son casadas, el promedio de paridad esta en 3 hijos, la etnia está comprendida en más del 50% de indígena, la atención con mayor demanda por las usuarias es la atención menor de 5 años, en lo

que corresponde a las diferentes prestaciones todas son gratuitas, en lo que corresponde a la comprar la medicación más de la mitad de beneficiarios dicen haberla comprado por no existir en el Hospital, ni todos los especialistas requeridos en la Ley, en lo que se refiere a la información la mayoría de los entrevistados comentan haber recibido una adecuada información. Después de analizar los resultados se decidió cambiar algunas de las preguntas que no contestaron correctamente o dejaron en blanco.

### **3.6.3. Aplicación del instrumento**

Se realizaron 134 encuestas a usuarias del Hospital Asdrúbal de la Torre, tanto en consulta externa, emergencia y hospitalización en el período comprendido entre el 7 y el 12 de septiembre del 2009. Las encuestas de consulta externa se realizaron de 9H30 a 11H30 período en el que las usuarias reciben la postconsulta y se disponían a abandonar el establecimiento. Las encuestas de emergencia se llevaron a cabo el momento que cada usuaria en esta semana ingresaban a demandar el servicio, y las encuestas de hospitalización se hicieron de 08H00 a 9h00 antes que a las pacientes les den el alta.

### **3.7. VALOR PRÁCTICO DEL ESTUDIO**

La salud es un derecho humano básico que a mas de ser un problema médico es un tema social y por lo tanto la atención debe ser de calidad, basada en ciertos parámetros en los que se destaca tiempo de espera, calidez, amabilidad, buena comunicación y gratuidad en todos los servicios que contemplados en la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. En la actualidad se han producido cambios en las demandas de la sociedad que llevan a repensar a la salud como un valor en el contexto humano, siendo necesario la participación social para el cumplimiento de objetivos de la LMGYAI y satisfacción de los usuarios.

### **3.8. TRASCENDENCIA CIENTÍFICA DEL ESTUDIO**

Desde el año 2000 la C.C.C.C. (Comisión de Control Cívico de la Corrupción), por mandato constitucional y legal, ha promovido, avalado y acompañado 84 veedurías ciudadanas a nivel nacional en 17 provincias del Ecuador.

En el ejercicio del control social a través de las Veedurías han participado aproximadamente 1.000 ciudadanos/as de distintos sectores de la sociedad (mujeres, jóvenes, tercera edad, grupos étnicos, de derechos humanos, gremios profesionales), quienes, a través de su compromiso cívico y voluntario de control social, lideraron procesos de vigilancia de lo público y sentaron precedentes en sus comunidades generando cambios positivos en las instituciones y autoridades.

Por lo cual este proyecto va encaminado a un seguimiento constante en el tiempo para la vigilancia, control, cumplimiento de los beneficios que demanda la LMGYAI, hacia las usuarias que acuden al Hospital Asdrúbal de la Torre.

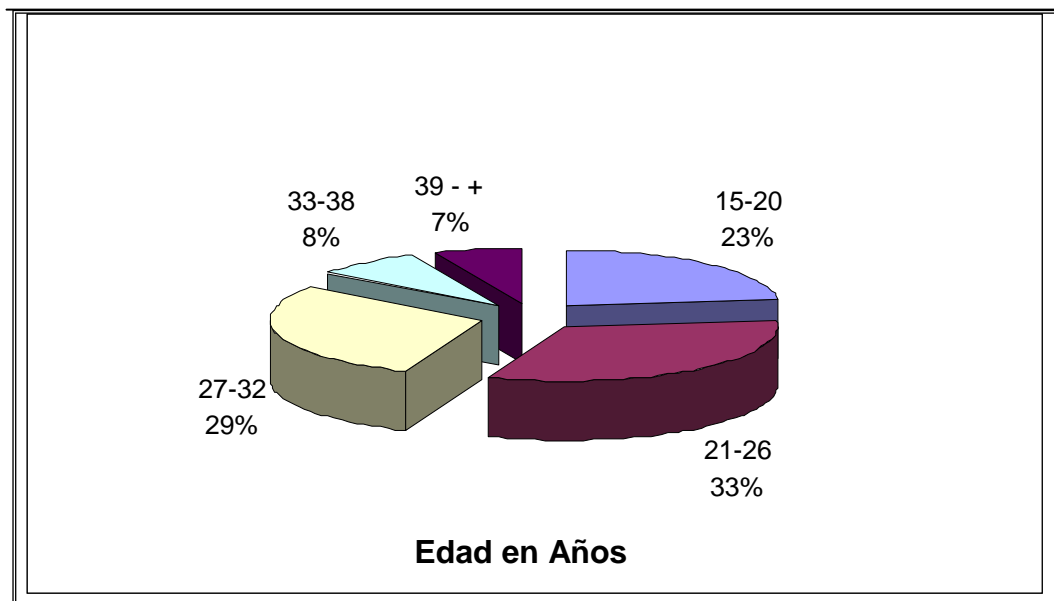
## CAPÍTULO IV

### 4. RESULTADOS

#### 4.1. Análisis e interpretación de resultados

##### Pregunta 1

**Gráfico 1: Distribución de edad de las beneficiarias de la LMGYAI**

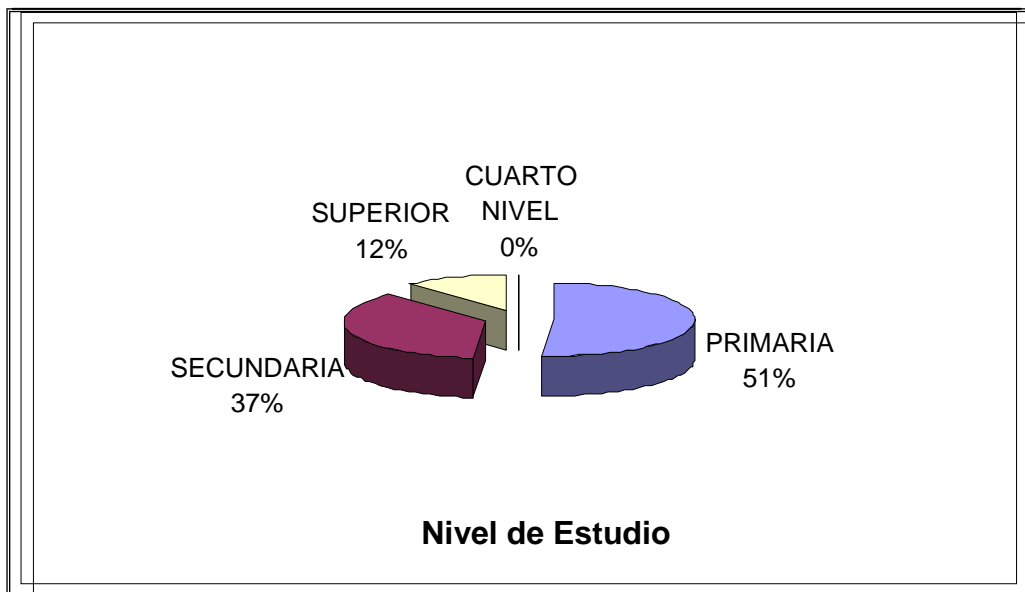


FUENTE: RUTH CIFUENTES 2009

Los resultados muestran estadísticas importantes acerca de la población analizada, deja ver que más de la mitad de la población beneficiaria se encuentra comprendida en mujeres en edad fértil, con estos datos podemos deducir que se garantiza uno de los objetivos de la Ley.

**Pregunta 2**

**Gráfico 2: Nivel de instrucción de las beneficiarias de la LMGYAI**

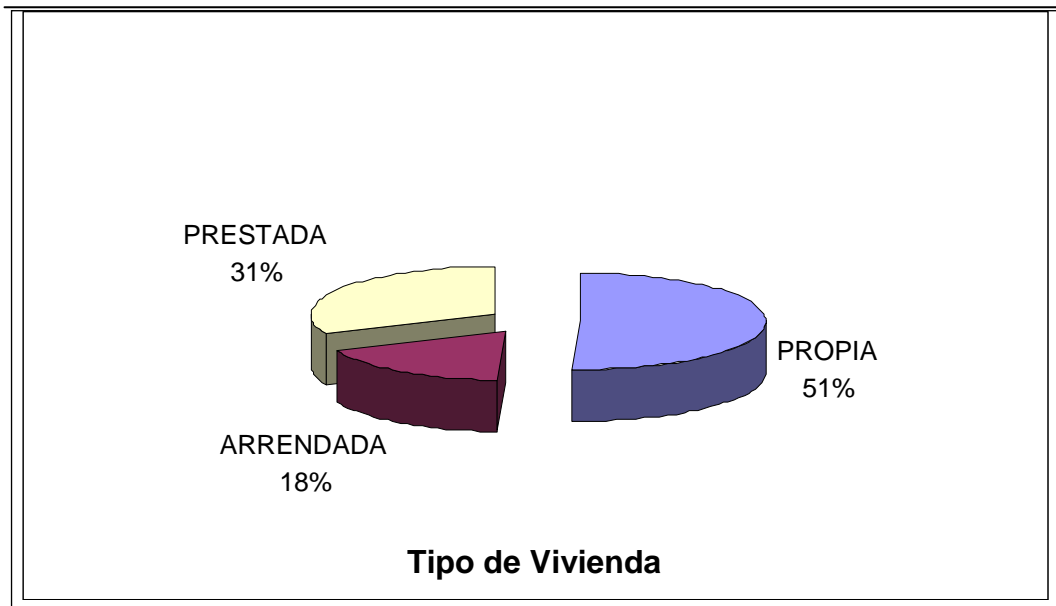


FUENTE: RUTH CIFUENTES 2009

Se observa en la gráfica que el nivel de estudio de las beneficiarias, más de la mitad apenas cumplen con la instrucción primaria evidenciándose así aun la diferencia de género, en el que consideran que las mujeres son las responsables del cuidado, y crianza de los niños, por lo que es necesario más promoción de la LMGYAI para poder llegar a toda la población.

**Pregunta 3**

**Gráfico 3: Distribución tipo de vivienda de las beneficiarias de la LMGYAI**

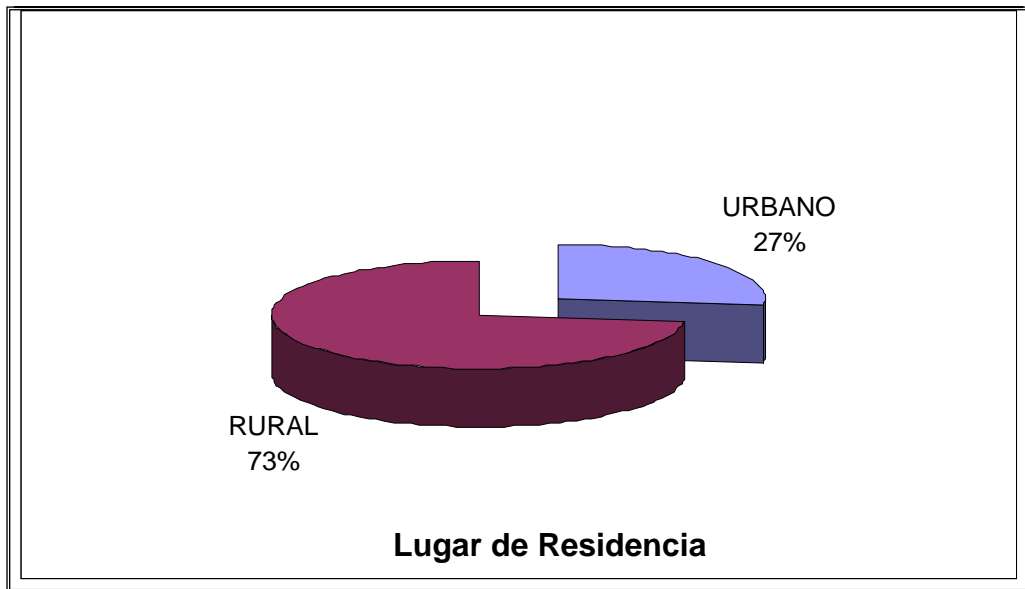


FUENTE: RUTH CIFUENTES 2009

La gran mayoría de las encuestadas afirman residir en vivienda propia, situación que concuerda ya que la mayoría de los encuestados son del área rural y viven como parte de la cultura que se organiza en familias ampliadas que viven con el marido.

**Pregunta 4**

**Gráfico 4: *Distribución lugar de residencia de las beneficiarias de la LMGYAI***



FUENTE: RUTH CIFUENTES 2009

Analizando la información obtenida, nos permite darnos cuenta que las tres cuartas partes de beneficiarios encuestados mencionan que son del área rural de la Ciudad de Cotacachi; por lo que deducimos que se debe a que los servicios públicos en su mayoría siempre ocupan la población de escasos recursos y que no tiene acceso a las prestaciones de salud privada.



**Pregunta 5**

**Gráfico 5: Distribución de participación laboral de las beneficiarias de la LMGYAI**

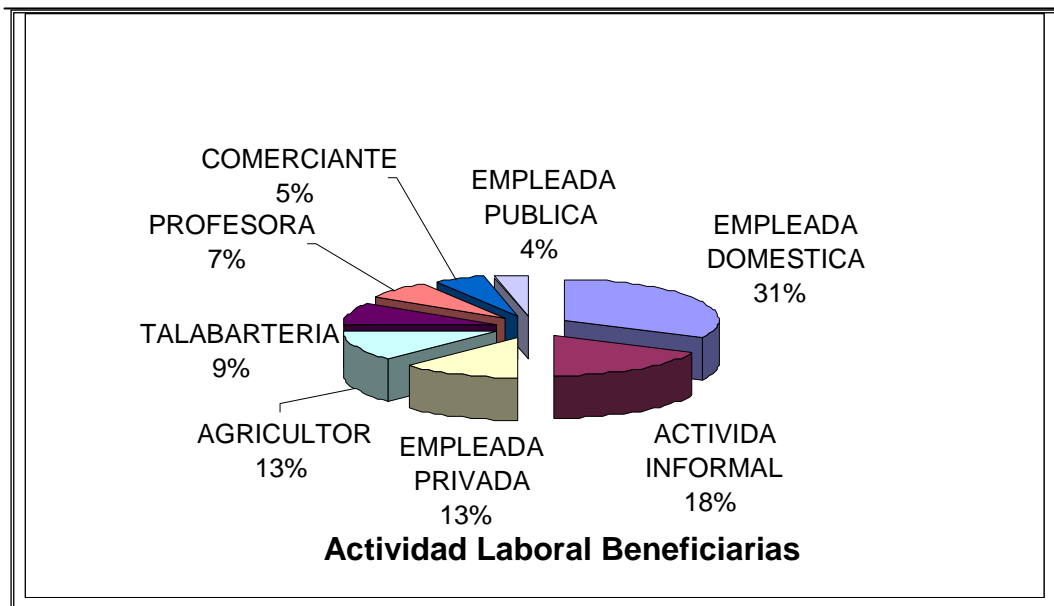


FUENTE: RUTH CIFUENTES 2009

En relación con la condición laboral se puede observar en las beneficiarias de la Ley más de la mitad no tienen una actividad laboral fija ya que el mercado laboral en este sector del país es muy reducido, por lo tanto la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia es una alternativa válida que cubre la necesidad de atención medica sin costo cubriendo a este sector de escasos recursos.

**Pregunta 6**

**Gráfico 6: Distribución de la actividad laboral de las beneficiarias de la LMGYAI**

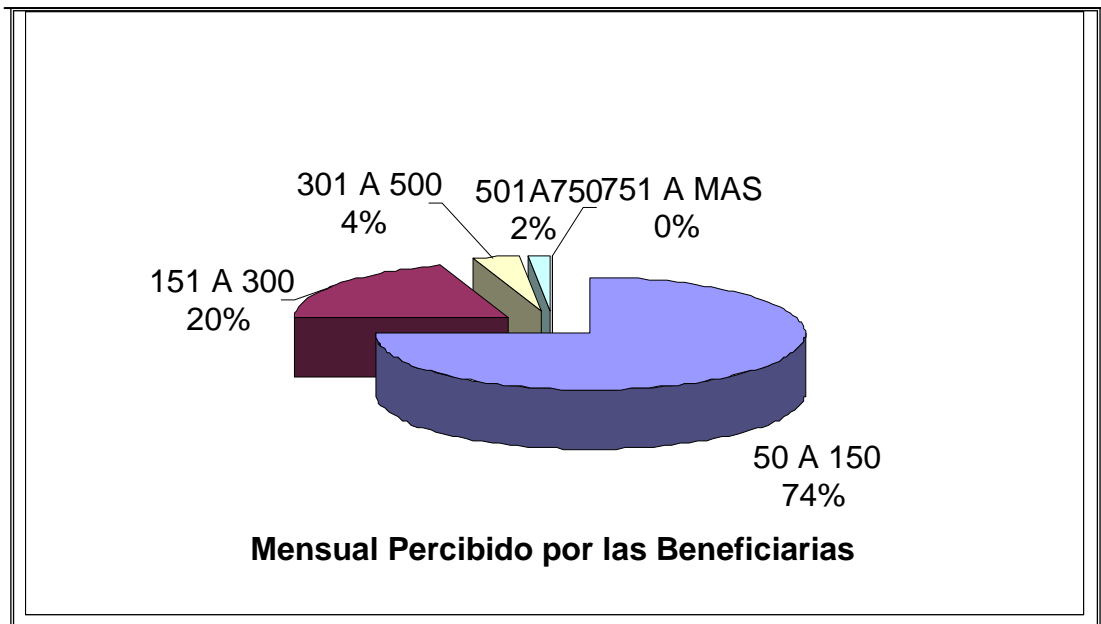


FUENTE: RUTH CIFUENTES 2009

Refiriéndose a la actividad laboral de las usuarias encontramos que las actividades predominantes son de aspecto informal esto responde a que más de la mitad de beneficiarias apenas tiene instrucción primaria propia de las usuarias del sector público.

**Pregunta 7**

**Gráfico 7: Distribución de la remuneración de las beneficiarias de la LMGYAI**

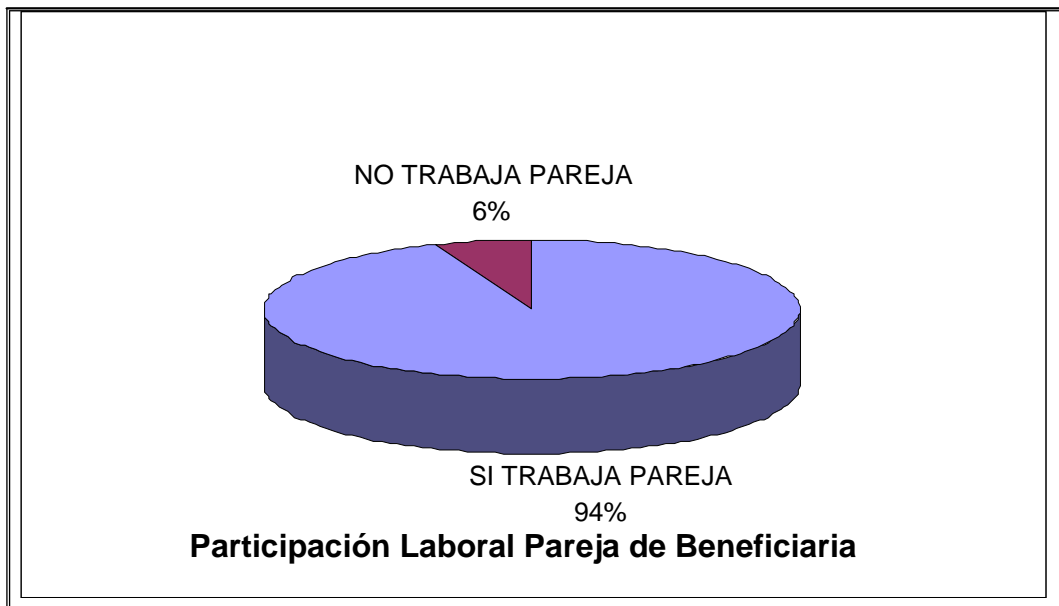


FUENTE: RUTH CIFUENTES 2009

En este cuadro se observa un gran porcentaje de la población beneficiaria tiene ingresos muy por debajo del salario mínimo vital ya que las actividades informales no generan buena rentabilidad, esta es la principal condición para que toda esta población recurra a los servicios que brinda la salud pública.

**Pregunta 8**

**Gráfico 8: *Distribución de la participación laboral de la pareja de las beneficiarias de la LMGYAI***

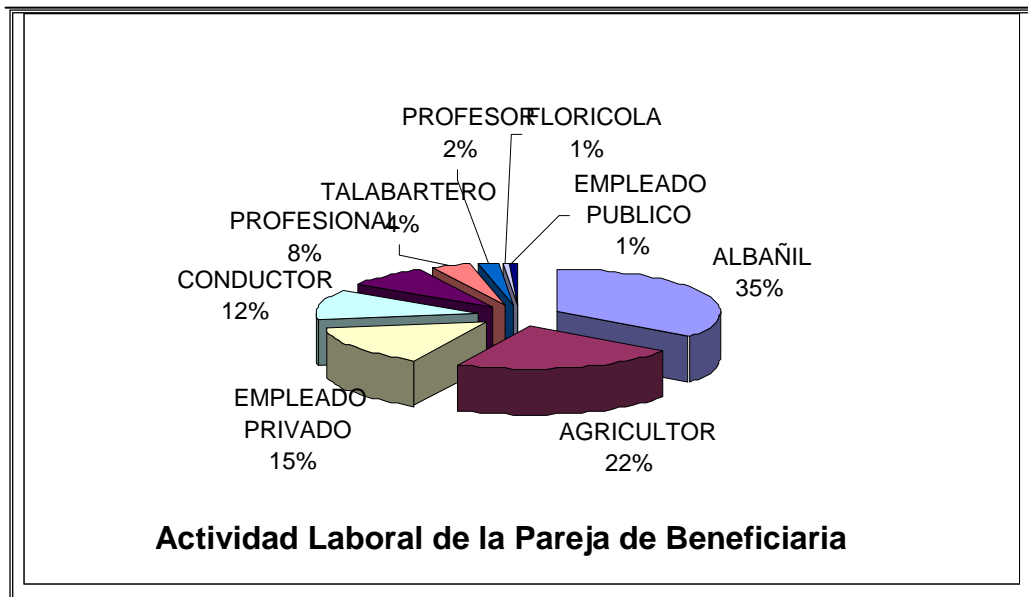


FUENTE: RUTH CIFUENTES 2009

Según el resultado de la encuesta observamos que la gran mayoría de hombres tiene ingresos y aportan económicamente más que las mujeres éste seguirá manteniendo el liderazgo y hegemonía en una sociedad machista como la nuestra y propio de las zonas rurales.

**Pregunta 9**

**Gráfico 9: Distribución de la actividad laboral de la pareja de las beneficiarias de la LMGYAI**

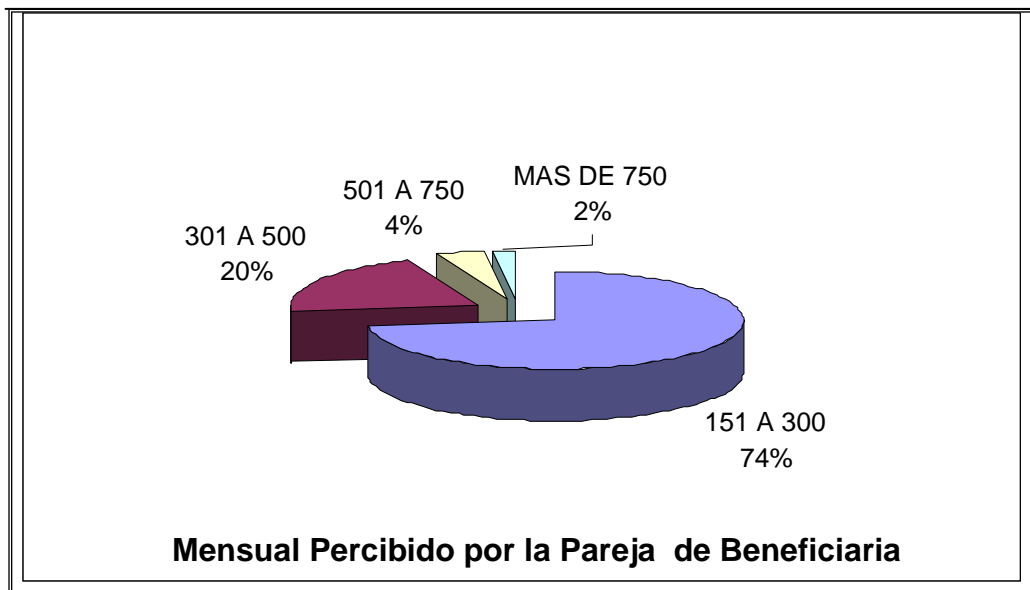


FUENTE: RUTH CIFUENTES 2009

Estos resultados significan que las parejas de las encuestadas tienen poco nivel académico por lo que tienen que laborar en trabajos que necesiten poca instrucción académica, ya sea como albañil y agricultor.

**Pregunta 10**

**Gráfico 10: *Distribución de la remuneración de la pareja de las beneficiarias de la LMGYAI***

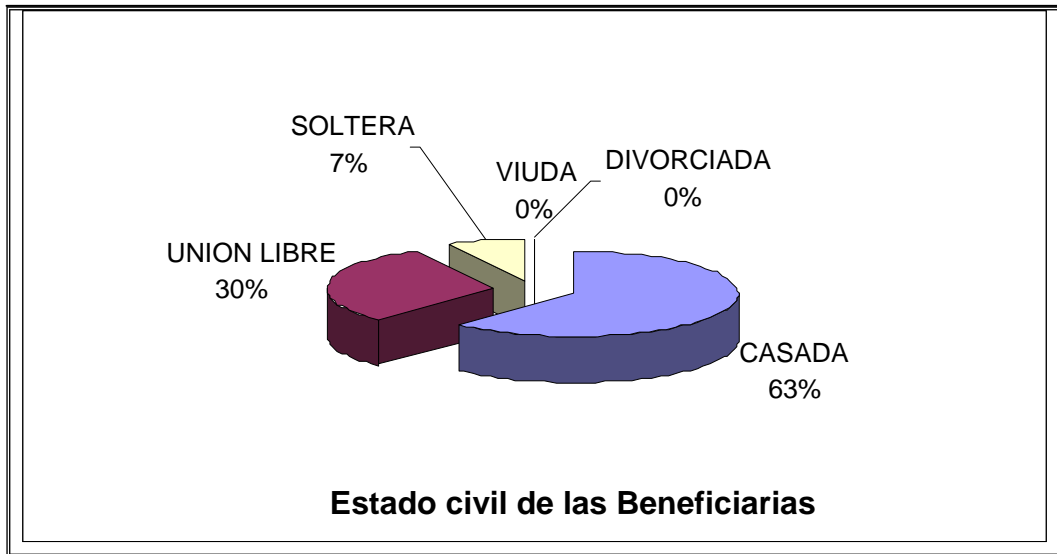


FUENTE: RUTH CIFUENTES 2009

Claramente observamos que la pareja de las beneficiarias en su mayoría casi cumple con el salario mínimo vital, su remuneración está acorde con su actividad ya que no tienen instrucción académica por eso los ingresos son bajos y no tiene dependencia laboral ni seguridad social

**Pregunta 11**

**Gráfico 11: Estado civil de las beneficiarias de la LMGYAI**

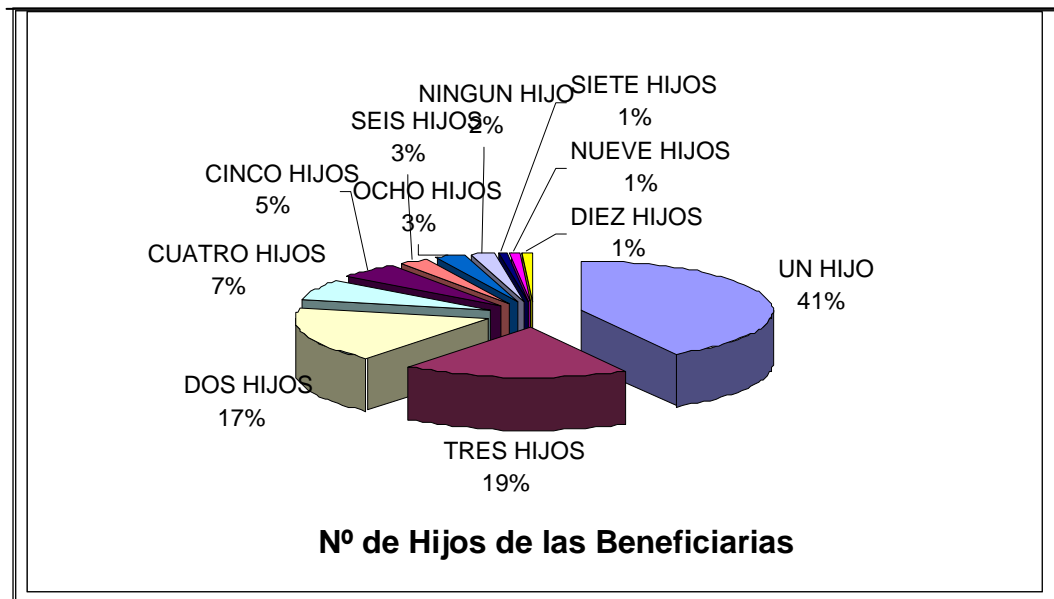


FUENTE: RUTH CIFUENTES 2009

Lo que se refiere al estado civil de las beneficiarias, se observa un aspecto cultural que es mantener parejas estables, lo cual disminuye en un alto porcentaje el sufrir enfermedades de transmisión sexual.

**Pregunta 12**

**Gráfico 12: *Descendencia de las beneficiarias de la LMGYAI***



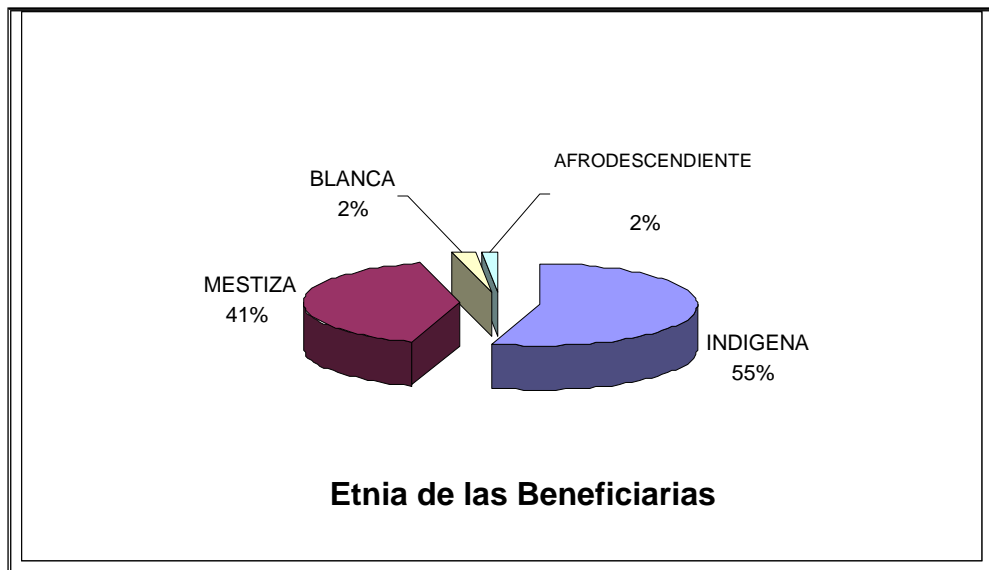
FUENTE: RUTH CIFUENTES 2009

El promedio de paridad es de 2 hijos por cada mujer, pero la paridad se convierte en un factor de riesgo ya que refleja el inicio de la vida sexual activa y al ser muy tempranamente las expone a un sin número de patologías.



**Pregunta 13**

**Gráfico 13: *Distribución de la etnia de las beneficiarias de la LMGYAI***

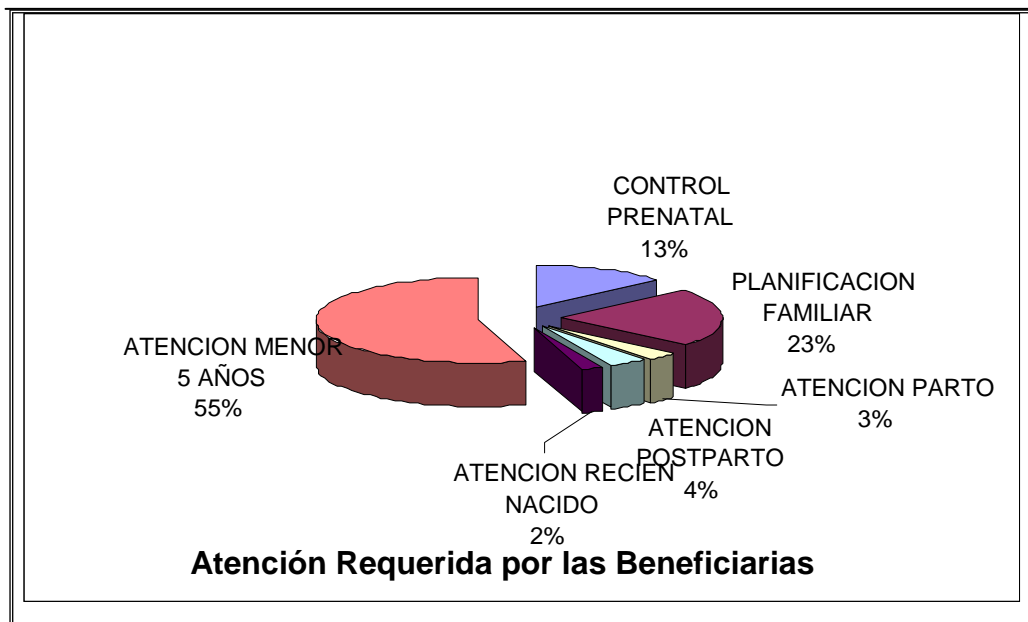


FUENTE: RUTH CIFUENTES 2009

Al analizar el porcentaje de acuerdo a los resultados, la etnia predominante es la indígena con un poco más de la mitad dato que obedece a la realidad del Cantón Cotacachi que su extensión mayor es rural y la etnia indígena es la predominante.

**Pregunta 14**

**Gráfico 14: Atención requerida de las beneficiarias de la LMGYAI**



FUENTE: RUTH CIFUENTES 2009

La mayoría de los encuestados contestan que la atención requerida es la del menor de 5 años y planificación familiar muy entendible por que el programa va encaminado hacia mujeres en edad fértil y los niños, además que de acuerdo a la pirámide poblacional nacional el mayor porcentaje se encuentra en el rango de edad descrito

**Pregunta 15**

**Gráfico 15: *Distribución del cumplimiento gratuidad LMGYAI EN EL HADLT***

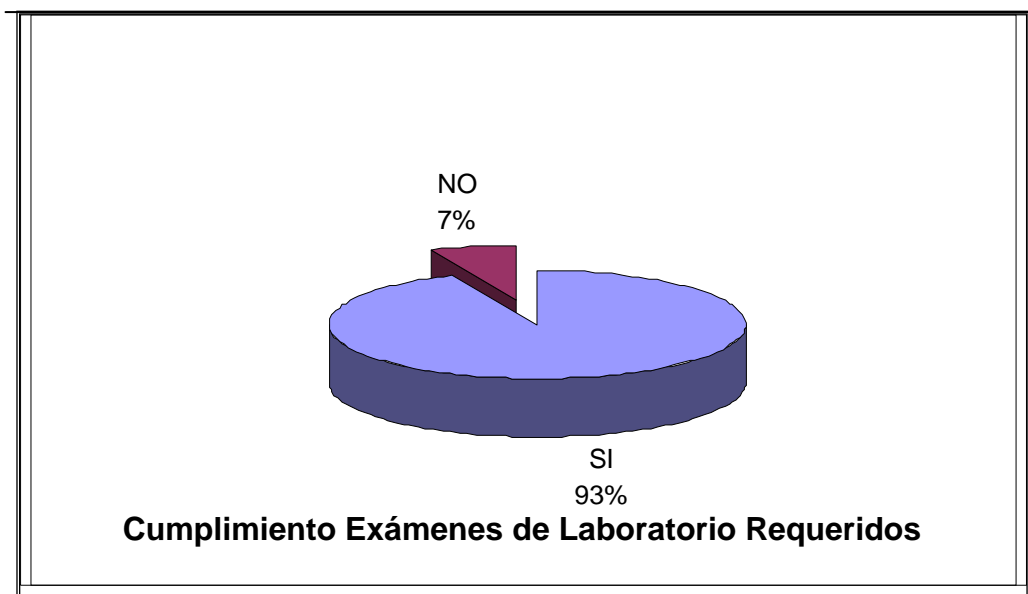


FUENTE: RUTH CIFUENTES 2009

Resulta alentador conocer que la gratuidad se cumple en la totalidad en el Hospital Asdrúbal de la Torre, ya que no se cobra por ninguna de las prestaciones ni insumos que se estipulan en la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

**Pregunta 16**

**Gráfico 16: *Distribución del cumplimiento de exámenes de laboratorio requerido por las beneficiarias de la LMGYAI***

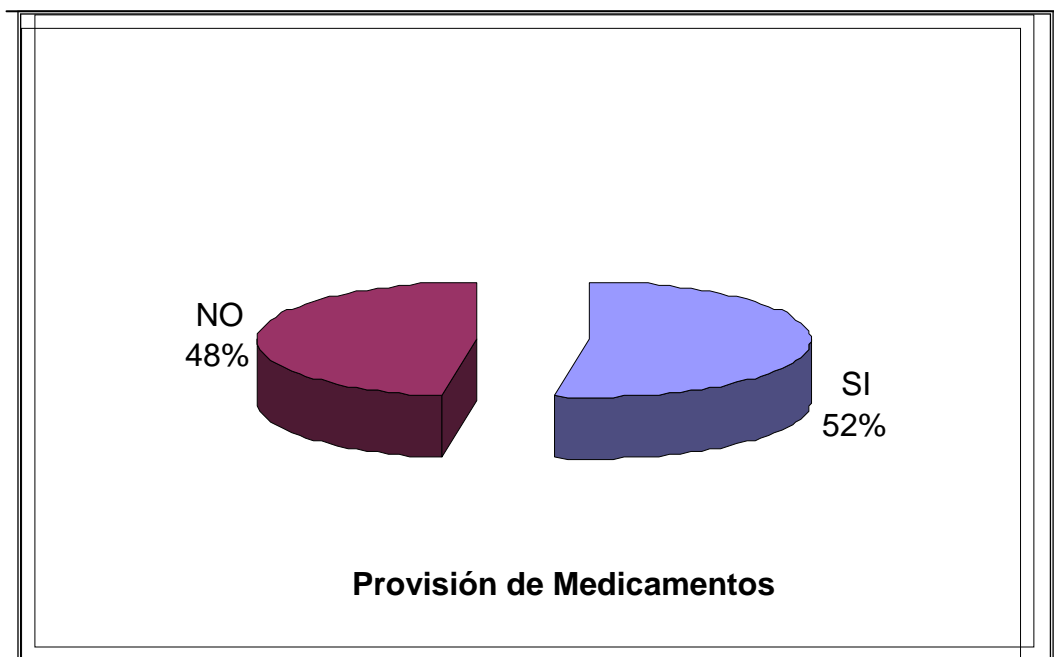


FUENTE: RUTH CIFUENTES 2009

También en este caso la mayoría de personas encuestadas manifiestan que si se cumple con el servicio de laboratorio y que pudieron realizarse el examen solicitado, lo que refleja que muy pocas usuarias se quedan sin el beneficio.

**Pregunta 17**

**Gráfico 17: *Provisión medicamentos requeridos por las beneficiarias de la LMGYAI en el HADLT***

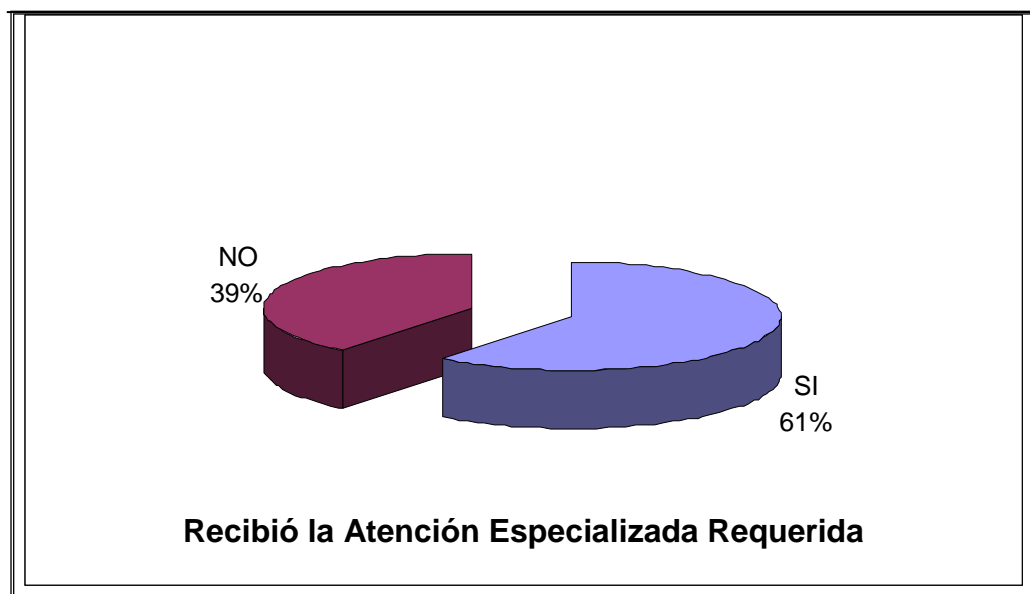


FUENTE: RUTH CIFUENTES 2009

En el gráfico se puede observar que la provisión de medicamentos se la cumple con la mitad de las usuarias, ocasionando que las beneficiarias tengan que comprar la medicación restante con dinero de su bolsillo, con lo cual no se está cumpliendo con lo que estipula la Ley de Maternidad Gratuita.

**Pregunta 18**

**Gráfico 18: *Cumple el requerimiento de atención especializada de la LMGYAI en el HADLT***



FUENTE: RUTH CIFUENTES 2009

Respecto a la Atención Especializada Requerida de servicios las beneficiarias/os, catalogan que no existe los profesionales especialistas para cubrir la demanda, por lo que las beneficiarias/os les toca ir fuera del hospital en busca de dicha atención.

**Pregunta 19**

**Gráfico 19: Porque no cumple el requerimiento de atención especializada de la LMGYAI**

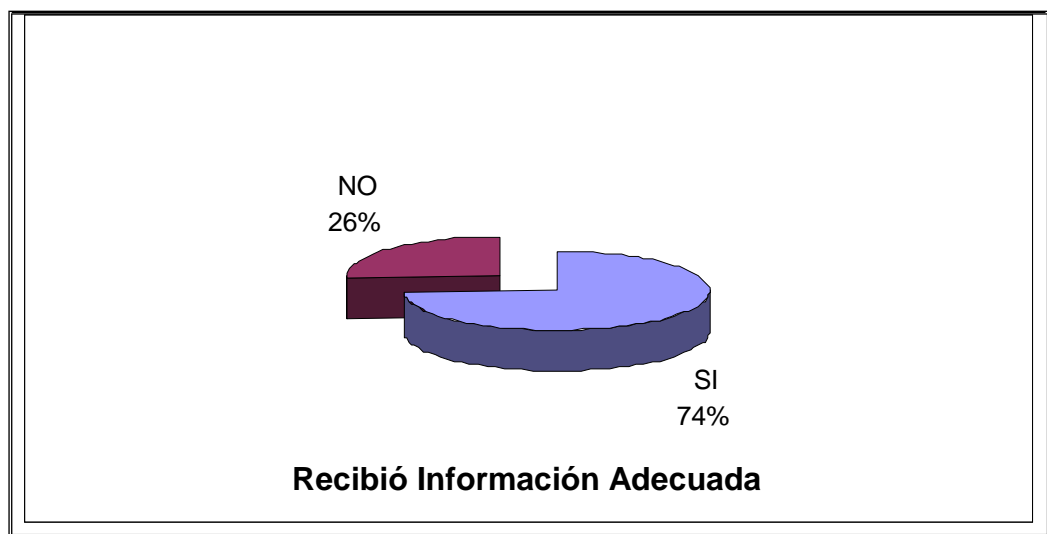


FUENTE: RUTH CIFUENTES 2009

De lo que se puede apreciar, un buen porcentaje de las usuarias no obtiene la atención especializada por parte del pediatra, ya que no existe permanentemente el profesional que preste el servicio, lo cual se traduce en insatisfacción de los beneficiarias/os y en pérdidas de tiempo.

**Pregunta 20**

**Gráfico 20: Reciben información adecuada las beneficiarias de la LMGYAI**



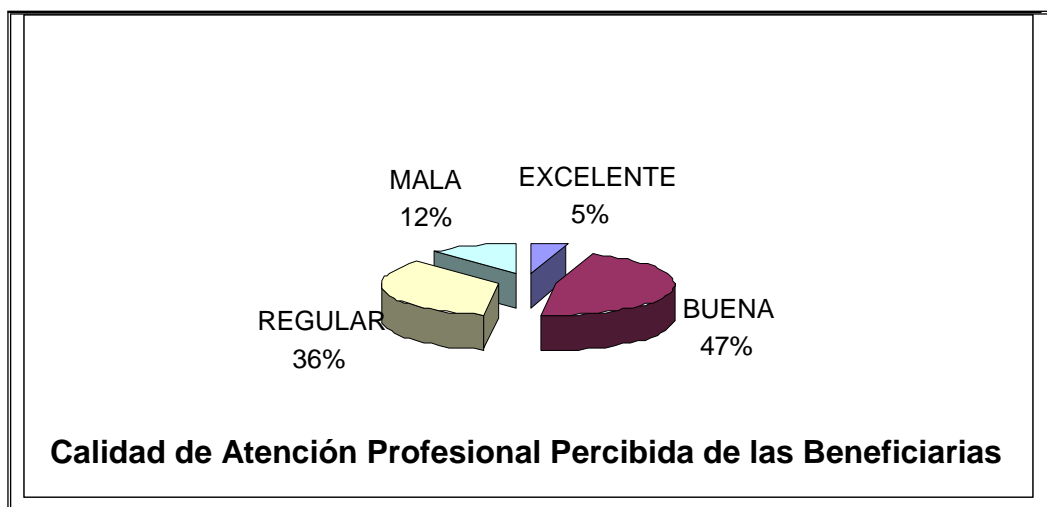
FUENTE: RUTH CIFUENTES 2009

Las tres cuartas partes de los encuestados coinciden en señalar que si se brinda información adecuada sobre turnos, horarios médicos, visitas y por aspectos que necesitan, lo cual incide positivamente en la imagen de la Institución.



**Pregunta 21**

**Gráfico 21: Calidad de atención profesional percibida por las beneficiarias de la LMGYAI**

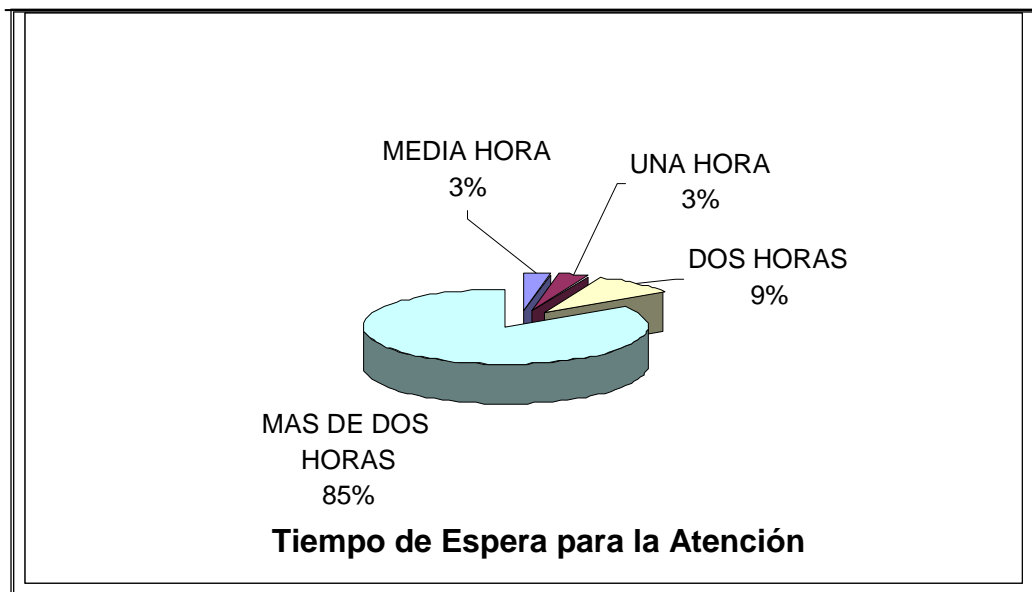


FUENTE: RUTH CIFUENTES 2009

Estos resultados obtenidos de la respuesta de los encuestados nos sirven de orientación para que analicemos cómo se percibe la atención profesional de la Institución como buena. Un menor porcentaje lo considera regular, mostrando claramente que los usuarios no están muy satisfechos con la calidad de atención profesional.

**Pregunta 22**

**Gráfico 22: Distribución del tiempo de espera por parte de las beneficiarias de la LMGYAI**

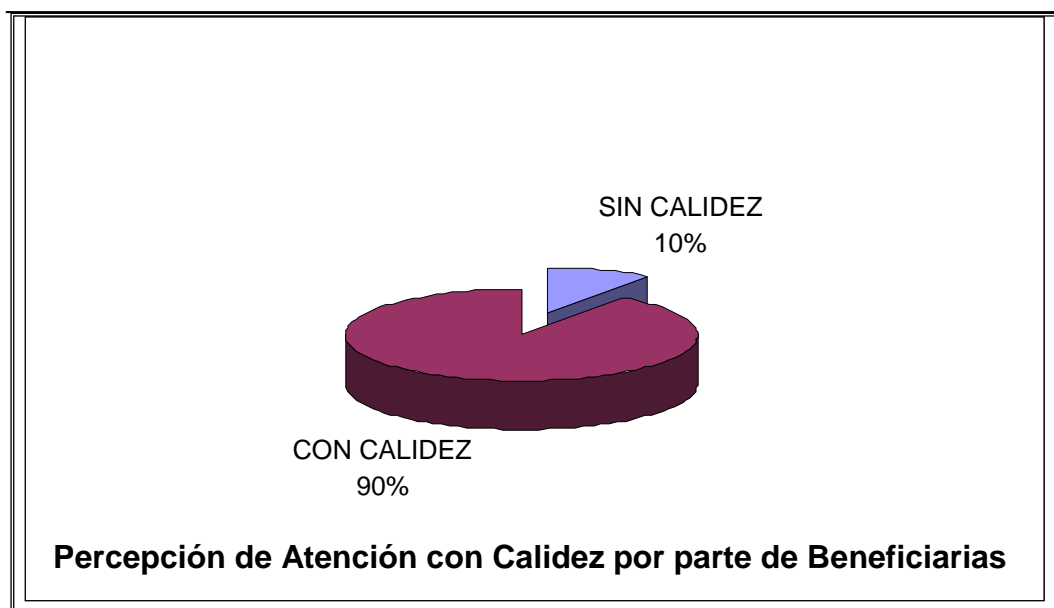


FUENTE: RUTH CIFUENTES 2009

Es desalentador obtener estos resultados en los que más de la tercera parte de los usuarios manifiesta que no es aceptable el tiempo de espera, lo cual indica que no se dispone del suficiente número de profesionales y equipos necesarios para evitar demoras y aglomeraciones.

**Pregunta 23**

**Gráfico 23: Distribución de la calidez en la atención percibida por las beneficiarias de la LMGYAI**

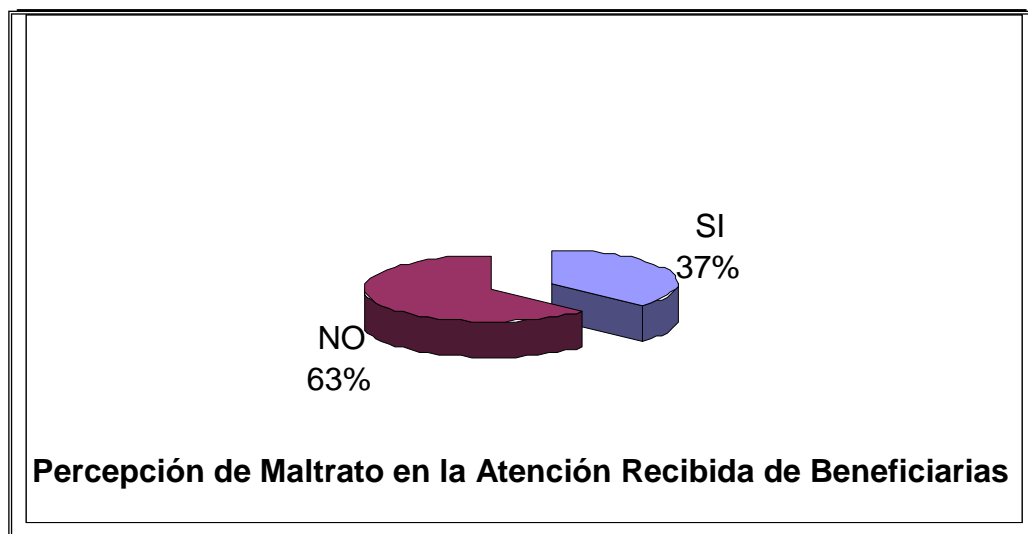


FUENTE: RUTH CIFUENTES 2009

La mayoría de usuarias encuestadas en esta investigación, atendidas en los diferentes servicios, manifiestan haber recibido una atención con calidez por parte de los profesionales de la salud que laboran en el Hospital Asdrúbal de la Torre siendo esto una respuesta positiva, ya que en su mayoría las beneficiarias de la Ley de Maternidad se sienten a gusto con la atención recibida en dicha casa de salud.

**Pregunta 24**

**Gráfico 24: *Distribución percibido del maltrato en la atención de las beneficiarias de la LMGYAI***

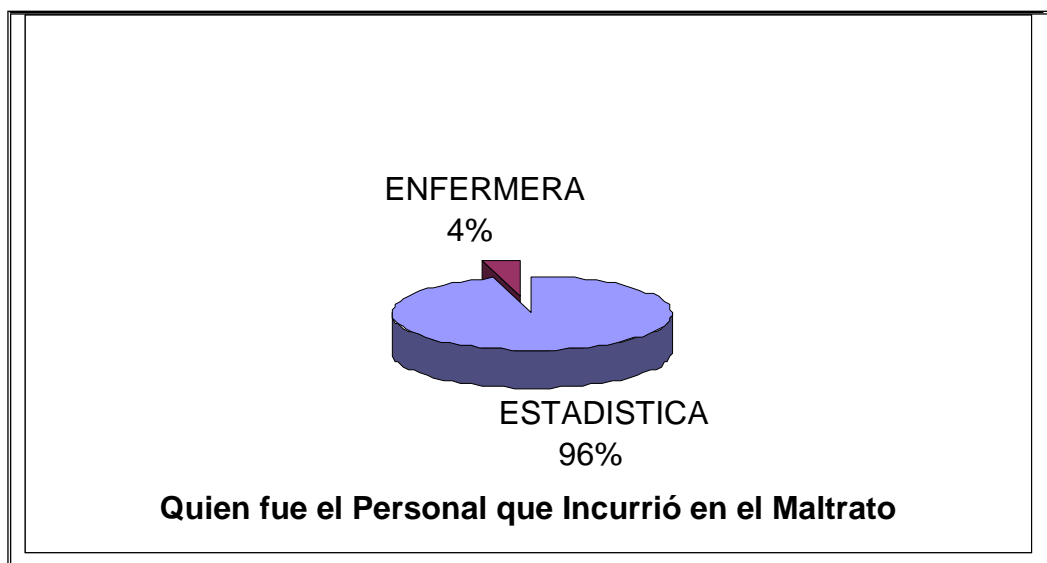


FUENTE: RUTH CIFUENTES 2009

De acuerdo a la opinión de las usuarias, es lamentable que más de una cuarta parte de las beneficiarias perciban maltrato en la atención requerida demostrando así que, no hay una buena capacitación sobre atención al cliente, ni consta como una de las políticas institucionales.

**Pregunta 25**

**Gráfico 25: Distribución de parte de quien recibió el maltrato en el HADLT**



FUENTE: RUTH CIFUENTES 2009

Casi en su totalidad, manifiestan que el personal que incurrió en maltrato fue el personal que labora en estadística, como podemos ver el abuso más frecuente sucede con personal administrativo debido a la falta de capacitación para dar atención a personas que su gran mayoría son de etnia indígena.

#### **4.2. Discusión de resultados en función de la información teórica, de campo y del posicionamiento del investigador.**

En la discusión de resultados partiremos con la de los objetivos planteados y ver si se cumplieron dichos objetivos e iniciaremos por discutir las condiciones socioeconómicas de las usuarias de la Ley de Maternidad Gratuita en las usuarias que acuden al Hospital Asdrúbal de la Torre. La importancia es poder saber si este factor influye en el desconocimiento de los beneficios de la LMGYAI.

En la encuesta realizada en el Hospital Asdrúbal de la Torre a las beneficiarias/os del la LMGYAI, se evidencia que los grupos que acuden con más frecuencia a los servicios de salud son mujeres en edad reproductiva, más de un tercio está comprendida entre los 21 y 26 años dato que coincide con las estadísticas que presenta el HGOIA, esto debido a que las beneficiarias de este servicio son mujeres jóvenes que son el grupo de mayor fertilidad. Parte de la atención en el área Gineco Obstétrica es la planificación familiar la cual convoca a gran cantidad de usuarias por la demanda de este programa que incluye la entrega de los diferentes métodos en forma gratuita.

El nivel educativo de las usuarias que asisten a este tipo de servicios generalmente tiene un nivel de educación básica, esto nos hace pensar que dicho factor es repetitivo en el sector poblacional de bajos recursos y por lo tanto son las beneficiarias que acuden en busca de este beneficio, además situaciones como el machismo provocan que el nivel educacional todavía permanezca en las mujeres en niveles bajos ya que se considera que la mujer tiene la obligación de criar a sus hijos y queda en segundo plano la educación.

En relación al tipo de vivienda que las beneficiarias de la LMGYAI dan como resultado a que más de la mitad dispone de vivienda propia, ya que en este tipo de población la tenencia de tierras se transmite de generación en generación y además por la costumbre de fabricar sus viviendas a

través de las mingas con participación familiar y comunitaria, como una práctica ancestral.

En lo relacionado al lugar de residencia de las usuarias, casi las tres cuartas partes son del área rural, las usuarias debido a que el cantón Cotacachi es extenso y está constituido en su mayoría por población dispersa y rural.

Haciendo un análisis de la población económicamente activa (PEA), se observo que casi la mitad de las mujeres aportan económicamente a sus hogares, la mujer desde algunos años participa activamente en la economía del hogar, realidad que se refleja también en datos del SIISE a nivel provincial.

El denominador común de la tercera parte de las beneficiarias es que tienen un trabajo no remunerado en el hogar y fuera de él y consecuentemente no tienen acceso a la seguridad social y menos aún podrán tener una jubilación esta es la realidad que se vive en casi todo nuestro país ya que a pesar que HGOIA ser un Hospital ubicado en la Capital del Ecuador los datos de trabajo no remunerado aun son más bajos. Este panorama pone en evidencia una profunda dependencia económica de las mujeres con respecto a su pareja y su familia, lo que provoca una relación de poder del hombre hacia la mujer, siendo una de las causa de la violencia de género.

De las mujeres económicamente activas, las tres cuartas partes se dedican son empleadas domésticas, que es uno de los sectores cuyas remuneraciones no se ajustan a las establecidas en la ley por lo tanto es una de los sectores con más bajos salarios y más extensas jornadas laborales

En relación al trabajo laboral de las parejas, casi la totalidad son económicamente activos, cifras que concuerda con la estadística país, se encontró que la mayoría son trabajadores de la construcción por lo tanto se ubican en los estratos con más bajos ingresos de la sociedad. Y no cuentan con afiliación al Seguro Social. Este trabajo informal en la pareja tiene relación con la baja escolaridad en estas áreas rurales con alto

porcentaje de indígenas, lo que les excluye a la posibilidad de un trabajo mejor remunerado en el sector público y privado, sin embargo, que son más altos que los de las mujeres, cifras que concuerdan con estadísticas a nivel nacional.

Cerca de los tres cuartas partes de las mujeres usuarias de la Ley de Maternidad Gratuita son casadas, a diferencia de las usuarias del HGOIA donde un poco más de la cuarta son casadas por lo cual observamos que por ser Cotacachi aun un Cantón pequeño la mayoría de parejas legalizan su relación a través del matrimonio civil, por cuanto la unión libre es mal vista por la población en general y especialmente en los indígenas.

El índice de número de hijos por familia es aproximadamente de tres, notamos que existe una disminución considerable con respecto a lo que sucedía hace algunos años, donde las familias eran muy numerosas especialmente en el área rural porque consideran a los hijos como fuerza de trabajo, hasta la momento en estos sectores aún los niños y adolescentes participan directamente en las labores de la casa y el campo.

La etnia indígena predomina en la población que acude atenderse en el Programa de Maternidad Gratuita, esto concuerda con el alto porcentaje de población indígena existente en el Cantón Cotacachi que corresponde aproximadamente a más de la mitad de la población que habita en dicho Cantón.

El segundo objetivo específico es atención que reciben las usuarias y el cumplimiento de la LMGYAI en el Hospital Asdrúbal, comprobamos que la Ley de Maternidad Gratuita cumple en su totalidad con la finalidad de brindar atención gratuita en consulta externa, emergencia, hospitalización, laboratorio clínica, imagenología, medicinas, vacunas y micronutrientes, a la población destinada al igual que en el HGOIA, además está enfocada a la atención de la población más vulnerable que es la infantil, especialmente a los niños menores de cinco años que constituyen el nivel poblacional más alto según el SIISE, por lo tanto coincide con el



porcentaje de atención de la población, que es mas de la mitad de los beneficiarios nivel general.

La cobertura de atención del laboratorio clínico fue casi de la totalidad de los pacientes que acudieron a este servicio, únicamente un pequeño porcentaje tuvo que acudir a laboratorios particulares por no existir pruebas específicas que se realizan en estas instalaciones, además un pequeño grupo manifestó que no pudo asistir debido a la gran afluencia de usuarios que demanda este servicio, observamos que seguimos teniendo parámetros similares con el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora.

Con respecto a la medicación prescrita por los galenos que laboran en el HADLT se pudo dar cobertura aproximadamente a más de la mitad de los atendidos, con similar margen las usuarias refieren haber adquirido medicamentos en el HGOIA, lamentablemente a un número importantes de usuarios no recibió la medicación por no disponer con el stock suficiente para cubrir la demanda en su totalidad.

La cobertura que brinda el HADLT cubre más de la mitad de los requerimientos de los beneficiarios del Programa para las diferentes especialidades que demandan los usuarios, existe sobre todo deficiencia en la atención de especialidad a los niños ya que se carece de un médico pediatra, que obliga en algunos casos a múltiples consultas o acudir a unidades de salud privadas.

Respecto al sistema de información de esta unidad hospitalaria, las tres cuartas partes de las usuarias, manifiestan que fue adecuada la información que requerían de acuerdo a sus necesidades en relación a disponibilidad de turnos, tiempo de espera, horarios de visitas, generando un ambiente de aceptación de las condiciones existentes.

Casi la mitad de la población beneficiaria de la LMGYAI califica al servicio como bueno, apreciación que posiblemente obedece al poco tiempo que los profesionales de salud dedican al paciente para una

atención óptima, debido a la gran demanda de usuarios por estos servicios.

Uno de los problemas de atención que tiene el Programa es el tiempo prologado de espera de los beneficiarios, que muchas veces se extienden por varias horas, más de las tres cuartas partes de los usuarios refiere haber esperado más de dos horas para recibir la atención demandada. Estos datos concuerdan con las encuestas hecha por las usuarias MIA (movimiento de mujeres por la vida) en donde manifiestan su insatisfacción por los tiempos de espera son extensos, por la falta especialista permanentes.

A pesar de que la mayoría de los usuarios manifestaron que la atención profesional es buena y regular, sin embargo casi la totalidad respondió haber sido atendidos con calidez, por parte de los profesionales que brinda atención en el HADLT.

Sin embargo casi una tercera parte de los usuarios manifiesta haber recibido maltrato por parte del personal que labora en el HADLT, específicamente del personal administrativo, debido a la incomprensión por el bajo grado de escolaridad, el idioma, las costumbres, de los beneficiarios que acuden a las instalaciones de este hospital, provocando malos entendidos que derivan en maltrato hacia el usuario, ellos insisten en que el servicio donde mayor porcentaje se presenta estos conflictos son el departamento de estadística, debido a que al llenar la ficha se solicita a los usuarios una gran cantidad de datos que incomoda tanto al usuario como al servidor.

Por todo lo anterior podemos concluir que se ha cumplido con el objetivo general que es analizar el cumplimiento de la Ley de maternidad gratuita para Implementar el Comité de Usuarios/as de la Ley de Maternidad Gratuita en el Hospital Asdrúbal de Cotacachi. Para finalizar que la creación del comité de usuarias/os de la Ley de Maternidad Gratuita y atención a la Infancia es muy importante en dicha casa de salud por la problemática y características de las usuarias/as lo cual permitirá a la ciudadanía conocer todos los beneficios que tiene la Ley.

### 4.3. Contrastación de los resultados con las Preguntas de Investigación

**Tabla: 3** Contrastación de los resultados con las preguntas de Investigación

PREGUNTAS	CONTRASTACIÓN
▪ ¿Cuáles son las condiciones socioeconómicas de las beneficiarias de la Ley de Maternidad Gratuita?	Al realizar el análisis estadístico de las usuarias/os de la Ley Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia observamos que más de la mitad de mujeres atendidas no tienen ninguna actividad laboral remunerada, además las usuarias que tienen actividad laboral remunerada no perciben ni siquiera el sueldo básico vigente. El ingreso familiar de las beneficiarias sigue siendo en un gran porcentaje exclusivo de la pareja, lo que provoca limitaciones importantes en la economía familiar.
▪ ¿Cuál es la situación actual y como se está verificando el cumplimiento de la Ley de Maternidad Gratuita en el Hospital Asdrúbal de la Torre?	De acuerdo a las entrevistas todavía no hay un cumplimiento total de la gratuidad de las prestaciones de la Ley de Maternidad, ya que los medicamentos no siempre tienen, en lo que se refiere a los exámenes de laboratorio la cobertura aun no logra ser del 100% porque muchos exámenes no se los hace en el Hospital Asdrúbal de la Torre,

	<p>teniendo que asumir estos costos los usuarios, además por no haber un especialista pediatra la atención es brindada por un médico general con lo cual no se cumple con los parámetros que demanda la ley. La sobre demanda de usuarias, la falta de médicos especialistas y la falta de espacio físico conlleva demoras en el tiempo de atención en consulta externa, las dificultades sobre todo se presentan en la espera antes de la atención, en cuanto a la calidez la mayoría de las mujeres se sintieron bien tratadas, sin embargo, hay que considerar los testimonios de las mujeres que describen situaciones de maltrato que dan cuenta de la necesidad de mejora., en la información, la mayoría de mujeres señalaron que les brindaron información clara y comprensible sobre la los turnos, horas de visita y horarios médicos. El cumplimiento de la ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia en el Hospital Asdrúbal de la Torre se lo realiza a través de el manual de estándares, indicadores e instrumentos para medir la calidad de la atención materno</p>
--	---

	neonatal.
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ ¿Cómo se implantara el Comité de Usuarios/as de la Ley de Maternidad Gratuita en el Hospital Asdrúbal de la Torre?</li></ul>	La implantación del Comité se llevara a cabo con la participación comprometida y consciente de las/os veedores ciudadanos y los profesionales y trabajadores de la salud, y el personal administrativo de la institución. El Comité de usuarias/os de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia del Hospital Asdrúbal de la Torre estará conformada por las beneficiarias/os actuales y potenciales de la LMGYAI, incluyendo a jóvenes y mujeres en edad reproductiva y no reproductiva que deseen involucrarse en dicho Comité.

**Elaboración:** Ruth Cifuentes

#### **4.4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

##### **4.4.1. Conclusiones**

- Las condiciones de vida de la mayoría de usuarias de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia en el HADLT, pertenecen al tercer quintil y cuarto quintil estas personas dependen en gran medida de su acceso a los servicios sociales provistos por el Estado en educación, salud o vivienda. Viven en el área rural ya que la extensión del Cantón en su gran parte es dispersa, pertenecen a la etnia indígena.
- Los usuarios de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia reciben los beneficios, aunque de manera incompleta pero siendo las prestaciones gratuitas, los usuarios se sienten “satisfechos” a pesar de que este no los cubra en su totalidad.
- La atención brindada en el HADLT a la población beneficiaria de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia se realiza con ciertas limitaciones de espacio físico, esto obliga a los usuarios a que muchas veces el tiempo de espera se lo haga en forma incomoda.
- A pesar de que la Ley trata de cubrir gratuitamente tanto la atención como los tratamientos medicamentosos resulta imposible por la gran afluencia de usuarios por lo que se entrega únicamente la medicina básica cuando existe disponibilidad o si no el beneficiario tiene adquirirlos con sus propios medios económicos.
- La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia también incluye el servicio de laboratorio clínico, debido a la gran demanda de recursos y por ser un servicio con altos costos de mantenimiento, los exámenes con mayor complejidad y especificidad se derivan a laboratorios particulares debiendo asumir los costos el usuario.
- Los Comités de Usuarios de la LMGYAI, son espacios que promueven la participación ciudadana y tiene la facultad de poder incidir en el sector de la salud a nivel local y nacional.

#### 4.4.2. Recomendaciones

- MSP debe realizar investigaciones, sobre satisfacción de los usuarias/os en forma periódica, para garantizar la calidad de atención en los diferentes servicios y el cumplimiento de la LMGYAI.
- El MSP debe realizar nuevas campañas de difusión y capacitación acerca de los derechos garantizados por la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia tanto a los beneficiarios como personal de salud responsable de su aplicación, en razón de que ha habido cambios en la normativa.
- El Área de Salud N° 3 y el MSP deben aumentar el espacio físico y personal de salud sobre todo especialista para la atención materno-infantil como lo demanda la Ley de Maternidad Gratuita.
- El Hospital Asdrúbal de la Torre debe capacitar sobre relaciones humanas y calidad de atención a todo el personal que labora, sobre todo al personal de atención directa a los beneficiarios del Programa de Maternidad Gratuita.
- El Departamento de Contabilidad del Hospital deberían agregar al listado de insumos prestaciones necesarias de acuerdo a los requerimientos del Hospital, así como realizar ajustes al monto de reembolsos fijados, además de solicitar el incremento del presupuesto, lo que se debe llevar a cabo en base a un análisis objetivo de los requerimientos reales del HADLT para que la falta de insumos, materiales y medicinas no perjudique a las beneficiarias de la ley
- El MSP y Representante de la LMGYAI deben crear el Comité de Usuarias de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia en el Hospital Asdrúbal de la Torre para disminuir las brechas de incumplimientos existentes en la aplicación de la Ley y

la resolución de las necesidades sentidas por las usuarias. Por lo que su presencia continua es necesaria para garantizar la marcha del proceso hasta que los problemas identificados se resuelvan.



## **CAPÍTULO V**

### **5. SOLUCIÓN PERTINENTE Y VIABLE**

#### **5.1. ANTECEDENTES**

El Hospital Asdrúbal de la Torre, es una entidad pública que forma parte del Ministerio de Salud Pública del Ecuador por lo cual se ejecuta la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, la cual involucra los grupos de riesgo como son mujeres en edad fértil, mujeres embarazadas y niños menores de cinco años.

Sin embargo la ciudadanía de cotacacheña en su gran mayoría, no conoce los beneficios de dicha Ley en lo que respecta a su objetivo, prestaciones y garantías, ya que no se difunde, además las instalaciones del Hospital aún son limitadas para la elevada demanda de usuarios que asisten a dicha casa de salud, e inclusive existe un alto índice de quejas por parte de los usuarios tanto en la atención que reciben por parte de los profesionales como por la falta de medicación e insumos, no se toma en cuenta la percepción de atención de los beneficiarios más bien el hecho de llenar formularios para cumplir con los parámetros que nos exigen MSP, además el presupuesto se lleva a cabo de pronósticos del año anterior por lo que existe sesgo, todos estos percances podrían disminuir con la creación del comité de usuarias/os de la LMGYAI ya que son instancias ciudadanas de control social que surgen adscritos a la Ley.

#### **5.2. JUSTIFICACIÓN**

El Hospital Asdrúbal de la Torre, es una institución de salud encargada de brindar atención a mujeres embarazadas y a sus niños/ as recién nacidos, se está aplicando la LMGYAI desde el momento de su expedición como un beneficio que ampara a este grupo poblacional.

Sin embargo, la ciudadanía a través de los Comités de Usuarias, no conoce como se está cumpliendo la Ley y su Reglamento, en términos de gratuidad y calidad. Garantizar el cumplimiento de la Ley en esta institución implica el posicionamiento de la ciudadanía en defensa de los derechos a la salud, de las mujeres y niños/ as recién nacidos pobres del país, con el propósito de disminuir inequidades y atender a la población más vulnerable de la ciudad. En el Cantón Cotacachi esta realidad se ve reflejada, ya que sin estar conformado el Comité de Usuarias/os como instancias de control y ejercicio de derechos y participación, no pueden dejar por sentada sus quejas del servicio que reciben, de poca calidad y calidez en el Hospital Asdrúbal de la Torre.

### **5.3. BENEFICIARIOS**

#### **5.3.1. Beneficiarios directos**

**Tabla: 4 Beneficiarios Directos**

<b>Beneficiarios Directos</b>	<b>Población</b>
Mujeres en Edad Fértil	4983
Niños menores de 5 años	2154
<b>Total</b>	<b>7137</b>

**Elaboración:** Ruth Cifuentes

#### **5.3.2. Beneficiarios indirectos**

**Tabla: 5 Beneficiarios Indirectos**

<b>Beneficiarios Indirectos</b>	<b>Población</b>
Resto de la Población cotacacheña	10.911
<b>Total</b>	<b>10.911</b>

**Elaboración:** Ruth Cifuentes

### **5.4. BASE TEÓRICA**

#### **5.4.1. Modelos de Gestión**

Definir un modelo de gestión involucra definir el ser el hacer y es estar de la organización dicho de otra forma aspira desarrollar la organización, por el proceso por el cual los recursos son transformados en objetivos. Es síntesis, desde la perspectiva del modelo de gestión es importante detectar en cada caso (servicio o sistema) cuales son los principios y valores que guían el sistema, cuales son las principales decisiones relacionadas con la conducción del sistema, quien las toma y como se toman.

##### **5.4.1.1. Niveles de gestión**

Un nivel de gestión es la política en salud que involucra la intervención del Estado para corregir las fallas del mercado en salud y mejorar el bienestar social a través de: la regulación de estilos de vida, medio ambiente, tecnología, recursos humanos y servicios sanitarias, el financiamiento de la sanidad y el establecimiento político de prioridades para la asignación de recursos; la organización y gestión de los servicios sanitarios de titularidad pública.

Un ambiente de gestión institucional que involucra centros y hospitales de salud. Estas instituciones asumen objetivos y en ellas el principal desafío de la gestión es coordinar y motivar a las personas para lograr alcanzar dichos objetivos.

Un ambiente de gestión de subcentros donde la mayor responsabilidad cabe a los profesionales. Una particularidad del sector salud es que el médico es responsable por la asignación del 70% de los recursos a través de decisiones diagnósticas y terapéuticas, para ello gestiona: coordina y motiva a otras personas del propio servicio.

#### **5.5. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA DE LA INTERVENCIÓN**

La conformación de la veeduría del Hospital Asdrúbal de la Torre, de la Ley de Maternidad Gratuita se realizó en dos fases: de sensibilización

y de capacitación, favorecido la inclusión de diferentes actores de la sociedad civil.

#### **5.5.1. FASE DE SENSIBILIZACION**

Se llevo a cabo en el momento mismo de la convocatoria individual a los diferentes representantes (presidentes de barrios, representantes de la coordinadora de mujeres urbanas y representantes de mujeres de la UNORCAC), en la cual se les daba conocer la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia con el fin de comprometer la asistencia a los representantes a las capacitaciones.<sup>19</sup>

#### **5.5.2. FASE DE CAPACITACIÓN**

Con el propósito de cumplir con los objetivos propuestos en la veeduría, es necesario ejecutar un proceso de capacitación de las/los diferentes representantes del Cantón, que les permita tener los suficientes elementos de juicio para la realización de la misma. La fase de capacitación es considerada de vital importancia, no solo para la unificación de criterios, si no para la adquisición de competencias y conciencia política que garanticen la calidad de los resultados de la veeduría y la continuidad del proceso a largo plazo.

La capacitación se la llevo a cabo en el Auditorio del Hospital Asdrúbal de la Torre, los días 6 y 7 de Octubre del presente, en los temas siguientes:

- Mujer Derechos y la ley
- Responsabilidad Compartida entre comunidad y Estado para la Aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia
- La Ley, Las Instituciones y los Actores que Participan y los Servicios que se brindan.

---

<sup>19</sup> Veeduría para el cumplimiento de la ley de maternidad gratuita y atención a la infancia (LMGYAI) en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora (HGOIA)

- Comité de Usuarias de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia
- Dialogo y Comunicación
- Participación Ciudadana en los Comités de Usuarias
- Continuación de los Instrumentos de Vigencia
- Promoción, Autoestima y Autocuidado en el AMBITO Aplicación de la Ley de los Comités de Usuarias.<sup>20</sup>

### **5.5.3. EJECUCIÓN DEL COMITÉ**

El control de la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia en el HADLT se ejecutara en tres ámbitos de acción de la Ley: Calidad, Gratuidad y Financiamiento. El 7 de Octubre del 2011 con la participación de Dr. Vicente Moreno abogado del HADLT, la Dra. Patricia Espinosa Concejala del Cantón Cotacachi, la Dra. Rory Carrión Representante-Facilitadora del MSP, Lic. Ruth Cifuentes Coordinadora y los representantes de las diferentes instancias del Cantón, se conforma el comité de usuarios de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia del Hospital Asdrúbal de la Torre.

Las actividades se desarrollaran de acuerdo a los ámbitos de calidad, gratuidad y financiamiento, establecido en el control de la Ley., además se llevaran a cabo reuniones generales que permitieran hacer un seguimiento del proceso y orientar colectivamente el mismo.

#### **5.5.3.1. CONFORMACIÓN DEL COMITÉ:**

Se conforma el comité con el propósito de promover la participación de autoridades, y funcionarios/as de la institución. Con la cooperación de los

---

<sup>20</sup> Veeduría para el cumplimiento de la ley de maternidad gratuita y atención a la infancia (LMGYAI) en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora (HGOIA)

diferentes actores los equipos identificarán la problemática que enfrenta la institución de salud y se definirán alternativas de solución frente a estos.

**Tabla: 6 Conformación del Comité**

<b>NOMBRE</b>	<b>REPRESENTANTE</b>	<b>DESIGNACION</b>
<b>Sra. Rosa Sarsoza</b>	<b>COORDINADORA DE MUJERES URBANAS</b>	<b>PPRESIDENTA DEL CUS</b>
<b>Sra. Magdalena Fures</b>	<b>REPRESENTANTE COMITÉ CENTRAL MUJERES UNORCAC</b>	<b>SECRETARIA DEL CUS</b>

**Elaboración:** Ruth Cifuentes

**Tabla: 7 Participantes Autoridades**

<b>NOMBRE</b>	<b>REPRESENTANTE</b>	<b>DISIGNACION</b>
<b>Dra. Rory Carrion</b>	<b>Representante del MSP</b>	<b>Facilitadora del MSP</b>
<b>Dr. Vicente Moreno</b>	<b>HADLAT</b>	<b>Abogado</b>
<b>Dra. Patricia Espinosa</b>	<b>Municipio Cantón Cotacachi</b>	<b>Concejala</b>
<b>Lic. Ruth Cifuentes</b>	<b>UTN</b>	<b>Coordinadora</b>

**Elaboración:** Ruth Cifuentes

## **5.6. DISEÑO TÉCNICO DE LA INTERVENCIÓN**

La creación del Comité de Usuarios, toman forma cuando todos se apoderan de la salud con una visión de defender derechos que puede mejorar la salud de una población. Los usuarios deben entender la idea mientras conforman el Comité de Usuarios, para ello debe existir un enlace entre los ofertantes y los demandantes.

El CUS (Comité de Usuarios) es una herramienta que cumple con esta función, se basa en la retroalimentación que permite a los usuarios

generar un sistema para comunicar de una forma fácil de comprender a los ofertantes las necesidades y quejas que tienen los usuarios de esa Ley.

La realización del comité de usuarios de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia del Hospital Asdrúbal de la Torre fue conformado de acuerdo a la guía para la conformación y funcionamiento de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia que es la utilizada para la conformación de todos los comités en el país.

Formar a los veedores en cuestiones previas a la conformación del comité en conocimientos acerca de temas básicos de la Ley, con la finalidad de crear interés y conciencia sobre la defensa de los derechos. La responsabilidad compartida entre la comunidad y estado para la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia constituye la única vía para el cumplimiento total de la Ley.

#### **5.6.1. Funciones del Comité de Usuaris**

- Canalizar las demandas de salud de la población a través del Comité de Gestión.
- Velar para que las demandas de la comunidad sean asumidas como insumos fundamentales en la elaboración y ejecución de programas y proyectos.
- Solicitar y coordinar con el personal de los servicios de salud para que realicen las actividades de información, educación y promoción referentes a aspectos de la Ley.
- Denunciar ante el Comité de Gestión, casos de maltrato, negligencia, discriminación, uso indebido de fondos y cobros indebidos, o cualquier otra acción u omisión que implique incumplimiento de la Ley.
- Elaborar un informe trimestral de satisfacción de la calidad de atención.

- Notificar casos de muerte materna e infantil y de enfermedades que se presenten en su comunidad, al Comité de Gestión.<sup>21</sup>

## 5.7. DISEÑO FINANCIERO

**Tabla: 8** Diseño Financiero

	<b>Desglose</b>	<b>Costo</b>
<b>4.6.1. Talento Humano</b>	- Investigador - Asesor	- 1000 - 400
<b>4.6.2. Recursos materiales, técnicos y tecnológicos</b>	- Fotocopias - Impresiones - Computador - CD's - Papel - Anillados - Carpetas - Internet - Fotografías - Empastado	- 50 - 100 - 200 - 20 - 20 - 20 - 10 - 60 - 30 - 100
<b>4.6.3. Otros</b>	- Logística - Imprevistos	- 50 - 206
<b>4.6.4. Presupuesto General</b>		- <b>2266</b>

**Elaboración:** Ruth Cifuentes

## 5.8. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN PARA LA INTERVENCIÓN

Partiendo del concepto de Veeduría Ciudadana “mecanismo democrático de representación que le permite a los ciudadanos o a las diferentes organizaciones comunitarias, ejercer vigilancia sobre la gestión

<sup>21</sup> La Llave. Guía Para La Conformación Y Funcionamiento De Los Comités De Usuarías De La LMGYAI”. Quito: CONAMU, CEPAM, MSP; 2003



pública, respecto a las autoridades, administrativas, políticas, y órganos de control, así como de las entidades públicas o privadas, organizaciones no gubernamentales de carácter nacional o internacional encargadas de la ejecución de un programa, proyecto, contrato o de la prestación de un servicio público” (decreto ley 1421 de 1993, Constitución Colombia), se realiza la presente propuesta encaminada a promover la organización de comité de usuarios/as, la cual se ajusta a lo establecido por la normatividad que la rige y metodología propuesta por Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia .

#### **5.8.1. Objeto de la Veeduría**

Vigilar la gratuidad, la calidad y el financiamiento, con que se ejecuta la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia en el Hospital Asdrúbal de la Torre.

#### **5.8.2. Ámbito de Acción**

Hospital Asdrúbal de la Torre, institución del Ministerio de Salud Pública, que acoge a las madres embarazadas y niños/ as recién nacidos, de la ciudad de Cotacachi, y otras ciudades de la Provincia.

#### **5.8.3. Objetivos Propuestos**

- Verificar la gratuidad, calidad y financiamiento de los servicios prestados en el marco de la LMGYAI.
- Promover la participación de las autoridades de salud, directivos y funcionarios/ as del Hospital Asdrúbal de la Torre y la ciudadanía para reconocer las alternativas de solución frente a los problemas identificados.

#### **5.8.4. Nomina de Participantes Y Coordinador**

**Delegada-Facilitadora del Ministerio de Salud Pública**

Dra. Rory Carrión

**Coordinadora**

Lic. Ruth Cifuentes

**Delegado del Hospital Asdrúbal De La Torre**

Dr. Vicente Moreno

**Delegado del Gobierno Municipal Santa Ana de Cotacachi**

Dra. Patricia Espinoza

**Cuadro: 9** Representantes Del Cantón Cotacachi

<b>NOMBRE</b>	<b>REPRESENTANTE</b>
Mauricio Sarzosa López	Presidenta Del Barrio La Banda
Carlos Andrango	Presidente Del Barrio San José
Juan Oña	Presidente Del Barrio Río Frió
Tania Ubidia	Representante Del Barrio Central
Camilo Haro	Representante Del Barrio Diablo Calle
Xavier Veliz	Presidente Del Barrio Caliente
Manuel Narváez	Presidente Del Barrio San Francisco
Rómulo Montenegro	Presidente Del Barrio El Coco
Luís Narváez	Presidente Del Barrio 24 De Mayo
Peter Ubidia	Presidente Del Barrio Cachipugro
Alfonso Flores	Presidente Del Barrio Húmedo
Catherine Andrade	Presidenta Del El Ejido
Emma Saavedra	Presidenta Del Barrio Plazuela Martínez
Marisol Galarza	Presidenta Del Barrio Oriental Fase I
Bolívar Alencastro	Presidente Del Barrio Oriental Fase I
Ernesto Guerra	Presidente Del Barrio La Victoria
Alirio Almeida	Presidente Del Barrio "Pradera Sierra"
Wilson Paspuezán	Presidente Del Pre-Comité Barrial Los Molinos
Carlos Andramunio	Presidente De La Federación De Barrios
Rosana Tufiño	Coordinadora Mujeres Urbanas
Beatriz Haro	Representante Mujeres Urbanas
Isabel Chávez	Representante Mujeres Urbanas
Nola Sarzosa	Representante Mujeres Urbanas
Flor Maria Vaca	Representante Mujeres Urbanas
Rosa Sarzosa	Representante Mujeres Urbanas
Luz Andrade	Presidenta Comité Central Mujeres UNORCAC
Magdalena Fuevez	Representante Comité Central Mujeres UNORCAC
Luz Lanchimba	Representante Comité Central Mujeres UNORCAC
Inés Bonilla	Representante Comité Central Mujeres UNORCAC
Cristina Chávez	Representante Comité Central Mujeres UNORCAC

**Elaboración:** Ruth Cifuentes

### **5.9. DETERMINACIÓN DE IMPACTOS DE LA INTERVENCIÓN**

- Político, porque redistribuye el acceso a la toma de decisiones por parte de todos los actores sociales, donde todas las posiciones, todas las ideas y todos los aportes son valorados en su real dimensión.
- Democrático, porque crea condiciones para que la población organizada pueda hacer llegar su voz y su propuesta a todo nivel, las comunidades rurales pasan a ser agentes activos del desarrollo. La participación está vinculado a la consolidación de las democracias reales y no a las intenciones constitucionales, legales o discursivas de las democracias formales.
- Pedagógico, porque tanto gobernantes de turno como pobladores organizados tienen mucho que aprender y mucho que enseñarse, uno del otro. Este inter-aprendizaje implica respeto mutuo de valores y de culturas. Significa, explícitamente, considerar la importancia y el valor de los conocimientos, cultura y tecnologías locales en la construcción del desarrollo sostenible. Y esto obliga, también, a la elaboración de códigos comunes de lenguaje y de conducta

### **5.10. CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN**

Los sectores en los cuales la Veeduría Ciudadana va a trabajar:

- Calidad de vida
- Empleo
- Salud
- Educación
- Vivienda

- Responsabilidad Ciudadana.
  
- **Sectores Poblacionales**
  - Mujeres
  - Niños
  - Hombres

• **BIBLIOGRAFÍA**

Acosta, Alejandro. La Planeación Participativa, Con Visión De Futuro Y Enfoque De Género: Base Para El Desarrollo Humano. Módulo 1 Área Social Cinde 1998.

Aedaf: La Nueva Ley Del Irpf. Guía Práctica Ii, Expansión, Madrid, 1998.

Almudí Cid, J. M.: «Transparencia Fiscal Internacional Y Convenios De Doble Imposición París, Núm. 21/2001.

Álvarez Barbeito, P.: Los Rendimientos Del Capital En El Irpf, 2.<sup>a</sup> Ed., Cedecs, Barcelona, 1999.

Ander-Egg, Ezequiel; Técnicas De la Investigación Científica, Editorial Kapeluz, Buenos Aires

Arango, De Castaño Inés. La Comunicación Al Servicio Del Desarrollo Comunitario. Cinde. 1997.

Arocena, José- Globalización, Integración Y Desarrollo Local. Revista Persona Y Sociedad. Vol. Xi, N.1, Abril De 1997, Ilades. Santiago

Asti, V. Armando; Metodología De La Investigación Científica, Editorial Kapeluz Buenos Aires.

Ayales, Ivannia Y Otros. Haciendo Camino Al Andar. Guía Metodológica Para La Acción Comunitaria. En La Comunicación Al Servicio Del Desarrollo Comunitario. Cinde 1997.

Barcos, J. Santiago: "Conociendo A La Administración, A Las Organizaciones Y A La Administración De Organizaciones" - Cap 1

Barrachina, Juan E.: Transparencia Fiscal Internacional En El Impuesto Sobre Sociedades, *Gf*, Núm. 164/1998.

Barrenechea, Elorrieta, S.: «Transparencia Fiscal Internacional», Vv.Aa. (Price Waterhouse): Valladolid, 1999.

Bunge; Mario; La Investigación Científica Su Estrategia Y Su Filosofía, Ediciones Ariel, Barcelona.

C.C.C.C.; Manual De Veedurías Ciudadanas. Dirección General De Prevención. Área De Contraloría Social. Agosto 2003.

C.C.C.C.; Veedurías Ciudadanas: Tarea De Todos. Abril 2004

- Carvajal, Lizardo. Metodología De la Investigación Científica. Curso General Y Aplicado 12º.Ed. Cali: F.A.I.D., 1998.
- Catalá, Joan Prats. Derecho Y Management En Las Administraciones Públicas. Instituto Internacional De Gobernabilidad, Barcelona, Junio De 1994
- Catalá, Joan Prats. Gobernabilidad Democrática En América Latina Finisecular. Instituto Internacional De Gobernabilidad, Barcelona, Junio 1994
- Chaparro, P. Organización Y Funcionamiento Del Gobierno Local En Chile, 1925-1973: Una Apreciación Crítica, Ced, Santiago De Chile, 1985.
- CIS, Módulos De Capacitación En Promoción De La Salud, Módulo 1 Ciudadanía Y Salud.
- CIS, Módulos De Capacitación En Promoción De La Salud, Módulo 2 Ciudadanía Y Salud.
- Cobo, Hector. Glosario De Metodología.8ª. Ed. Cali: Impretec, 1998.
- Comisión De Control Cívico De La Corrupción “La Sociedad Civil En Movimiento: Veeduría Ciudadana, Sistematización De Experiencias”.
- Comisión De Control Cívico De La Corrupción Reglamento De Creación Y Funcionamiento De Comisiones Veedoras Y Asesoras. Quito 18 De Abril De 2001
- Comisión De Control Cívico De La Corrupción: Plan Nacional De Prevención De La Corrupción 2000
- Conferencia Electrónica Sobre Descentralización En América Latina. Diciembre De 1994.
- Consejo De Desarrollo Y Gestión De La Asamblea De Unidad Cantonal Reglamento De Creación Y Funcionamiento Del Comité De Contraloría Social De Cotacachi. Cotacachi 29 De Agosto Del 2002
- Constitución Política de la República de Ecuador, 1998
- Daniel Artana Y Ricardo Murphy En “Descentralización Fiscal En América Latina: Nuevos Desafíos Y Agenda De Trabajo” Cepal
- Descpierta. Boletín Informativo Del Centro De Derechos Económicos Y Sociales. No.2. Quito, Diciembre 2002.
- Diseño de una metodología y herramienta de fortalecimiento de los comités de usuarias-os de la ley de maternidad gratuita y atención a la infancia 2012)

El Universo Y El Comercio. Ediciones De Noviembre Y Diciembre De 2002 Y Enero De 2003.

Escenario De Sostenibilidad Del Modelo De Salud, Gtz, Cotacachi, 2002

Estrategia Para La Conformación, Fortalecimiento Y Legitimación De Los Comités De Usuarías Coordinadora Política De Mujeres Del Ecuador 2002

Font Joan, Et Al, Mecanismos De Participación Ciudadana En La Toma De Decisiones Locales: Una Visión Panorámica, Clad.

Geli, Alejandro: "Qué Es La Administración"- Cap. 1 - Ed. Macchi

Geografía De La Pobreza En Ecuador, Pnud-Flacso, Quito, 1996

González, Esperanza. La Organización Social. En Módulo Gerencia Del Desarrollo Comunitario. Módulo 4. Cinde 1999.

Guillermo Perry Y Marcela Huertas En "Descentralización Fiscal En América Latina: Nuevos Desafíos Y Agenda De Trabajo" Cepal.

Herbert, Edling En "Descentralización Fiscal En América Latina: Nuevos Desafíos Y Agenda De Trabajo" Cepal.

Hernández, R., Fernanadez, C., Y Batista, P (1994). Metodología De La Investigación. Primera Edición. Colombia: Panamericana Formas E Impresos S.A.

III Congreso Por La Salud Y La Vida. Mesa De Trabajo Modelo De Atención Y De Gestión. Cuenca Abril 2007.

INEC: Anuario De Estadísticas Vitales.

Instituto De Investigaciones Económicas Y Políticas. Universidad De Guayaquil. Tendencia De La Economía En El 2002. Guayaquil, Julio 2002.

Instituto Nacional De Estadística, "Censos Integrados De Población Y Habitación" 2002,

Jaramillo, Betancourt; Vamos, Guía Para La Conformación De Comités De Usuarías. Loja. Diciembre 2001.

Kast Y Rosenzweig: "Administración De Las Organizaciones" Cap 1- Ed. Mac Graw Hill

Kedrod, M.B. Spirkin, A; La Ciencia, Editorial Grijalbo México

Kliksberg, Bernardo: "El Pensamiento Organizativo: Del Taylorismo A La Teoría De La Organización" - Cap 4 Y 5 - Ed Paidos.



La Llave. Guía Para La Conformación Y Funcionamiento De Los Comités De Usuarías De La LMGYAI". Quito: CONAMU, CEPAM, MSP; 2003. p 71p.

Leiva, Z, Francisco; Nociones De Metodología De Investigación Científica, Imprenta Ortiz, Quito

Ley De Consejos De Desarrollo, Decreto 11 – 2,002

Ley De Descentralización, Decreto 14-2002

Ley De Maternidad Gratuita Y Atención A La Infancia. Codificación- Reglamento, Prestaciones Y Medicamentos. Mayo 2007.

Ley Del Código Del Trabajo

Ley Orgánica De Transparencia Y Acceso A La Información Pública 2004

Ley Orgánica Del Sistema Nacional De Salud. Junio 2004

Lori DiPrete Brown, Lynne Miller Franco, Nadwa Rafeh, Theresa Hatzell, Garantía de calidad de la atención de salud en los países en desarrollo, Segunda Edición, USAID

Marco General De La Reforma Estructural De La Salud En El Ecuador, Ministerio De Salud Pública

Marco General De La Reforma Estructural De La Salud En El Ecuador. MSP. Quito Junio De 2004.

Martínez, Fajardo Carlos: "Administración De Organizaciones" - Cap 1 - Universidad De Colombia.1996

Mejoramiento Colaborativo De Los Cuidados Obstétricos Y Neonatales Esenciales Síntesis Del Aprendizaje Del Mejoramiento De La Atención Prenatal 2007

Ministerio De Salud Pública Sistema Nacional De Salud Componente Normativo Materno Neonatal

Ministerio De Salud De Panamá Informe De Evaluación Final del Programa Multifase De Transformación Institucional Del Sector Salud Alfredo Antonio Privado Medrano Consultor Panamá Enero Del 2009

Modelo De Atención Integral Del Sistema Nacional De Salud 2012

MSP; Manual De Estándares, Indicadores E Instrumentos Para La Calidad De La Atención Materno Infantil. Dirección Nacional De Normatización.

Mejoramiento Continuo De La Calidad De Atención Materno Infantil.  
Septiembre 2006.

Pagina web: <http://www.ecuadorencifras.com>.

<http://www.linesofflight.net/work/pb/malaga/ecuador.pdf>

[www.msp.gob.ec](http://www.msp.gob.ec)

[www.cpccs.gob.ec](http://www.cpccs.gob.ec)

[www.maternidadgratuita.gob.ec](http://www.maternidadgratuita.gob.ec)

<http://www.maternidadgratuita.gob.ec>

Paul, Bernd Spahn En “Descentralización Fiscal En América Latina: Nuevos Desafíos Y Agenda De Trabajo” Cepal.

Pérez, Rocio “Descentralización Entre Los Procesos Más Importantes De América Latina” 1997.

Peydi. Manual General De Procesos Peydi 2001.

Plan Cantonal De Salud De Cotacachi 2005-2011

Plan Cantonal De Salud De Cotacachi Un Proyecto De Vida Y Desarrollo Humano “Mushuk Ali Kawsaimanta”

Pressacco Chávez Fabian, Descentralización, Municipio Y Participación Ciudadana (Chile, Colombia Y Guatemala) /... (Et Al.). Bogotá: Ceja, 2000.

Programa De Gestión De Cobertura En Salud, Ministerio De Salud Pública De Ecuador, Mayo 2004

Revista Digital - Buenos Aires - Año 10 - N° 73 - Junio de 2004

Recomendaciones De Organización Mundial De La Salud Para La Atención Gineco Obstétrica, Realizadas En Fortaleza Brasil En 1985.

Rodríguez José Roberto Y Theresa Lobo En “Descentralización Fiscal En América Latina: Balance Y Principales Desafíos” Cepal.

Rosendfeld, Alex: “Descentralización Y Gobiernos Locales En América Latina” Chile, 1994.

Ruiz, Fernández Julio “Descentralización Y Modernización De La Gestión Territorial” 1997.

Savater, Fernando. El Valor De Educar. Editorial Ariel. Barcelona. 1997.

Según La 26ava Conferencia Sanitaria Panamericana, 54va Sesión Del Comité Regional Ampliación De La Protección Social En Materia De Salud, Julio Del 2002.

Siise 2010

Sistema Nacional De Salud; Política Nacional De Salud Y Derechos Sexuales Y Reproductivos. Quito Ecuador. Marzo 2007.

Secretaria De Salud De Honduras Sintesis Del Aprendizaje Del Mejoramiento De La Atencion Prenatal, Regiones De Salud De Comayagua, Copan, Intibuca, La Paz Y Lempira Asesoría Técnica De Hci/Usaid

Situación De La Salud En Cotacachi, Consejo Intersectorial De Salud Cis-Cepar, 1998.

Situación De La Salud En El Ecuador, MSP, 1997

Terán, Janeth; Informe De La Evaluación Financiera A La LMGYAI En El Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. Septiembre 2007.

Universidad Mariana Instituto Ciencias De La Salud Ces De Medellín, Facultad De Formación Avanzada, Especialización En Gerencia De La Salud Pública, 2008

Unpd En Ecuador; Democracia, Pobreza Y Exclusión Social En El Ecuador Capitulo: Pobreza Y Exclusión Social En El Ecuador Mayo 2005

Uribe, Gómez Mónica Y Otros. La Gerencia Social, Medellín". Febrero De 2002.

Valladares Rivera, Román: "Administración General" Tomo 1. Ed. Universitaria. Honduras 1992.

Veeduría para el cumplimiento de la ley de maternidad gratuita y atención a la infancia (LMGYAI) en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora (HGOIA)

Velásquez, Flavio: "Gobiernos Locales En Ciudades Intermedias De América Latina" Ediciones Sur, Santiago De Chile, 1991.

Ventosa J, Víctor. Desarrollo Y Evaluación De Proyectos Socioculturales. Editorial Ccs, Alcalá. Madrid, Abril 2002.

# ANEXOS



**7. Estado civil**

Soltera  Casada  Unión libre  Divorciada  Viuda

**8. Cuantos hijos/as tiene .....**

**9. De que etnia se considera usted?**

Indígena  Mestiza  Afro descendiente  Blanco

**10. Por qué tipo de atención acudió al Hospital?**

Control prenatal	<input type="checkbox"/>	Planificación familiar	<input type="checkbox"/>
Atención del parto	<input type="checkbox"/>	Atención del post - parto	<input type="checkbox"/>
Atención del/a recién nacido/a	<input type="checkbox"/>	Atención al menor de 5 años	<input type="checkbox"/>

**11. La atención brindada en el Hospital Asdrúbal de la Torre fue totalmente gratuita? Si  No**

Porqué.....

**12. Todos los exámenes de laboratorio y otros que necesito le realizaron en el Hospital Asdrúbal de la Torre? Si**

No

**13. Si su respuesta es NO, tuvo que pagar por ese examen? Si**

No

**14. Si le dieron receta médica todos los medicamentos recetados hubieron en el Hospital? Si  No**

**15. Si su respuesta es no tuvo que comprar? Si**

No

**16. Si usted necesito atención de especialidad (pediatría, ginecología, anestesiólogo o tecnólogo de laboratorio) recibió el servicio?**

Si  No  Por qué.....

**17. Usted recibe información adecuada sobre turnos, horarios médicos y visitas por aspectos que usted necesita?**

Si  No

En cual.....

**18. La capacidad y capacitación profesional del personal médico del Hospital Asdrúbal de la Torre?**

Excelente  Buena  Regular  Mala

**19. Para ser atendida en el hospital tuvo que esperar?**

Media hora  una hora  dos horas  más de dos horas

**20. Recibió atención con calidez (amabilidad y cariño) en todos los servicios del HAT? Si  No**

En cuál.....

**21. En la atención demandada recibió algún tipo de abuso por parte de los profesionales que laboran en el Hospital? Si**

No

Cuál.....

**CAPACITACION A REPRESENTANTES  
FACILITADORA LMGYAI**



**CAPACITACION A REPRESENTANTES  
FACILITADORA COORDINADORA**





**ENTREGA DE CERTIFICADOS**  
**CONCEJALA DEL GOBIERNO MUNICIPAL COTACACHI**



**POSESIÓN COMITÉ DE USUARIAS**  
**PMGYAI HOSPITAL ASDRUBAL DE LA TORRE COTACACHI**



**CLAUSURA**  
**PALABRAS DRA. PATRICIA ESPINOSA**  
**Concejala del Gobierno Municipal Cotacachi**



**CLAUSURA**  
**PALABRAS ABG. VICENTE MORENO**  
**Representante del Hospital Asdrúbal de la Torre**



## AUTORIZACION USO AUDITORIO DEL HADLT

Cotacachi 29 de septiembre del 2011

Dra. Audrey García

**DIRECTORA DEL AREA 3**

Presenta


Por medio de la presente me dirijo a Ud. muy comedidamente con el fin de solicitarle se autorice el uso del auditorio de esta casa de salud para llevar a cabo la Capacitación, organizada por el Ministerio de Salud Pública sobre la Ley de Maternidad Gratuita y Atención Infantil y conformar el comité de usuarias de dicha Ley, con los diferentes representantes invitados.

La fecha establecida para estos talleres se realizará los días 6 y 7 de octubre del presente año (adjunto horario).

FECHA	CRONOGRAMA
JUEVES 6	HORA DE INICIO 09:00 AM HORA DE SALIDA 17:00 PM
VIERNES 7	HORA DE INICIO 08:00 AM HORA DE SALIDA 17:00 PM

Por la atención a la presente y segura de ser atendida favorablemente, me despido

  
LIC. RUTH CIFUENTES  
COORDINADORA

MINISTERIO DE SALUD  
ISDRUBAL DE LA TORRE  
COTACACHI  
Fecha: 2011-09-29  
Hora: 3h:16  
Procedencia: Lic. Ruth Cifuentes  
Nº:  
Recibida por: 

## CERTIFICADO PARTICIPACION COMO COORDINADORA



Ministerio de Salud Pública  
Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y  
Atención a la Infancia - UELMGAI

### CERTIFICADO

Cotacachi, 7 de octubre de 2011

#### CERTIFICO:

Que la Sra. Ruth Herminia Cifuentes Muriel participó como Coordinadora para la Conformación del Comité de Usuarías/os evento que fue realizado en el auditorio del Área 3 Cotacachi Hospital "Asdrúbal de la Torre" los días 6 y 7 de octubre del presente año con una duración de 16 horas.

Atentamente

Dra. Mónica Cañas  
Coordinadora General de la UELMGAI



## AUTORIZACION REALIZAR ENCUESTAS



Área de salud N° 3 - Cotacachi  
Hospital Asdrubal De la Torre

Oficio 286-D  
Cotacachi 3 de Septiembre del 2009

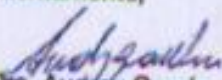
Licenciada  
Ruth Cifuentes  
**MAESTRANTE DE POSTGRADO**  
Presente

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo de parte del Área de Salud No. 3 Cotacachi.

En atención a su comunicación de fecha 1ro de Septiembre del 2009, me permito manifestar a Usted, que esta Dirección autoriza para que realice las encuestas solicitadas.

Atentamente,

  
Dra. Audrey García  
**DIRECTORA**



**PARTICIPANTES**

**TALLER LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCION A LA INFANCIA  
Y CONFORMACION DE COMITÉ DE USUARIAS/OS  
OCTUBRE 2011**

NOMBRE	CARGO	FIRMA
Mauricio Sarzosa	PRESIDENTA DEL BARRIO LA BANDA	
Carlos Andrango	PRESIDENTE DEL BARRIO SAN JOSE	
Juan Oña	PRESIDENTE DEL BARRIO RIO FRIO	
Tania Ubidia	REPRESENTANTE DEL BARRIO CENTRAL	
Camilo Haro	REPRESENTANTE DEL BARRIO DIABLO CALLE	
Xavier Veliz	PRESIDENTE DEL BARRIO CALIENTE	
Manuel Narváez	PRESIDENTE DEL BARRIO SAN FRANCISCO	
Rómulo Montenegro	PRESIDENTE DEL BARRIO EL COCO	
Luis Narváez	PRESIDENTE DEL BARRIO 24 DE MAYO	
Peter Ubidia	PRESIDENTE DEL BARRIO CACHIPUGRO	
Alfonso Flores	PRESIDENTE DEL BARRIO HUMEDO	
Catherine Andrade	PRESIDENTA DEL EL EJIDO	
Emma Saavedra	PRESIDENTA DEL BARRIO PLAZUELA M.	
Marisol Galarza	PRESIDENTA DEL BARRIO ORIENTAL FASE II	
Bolívar Alencastro	PRESIDENTE DEL BARRIO ORIENTAL FASE I	
Ernesto Guerra	PRESIDENTE DEL BARRIO LA VICTORIA	
Alirio Almeida	PRESIDENTE DEL BARRIO "PRADERA SIERRA"	
Wilson Paspuezán	PRE DEL PRE-COMITÉ BARRIAL LOS MOLINOS	
Carlos Andramunio	PRESIDENT DE LA FEDERACION DE BARRIOS	
Tosan Tufiño	COORDINADORA MUJERES URBANAS	
<del>Resana</del> Luz Andrade	PRESIDENTA DEL COMITES C. UNORCAC	
Maria Sarzosa	REPRESENTANTE MUJERES URBANAS	
Beatriz Haro	REPRESENTANTE MUJERES URBANAS	
Isabel Haro	REPRESENTANTE MUJERES URBANAS	
Nola Sarzosa	REPRESENTANTE MUJERES URBANAS	
Flor Maria Vaca	REPRESENTANTE MUJERES URBANAS	
Rosa Sarzosa	REPRESENTANTE MUJERES URBANAS	
Magdalena Furez	REPRESENTANTE MUJERES UNORCAC	
Luz M. Lanchimba	REPRESENTANTE MUJERES UNORCAC	
Ines Bonilla	REPRESENTANTE MUJERES UNORCAC	
Cristina Chávez	REPRESENTANTE MUJERES UNORCAC	

**ACTA DE CONFORMACION**

### COMITE DE USUARIAS/OS DE LA LMGYAI

En la ciudad de Cotacachi a los 7 días del 2011, quienes suscribimos esta presente acta, somos mujeres representantes de las sociedad civil que hemos sido informadas y capacitadas en LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCION A LA INFANCIA, por lo que hemos tomado la decisión de conformar el comité de usuarias/os de la Ley, y nos comprometemos en realizar la vigilancia y hacer ejercer nuestros derechos y el derecho de la ciudadanía especialmente de las mujeres niños y niñas de esta comunidad, con especial atención el derecho de la salud.

  
Isabel Chávez

COORDINADORA MUJERES URBANAS

  
Rosita Sarzosa

COORDINADORA MUJERES URBANAS

  
Magdalena Fuentes

REPRESENTANTE MUJERES UNORCAC

  
Inés Bonilla

REPRESENTANTE MUJERES UNORCAC

  
Cristina Chávez

  
Luz Lanchimba

REPRESENTANTE MUJERES UNORCAC

REPRESENTANTE MUJERES UNORCAC

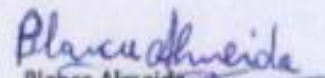
  
Marlene Morocho

  
Concepción Tambaco

REPRESENTANTE MUJERES UNORCAC

REPRESENTANTE MUJERES UNORCAC


  
Herminia Muziel

  
Blanca Almeida

REPRESENTANTE B. PLAZUELA MARTINEZ

REPRESENTANTE B. PLAZUELA MARTINEZ

Queda conformada la directiva del Comité de Usuarias/os de esta manera:

  
Rosa Sarzosa

PRESIDENTA

  
Magdalena Fuentes

SECRETARIA

## CERTIFICADO CONFORMACION Y ESTADO ACTUAL COMITE



Ministerio de Salud Pública  
Área de Salud No. 3 - Cotacachi  
Hospital Asdrubal de la Torre

**DRA. AUDREY GARCIA - DIRECTORA HOSPITAL ASDRÚBAL DE LA TORRE**

### CERTIFICA:

El Área de Salud No 3 con el apoyo de la Lic. Ruth Cifuentes alumna de la Maestría de Gerencia en Servicios de Salud de la Universidad Técnica del Norte, conforma el Club de Usuarios de Maternidad Gratuita del Ministerio de Salud Pública y en presencia de la Lic. Ana Gavilanes Directora (e) del Área 3, por situaciones de coordinación entre la organización y esta Institución el Club de Usuarios no ha sido operativo en este año, pero cuenta con la jurisprudencia para el trabajo encomendado.

Es todo en cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Cotacachi, 12 de diciembre 2012.

Atentamente,

  
Dra. Audrey García  
DIRECTORA ÁREA No3 COTACACHI

