

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
FLACSO – SEDE ECUADOR

ESPECIALIZACIÓN EN DESARROLLO LOCAL Y TERRITORIO
2008-2009

MERI COLUMBA LARREA GÓMEZ

TESINA TITULADA

ANÁLISIS DEL PROCESO DE APLICACIÓN DE LA LEY DE MATERNIDAD
GRATUITA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA EN LOS GOBIERNOS LOCALES DE
LOS CANTONES SUCÚA Y LOGROÑO Y EN EL ÁREA DE SALUD NO. 6 DE
LA PROVINCIA DE MORONA SANTIAGO EN EL PERIODO 1999 – 2009

QUITO, AGOSTO 2011

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
FLACSO – SEDE ECUADOR

ESPECIALIZACIÓN EN DESARROLLO LOCAL Y TERRITORIO

2008-2009

MERI COLUMBA LARREA GÓMEZ

TESINA TITULADA

ANÁLISIS DEL PROCESO DE APLICACIÓN DE LA LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA EN LOS GOBIERNOS LOCALES DE LOS CANTONES SUCÚA Y LOGROÑO Y EN EL ÁREA DE SALUD NO. 6 DE LA PROVINCIA DE MORONA SANTIAGO EN EL PERIODO 1999 – 2009

ASESOR: DR. PABLO ORTIZ

LECTORA: DRA. NILHDA VILLACRÉS

QUITO, AGOSTO 2011

ÍNDICE GENERAL

MARCO TEORICO		7
CAPITULO I		
1.1	Características del Área	13
1.2	Información Demográfica	14
1.3	Condiciones Ambientales y Servicios públicos	15
1.4	Servicios Públicos	15
1.5	Aspectos Económicos	16
1.6	Area de Salud No. 6 Sucúa	17
1.7	Perfil Epidemiológico	18
1.7.1	Morbilidad y mortalidad del Área de Salud No. 6 Sucúa	18
1.8	Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia	21
1.8.1	Beneficiarios	24
	CAPITULO II	
	La aplicación de la Ley y su posible repercusión en la salud de las mujeres y los niños y niñas	27
2.1	Aálisis de coberturas obtenidas en las atenciones de Maternidad Gratuita y Atención en la Infancia en el periodo 1999-2002	27
2.1.1	Mortalidad Materna	28
2.1.2	Mortalidad Infantil	29
2.2	Análisis de coberturas de atenciones de Maternidad Gratuita y Atenciones a la Infancia en el Área de Salud No. 6 Sucúa	30
2.2.1	Atención Materna	30
2.2.1.1	Coberturas de Atención Prenatal	30
2.2.1.2	Partos	33
2.2.1.3	Control Post Parto	34
2.2.2	Control de la fecundidad	35
2.2.3	Control de cáncer cérvico uterino	36
2.2.4	Asistencia de parto por cesárea	37
2.2.5	Atención Infantil	38
2.2.6	Atenciones Odontológicas	39
2.2.7	Aeipi	41
	CAPITULO III.	
3.1	Fuentes de Financiamiento	42
3.2	Conformación del comité de fondos Solidarios Locales en el cantón Sucúa	44
3.3	Conformación del comité de fondos Solidarios Locales en el cantón Logroño	46
	CONCLUSIONES	47
	RECOMENDACIONES	51
	BIBLIOGRAFÍA	53
	ANEXOS	

SINTESIS

Al constituirse la salud como un eje fundamental para el desarrollo, ésta debe ser atendida oportunamente y permitir de esta manera que una sociedad sana esté en capacidad de afrontar sus debilidades y presentar propuestas para lograr el desarrollo.

El presente estudio analiza la Ley de la Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia en el cantón Sucúa y pretende evaluar el grado de modificación en la atención materno infantil a partir de la aplicación de esta ley y cómo se la está aplicando en el Área de salud No. 6 Sucúa de la provincia de Morona Santiago, es por tanto objeto de análisis los cambios en comportamientos, conductas y ejecución de la ley versus los cambios ocurridos tanto en el ámbito de salud como el involucramiento de los gobiernos locales ya que salud no solamente la brindan los funcionarios de salud sino que están implicadas todas las instituciones, principalmente los gobiernos seccionales.

Básicamente se utilizó el método analítico con investigación bibliográfica, presentación de datos estadísticos e indicadores.

Se inicia con una descripción de la situación geográfica, demográfica, política, económica y del perfil epidemiológico del Área de salud No. 6, la misma que nos permite ubicarnos en el área en estudio.

A continuación se hace un análisis de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia con la finalidad de abordar las funciones que exige la normativa de esta ley y que deben cumplirse a nivel nacional.

El segundo capítulo está enfocado a analizar el nivel de aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia en los gobiernos seccionales y cómo estos han avanzado en la aplicación de esta ley, por lo que comprende el grado de cumplimiento, es decir, las acciones que se han realizado durante el periodo de análisis de este caso.

De igual manera, el tercer capítulo está encaminado al análisis de la modificación en la atención materno infantil en el Área 6 Sucúa Morona Santiago a partir de la aplicación de la ley de Ley de Maternidad Saludable y Atención a la infancia.

Para terminar, se presentan las conclusiones a las que se ha llegado en el presente estudio de caso y las recomendaciones presentadas.

MARCO TEORICO

El desarrollo de una sociedad está encaminado a mejorar las condiciones de vida y procurar el bienestar, seguridad y satisfacción de las necesidades de los habitantes a través de una interacción exitosa con el medio ambiente, logrando crear bases de sostenibilidad para las generaciones futuras.

Los seres humanos son el eje central del desarrollo, y su participación en las actividades productivas, el acceso a servicios de salud, de educación, a la vivienda, al transporte, infraestructura sanitaria, un medio ambiente adecuado, seguridad personal, etc, será por definición la búsqueda de desarrollo. La salud es un eje pero el pilar fundamental de desarrollo, las acciones de los gobiernos deben estar encaminadas hacia cubrir este aspecto.

Una sociedad bien atendida en salud y que cuente con servicios de salubridad estará en capacidad de lograr un avance en las condiciones económicas, sociales, culturales y ambientales y permitir que se crean las condiciones para un desarrollo.

Considerando, entonces, que la salud es un eje fundamental en el desarrollo de la población, el estado Ecuatoriano a través de la historia ha emprendido múltiples acciones para enfrentar los problemas de salud y nutrición de la población ecuatoriana.

La Constitución Política de la República del Ecuador de 1998 en el artículo 42 garantizaba:

El derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia. (Constitución Política de la República del Ecuador et al.,1998)

La nueva constitución del Ecuador del año 2008 garantiza en los artículos: **Art. 32.-** La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura

física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. Y el art. 358:

El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional, y en el art.14: “Se reconoce el derecho de la población a vivir en un ambiente sano y ecológicamente equilibrado, que garantice la sostenibilidad y el buen vivir, *sumak kawsay*. Constitución Política de la República del Ecuador et al.,1998

Atender a la salud es invertir en el capital humano del país, pues se mejoran las condiciones de los habitantes actuales y del futuro. Según el Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador “La salud de los habitantes de una nación constituye el factor sustantivo en la culminación de su desarrollo armónico y permanente. Los pueblos sanos son pueblos libres y productivos. Los recursos destinados a salud no constituyen gasto sino inversión social de alta rentabilidad económica” (MSP, 2002)

En la actualidad se han diseñado políticas prácticas partiendo de los problemas y necesidades de salud en búsqueda del bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida. Según el artículo 47 de la Constitución Política de la República del Ecuador de 1998 , De los Grupos Vulnerables:

En el ámbito público y privado recibirán atención prioritaria preferente y especializada los niños y adolescentes, las mujeres embarazadas, las personas con discapacidad, los que adolecen de enfermedades catastróficas de alta complejidad y las de la tercera edad. Del mismo modo se atenderá a las personas en situación de riesgo y víctimas de violencia doméstica, maltrato infantil, desastres naturales o

antropogénicos. (Constitución Política de la República del Ecuador et al.,1998)

La actual constitución desagrega este conceptos en:

Art. 35: Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad. (Constitución Política de la República del Ecuador et al.,2008)

La Ley de la Maternidad Gratuita y Atención de la Infancia, (Anexo No. 1) nace como política de Estado en atención a los grandes problemas sociales que han sucedido a través de la historia en el campo de la salud, en el Ecuador y como consecuencia del las presiones internas, de movilización social, de gremios entre ellos los de las de mujeres como el CONAMU (Consejo Nacional de las Mujeres) que lograron que se reivindicuen los derechos de la mujer y del niño, entre estos derechos los sexuales y reproductivos.

Esta ley en primer lugar trata de enfrentar la mortalidad materna e infantil, mortalidad que se debía, según análisis previo del gobierno, a causas que podrían evitarse si se brindaba atención preventiva a este grupo focal.

La muerte materna es “el fallecimiento de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de este independientemente de la duración y sitio del embarazo, debido a cualquier caso relacionado o agravada por el embarazo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales, (MSP y Conasa, 2008: 15)

La muerte de una madre es una tragedia para los hogares y acarrea grandes consecuencias, tanto para el niño recién nacido, como para los otros hijos en caso de haberlos ya que no cuentan con la madre para la protección diaria, para la atención en el periodo escolar y también significa la disminución de los ingresos familiares.

También el Ministerio de Salud dentro de la política de salud y derechos sexuales y reproductivos ha determinado que:

Deben enfrentarse como acciones de salud pública prioritarias en los servicios de salud por lo que las capacidades institucionales públicas y privadas actuarán coordinadamente y potencializando sus recursos por lo que acogen las recomendaciones de la 57 Asamblea Mundial: 1. Mejorar las coberturas y calidad de la atención prenatal, parto, posparto, perinatal y neonatal. 2. Ofrecer servicios de planificación familiar de alta calidad, incluidos servicios de atención a personas con problemas de infertilidad. 3. Eliminar los abortos peligrosos, 4. Combatir las infecciones de transmisión sexual en particular de VIH, las infecciones del aparato reproductor, eliminar la violencia de género, el cáncer de cuello uterino y otras infecciones ginecológicas y 5. Promover la salud sexual. (MSP y CONASA, 2008: 26)

La mortalidad infantil también se puede evitar ya que gran parte de ellas es por causas prevenibles por lo que el ministerio de salud emprende actividades que comprende acciones que contempla la ley de maternidad gratuita. Para cumplir este mandato de la ley se establece las siguientes estrategias:

- Aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia en todo el territorio nacional.
 - Ampliar la promoción y difusión de la Ley de Maternidad Gratuita y atención a la infancia en todos los niveles.
 - Difusión a la sociedad civil, desde lo local hacia lo municipal y provincial de los contenidos de la Ley y su aplicación.
 - Crear mecanismos para que los grupos que menos acceso tienen a los servicios puedan beneficiarse de las bondades de la ley.
 - Rediseñar el flujo de fondos de la ley para que lleguen oportunamente a las unidades operativas.
 - Establecer mecanismos de seguimiento y evaluación de la Ley.
 - Actualizar los montos de reembolso de las prestaciones de la Ley.
- Garantizar el acceso universal, integral, intersectorial y efectivo a la atención de las necesidades de salud reproductiva en todo el ciclo vital, con alta calidad y calidez, humana, con oportunidad, continuidad, interculturalidad y con proyección comunitaria orientada a las personas y parejas y al ambiente, adecuado a la realidad local. (MSP y CONASA, 2008: 33)

En el presente trabajo se toma en referencia la realidad del Área de Salud No. 6–Sucúa y nos centramos en el estudio del caso de la aplicación de Maternidad Gratuita en estas unidades operativas del Ministerio de Salud y en los Municipios de los Cantones de Sucúa y Logroño.

En primer lugar, es necesario destacar, que esta ley permite la participación directa de la sociedad civil y hasta cierto punto es un inicio para la implementación de la descentralización en Salud, situación que hasta la actualidad no se concreta debido a que no existe un avance de descentralización para este sector de salud.

Antes de que se emita esta ley, la coordinación interinstitucional directa no se presentaba. La ilustre municipalidad se limitaba a realizar obras de infraestructura de acuerdo a las demandas de las casas de salud y a la coyuntura política existente. Además, los sectores de salud a su vez se limitaban estrictamente a las atenciones de salud, mientras que actualmente la salud es integral no solamente en el sentido de brindar este servicio sino de mantener coordinación con otras instituciones, ya que propender a un pueblo sano es también ofrecer una población con capacidad de trabajo que procuraría el desarrollo de la sociedad.

Con la aprobación de esta ley y su respectiva aplicación, surgen los interrogantes: ¿Cuál ha sido el proceso de aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia en los gobiernos locales de los Cantones Sucúa y Logroño? ¿Cuáles han sido los resultados en el Área de Salud No. 6 de la Provincia de Morona Santiago? ¿Está esta ley propendiendo a que se incremente la demanda de los servicios que la misma ofrece?

Dentro de este marco se han planteado los siguientes objetivos:

OBJETIVO CENTRAL

Analizar el proceso de aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia en los gobiernos locales de los Cantones Sucúa y Logroño y en el Área de Salud No. 6 de la Provincia de Morona Santiago en el periodo 1999 – 2009.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analizar el nivel de aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia en los gobiernos locales de los cantones Sucúa y Logroño.

2. Determinar el nivel de modificación en la atención materno infantil en el Área 6 Sucúa Morona Santiago a partir de la aplicación de la ley de Ley de Maternidad Saludable y Atención a la Infancia.

Se plantea entonces, realizar un análisis de la ejecución de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia especificando el nivel de aplicación de la misma en los gobiernos locales de los cantones Sucúa y Logroño y de la modificación en la atención materno infantil en el Área 6 Sucúa Morona Santiago.

Se espera que en este estudio de caso se despejen los interrogantes y a partir de ello, permitir que se presenten recomendaciones.

CAPITULO I

En este capítulo se presenta la zona de estudio, determinando su realidad socio económica, encaminando al tema de estudio en donde determinamos los perfiles epidemiológicos y nos enfocamos a la ley de maternidad gratuita y atención de la infancia.

1.1 Características del Área

El Área de Salud No. 6 Sucúa es una de las 7 Áreas de Salud de la Provincia de Morona Santiago dentro del proceso de regionalización y desconcentración del Estado Ecuatoriano. Se encuentra localizada en el Centro de la provincia de Morona Santiago. Está integrada por dos cantones: Sucúa y Logroño. Hasta el 22 de enero de 1997 Logroño era una de las parroquias del cantón Sucúa pero a partir de esa fecha pasa a formar parte de los 12 cantones que conforman la provincia de Morona Santiago.

Está limitada al Norte por el Cantón Morona, al Sur el Cantón Santiago, al Este los cantones Morona y Tiwintza y al Oeste el Cantón Santiago y la provincia de Cañar.

Su extensión está descrita en la siguiente tabla:

Tabla No. 1

SUPERFICIE					
CANTON SUCUA			CANTON LOGROÑO		
PARROQUIA	EXTENSIÓN		PARROQUIA	EXTENSION	
Sucúa:	752,63	Km2	Logroño	36,30	Km2
Asunción:	274,69	Km2	Yaupi	795,11	Km2
Huambi:	187,36	Km2	Shimpis	257,56	Km2
Santa Marianita de Jesús	64,54	Km2			
TOTAL	1.279,22	Km2	TOTAL	1089,17	Km2

Fuente: Municipios de los cantones Sucúa y Logroño. Departamentos de Obras Públicas

Elaboración: Autor

1.2 Información Demográfica

A continuación una descripción de la población del Área de Salud, dividido en Cantones: Tabla No. 2

Tabla No. 2

	CANTON SUCUA				CANTON LOGROÑO		
	MUJERES	HOMBRES	TOTAL		MUJERES	HOMBRES	TOTAL
<i>Sucúa</i>	5.200	4.811	10.011	<i>Logroño</i>	880	886	1.766
<i>Asunción</i>	602	565	1.167	<i>Yaupi</i>	785	744	1.529
<i>Huambi</i>	1.254	1.292	2.546	<i>Shimpis</i>	649	677	1.326
<i>Santa Marianita de Jesús</i>	350	338	688				
TOTAL CANTON	7.406	7.006	14.412	TOTAL CANTON	2.314	2.307	4.621

Fuente: SIISE. Versión 3.5

Elaboración: Autor

En el Área de Salud coexisten dos grupos humanos, los Shuar que básicamente están asentados en los sectores rurales y los Mestizos (“colonos”) que ocupan principalmente los sectores urbanos.

A continuación se presenta una tabla con la descripción de esta población.

Tabla No. 3

CANTON	POBLACIÓN		ESTIMACION POBLACION INDIGENA DE POBLACION RURAL
	URBANA	RURAL	
SUCUA	6310	8102	30,60%
LOGROÑO	1017	3604	51,40%

Fuente: SIISE. Versión 3.5

Elaboración: Autor

1.3 Condiciones Ambientales y Servicios Públicos.

Los cantones Sucúa y Logroño tienen muy ligeras diferencias, por ejemplo, Sucúa se encuentra entre los 560 – 4290 m.s.n.m, en tanto que Logroño está a 459 m.s.n.m (Gobiernos Municipales de Sucúa y Logroño, Departamentos de Planificación), con un clima cálido subtropical con variaciones de temperatura entre los 18 y 28° C.

1.4 Servicios Públicos

Las viviendas de los dos cantones disponen de los siguientes servicios públicos:

Tabla No. 4

TIPO DE SERVICIOS	SUCUA	LOGROÑO
<u>ABASTECIMIENTO DE AGUA</u>	100	100
RED PUBLICA	73.1	36.3
POZO	7.8	9.5
RIO O VERTIENTE	17.6	46.4
OTROS	1.5	7.9
<u>ELIMINACION DE AGUAS SERVIDAS</u>	100	100
RED PUB. DE ALCANTARILLADO	47.2	14.4
POZO CIEGO	18.6	10.5
POZO SÉPTICO	7.7	23.0
OTRA FORMA	26.5	52.2
<u>SERVICIO ELECTRICO</u>	100	100
SI DISPONE	77.4	40,1
NO DISPONE	22.6	59.9
<u>SERVICIO TELEFONICO</u>	100	100
SI DISPONE	30.1	11.0
NO DISPONE	69.9	89.0
<u>PRINCIPAL COMBUSTIBLE PARA COCINAR</u>	100	100
GAS	76.8	40.5
ELECTRICIDAD	0.3	0.1
GASOLINA	0.1	0.1
KÉREX O DIESEL	0.4	0.5
LEÑA O CARBON	20.5	57.4
OTRO	0.7	0.3
NO COCINA	1.3	1.0

Fuente: INEC. VI Censo de Población y V de Vivienda. 2001

Elaboración: Autor

Este cuadro podemos observar la realidad actual de los pobladores de los dos cantones en estudio.

El abastecimiento de agua mediante red pública es más elevado en Sucúa mientras que en Logroño la población se abastece de los ríos o vertientes de agua; igual situación sucede en la eliminación de aguas servidas: casi la mitad de la población del cantón Sucúa dispone de este servicio mientras que la de Logroño dispone de pozos ciegos y de otras formas.

En cuanto al servicio eléctrico, en Sucúa, tres de cada cuatro viviendas dispone de luz eléctrica mientras que en Logroño apenas casi dos de cada cuatro viviendas disponen de este servicio.

En lo referente al combustible para cocinar un mayor número de viviendas recurre al uso del gas doméstico pero también un alto porcentaje está utilizando la leña y el carbón.

El servicio telefónico está disponible para las zonas urbanas (Sucúa y Logroño) y las parroquias de Huambi y Santa Marianita de Jesús.

Hay sectores rurales de Logroño que no tienen vías de acceso, estando ubicadas al Este de la Cordillera del *Kutukú* (“*Transkutukú*”)¹, al cual se accede solamente por vía aérea.

1.5 Aspectos Económicos

Estos aspectos reflejan la vulnerabilidad a la cual se ven expuestas frente a diversos problemas especialmente a los de salud. En la siguiente tabla se puede observar:

Tabla No. 5

INDICADOR	SUCUA	LOGROÑO
POBREZA POR Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)	67,30%	87,10%
POBREZA EXTREMA POR NBI	35,40%	62,4%
PERSONAS QUE HABITAN EN VIVIENDAS CON SERVICIOS INADECUADOS	55,40%	82,30%
PERSONAS EN HOGARES CON HACINAMIENTO CRITICO	36,40%	55,50%
TASA DE PARTICIPACIÓN LABORAL	52,40%	45,80%
ANALFABETISMO	8,50%	8,70%

Fuente: SIISE. Versión 3.5

Elaboración: Autor

¹ En este sector está ubicada la Parroquia Yaupi, que está poblada en su gran mayoría (si no en su totalidad) por pobladores Shuar, con su cultura e idioma propios)

Los cantones a los cuales se refiere nuestro análisis, tiene niveles de pobreza muy elevados especialmente el cantón Logroño, en la zona Transkutukú en donde la población es muy dispersa y la oferta de salud es escasa. En nuestro caso, existen dos puestos de salud (Yaap' y Kaan Chico) con exiguo equipamiento y un subcentro de salud (Yaupi) que no tiene profesionales de la Salud, por cuanto el lugar, debido a los grandes problemas económicos, étnicos y el acceso que es aéreo, no se convierte en un lugar atractivo para trabajar.

El alto nivel de pobreza existente influye directamente en las condiciones de salud de la población y más aún si consideramos el indicador de extrema pobreza por necesidades básicas insatisfechas de las parroquias Yaupi (Logroño) y Asunción (Sucúa) que es de 90,1% y 75,7% respectivamente, según el Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador, valores que sugieren la necesidad una rápida intervención por parte del estado.

1.6 Área de Salud No. 6 Sucúa

Esta área de salud está conformada por once unidades operativas:

Tabla No. 6

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	TIPO	FECHA DE CREACION	DOTACION NORMAL DE CAMAS	UBICACIÓN		
				CANTON	PARROQUIA	LOCALIDAD
HOSPITALPIÑO XII (JEFATURA DE AREA)	Centro de Salud Hospital	Enero - 1956	24(1985), 20(1986)	Sucúa	Sucúa	Sucúa
FEDERACIÓN SHUAR	Centro de Salud	Octubre - 1975		Sucúa	Sucúa	Sucúa
INNFA Sucúa	Subcentro de Salud	Junio - 1988		Sucúa	Sucúa	Sucúa
HUAMBI	Subcentro de Salud	Septiembre - 1981		Sucúa	Huambi	Huambi
LOGROÑO	Subcentro de Salud	Agosto - 1980		Logroño	Logroño	Logroño
YAUPI	Subcentro de Salud	Enero - 1990 SCS		Logroño	Yaupi	Yaupi
YUKUTAI	Puesto de Salud	Junio - 1987		Sucúa	Huambi	Yukuteis
KUMPAS	Puesto de Salud	Septiembre - 1992		Sucúa	Huambi	Kumpas
SHIMPIS	Puesto de Salud	Septiembre - 1975		Logroño	Logroño	Shimpis
YAAPI	Puesto de Salud	Marzo - 1978		Logroño	Yaupi	Yaapi
KAANCHICO	Puesto de Salud	Febrero - 1994		Logroño	Yaupi	Kaan Chico

Fuente: Dirección Provincial de Salud de Morona Santiago. Departamento de Estadística

Elaboración: Autor

Para, teóricamente lograr una cobertura universal, cada unidad operativa tiene su área de influencia, (Anexo No. 2) es decir, localidades a las cuales debe cubrir con los servicios de salud que ofrece el Ministerio de Salud Pública.

1.7 Perfil Epidemiológico.

1.7.1 Morbilidad Y Mortalidad del Área de Salud No. 6

Se revisa *la morbilidad* del área en estudio, entendiendo que se refiere a la demanda espontánea de la consulta externa en las once unidades operativas (Tabla No. 7) y a los egresos hospitalarios durante el año 2009, (Tabla No. 8).

Las principales causas de atención por morbilidad son las enfermedades pulmonares y del sistema digestivo.

Tabla No. 7
ÁREA DE SALUD No. 6
PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD, ATENCION
AMBULATORIA
AÑO 2009

No. Orden	MORBILIDAD, CÓDIGO	NÚMERO	PORCENTAJE
1	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	1894	24,9
2	PARASITOSIS	620	8,1
3	DIARREA DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	437	5,7
4	INFECCION DE VIAS URINARIAS EN SITIO NO ESPECIFICADO	383	5,0
5	VAGINOSIS	348	4,6
6	AMENORREA	173	2,3
7	TRAUMA	156	2,0
8	INFECCION DE VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO	145	1,9
9	LUMBALGIA	138	1,8
10	ANEMIA	128	1,7
	LAS DEMAS	3193	41,9
T O T A L		7615	100

Fuente: Área de Salud No. 6. Departamento de Estadística

Elaboración: Autor

Durante el año 2009 la morbilidad por egreso hospitalario mantiene las mismas patologías que se atienden en consulta externa aunque aparecen también las endémicas de la zona como son las mordeduras de serpiente.

Tabla No. 8
AREA DE SALUD No. 6
PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESO HOSPITALARIO
AÑO 2009

No. Orden	MORBILIDAD, CÓDIGO	NÚMERO	PORCENTAJE
1	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	296	3,9
2	DIARREA DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	217	2,8
3	TRAUMA	117	1,5
4	INFECCION DE VIAS URINARIAS DE SITIO NO ESPECIFICADO N39.0	59	0,8
5	SEPSIS NO ESPECIFICADA P36.9	41	0,5
6	SEPSIS NEONATAL NO ESPECIFICADA P36.9	38	0,5
7	AMENAZA DE PARTO PREMATURO O47.0	37	0,5
8	VENENO DE SERPIENTE T 63.0	33	0,4
9	COLELITIASIS AGUDA K80	30	0,4
10	PANCREATITIS AGUDA K85	26	0,3
	LAS DEMAS	1372	18,0
T O T A L		2266	100

Fuente: Área de Salud No. 6. Departamento de Estadística

Elaboración: Autor

La mortalidad de los cantones Sucúa y Logroño corresponden al año 2000 por cuanto son datos más exactos ya que están incluidos todos los casos reportados al Registro Civil.

Se puede observar, Tabla No. 9, que las causas de mortalidad son las del tracto gastro intestinal de origen infeccioso, desnutrición que se corresponden a las condiciones de pobreza presentadas anteriormente.

Tabla No. 9

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD
AÑO 2000

CANTON	NOMBRE- CAUSA	MUERTES	PORCENTAJE
Logroño	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	1	7,1
	Septicemia	1	7,1
	Desnutrición	1	7,1
	Enfermedades isquémicas del corazón	1	7,1
	Todas las demás causas externas	1	7,1
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	9	64,3
	TOTAL	14	100,0
Sucúa	Enfermedades del hígado	4	9,1
	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	3	6,8
	Tumor maligno del estómago	3	6,8
	Anemias	2	4,5
	Enfermedades isquémicas del corazón	2	4,5
	Tuberculosis respiratoria	1	2,3
	Tumor maligno de otras partes y de las no especificadas del útero	1	2,3
	Diabetes mellitus	1	2,3
	Meningitis	1	2,3
	Enfermedades cerebro-vasculares	1	2,3
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	10	22,7
	Resto de muertes (total de causas excepto diez principales)	15	34,1
	TOTAL	44	100

Fuente: SIISE. Versión 3.5

Elaboración: Autor

1.8 Ley De Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia

Origen, Evolución y Aplicación

En los años 90 nos encontrábamos inmersos en un proceso político con enfoque neoliberal y la salud no quedó fuera de este marco. Se inicia entonces una reforma en donde las decisiones estaban dictadas por organismos internacionales que exigían cumplimiento de condiciones para continuar con el apoyo (endeudamiento externo) internacional.

Ante tal situación, nuestro país está sujeto a las continuas “propuestas” extendidas (exigidas?) por organismos internacionales que pretenden solucionar las necesidades de los grupos más vulnerables.

La recomendación externa, dada por el Fondo Monetario Internacional en el Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993, sugiere reformular las Políticas de Salud mejorando el gasto público, promoviendo la diversidad y competencia, con el objetivo de reducir la *mala asignación* de los fondos fiscales, *inequidad* entre pobres y ricos en la distribución del gasto y servicios, la *ineficiencia* en la utilización de recursos económicos, humanos e insumos, los *gastos* de salud que se incrementan en mayor proporción que los niveles de ingreso y que no cubren la atención hacia los grupos más vulnerables.

Dentro de las sugerencias proponen un conjunto básico de servicios de salud, la reorientación de gastos públicos, el control de costos y la promoción de la competencia y las reformas amplias de las políticas sanitarias y sistemas de salud, recomendando la focalización de servicios clínicos esenciales a los grupos más vulnerables.

Además los gobiernos deben promover la diversidad y competencia con una mayor participación del sector privado en la prestación de los servicios para aquellos grupos sociales que están en capacidad de pagar, y también reducir o eliminar los fondos fiscales destinados para los servicios que no son esenciales con lo que sería posible aumentar la eficiencia y la equidad y ante todo los flujos de los recursos para salud pública, no deberían ser únicamente del Estado sino que éste, debe promover la

intervención de organismos no gubernamentales. (Para poder utilizar estos fondos en la mejora de los grupos de interés, privados). En este marco de salud pública surge la Ley de Maternidad Gratuita, pero no como condición externa sino como producto de la lucha del movimiento de mujeres en donde se exigía el cumplimiento de los derechos de género.

“La Ley Reformativa, fue concebida también como un instrumento de la Reforma de Salud que plantea un **nuevo modelo de atención** que básicamente tiene las siguientes características:

1. Es un instrumento legal convertido en una política de Estado, para la reducción de la muerte femenina e infantil, que posibilita el ejercicio de los derechos de salud sexual y reproductiva y los derechos del niño, consagrados en la Nueva Constitución y en los acuerdos internacionales que ha suscrito el país.
2. Provee un financiamiento que permite brindar atenciones básicas de salud sin costo a las mujeres, niñas y niños del Ecuador, como parte de un sistema social de protección básica y de redistribución de la riqueza.
3. Inicia el proceso de separación de funciones recomendada por los organismos internacionales como la Organización panamericana de la salud (OPS)/Organización mundial de la salud (OMS), Banco Mundial, etc. respecto a la necesaria división de funciones entre rectoría, financiamiento y provisión de servicios del sector salud.
4. Ofrece un mecanismo de participación regulada de otros proveedores de servicios de salud para la atención de las mujeres, niñas y niños, para aumentar el acceso y la cobertura.
5. Obliga a una interacción con los gobiernos locales para un manejo integral de la salud entre servicios de atención médica, complementados con actividades de promoción, prevención y traslado de emergencias obstétricas y pediátricas facilitados por los municipios.
6. Contribuye para que se desarrolle el proceso de descentralización en el país.
7. Promueve la participación ciudadana desde una perspectiva de control social pero también aumentando la corresponsabilidad ciudadana en el cuidado de la salud.
8. Se enfoca hacia la satisfacción de usuarias y usuarios con el mejoramiento de la calidad, pago por producción de servicios y estímulos.

9. Trabajo interinstitucional de apoyo, retroalimentación y control cruzado de información a través de la formación del Comité de Apoyo y Seguimiento a la aplicación de la Ley, con la participación del Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de las Mujeres, el Consejo Nacional de Salud, Instituto Nacional del Niño y la Familia. (MSP, Programa de Atención Gratuita y atención a la Infancia 2002)

Aprobación. La Ley de Maternidad Gratuita y Cuidado a la Infancia, fue legislada y aprobada por el Congreso Nacional; y publicada en el registro oficial 523 del 9 de septiembre de 1994.

Reformas:

Registro Oficial No. 667 del 3 de abril de 1995

Registro Oficial No. 98 del 30 de Diciembre de 1996

Registro Oficial No. 120 del 31 de julio de 1997

Registro Oficial No. 381 del 10 de Agosto de 1998

Ley Trole II del 18 de Agosto del 2000 se orienta a integrar y fortalecer las acciones de salud a favor de los grupos más vulnerables de la población: madres, niñas, niños menores de 5 años.

Finalmente, 5 de Junio del 2002 se expide el reglamento mediante decreto ejecutivo No. 2704 y se establece la conformación de los Comités de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud y el 19 de Julio del mismo año se suscriben los convenios con los gobiernos locales asegurando de esta manera mayor acceso, gratuidad y obligatoriedad para los servicios de salud tanto para la atención materna, como para las niñas y niños menores de cinco años, además de cubrir las atenciones médicas en los casos de violencia física intra familiar y maltrato infantil.

Actualmente esta ley se ha fortalecido con el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, expedida por el Ministerio de Salud Pública en Septiembre del 2008.

Este plan busca cumplir con los derechos sexuales y reproductivos y “establece como mandatos reducir la muerte materna en un 30%, la muerte infantil en un 25%, la muerte

neonatal precoz en un 35%, así como el embarazo en adolescentes en un 25%” (MSP, CONASA. Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal. Septiembre 2008)

Este procedimiento establece mayor protección de derechos de la mujer y del niño, y por ende a su familia por cuanto permite que se tenga una vida digna y justa.

1.8.1 Beneficiarios.

Esta ley se dirige a apoyar a la mujer durante el período de embarazo, parto y posparto, también en los programas de salud sexual y reproductiva y atención en violencia intrafamiliar. Además cubre la atención de las niñas y los niños menores de 5 años pero solamente las patologías contempladas en la Estrategia AIEPI (Atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia).

“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 - niñas menores de cinco años de edad son gratuitos”.

(PROGRAMA DE MATERNIDAD GRATUITA. LEY DE MATERNIDAD GRATUITA. Art. 2. Base Legal)

En detalle, los beneficios que aporta esta ley para las embarazadas y niñas y niños son los siguientes:

1. Embarazo, parto y posparto

- Control prenatal: Primer Control Prenatal, Subsecuentes Prenatal, Exámenes de rutina en embarazadas según norma, ecografías en embarazadas (2 según norma), Exámenes VIH en embarazadas previo consentimiento, detección de anomalías congénitas en embarazadas de riesgo, captación temprana del embarazo por agente de salud comunitario (comadrona), atención Odontológica Integral en mujeres embarazadas, referencia temprana de complicaciones obstétricas por agente tradicional (comadrona).
- Partos: normal, cesáreas, referencia para el parto institucional por agente de salud comunitario.

- Emergencias Obstétricas. Preeclampsia, eclampsia (Toxemia), hemorragias de la primera mitad del embarazo (abortos, otros), hemorragias de la segunda mitad del embarazo, hemorragias del parto y postparto, sepsis.
- Control Postnatal: Control postnatal, referencia del posparto y recién nacido (7 días), captación y referencia de mujeres con hemorragias y complicaciones posparto.

2. Planificación familiar

Métodos de planificación familiar además de esterilización tubárica bilateral (ligaduras) y vasectomía.

3. Violencia intrafamiliar

Atención y detección de maltrato en mujeres.

4. Diagnóstico oportuno del cáncer cérvico uterino y mamario

Cérvico - uterino de 35 a 64 años

5. Mamografía

Mamografía de 45 a 64 años

6. Enfermedades de transmisión sexual. Se brinda atención en diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual.

7. Atenciones a menores de cinco años:

- Atención a niñas y niños recién nacidos normal, detección y tratamiento de hipotiroidismo congénito
- Recién nacida y nacido con patología.
- Con cuidados intermedios, con cuidados intensivos.
- Atención a niñas y niños menores de 5 años con estrategia AIEPI, (Estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia: Enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias, patología de oídos, desnutrición y anemia)

- Niñas y niños con complicaciones hospitalarias, AIEPI, captación y referencia de niñas y niños a través de agente comunitario, detección y tratamiento del maltrato infantil, atención odontológica integral.

CAPITULO II

LA APLICACIÓN DE LA LEY Y SU POSIBLE REPERCUSIÓN EN LA SALUD DE LAS MUJERES Y LOS NIÑOS Y NIÑAS

El principal objetivo de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia fue la de reducir la mortalidad materna e infantil, qué ha sucedido en estos años de aplicación de la misma?, es lo que se intentará descubrir a continuación.

2.1 Análisis de Coberturas Obtenidas en las Atenciones de Maternidad Gratuita y Atención en la Infancia en el Periodo 1999 – 2003

2.1.1 Mortalidad Materna

En el período comprendido entre 1971 a 2000 los índices de mortalidad materna son alarmantemente elevados, con una tendencia sostenida a la baja, registrándose una notable disminución en el período donde se formula la Ley objeto de estudio, pero posteriormente se convierte en una tendencia cíclica.

Qué sucedió en el momento de la formulación?, luego, a partir de 1995 baja y vuelve a subir, hay sinceramiento de las estadísticas?, o realmente bajó porque las condiciones país fueron mejores?, pero vuelve a crecer los últimos años del período estudiado, será que la crisis del estado ecuatoriano influyó en estos resultados?

Pese a ser este, un indicador positivo, no significa un impacto satisfactorio, para las familias afectadas, ya que las mujeres juegan un papel muy importante en la salud y bienestar de toda la familia, especialmente en el cuidado y control de niñas y niños pequeños. Por lo que este indicador se traduce en impactos sociales negativos, por ello es necesario evaluar y perfeccionar continuamente la calidad de asistencia a las madres, más aún cuando observamos un incremento negativo en año 2000.

Tabla No. 10

**MORTALIDAD MATERNA ECUATORIANA
PERIODO 1971 – 2000**

AÑO	muertes por 100 000 nacidos vivos	Nacidos as vivos	AÑO	muertes por 100 000 nacidos vivos	nacidos as vivos
1.971	203	243.506	1.986	128	257.234
1.972	200	242.958	1.987	136	261.312
1.973	193	244.294	1.988	123	267.652
1.974	204	244.530	1.989	129	262.652
1.975	212	242.554	1.990	117	263.612
1.976	188	252.456	1.991	120	265.611
1.977	176	251.734	1.992	125	269.903
1.978	190	262.027	1.993	124	279.678
1.979	159	267.372	1.994	87	277.625
1.980	162	262.778	1.995	63	271.340
1.981	167	264.963	1.996	72	270.578
1.982	150	262.102	1.997	60	271.758
1.983	163	253.990	1.998	54	276.682
1.984	149	257.044	1.999	68	305.284
1.985	151	262.260	2.000	80	288.945

Fuente: SIISE. VERSIÓN 3.5

Elaboración: Autor

2.1.2. Mortalidad Infantil

Este indicador muestra la probabilidad que tiene una niña o un niño de morir en su primer año de vida. Según los datos establecidos en la tabla No. 11 se tiene una reducción sostenida de la mortalidad infantil, sin embargo en los años 98 a 2000 se observa un estancamiento en el número de muertos por cada 1000 niños nacidos vivos.

Tabla No. 11

**MORTALIDAD INFANTIL ECUATORIANA
PERIODO 1971 – 2000**

año	muertes por 1000 nacidos vivos	Año	muertes por 1000 nacidos vivos	Año	muertes por 1000 nacidos vivos
1956	101,9	1971	78,5	1986	40,3
1957	106,0	1972	81,9	1987	37,4
1958	105,8	1973	75,8	1988	35,3
1959	107,7	1974	70,2	1989	33,7
1960	101,1	1975	60,0	1990	30,3
1961	96,2	1976	64,9	1991	28,1
1962	95,9	1977	63,0	1992	27,1
1963	94,6	1978	56,6	1993	25,1
1964	94,0	1979	59,3	1994	22,1
1965	93,0	1980	54,3	1995	20,4
1966	90,4	1981	50,6	1996	19,8
1967	87,3	1982	50,0	1997	20,1
1968	86,1	1983	50,0	1998	19,0
1969	91,0	1984	43,4	1999	18,0
1970	76,6	1985	40,5	2000	19,0

Fuente: SIISE. VERSIÓN 3.5

Elaboración: Autor

Para el año 2007 y 2008, el área de salud dispone de información de mortalidad neonatal. En base a esta se determina que 1 de cada 100 niños que es atendido en el servicio de hospitalización muere. Es importante destacar que no se cuenta con la información del cantón Logroño, por lo que este dato es solamente del cantón Sucúa.

Tabla No. 12

**ÁREA DE SALUD NO. 6 SUCUA
TASA DE MORTALIDAD NEONATAL POR CANTONES
PERIODO 2007 -PRIMER SEMESTRE 2008
2007**

	NACIMIENTOS	FALLECIDOS NEONATALES	TASA DE MORTALIDAD x 100	TASA DE MORTALIDAD x 100
SUCUA	522	7	7/522*100	1,3
LOGROÑO	7	0	7/0*100	0

2008

	NACIMIENTOS	FALLECIDOS NEONATALES	TASA DE MORTALIDAD x 100	TASA DE MORTALIDAD x 100
SUCUA	269	4	4/269*100	1,5
LOGROÑO	0	0	7/0*100	

Fuente: Área de Salud No. 6. Departamento de Estadística

Elaboración: Autor

2.2 Análisis de coberturas de atenciones de Maternidad Gratuita y Atenciones a la Infancia en el Área de Salud No. 6 Sucúa.

Una vez que se ha estado aplicando la Ley de Maternidad Gratuita es necesario analizarla mediante indicadores. Estos son elementos importantes que nos van a permitir evaluar en términos cuantitativos los resultados observables de la aplicación de esta ley y si ha existido un cambio positivo para la población y el nivel de utilización de servicios que ofrece.

Utilizaremos el indicador de coberturas² para cada uno de los siguientes servicios:

2.2.1 Atención Materna

Analizaremos la atención materna en el periodo de embarazo, parto y posparto.

2.2.1.1 Coberturas de Atención Prenatal

²Coberturas. Indicador que establece la comparación entre población total por grupo programático y el número de atenciones efectivamente realizadas.

La atención prenatal debe cubrir un mínimo de 5 controles (“concentración”) de acuerdo a las reglas del Ministerio de Salud Pública, pero, el número ideal es de 13 durante el periodo de gestación y hasta que este finalice.

Tabla No. 13

**AREA DE SALUD No. 6 SUCUA
CONSULTAS PRENATALES**

AÑO	POB.	CONSULTAS		COBERTURAS	CONCENTRACIÓN
		Primeras	Subsecuentes		
1999	527	618	961	117.3	2,6
2000	526	471	705	89.5	2,5
2001	518	637	944	123.0	2,5
2002	517	528	821	102.1	2,6
2003	516	628	938	121,7	2,5
2004	753	662	1003	87,9	2,5
2005	826	725	1018	87,8	2,4
2006	825	703	1126	85,2	2,6
2007	826	959	1424	116,1	2,5
2008	827	1091	1833	131,9	2,7
2009	828	1057	1986	127,6	2,9

Fuente: Área de Salud No. 6 Sucúa. Departamento Estadística

Elaboración: Autor

En este periodo 1999 a 2003 podemos ver que el número de primeras consultas superan a la población que se debe cubrir, para los años 2004 a 2006 las primeras consultas son menores a la población programática total, pero nuevamente a partir del año 2007 se supera el 100% de cobertura, situación que el Área de Salud aduce que la población que anualmente envía el Ministerio de salud pública del Ecuador (MSP), (Anexo No. 3) no refleja la realidad de los habitantes que residen en el área. De esta manera, las coberturas (primeras consultas prenatales de un año /población del mismo año * 100), exceden el 100 por ciento.

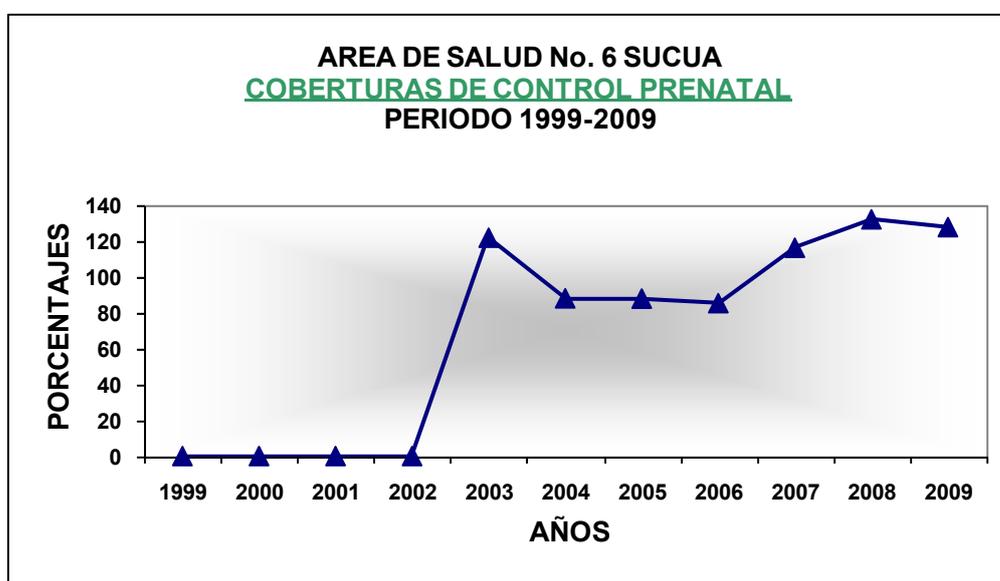
En todo caso, la cobertura se observa bastante bien, porque parece cubre a la población estimada.

En cuanto a la concentración,(primeras consultas + consultas subsecuentes / primeras consultas), que es el número de veces que la paciente regresa a los controles subsecuentes no supera el 2,9 (2000-2009) y no llega a cubrir la norma de “por lo

menos 5 controles en cada embarazo”. CONASA, Sistema Nacional de Salud. Agosto 2008, Quito. Pág. 28

Según el gráfico No. 1, las coberturas de atención prenatal han mantenido un crecimiento cíclico en el periodo en análisis, se considera que una acción de proporcionar otros servicios (vacunación en las Unidades Operativas de primer nivel³ y la promoción de las actividades que complementan servicio han logrado que poco a poco la población acuda a los controles prenatales.

Gráfico No. 1



Fuente: Área de Salud No. 6 Sucúa. Departamento Estadística

Elaboración: Autor

Para el control prenatal se realizan actividades complementarias e indispensables para que la madre embarazada tenga un control de calidad. Estas actividades son el control odontológico, vacunación, dotación de hierro, uso de auxiliares de diagnóstico como son los exámenes de laboratorio y ecografía. Además dependiendo de las semanas de gestación se proporciona a la paciente embarazada de ácido fólico el mismo que previene las deformaciones neurológicas del feto.

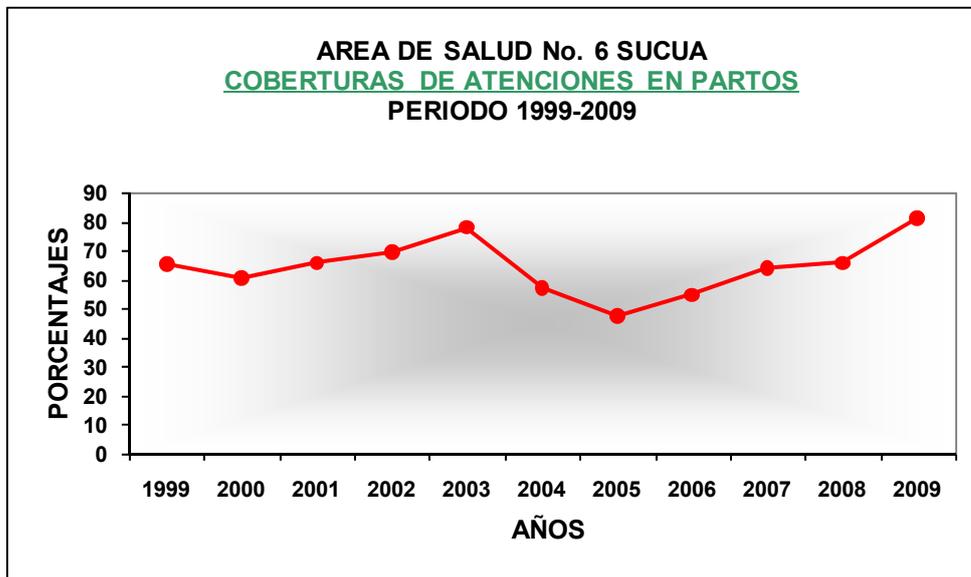
³En el año 2001 se desconcentra las actividades de vacunación desde el hospital a los subcentros de salud urbanos.

2.2.1.2 Partos

Probablemente es uno de los logros de la ley de maternidad gratuita, ya que la tendencia es positiva, es decir, cada vez, las madres embarazadas acuden a dar a luz en los centros de atención profesional, situación que puede deberse a la gratuidad total frente a los momentos de crisis económica del país.

Actualmente, en el hospital PIO XII se mantiene el programa bandera de “*parto humanizado*”, en donde la madre decide en qué posición nace su hijo (a) y quienes la acompañan en este momento tan importante en la vida de madre-hijo. Se mantienen las costumbres culturalmente ancestrales⁴ y la aplicación del apego precoz y el alojamiento conjunto han permitido que la atención sea con calidad y calidez por lo que estadísticamente se puede demostrar que la aceptación de la población es cada vez mayor, Gráfico No. 2.

Gráfico No. 2



Fuente: Área de Salud No. 6 Sucúa. Departamento Estadística

Elaboración: Autor

⁴Las costumbres ancestrales se mantienen y forman parte de la idiosincracia de la población de referencia, entre ellos está el beber antes del parto té de albahaca, la misma que cumple funciones de oxitocina y bañarse con infusiones de guayusa u hojas de camote llamado también batata. Se permite el acompañamiento del esposo, familiar o la persona que la parturienta decida, Luego del parto la paciente puede alimentarse con la dieta tradicional rica en calorías (caldo de gallina criolla), además se permite el entierro de placenta y el corte del cordón.

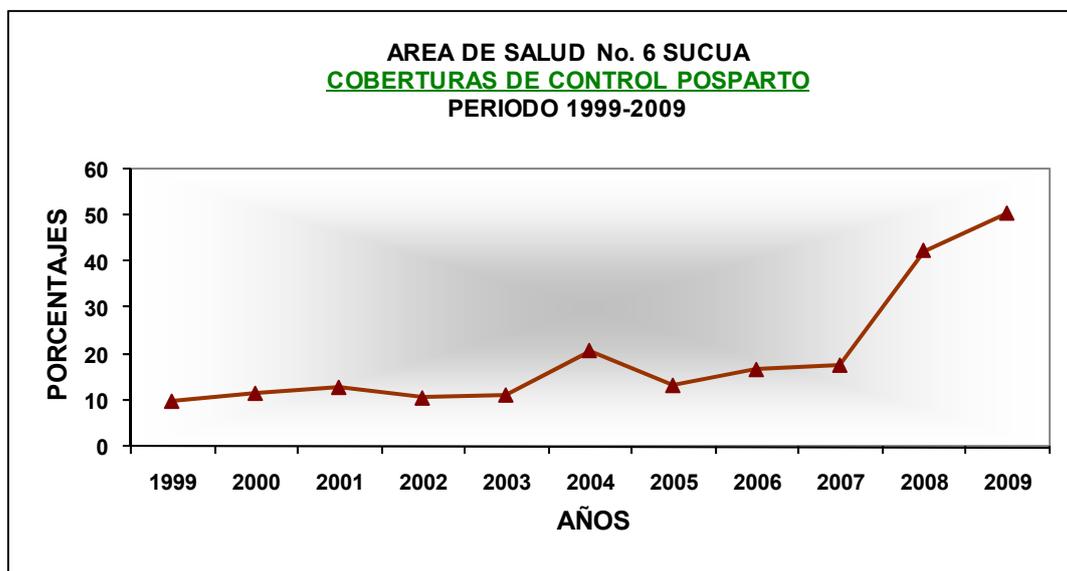
2.2.1.3. Control post parto

“El proceso de la maternidad se complementa con el control postnatal, que asegura que los órganos que intervinieron en el proceso han comenzado su involución hacia la normalidad, y permite detectar posibles complicaciones no deseadas.”⁵

El porcentaje alcanzado no es el ideal, durante el año 2002 bajó, pero ha tenido un crecimiento cíclico hasta 2007, para a partir de ese año sube notablemente.

Posiblemente la serie de paros de salud efectuados en los primeros años podrían ser la causa de la baja en los primeros años, pero también podría deberse a la idiosincrasia de las mujeres, que al sentirse bien ya no creen necesaria asistir a la consulta preventiva, pero que poco a poco y con promoción se ha ido superando poco a poco, si bien no se llega todavía a coberturas que permitan tener un control profesional de la madre que dio a luz.

Gráfico No. 3



Fuente: Área de Salud No. 6 Sucúa. Departamento Estadística

Elaboración: Autor

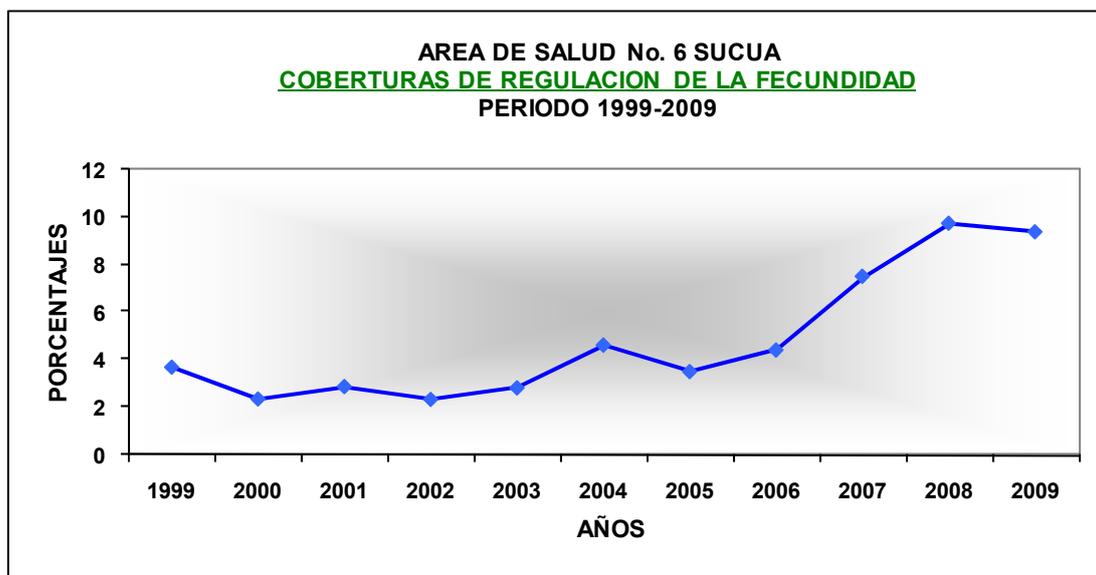
⁵ Sistema Integrado de Indicadores Sociales, SIISE, Versión 3.5

El control post parto también se ha incrementado debido a que se implementó un sistema de referencia de la madre que dio la luz en el hospital hacia la unidad operativa a la que pertenece para recibir atención profesional tanto la madre como el niño.

2.2.2 Control de la fecundidad

La variación es intensa, sin llegar nunca a niveles deseados, pero la tendencia se mantiene, razones: durante 4 meses del 2002 no se tuvo materiales ni medicamentos para la Regulación de la fecundidad, lo que puede estar reflejándose en este indicador, pero a partir 2006 la cobertura va en aumento, pero aún así, no se supera el 11% de población de mujeres en edad fértil protegidas de un embarazo no deseado

Gráfico No. 4



Fuente: Área de Salud No. 6 Sucúa. Departamento Estadística

Elaboración: Autor

La aplicación de la planificación familiar se ve también enfrentado a la idiosincrasia de la población, dentro de la cultura shuar los esposos no permiten que la esposa lleve un control de la natalidad. Esta situación también ha impedido que se incrementen coberturas de planificación familiar pese a que se están cumpliendo acciones e promoción.

2.2.3 Control de Cáncer Cérvico Uterino

Gracias a este indicador podemos observar las acciones de los servicios de salud para prevenir el cáncer cérvico-uterino, que en nuestro caso el avance en la prevención es positivo gracias también a la promoción y a la coordinación interinstitucional para la elaboración de examen y envío de resultados⁶

En momentos en los que se cuenta con personal propio para la ejecución de estas actividades, con recursos y programación dirigida, la curva se eleva notablemente⁷



Fuente: Área de Salud No. 6 Sucúa. Departamento Estadística

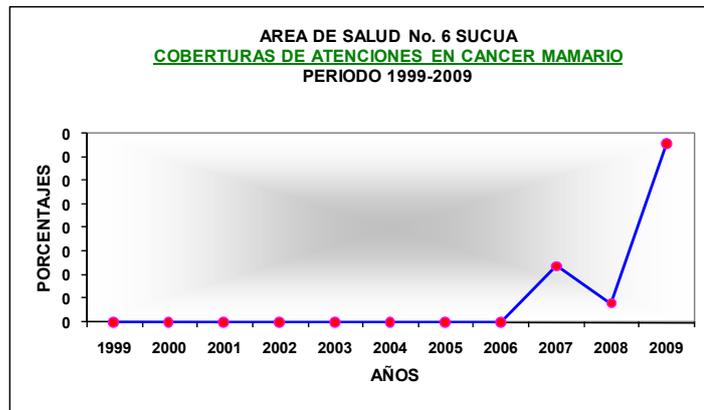
Elaboración: Autor

A partir del año 2006 se empiezan a registrar datos de detección de cáncer mamario, pero solamente con examen directo ya que los equipos necesarios para este tipo de examen se encuentran en unidades de salud de mayor complejidad.

⁶ Actualmente se está trabajando con el Hospital SOLCA de Ambato para envío de muestras por parte de Área de Salud No. 6 Sucúa, a su vez Solca-Ambato envía los resultados,

⁷ Actualmente se cuenta con Obstetrix y Médicos Generales para la toma muestras de PAPANICOLAO

GRAFICO No. 6



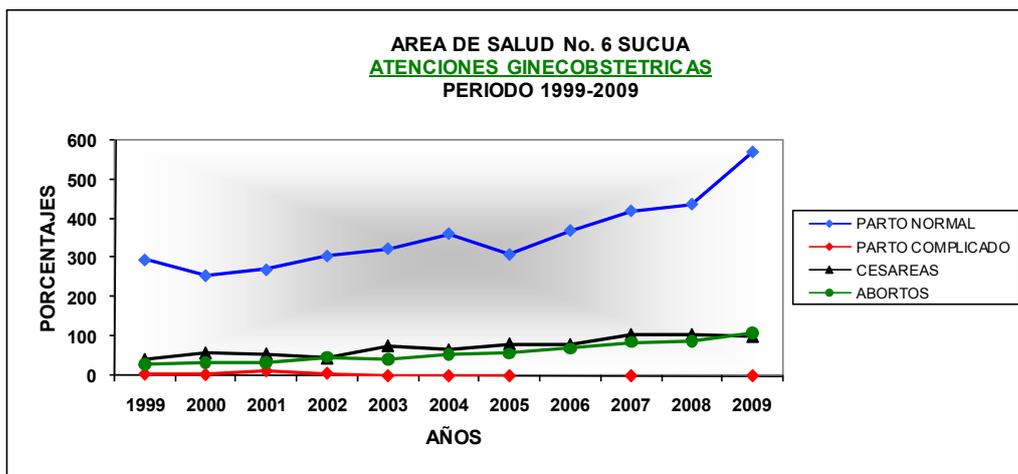
Fuente: Área de Salud No. 6 Sucúa. Departamento Estadística

Elaboración: Autor

2.2.4 Asistencia de parto por cesárea

En promedio este indicador no llega al 20% del total de partos por que se respetan las normas (Normas y Protocolos Materno. CONASA, Sistema Nacional de Salud. Agosto 20008, Quito. Pág. 94) que indican que el total de partos no deben superar el 15% del total de partos atendidos en las unidades operativas.

Gráfico No. 7



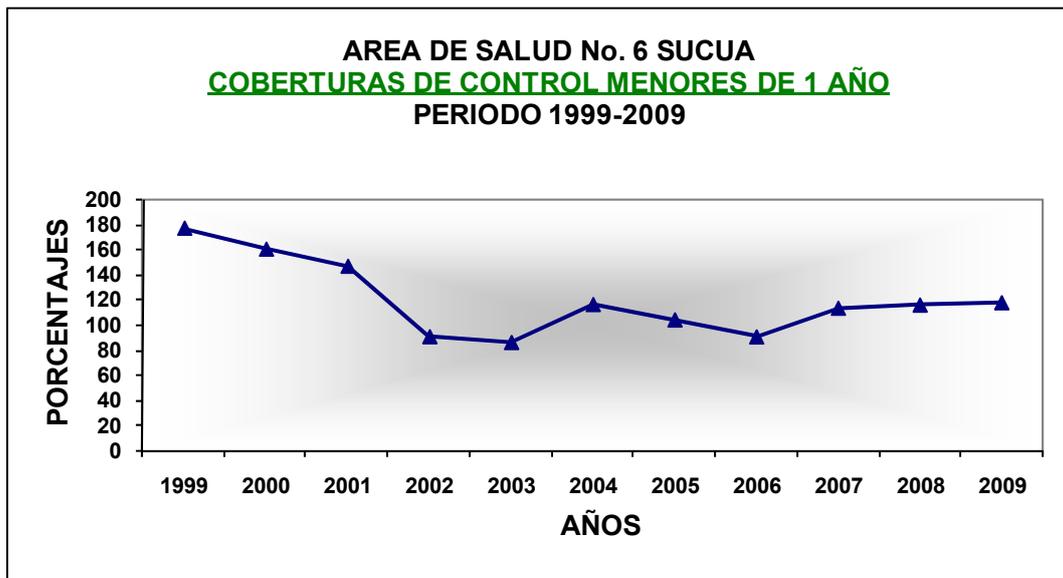
Fuente: Área de Salud No. 6 Sucúa. Departamento Estadística

Elaboración: Autor

2.2.5 Atención Infantil

Este indicador muestra las consultas de atención preventiva que han realizado a menores de 1 año, se observa una tendencia a la baja, consideramos que se debe a que antes del 2001 a todo niño que acudía, bien sea por patología o por prevención, se le adjudicaba la categoría de “control de niño”, pero luego del 2001 se adjudica esta categoría solamente al niño sano. Pero la curva de control supera el 100% de la población asignada, situación que se presenta debido a la diferencia entre la población asignada en función de los censos de población y la población que realmente habita en la zona. La atención a menores de 1 año es muy alta principalmente porque la población tiene conocimiento de la importancia del control del niño y acude a los centros de salud.

Gráfico No. 8



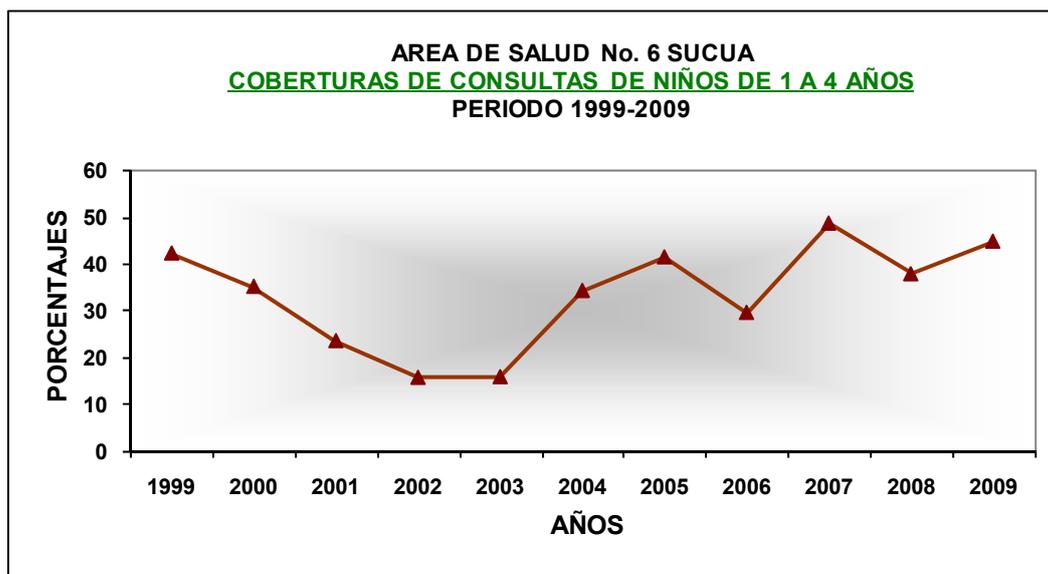
Fuente: Área de Salud No. 6 Sucúa. Departamento Estadística
Elaboración: Autor

Al contrario, para niños de edad comprendida entre 1 a 5 años los controles han disminuido hasta el año 2003, situación que se supera a partir del 2004, pero este crecimiento es cíclico y no se logra un crecimiento sostenido. Los niños de este grupo programático generalmente son llevados a los centros de salud cuando presentan un cuadro de morbilidad por lo que no se reporta como un control de niño sano, y cuando

lo está, no acuden los familiares para el control respectivo. Es necesario recalcar que es importante la promoción de los servicios que brinda la tención pública de salud.

Gráfico 9

Gráfico No. 9

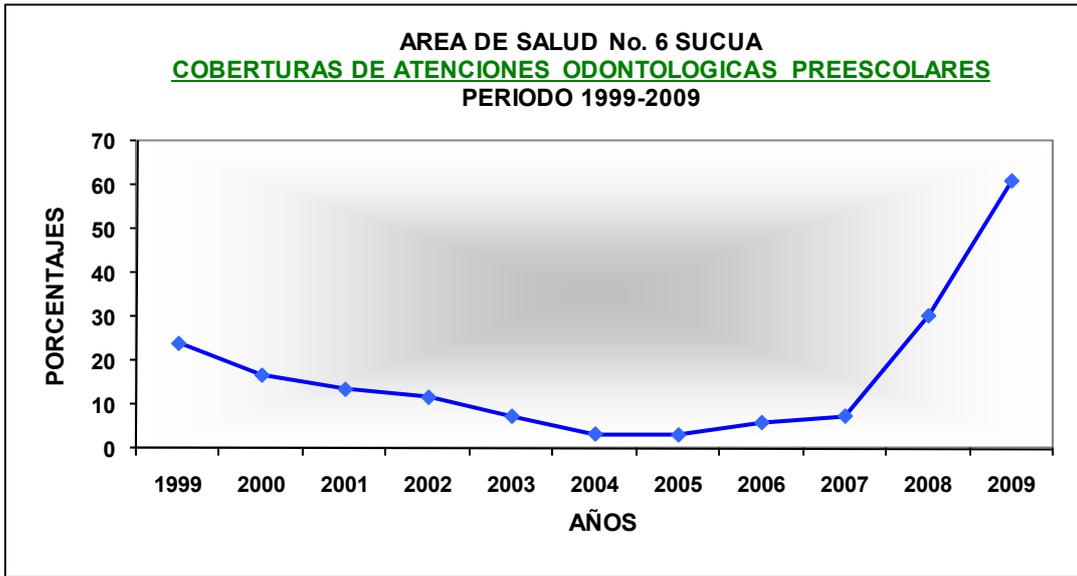


Fuente: Área de Salud No. 6 Sucúa. Departamento Estadística
Elaboración: Autor

2.2.6 Atenciones Odontológicas

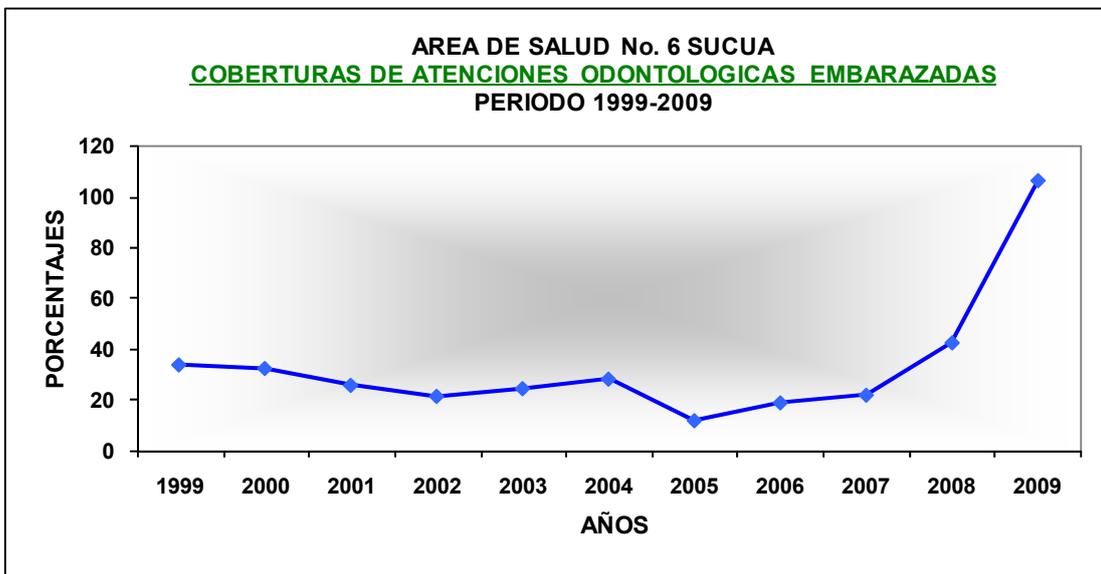
En los controles odontológicos a niños preescolares, hay una tendencia a la baja entre los años 2000 y 2004, que podría ser explicada porque los Odontólogos trabajaban como tiempo completo las 8 horas diarias y podían atender cierto número de pacientes, actualmente cada Odontólogo trabaja solamente 4 horas y atienden solamente 6 pacientes por jornada, lo que redundaba en la baja tanto en la atención preescolar como en la materna. Actualmente, el área cuenta con profesionales odontólogos en la mayoría de las unidades operativas y con equipos recién adquiridos por lo que esta cobertura ha ido en aumento. (Gráfico 10)

GRAFICO No. 10



Fuente: Área de Salud No. 6 Sucúa. Departamento Estadística
Elaboración: Autor

Gráfico No. 11



Fuente: Área de Salud No. 6 Sucúa. Departamento Estadística
Elaboración: Autor

A partir del año 1999 la atención odontológica a madre embarazada sufrió una baja considerable. A partir del año 2007 este control aumenta porque se empiezan a trabajar

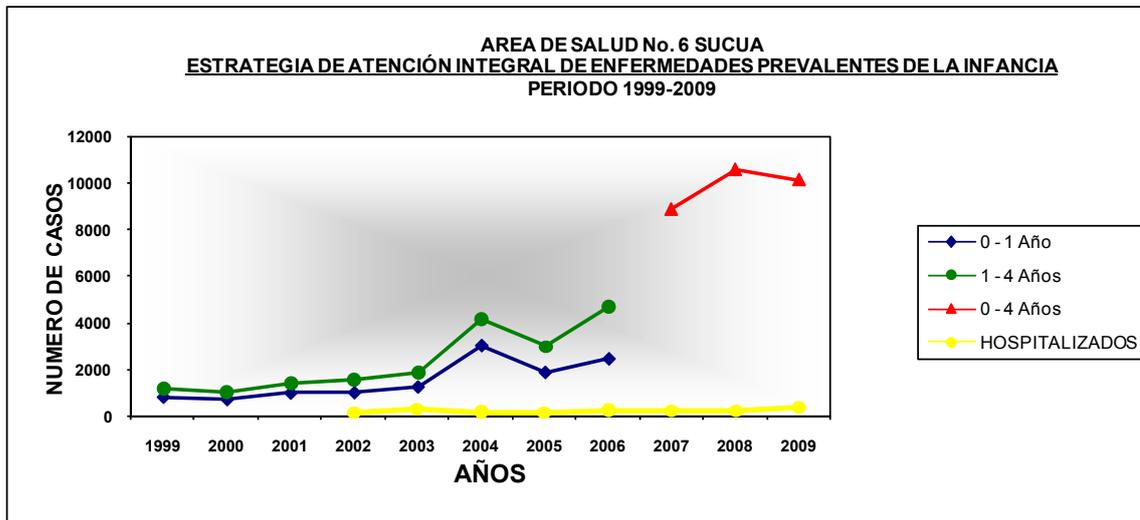
conjuntamente los servicios de consulta externa y odontología. Esta coordinación se basa en que luego de la atención de la madre por parte del profesional médico u obstetriz, hay una inmediata referencia de la paciente embarazada al departamento de odontología para su respectivo control y atención.

2.2.7 Atención Integral a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI)

En tiempos de crisis, la compra de medicamentos cuando hay enfermedad se convierte en una dificultad enorme para las familias que buscan la posibilidad de mejorar su salud, en este marco, la aplicación adecuada de la Ley ha hecho que la tendencia sea al alza. En el año 2002 se cubre también la hospitalización de estos casos, por lo que también contribuye a que este indicador se incremente.

Hasta el año 2006 se registraba las atenciones de AIEPI por edades separando menores de 1 año de los niños comprendidos entre 1 a 4 años, pero a partir del año 2007 se unificaron estos valores y el reporte en el Gráfico 12 es de un incremento notable de atenciones de AIEPI, debido a la gratuidad del programa.

Gráfico No. 12



Fuente: Área de Salud No. 6 Sucúa. Departamento Estadística
Elaboración: Autor

CAPITULO III.

3.1 Fuentes de Financiamiento

Según el Manual Técnico Operativo Administrativo y Financiero los recursos que cubren esta ley son transferidos cada mes por medio del Ministerio de Finanzas al Ministerio de Salud Pública a una cuenta que se denomina FONDO SOLIDARIO DE SALUD, y que deben utilizarse únicamente para cubrir esta ley. Los recursos constituyen este fondo son:

- El 3% del impuesto a los consumos especiales. Este rubro se reglamenta en el Registro Oficial No. 341 con fecha 22 de diciembre de 1989 mediante la reforma del artículo 78 de la Ley de Régimen Tributario Interno.
- 15'100.000 dólares. Este valor debe acreditar el Fondo de Solidaridad para el Desarrollo Humano, se reglamenta en el Registro Oficial No. 661 con fecha marzo de 1995, esta asignación es anual.
- Se establece que preferentemente se deben destinar para el cumplimiento de esta ley los recursos que tiene el Ministerio de Salud Pública por la Ley de Creación del Fondo Nacional para la Nutrición y Protección a la población infantil ecuatoriana y los recursos que el INNFA asigne para la reducción de la mortalidad materna e infantil.
- Se considera además que se pueden utilizar los fondos que entidades internacionales destinen para esta actividad además de los que se alcancen mediante créditos externos y se destinen para salud.

Además se destinan también los recursos cantonales que cada municipio consigna para desarrollar programas de educación, promoción, información y comunicación según la ley para la promoción de la inversión y de la participación ciudadana que fue publicada en el registro oficial No. 144 publicada el 18 de agosto de 2000 y que sirven para el cumplimiento de esta ley, igualmente, todos los recursos que la municipalidad destina para que la ejecución de esta ley en lo referente a transporte oportuno ante emergencias obstétricas y pediátricas a centros médicos de mayor nivel.

Tabla No. 14
ÁREA DE SALUD No. 6 SUCUA
ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS

	2000	2001	2002	2003
Monto presupuestado			28.357,00	38.181,88
Transferencias	11.205,70	10.541,14	15.556,00	26.423,93
Por Cobrar			12.801,00	11.757,95
Gastos	9.013,23	11.845,17	16.097,50	22.684,00
Déficit		1.304,03		
Superávit	2.192,47		12.259,50	15.497,88

Fuente: Área de salud No. 6 Sucúa. Departamento Financiero
Elaboración: Autor

Los datos a los cuales se tuvo acceso figuran a partir del año 2000.

En los años 2000, 2002 y 2003 no se utilizaron todos los fondos por lo que se presentó lo que se podría llamar un superávit, valor que no se considera positivo por cuanto no se utilizaron todos recursos disponibles para el cumplimiento de esta ley.

Actualmente se han incrementado las asignaciones presupuestarias debido a que estas están en función de las atenciones brindadas a la población. Con la gratuidad de la salud que hoy existe, el número de beneficiarios que acuden se ha incrementado notablemente por lo que el presupuesto para cumplir con esta ley también se ha incrementado.

Diferente situación sucedió en el año 2001, en donde los gastos superaron a las transferencias, ocasión en que se cubrió con parte del presupuesto regular con que cuenta el Área de Salud. Para este periodo los fondos estaban presupuestados, pero a partir del año 2004 las transferencias se hacen acuerdo a las actividades materno – infantil cumplidas por cada Área de Salud.

Además, desde Junio del 2002 está determinado en la ley que se debería conformar el Comité de Gestión de los fondos solidarios locales de salud, pero como se ha analizado anteriormente, este comité está solamente designado y hasta el momento, no ha cumplido con las funciones que determina la ley.

3.2 Conformación del Comité de Gestión de Fondos Solidarios Locales de Salud en el Cantón Sucúa.

El Gobierno Municipal del Cantón Sucúa y el Área de Salud No. 6 Sucúa se acogieron a la reglamentación establecida por la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia en el inciso segundo del artículo sin número agregado al artículo 3 de la mencionada Ley, para lo cual, y en sesión convocada por el Alcalde del cantón el día 29 de enero del 2003 y de acuerdo al acta constitutiva del día 30 de enero del 2003, se conformó el Comité de Fondos Solidarios Locales de Salud del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. El mismo que estaba estructurado por las siguientes personas:

- Sr. Braulio Rodríguez Calle, Alcalde del Cantón Sucúa.
- Dr. Xavier López Salas, Jefe de Área de Salud No. 6 Sucúa.
- Sr. Luis Solís Carreño, nominado con fecha 28 de enero del 2003 como representante de la asociación de Barrios del cantón Sucúa,
- Sra. Mariana Rodríguez nominada por las organizaciones femeninas del cantón Sucúa el 27 de enero de 2003,
- Sr. Miguel Antunish, representante de las comunidades campesinas o indígenas

Posteriormente y con apego a la ley, y con fecha 5 de febrero del 2003 la Alcaldía procedió a solicitar autorización al Banco Central del Ecuador para abrir la cuenta corriente, la misma que es exclusiva para el manejo de los fondos solidarios locales de salud y de igual manera al Subsecretario del Tesoro del Ministerio de Economía y Finanzas de la República del Ecuador.

Posteriormente, el día 5 de febrero de 2003 el Gobierno Municipal del Cantón Sucúa mediante sesión extraordinaria aprobó: “i) Declarar su capacidad para asumir las competencias, atribuciones, responsabilidades y recursos establecidos en la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, ii) Abrir una cuenta especial denominada Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia – Municipio del cantón Sucúa a fin de recibir los recursos provenientes del Fondo Solidario de Salud, iii) Asignar a dicha

cuenta los recursos municipales destinados a la promoción de la salud, difusión y transporte de las emergencias obstétricas, neonatales y pediátricas, recursos que constarán dentro del plan operativo anual del departamento de Acción Social Municipal, iv) Autorizar al Alcalde y al Procurador Síndico para que suscriban el Convenio de Gestión de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia”⁸

A pesar de que se conformó el Comité de Gestión del Fondo Solidario Local de Salud del Cantón Sucúa y que el Gobierno Municipal solicitó las respectivas autorizaciones para la apertura de la cuenta que permitiría la transferencia de fondos hacia la misma, hasta la presente fecha, no se ha dado continuidad al proceso y todos los trámites respectivos se han visto detenidos. Todavía las transferencia de recursos se hacen a la Jefatura de Área de Salud y el Comité no está ejerciendo las funciones que le corresponderían de acuerdo al reglamento respectivo. Además, por el paso del tiempo, están retrasadas las acciones respectivas y la participación ciudadana dentro de las diversas decisiones en las que debería verse involucrada dentro del comité a más de que debería promoverse la veeduría ciudadana en la administración, de los fondos y el respectivo control de estos.

El estatuto interno del Comité de Gestión del Fondo Solidario Local de Salud establece el involucramiento directo de la sociedad civil los cuales al igual que las respectivas autoridades públicas y de salud deben establecer, entre otras actividades: planes operativos anuales, convenios de gestión para atención de mujeres e infancia⁹, velar que se cumplan los requerimientos de la ley de acuerdo a los estándares de calidad, eficiencia y calidez en la prestación de servicios de salud de la ley, etc.

Como alcance, ahora ya en el año 2010, podemos decir que no se ha avanzado más que lo que se inició en el año 2003, y que en la actualidad no existe el Comité de Gestión de Fondos Solidarios Locales de Salud en el Cantón Sucúa y la cuenta especial denominada Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia – Municipio del

⁸ Ilustre Municipalidad del Cantón Sucúa. Acta de sesión extraordinaria. 5 Febrero 2003. Sucúa

⁹ Es importante acotar que con el último reglamento interno la atención se ha extendido también a la población masculina adulta solamente al cubrir los gastos por vasectomía, pero en el presente trabajo se continuará describiendo como “atención para mujeres, niños y niñas”.

cantón Sucúa que se autorizó abrir para recibir los recursos provenientes del Fondo Solidario de Salud está cerrada y por lo tanto no existe veeduría ciudadana para el control en la administración de los fondos y el respectivo control de estos.

3.3 Conformación del Comité de Gestión de Fondos Solidarios Locales de Salud en el Cantón Logroño.

En este cantón, el comité de gestión de fondos solidarios, no está conformado. Según el alcalde de la ciudad de Logroño, “existe la voluntad política de hacerlo, pero lamentablemente, no hay decisión del Consejo, pero por sugerencia de una consultoría que se encuentra laborando en la Ilustre Municipalidad del cantón Logroño se tratará de conformarlo antes de 8 meses dentro de los cuales se producirá el cambio de alcalde”¹⁰.

En esta ciudad, la coordinación entre el Área de Salud y la Municipalidad se limita a brindar obras de infraestructura, como son la construcción de la Planta Física del Puesto de Salud de Shimpis y la aprobación de 25.000 dólares para la construcción de un local que sirva para brindar atención en salud en la localidad de Najembaime.

Otra de las aspiraciones de este cantón, es la de elevar a la categoría de centro de salud al actual Subcentro, requerimiento que todavía no tiene respuesta por parte del Ministerio de Salud debido a que esto conlleva incremento de personal y de equipos, y actualmente no se disponen de las autorizaciones para nuevos nombramientos, y partidas presupuestarias. Este es una petición que se ha hecho debido a que es un cantón que tiene una población de 4. 621 habitantes y solamente cuenta con el equipo básico para salud (1 médico, 1 odontólogo, 1 enfermera y 1 Auxiliar de Enfermería).

Hasta este año 2010 el cantón Logroño no ha implementado lo estipulado en la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, tampoco el Área de Salud ha promovido la Coordinación Institucional entre Entidad de Salud y Municipios.

¹⁰ Entrevista a Sr. Alcalde de Logroño. 20 de Abril de 2004.

CONCLUSIONES:

Al analizar el nivel de aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia en los gobiernos locales de los cantones Sucúa y Logroño se obtuvieron los siguientes resultados:

SUCUA

1. En el ámbito de la Ilustre Municipalidad del cantón Sucúa, ésta ha contribuido a la conformación del comité de gestión de fondos solidarios locales de salud, pero, no hay mayor avance dentro de la participación de este comité. Éste no está tomando las decisiones que le corresponden y por lo tanto no ejerce las funciones para las cuales fue creado únicamente en el año 2003, a partir de ese año ha desaparecido el comité de gestión de fondos solidarios
2. Esta ley permitió una directa coordinación del Municipio con el Área de Salud. Anteriormente la relación interinstitucional se limitaba a realizar alguna obra de infraestructura física por parte del Municipio de acuerdo a las solicitudes de las unidades de salud.
3. Otro logro y muy importante fue el involucramiento de la sociedad civil en la toma de decisiones con respecto a salud y su participación directa en la administración de fondos solidarios de salud, en el control de estos, la auditoria de servicios, sobre cumplimiento de estándares de calidad y calidez.

LOGROÑO

4. En cambio, en el cantón Logroño, no existe ninguna coordinación con el Área de Salud para la aplicación de la Ley en análisis, pero era de destacar la voluntad de conformar el comité antes de que el actual alcalde termine su periodo de gobierno. Pero lamentablemente, actualmente, el nuevo alcalde no ha avanzado con la

coordinación interinstitucional para la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

Al profundizar el nivel de modificación en la atención materno infantil en el Área 6 Sucúa Morona Santiago a partir de la aplicación de la ley de Ley de Maternidad Saludable y Atención a la Infancia se detectaron las siguientes conclusiones:

5. En el Área de Salud No. 6 Sucúa, durante el periodo propuesto de análisis (1999–2009) la aplicación de la Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia ha logrado cambios en las coberturas. En el análisis podemos ver que los servicios tienen alzas de coberturas, como por ejemplo: atenciones de parto, pospartos y atenciones de AIEPI, regulación de fecundidad, DOC, controles de menores de cinco años, y atenciones odontológicas.
6. No existe una permanente promoción de los servicios de esta ley, actividad que se cumplía pero muy esporádicamente y no con la continuidad que exige la prestación gratuita de los servicios.
7. Es importante en la época actual, en la que gran número de habitantes no disponen de recursos económicos que les permita tener acceso a atención médica y sobre todo a medicinas, exista una ley que beneficie a los llamados grupos vulnerables y que ofrezca gratuidad en los servicios por ella ofrecidos.
8. En los primeros años y con la continua modernización del estado se redujeron los recursos, prueba de ello fueron la disminución real de ciertas partidas presupuestarias para determinados gastos del sector salud, pero fueron importantes las asignaciones de recursos para brindar atención médica y odontológica a madres y menores de cinco años.
9. Actualmente la gratuidad, el incremento de presupuesto para salud está dando sus frutos, se ha demostrado que las coberturas de atención materno infantil se

incrementan paulatinamente y la población está atendida en sus episodios de salud-enfermedad.

10. Otros de los beneficios de la ley es que obliga a las entidades prestadoras de salud a brindar ésta con calidez y calidad, valores que están sujetos a supervisión por parte del comité de gestión de fondos cantonales.
11. Hay algunas actividades como por ejemplo, la notificación de violencia familiar que no existen reportes en el área de salud¹¹, por lo que se insiste en la promoción de esta ley.
12. Cabe destacar que durante este periodo 1999 - 2009 no se ha producido ninguna muerte materna, uno de los principales pilares para la creación de esta Ley. Se puede aducir que la oportunidad en la atención a la madre embarazada ha permitido tener este aspecto positivo.
13. Un aspecto muy positivo es la aplicación del parto culturalmente humanizado, que ha permitido que madres embarazadas de otros cantones acudan a nuestro hospital y lo escojan pese a la distancia debido a que se ha promocionado de boca a boca la atención con calidez y personalizada que se da a la madre y al niño (a). Falta decir que es muy importante la promoción de este servicio y que es necesario realizarla.

En relación a las hipótesis planteadas podemos ver que se cumple la primera en la cual se planteaba que los mandatos de la Ley de Maternidad Saludable y Atención a la Infancia no se cumplen en su totalidad en los gobiernos locales del Área de Salud No. 6. Como se pudo ver en el análisis anterior, los dos gobiernos locales que pertenecen al Área de Salud No. 6 no cumplen con el reglamento que determina el grado de involucramiento de éstos para que la Ley pueda llegar a todos los habitantes y sobre todo exista la participación de la sociedad civil en el control, toma de decisiones, seguimiento y auditoria de los fondos de solidarios locales de salud.

¹¹ En la amazonía el 29,5% de las mujeres sufren agresión física directa, el 25,7% son amenazadas y al 21,4 % le han lanzado algo , según el ENDAMAIN – III informe de la amazonía. CEPAR.

En cuanto a la segunda hipótesis en la cual se establecía que la Ley de Maternidad Saludable y Atención a la Infancia permitió que se incremente la demanda espontánea de la atención materno infantil, podemos demostrar que se cumple para los servicios de atenciones de parto, pospartos, atenciones integrales de enfermedades prevalentes en la infancia(AIEPI), los servicios de regulación de fecundidad, diagnóstico oportuno del cáncer, controles de niño sano de menores de cinco años y atenciones odontológicas. Es necesario promocionar dicha Ley para que la población conozca los beneficios de ésta y demande las atenciones que por ley le corresponden en forma gratuita.

Podemos observar que en el Área de Salud No. 6 no se ha avanzado en su totalidad en la aplicación de la ley en análisis. Si una sociedad sana está en capacidad de avanzar en el desarrollo de una localidad, se debe permitir que por o menos el grupo focal que esta ley protege se beneficie de la misma. Con niñas y niños sanos y con madres protegidas en salud se asegurará que parte de una sociedad esté en capacidad de propender a un mayor desarrollo.

RECOMENDACIONES:

1. La coordinación que existe entre las entidades de salud y los gobiernos locales debe fortalecerse y permitir que avance la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia con lo que se lograría que en esta Área se lleguen a cumplir los objetivos para los cuales fue creada y que se permita el involucramiento de la sociedad civil en los niveles que esta ley exige.
2. Es importante que tanto al Área de Salud como los municipios vigoricen la participación ciudadana y sea esta la que controle la aplicación del reglamento de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.
3. Cabe indicar, que es muy importante, que se socialice los beneficios que ofrece la Ley y sea la población, en base a los servicios recibidos, la que se convierta en el ente multiplicador de los beneficios de esta ley.
4. En el área de salud, es importante incorporar al agente de salud comunitario, actividad que hasta la presente fecha no se ha cumplido, pese a que es parte del personal que reporta casos, los mismos que pasan a incrementar el número de atenciones reportadas que luego se convierten en transferencias para cubrir los gastos incurridos.
5. El aspecto económico es fundamental para el cumplimiento de los objetivos planteados en la Ley Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, sin embargo de acuerdo a los datos presupuestados presentados en este trabajo, los gastos son inferiores a los estimados, por lo que se convierte en una prioridad la promoción de esta ley para que se cubran las perspectivas presupuestarias.
6. La ley es para todos los ecuatorianos, pero actualmente en nuestro país se está produciendo el fenómeno de migración desde los países vecinos y se debería extenderla hacia estos habitantes los beneficios de esta ley.

7. Ante la escasa participación de los representantes de las organizaciones involucradas es conveniente que los habitantes luego de la promoción de esta ley sean los que presionen a las autoridades para poner en práctica los diferentes beneficios y estén concientes de que, ante los altos costos de la salud, es una alternativa que está al alcance de todos y que es conveniente que se utilicen todos los fondos.

BIBLIOGRAFÍA

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR, CONCEJO NACIONAL DE SALUD. 2002, *Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador*. Quito.

FRANCISCO ANDINO RODRIGUEZ, 2003, *Plan de Acción 2003 – 2006*. MSP. Quito.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR, INNFA, CONAMU, CONASA, AME. *Manual Técnico Operativo, Administrativo y Financiero, Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia*. Quito.

INSTITUTO ECUATORIANO DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS, INEC, *Estadísticas vitales*.

IVES MENY JEAN-CLAUDE THOENIG. *Las Políticas Públicas* Ciencia Política. Ariel

CEPAR. 1999, Encuesta Demográfica y de Salud Materno – Infantil.

SISTEMA INTEGRADO DE INDICADORES SOCIALES DEL ECUADOR, SIISE. Versión 3.5

FONDO MONETARIO Y BANCO MUNDIAL, 1993, *Finanzas y Desarrollo*. Publicación Trimestral.

GOBIERNO MUNICIPAL DE SUCUA. 2003 Plan de desarrollo cantonal.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ECUADOR. 1998. Edición Digital

CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR. 2008. Edición Digital

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR, CONASA. *Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal*. Septiembre 2008. Quito.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR, CONASA. *Normas y Protocolos Materno*. CONASA, *Sistema Nacional de Salud*. Agosto 2008, Quito

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR, CONASA. *Política de Salud y Derechos sexuales* Julio 2008, Quito

ANEXO 01

BASE LEGAL

**LEY DE
MATERNIDAD GRATUITA
Y ATENCIÓN A LA INFANCIA**

Y

REGLAMENTO

LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA¹²

Ley sin número Registro Oficial Suplemento N° 523 de 9 de septiembre de 1994.

Art. 1.- Toda mujer ecuatoriana tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y postparto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos - nacidas y niños - niñas menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado.¹³

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 - 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, 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; y,

b) Recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de cinco 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 -prematuros de bajo peso, y/o con patologías (asfixia perinatal, ictericia, sufrimiento fetal y sepsis), a los niños o niñas menores de cinco 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.¹⁴

Art. 2-A.- 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.¹⁵

Art. 3.- Incrementase en el tres por ciento (3%), las tarifas del impuesto a los consumos especiales señaladas en el artículo 78 de la Ley de Régimen Tributario Interno, publicada en el Registro Oficial N° 341 del 22 de diciembre de 1989.

¹² Título reformado por Ley N° 129, publicada en Registro Oficial N° 381 de 10 de agosto de 1998.

¹³ Artículo sustituido por Ley N° 84, publicado en Registro Oficial N° 667 de 3 de abril de 1995. Artículo sustituido por Ley N° 129, publicada en Registro Oficial N° 381 de 10 de agosto de 1998.

¹⁴ Artículo reformado por Ley N° 84, publicado en el Registro Oficial N° 667 de 3 de abril de 1995. Artículo sustitutivo por Ley N° 129, publicada en Registro Oficial N° 381 de 10 de agosto de 1998.

¹⁵ Artículo agregado por Ley N° 129, publicada en Registro Oficial N° 381 de 10 de agosto de 1998.

De los rendimientos del Fondo de Solidaridad para el Desarrollo Humano de la Población Ecuatoriana creado mediante ley, publicada en el Registro Oficial N° 661, de marzo de 1995, 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 N° 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 valores producto de la aplicación de lo dispuesto en los incisos anteriores serán transferidos mensualmente por el Ministerio de Finanzas a una cuenta especial del Ministerio de Salud Pública, denominada Fondo Solidario de Salud, el que los destinará en su totalidad para financiar única y exclusivamente lo establecido en la presente Ley.

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.¹⁶

Art. ... - 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.¹⁷

Art.....- 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.

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.

¹⁶ Artículo sustituido por Artículo 11 de Ley N° 6, publicada en Registro Oficial Suplemento N° 98 de 30 de diciembre de 1996. Artículo 11 de Ley N° 6, reformado por Artículo 4 de Ley s/n, publicada en Registro Oficial Suplemento N° 120 de 31 de julio de 1997. Artículo sustituido por Ley N° 129, publicada en Registro Oficial N° 381 de 10 de agosto de 1998. Artículo reformado por Arts. 161 y 162 de Ley N° 2000-1, publicada en Registro Oficial Suplemento N° 144 de 18 de agosto del 2000.

¹⁷ Artículo agregado por Ley Na 129, publicada en Registro N° Oficial 381 de 10 de agosto de 1998.

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) Créanse 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.

Confórmase 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 materno infantil, del seguimiento y vigilancia en la aplicación de la Ley.¹⁸

DISPOSICIONES GENERALES ¹⁹

- Deróganse todas las normas que se opongan a la presente Ley.
- **En la aplicación de esta Ley se priorizarán las áreas geográficas con mayores tasas de mortalidad materna e infantil y las más deprimidas económicamente.**
- 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 socioeconómico local, en el marco que determine el Sistema Nacional de Salud, identificando fuentes adicionales de financiamiento que no incluyan las asignadas por esta Ley.
- 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.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA

El Presidente de la República, dentro del plazo constitucional respectivo, expedirá el Reglamento de esta Ley.

¹⁸ Artículo agregado por Ley N° 129, publicada en Registro Oficial N° 381 de 10 de agosto de 1998

¹⁹ Disposiciones dadas por Ley N° 129, publicada en Registro Oficial N° 381 de 10 de agosto de 1998.

REGLAMENTO A LA LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y DE ATENCION A LA INFANCIA

N° 2704

GUSTAVO NOBOA BEJARANO

PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPUBLICA

CONSIDERANDO:

Que es necesario reglamentar la Ley de Maternidad Gratuita a efectos de viabilizar su plena aplicación;

En ejercicio de las atribuciones que le confiere el numeral 5 del artículo 171 de la Constitución Política de la República,

DECRETA:

Expedir el siguiente,

REGLAMENTO A LA LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y DE ATENCION A LA INFANCIA

Art. 1.- Prestaciones y servicios.- El Estado ecuatoriano, a través del Ministerio de Salud Pública y de las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, de conformidad con el artículo 2 de la Ley que se reglamenta, asume las siguientes prestaciones básicas:

a) **Maternidad:** La asistencia será brindada en las etapas: prenatal, parto y post parto.

La asistencia prenatal incluirá: el diagnóstico del embarazo y los controles que sean necesarios, mediante los siguientes exámenes: biometría hemática, VDRL, grupo sanguíneo y factor Rh, TP, TTP, plaquetas, glicemia, urea, creatinina, elemental y microscópico de orina, incluido proteinuria, prueba de VIH para los casos de riesgo y la detección de anomalías congénitas en casos de riesgo; el tratamiento de las emergencias obstétricas más frecuentes como toxemia, hemorragias, sepsis; las producidas por violencia intrafamiliar, asistencia psicológica social: los esquemas básicos de tratamiento en infecciones de transmisión sexual (excepto del SIDA); recibirán micronutrientes de acuerdo a sus necesidades especialmente hierro, vitamina A, complejo B y calcio.

La asistencia del parto implica: atención al parto normal, complicado, cesáreas, incluyendo la atención médica y de enfermería, el uso de medicamentos y exámenes, establecidos por las normas de salud reproductiva del Ministerio de Salud Pública.

La asistencia en el post parto comprenderá: el control médico necesario para la atención en el post parto inmediato, mediato y tardío, capacitación para la lactancia materna y cuidado del recién nacido.

La asistencia de las emergencias obstétricas incluye: toxemia, hemorragias, sepsis del embarazo, parto y postparto, a nivel ambulatorio y hospitalario, incluyendo los exámenes de laboratorio y medicamentos

sugeridos por las normas de salud reproductiva, y la dotación de sangre o hemoderivados, en todos los estados de los procesos reproductivos.

Programas de salud sexual y reproductiva: comprende la detección oportuna de cáncer cérvico-uterino, consejería y provisión de métodos de planificación familiar que serán ofrecidos a hombres y mujeres; anticonceptivos orales, métodos de barrera, métodos de esterilización definitiva, entre otros; conforme a la decisión informada de las mujeres o de las parejas y de acuerdo a las normas nacionales de salud reproductiva; y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (con excepto SIDA)

b) Recién nacidos/as, y niños/as menores de cinco años de edad: Se asegura la oportuna asistencia en los diferentes niveles de atención a los niños/as nacidos vivos, sanos, prematuros, de bajo peso o con patologías, como: asfixia perinatal, ictericia, sufrimiento fetal, sepsis; los niños menores de cinco años en las enfermedades comprendidas en la estrategia de atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) y sus complicaciones, según las normas del Ministerio de Salud Pública.

Las prestaciones mínimas a que tienen derecho, son las siguientes:

La atención al recién nacido sano, incluye: la ligadura del cordón umbilical, aspirado de secreciones, prevención de la enfermedad hemorrágica, prevención del enfriamiento, hipoglicemia, asfixia postnatal y de la conjuntivitis; exámenes clínicos básicos, apego inmediato e inicio precoz de la lactancia materna, y vacunas de acuerdo a normas del Ministerio de Salud Pública.

Para el recién nacido con patología, incluirá además: la atención de la asfixia perinatal, ictericia, enfermedad hemolítica, sufrimiento fetal, prematuros de bajo peso, sepsis y neumonía neonatal, tanto en cuidados intermedios como intensivos de las patologías más frecuentes.

La atención a los niños/as sanos menores de un año, que incluye los controles necesarios e integrales, priorizando el control de crecimiento y desarrollo, mediante la administración de micronutrientes y vacunas de acuerdo a esquemas del Ministerio de Salud Pública.

La atención a los niños/as con patología, que incluye la asistencia, protección y tratamiento ambulatorio específicos de las patologías enunciadas en la norma del Ministerio de Salud Pública.

Los niños/as menores de cinco años tienen derecho al control de salud preventiva y la resolución de las enfermedades frecuentes de la infancia de acuerdo a la estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), además de las vacunas para completar los esquemas.

Art. 2.- Del Ministerio de Salud Pública.- El Ministerio de Salud Pública definirá las políticas de salud y las normas técnicas, que garanticen la salud de las mujeres embarazadas, de las madres, de los recién nacidos/as y de los niños menores de cinco años, con la participación de la Unidad Ejecutora del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

El Ministerio de Salud Pública, realizará el proceso de acreditación previsto en el Art. 2-A de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, a través de las Direcciones Provinciales de Salud.

La acreditación constituye requisito previo para que los organismos sin fines de lucro procedan a la suscripción de convenios con el Comité de Gestión del Fondo Solidario de Salud del respectivo cantón.

Art. 3.- De los Municipios y Comités de Gestión.- a cada Municipio le corresponde, de conformidad con lo dispuesto en la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, la implementación dentro de su jurisdicción y con sus recursos, de mecanismos para el transporte oportuno de las emergencias obstétricas, neonatales y pediátricas a centros de mayor complejidad de atención, fortaleciendo el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes. Esta actividad la desarrollarán en coordinación con las unidades operativas locales de salud y la ciudadanía.

En cada municipio funcionará un Comité de Gestión que tendrán a su cargo la administración de los Fondos Solidarios Locales de Salud, con la responsabilidad de ejecutar actividades de promoción, difusión, educación y comunicación sobre aspectos preventivos de la salud sexual reproductiva, e infantil, de acuerdo a las directrices emanadas del Ministerio de Salud Pública.

Art. 4.- Del Comité de Apoyo y Seguimiento.- El Comité de Apoyo y Seguimiento estará estructurado de conformidad con lo dispuesto en la Ley del Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia con los siguientes representantes:

1. Estará presidido por la Primera Dama de la Nación, en calidad de Presidenta del Instituto Nacional del Niño y la Familia;
2. El Ministro de Salud Pública o su representante quien lo presidirá en ausencia de la Primera Dama;
3. La Directora Ejecutiva del Consejo Nacional de las Mujeres; y,
4. El Director Ejecutivo del Consejo Nacional de Salud.

Corresponde a la Presidenta del Comité convocar a las reuniones ordinarias y extraordinarias, por lo menos 48 horas de anticipación.

El Comité de Apoyo y Seguimiento se reunirá en forma ordinaria cada tres meses, y en forma extraordinaria de acuerdo a sus necesidades. El quórum se conformará con la presencia de la mitad más uno de todos sus miembros y las decisiones se tomarán por mayoría simple.

El Coordinador General de la Unidad Ejecutora del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia actuará como secretario del Comité de Apoyo y Seguimiento.

Art. 5.- Funciones del Comité de Apoyo y Seguimiento.- El Comité de Apoyo y Seguimiento, tendrá las siguientes funciones:

- a) Aprobar el Plan Operativo y el presupuesto anual del Fondo Solidario de Salud, que será ejecutado por el Ministerio de Salud Pública;
- b) Nombrar al Coordinador General de la Unidad Ejecutora del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, de una terna propuesta por el Ministro de Salud Pública;
- c) Conocer, analizar y resolver sobre aspectos relativos a las fuentes de financiamiento del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.
- d) Conocer y analizar la información relacionada con la evolución de la mortalidad materno infantil;
- e) Brindar asistencia técnica a las entidades vinculadas con la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia;
- f) Absolver consultas en caso de diferencias entre los participantes en los Comités de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud o los Comités de Usuarios; y,
- g) Analizar, evaluar y definir los planes, programas y resultados de la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

Art. 6.- De la Unidad Ejecutora del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.- Créase la Unidad Ejecutora del Programa de Maternidad Gratuita y Atención, UEPMG como una entidad adscrita al Ministerio de Salud Pública con autonomía administrativa y financiera.

Esta Unidad Ejecutora administrará los recursos asignados a la cuenta Fondo Solidario de Salud, que se conforma según lo previsto en el artículo 3 de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

Los gastos de funcionamiento serán asignados a través del Presupuesto General del Estado, en base al presupuesto solicitado por la Unidad y a los criterios de programación presupuestaria del Ministerio de Economía y Finanzas.

El Ministerio de Economía y Finanzas dispondrá, la transferencia directa de éstos recursos a la cuenta: Fondo Solidario de Salud, en cumplimiento de la establecido en la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

Art. 7.- Funciones de la Unidad.- La Unidad Ejecutora desarrollará las siguientes actividades:

- a. Ejecutar y administrar el Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia;
- b. Elaborar y ejecutar el Plan Operativo y el Presupuesto Anual del Programa del Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia;
- c. Definir criterios técnicos, estándares e indicadores de calidad de los servicios de salud cubiertos por el Programa, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública;
- d. Establecer los requisitos, procedimientos y mecanismos de acreditación de los Comités de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud;
- e. Determinar anualmente las asignaciones locales de recursos destinados a financiar los servicios previstos en la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia;
- f. Evaluar la ejecución de los recursos asignados a los Comités de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud, así como la ejecución de sus planes operativos y adoptar las resoluciones que correspondan; y,
- g. Evaluar la ejecución de los planes operativos presentados por los Comités de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud y adoptar las resoluciones que correspondan.

Art. 8.- Estructura de la Unidad.- La Unidad estará conformada por las coordinaciones: a) General; b) Técnica; c) Administrativa y Financiera; y d) de Gobiernos Locales y Organizaciones. La Unidad tendrá su sede en la ciudad de Quito.

Art. 9.- Funciones del Comité de Gestión de los Fondo Solidario Local de Salud.- Son funciones del Comité de Gestión de los Fondo Solidario Local de Salud las siguientes:

- a) Elaborar los Planes Operativos Anuales en los que constarán: el análisis epidemiológico, la capacidad resolutoria de los servicios y la cuantificación de las necesidades y demandas de la población. Dichos planes serán elaborados y entregados al Comité de Apoyo y Seguimiento dentro de los plazos previstos en la Ley Orgánica de Responsabilidad y Disciplina Fiscal;
- b) Administrar los fondos que se le asignen, de acuerdo a lo señalado en la Ley de Maternidad de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, así como los montos asignados por cada Municipio conforme al presente Reglamento;
- c) Suscribir convenios de gestión según lo dispuesto en la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia;
- d) Emitir las órdenes de pago para la transferencias de fondos a las unidades ejecutoras o prestadoras de servicios de salud, vigilando la distribución oportuna de los recursos;
- e) Evaluar la conveniencia del gasto, a través de informes técnicos sobre el resultado e impacto epidemiológico y social de las prestaciones brindadas a la población;
- f) Vigilar el cumplimiento de la gratuidad de la atención de las prestaciones cubiertas, así como su calidad;
- g) Promover la participación social a través de los Comités de Usuarios;
- h) Realizar auditorías financieras en las unidades operativas y entidades particulares sin fines de lucro; y
- i) Receptar los informes sobre atención a los usuarios, en base a los cuales se realizarán los correctivos adecuados.

Art. 10.- Conformación del Comité de Usuarios.- El Consejo Nacional de Mujeres realizará acciones de promoción de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, promoverá la participación de las organizaciones de mujeres en los Comités de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud, y organizará la conformación de Comités de Usuarios, para cuyo efecto llevará su registro, a fin de posibilitar su funcionamiento.

Se establecerá un Comité de Usuarios por cantón, que contará con representación de sus parroquias.

El Comité de Usuarios estará conformado por un mínimo de cinco y máximo de nueve miembros, preferentemente integrado por mujeres, en calidad de beneficiarias del programa. Dicho comité contará con un Presidente, un Secretario y siete vocales, elegidos democráticamente mediante amplia convocatoria en el ámbito cantonal.

Las actividades de los integrantes de los Comités de Usuarios serán ad-honoren.

Art.11.- De las funciones del Comité de Usuarios.- El Comité de Usuarios, tiene las siguientes funciones:

- a) Acceder a la información relativa a las prestaciones de salud;
- b) Identificar y priorizar las 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 y cobros indebidos, o cualquier otra acción u omisión que implique incumplimiento de la Ley que se reglamenta;
- 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 a las unidades ejecutoras: y
- g) Notificar a las unidades operativas casos de muerte materna e infantil que se presenten en su comunidad.

Art.12.- Funcionamiento del Comité de Usuarios.- El Comité se reunirá de manera ordinaria cada mes, y extraordinariamente de acuerdo al pedido de al menos dos de sus miembros. El Comité aprobará sus resoluciones por mayoría simple y elaborará actas por cada reunión.

Art. 13.- Administración el Fondo Solidario de Salud.- El Fondo Solidario de Salud será administrado por el Ministerio de Salud Pública a través de la Unidad Ejecutora del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

Art. 14.- De las transferencias.- El Ministerio de Economía y Finanzas, así como el Fondo de Solidaridad para el Desarrollo Humano de la Población Ecuatoriana, deberán realizar las transferencias anuales de recursos a la cuenta denominada "Fondo Solidario de Salud", en los montos previstos en el artículo 3 de la Ley de Maternidad Gratuita y de Atención a la Infancia, de manera ágil y oportuna.

El Instituto Nacional del Niño y la Familia asignará anualmente recursos a favor de los programas de reducción de mortalidad materno infantil y promoción de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

Art. 15.- Del Fondo Solidario Local de Salud.- Cada Comité de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud, abrirá en el Banco Central del Ecuador una cuenta especial, denominada "Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia", que estará constituida por los recursos provenientes de:

1. Las asignaciones provenientes del Fondo Solidario de Salud que serán transferidas por la Unidad Ejecutora del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia del Ministerio de Salud Pública;
2. Las asignaciones municipales destinadas a la promoción de la salud, difusión y transporte de las emergencias obstétricas, neonatales y pediátricas;
3. Otros recursos que provengan de la cooperación nacional o internacional.

En la cuenta especial se registrarán las firmas del Alcalde y del Jefe de Área que representa a todas las unidades de salud del cantón.

El manejo financiero estará a cargo de un funcionario o asistente contable municipal que laborará en el Comité de Gestión, quien, sin perjuicio de otras responsabilidades a que tuviere lugar, será el responsable de la contabilidad y administración del mismo.

El presupuesto anual será elaborado por el Comité de Gestión y puesto a consideración del Comité de Apoyo y Seguimiento.

Las Jefaturas de Areas, elaborarán el plan técnico de ejecución de las prestaciones determinadas en la Ley de Maternidad Gratuita y atención a la infancia, en su ámbito territorial.

El Ministerio de Salud Pública depositará mensualmente los recursos correspondientes en la cuenta de cada uno de los Fondos Solidarios Locales de Salud, de acuerdo al número de casos atendidos respecto de la lista de prestaciones contempladas en el artículo 1 del presente reglamento.

Art. 16.- Monto de Asignaciones.- Las asignaciones serán determinadas a través del siguiente procedimiento:

- 1) Se calculará el número esperado de personas a ser atendidas en el cantón, por cada prestación señalada en la Ley que se reglamenta, se multiplicará por el número de consultas necesitadas y por el costo unitario estimado por el Comité de Apoyo y Seguimiento para cada prestación. La suma de los totales parciales de cada prestación representará el monto a ser transferido a cada cantón.
- 2) Adicionalmente se añadirá un 10% por:
 - situación de pobreza que sobrepase el 70% de acuerdo al mapa de pobreza del Ecuador;
 - por dificultad de acceso a las unidades de salud; y,
 - por el porcentaje de muerte materna o infantil que sobrepase el promedio nacional;
- 3) El monto resultante se depositará en el Fondo Solidario Local de Salud creado en cada municipio.

Art. 17.- De la gestión técnica, administrativa y financiera.- Para la administración del Fondo Solidario de Salud y de los Fondos Solidarios Locales de Salud, se utilizará el Manual Técnico Administrativo Financiero que será expedido por el Ministerio de Salud Pública.

Art. 18.- Los aspectos no previstos en el presente Reglamento será resuleto por el Ministro de Salud Pública.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA.- En un plazo de dos meses, contados a partir de la vigencia del presente Reglamento, el Ministerio de Salud Pública, en coordinación con el Comité de Apoyo y Seguimiento, dictará las normas técnicas, administrativas y financieras.

SEGUNDA.- Hasta que se constituyan los Comités de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud, las transferencias del Fondo Solidario de Salud se efectuarán por intermedio del Ministerio de Salud Pública de acuerdo al Manual Técnico Administrativo Financiero que expida.

TERCERA.- Los Alcaldes o Presidentes de Concejo, según corresponda, en un plazo máximo de noventa días contados a partir de la publicación del presente Reglamento en el Registro Oficial, propiciará la integración y funcionamiento de los Comités de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud. Este proceso podrá ser regulado mediante una ordenanza emitida por cada Concejo Municipal. La acreditación de los delegados se hará oficialmente, en un plazo no mayor a treinta días a partir de la convocatoria realizada por el Alcalde.

CUARTA.- Hasta que se cree la partida presupuestaria correspondiente, el Fondo de Solidaridad asignará a la Unidad Ejecutora del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia los recursos necesarios para su funcionamiento operativo, de conformidad con el presupuesto aprobado por el Comité de Apoyo y Seguimiento.

Artículo final.- De la ejecución del presente Reglamento, que entrará en vigencia a partir de la fecha de su publicación en el Registro Oficial, encárgase a los Ministros de Economía y Finanzas y de Salud Pública.

Dado en el Palacio Nacional, en Quito a, 5 de junio de 2002.

GUSTAVO NOBOA BEJARANO

PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPUBLICA

ANEXO No. 2

COMUNIDADES DE INFLUENCIA DE CADA UNIDAD OPERATIVA DEL AREA 6 SUCUA
--

UNIDAD OPERATIVA	UBICACIÓN					
	LOCALIDAD	PARROQUIA	CANTON	ISOMETRÍA*	ISOCRONIA**	
Centro Salud Hospital PIO XII	Sucúa	Sucúa	Sucúa	0 km		
Centro Salud FEDERACION SHUAR	Barrio Sur	Sucúa	Sucúa	0 km		
	Aeropuerto	Sucúa	Sucúa	1 km	15' a pie	
	Ciudadela Los Artesanos	Sucúa	Sucúa	1 km	15' a pie	
	Barrio Los Picinas	Sucúa	Sucúa	500 m	8' a pie	
	Huambinimi	Sucúa	Sucúa	3 km	10' en vehículo	
	Seram	Sucúa	Sucúa	3 km	10' en vehículo	
	El Triunfo	Sucúa	Sucúa	15 km	20' en vehículo	
	Kuyatasa	Sucúa	Sucúa	6 km	15' en vehículo	
	La Merced	Sucúa	Sucúa	3 km	10' en vehículo	
	Tambache	Sucúa	Sucúa	6 km	15' en vehículo	
	Asunción	Asunción	Sucúa	19 km	20' en vehículo	
	Uwe	Asunción	Sucúa	33 km	20' en vehículo 2h pie	
	Kenkuim (Sta. Teresita)	Asunción	Sucúa	25 km	25' en vehículo	
	Sunkants	Asunción	Sucúa	30 km	25' veh. 1h 45' a pie	
Kansar	Asunción	Sucúa	35 km	25' veh. 1h45' a pie		
Subcentro de Salud INNFA	Barrio Centro	Sucúa	Sucúa	0 km		
	Barrio Norte	Sucúa	Sucúa	700 m	10' a pie	
	Barrio 8 de Diciembre	Sucúa	Sucúa	500 m	4' a pie	
	Barrio Upano	Sucúa	Sucúa	100 m	2' a pie	
	Barrio Belén	Sucúa	Sucúa	1 km 300 m	10' en vehículo	
	Barrio La Cruz	Sucúa	Sucúa	1km 600m	10' en vehículo	
	García Moreno	Sucúa	Sucúa	4km 800 m	20' en vehículo	
	Fundaim	Sucúa	Sucúa	6km 800 m	10' en vehículo	
	Seipa Bajo	Sucúa	Sucúa	5km 900m	25' en vehículo	
	Sta. Marianita	Santa Marianita	Sucúa	4km 200m	10' en vehículo	
	Bella Vista	Santa Marianita	Sucúa	3km 400 m	7' en vehículo	
	Diamante	Asunción	Sucúa	15 km 300m	60' vehículo	
	Subcentro de Salud HUAMBI	Huambi	Huambi	Sucúa	0 km	
		Cusuimi	Huambi	Sucúa	15km	45' en vehículo
El Tesoro		Huambi	Sucúa	9 km	20' en vehículo	
San José		Huambi	Sucúa	15km	2 horas a pie	
Suritiak		Huambi	Sucúa	17km	2horas 30'a pie	
Ununkis		Shimpis	Logroño	12 km	1hora 30' apie	
Puesto de Salud YUKUTAI	Yukuteis (Rosario)	Huambi	Sucúa	0 km		
	San Luis del Upano	Sucúa	Sucúa	2 km	30' a pie	
	Saipa Alto	Huambi	Sucúa	15 km	5 horas a pie	
Puesto de Salud KUMPAS	Kumpas	Huambi	Sucúa	0 km		
	Comuna Grande	Shimpis	Logroño	15 km	2horas 30' a pie	
	Wachmas(Comuna Nueva)	Shimpis	Logroño	18 km	3 horas a pie	

ANEXO No. 2

COMUNIDADES DE INFLUENCIA DE CADA UNIDAD OPERATIVA DEL AREA 6 SUCUA

CANTON	UNIDAD OPERATIVA	UBICACIÓN				
		LOCALIDAD	PARROQUIA	CANTON	ISOMETRIA	ISOCRONIA
CANTON LOGROÑO	Subcentro de Salud LOGROÑO	Logroño	Logroño	Logroño	0 km	
		Chiwias	Logroño	Logroño		
		Yampas	Logroño	Logroño	7km	2horas 20' a pie
	Puesto de Salud SHIMPIS	Shimpis	Shimpis	Logroño	0 km	
		Najempaim	Shimpis	Logroño	12km	4 horas a pie
		Chupiankas	Shimpis	Logroño	4 km	1 hora 20' a pie
	Subcentro de Salud YAUPI	Yaupi	Yaupi	Logroño	TRANSKUTUKU	VIA AEREA(No hay carreteras)
		Kupak(kumpak)	Yaupi	Logroño		
		Chatus	Yaupi	Logroño		
		Mejech	Yaupi	Logroño		
		Wawaim	Yaupi	Logroño		
		Wampints	Yaupi	Logroño		
		Stgo. Tucup	Yaupi	Logroño		
	Puesto de Salud YAAPI	Yaapi	Yaupi	Logroño	TRANSKUTUKU	VIA AEREA
		San José	Yaupi	Logroño		
		Tumpaim	Yaupi	Logroño		
		Tayuntsa	S. José de Morona	Logroño		
		Chapis	Yaupi	Logroño		
	Puesto de Salud KAAAN CHICO	Chinkianas	Yaupi	Logroño	TRANSKUTUKU	VIA AEREA
		Tashap	S. José de Morona	Logroño		
		Kaan Chico	S. José de Morona	Logroño		
Kaan Grande		S. José de Morona	Logroño			
Kayamas		S. José de Morona	Logroño			

Fuente: Área de Salud No. 6. Departamento de Estadística

Elaboración: Autor

* ISOMETRÍA. Distancia en kilómetros. Se ha considerado la distancia desde la unidad operativa hasta la localidad o barrio.

** ISOCRONIA. Tiempo estimado en llegar a la localidad o barrio desde la unidad operativa.

ANEXO 3

ÁREA DE SAUD No. 6 SUCUA
POBLACION AÑO 2009

ÁREA DE SALUD No.6	POBLACION TOTAL 2009	GRUPOS PROGRAMATICOS													DET. OPOR. CANCER (DOC)			
		Menor de un año	12 a 23 meses	1 a 4 años	2 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 64 años	65 a 74 años	75 y más años	Embarazad as	MUJERES EN EDAD FERTIL		MAMARIO	C. UTERINO		
													10 a 49 años	15 a 49 años	25 a 64 AÑOS	35 a 64 AÑOS		
TOTAL	22.030	663	665	2.591	1.926	3.093	2.908	2.362	9.331	660	421	828	6.361	5.033	3.965	2.538		
Hospital Pio XII Sucoa	6.663	165	192	724	532	871	893	729	2.939	208	133	206	1.987	1.578	1.289	839		
Centro de Salud de la Federación Shuar	6.052	178	182	718	536	846	801	651	2.560	180	116	223	1.802	1.421	1.119	720		
Subcentro de salud urbano del INNFA	1.171	31	34	126	92	154	154	131	516	37	23	38	357	287	232	149		
Subcentro de Salud rural de Huambí	2.301	56	74	292	219	299	308	261	973	69	44	70	608	477	365	236		
Subcentro de Salud urbano Logroño	1.974	40	41	186	146	309	253	209	875	62	39	50	557	449	369	233		
Subcentro de salud rural de Yaupi	1.161	62	46	164	117	199	157	116	416	29	19	77	306	237	166	101		
Puesto de Salud rural de Nakutes	330	8	11	42	31	43	44	37	139	10	6	10	87	68	52	34		
Puesto de Salud rural de Kumpas	348	8	11	44	33	45	47	39	147	10	7	11	92	72	55	36		
Puesto de Salud rural de Shimpis	1.482	85	53	216	164	233	177	134	570	40	26	106	422	332	239	143		
Puesto de Salud rural de Yaupi	328	17	13	46	33	56	44	33	117	8	5	22	87	67	47	29		
Puesto de salud rural de Kaanchico	219	12	9	31	22	38	30	22	78	6	4	15	58	45	31	19		