

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL



ESCUELA DE DISEÑO Y COMUNICACIÓN VISUAL

LICENCIATURA EN PRODUCCIÓN AUDIOVISUAL

PROYECTO DE GRADUACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE

LICENCIADO EN PRODUCCIÓN AUDIOVISUAL

TEMA

DESCRIPCIÓN DE LA ETAPA PREPRODUCCIÓN (MANUAL DE FUNCIONES,
CRONOGRAMA DE TRABAJO, PLAN DE RODAJE)

MANUAL DE DISEÑO

AUTORES

Paola Abarca

Marjorie Mora Guerrero

Alex Quinté

AÑO

2009

AGRADECIMIENTO

A Dios en primer lugar por su bendición durante toda la realización del proyecto.

A nuestros padres que de una u otra forma nos ayudaron incondicionalmente.

Y a aquellas personas que colaboraron y compartieron sus conocimientos a toda hora que se los requirió.

DEDICATORIA

Este proyecto va dedicado a la memoria de Carlitos y Fernanda.

Al grupo de amigos que compartió con nosotros tantas experiencias y logró salir adelante por su gran esfuerzo y su excelente calidad humana.

A nuestros familiares, amigos y colaboradores; pero muy en especial a nuestros padres que gracias a sus esfuerzos hemos logrado cumplir nuestras metas y la realización de este proyecto.

DECLARACIÓN EXPRESA

La responsabilidad por los conceptos, ilustraciones, videos y demás recursos empleados en este proyecto de graduación y el patrimonio y propiedad intelectual de la misma le corresponde a EDCOM (*Escuela de Diseño y Comunicación Visual*), de la Escuela Superior Politécnica del Litoral **ESPOL**.

DIRECTORES DE PROYECTO DE GRADUACIÓN

Ing. Javier Ceballos

AUTORES DEL PROYECTO DE GRADUACIÓN

Paola Abarca

Marjorie Mora Guerrero

Alex Quinté

RESUMEN

El uso de las tecnologías permite el registro de las culturas en sus aspectos verbales y de tradición oral mediante el registro documental, un registro que ha significado desde ya una experiencia que explora varias realidades, tanto para los realizadores como para la parte expectante.

Por esa razón valiéndonos del fenómeno Salud Pública, desarrollamos dos historias que ilustran las vivencias de la población en las distintas instituciones de salud ecuatorianas, mostrando varios factores: el social, cultural, económico e informativo.

Ésta puesta en escena tiene la finalidad de reproducir fiel y responsablemente situaciones que nos permitan revalorizar opiniones, erradicando la falta de conocimiento y el miedo que surgen en estas situaciones categorizadas mundialmente como necesidad social.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL.....	viii
1. ANTECEDENTES.....	2
1. 1 ANTECEDENTES DE EDCOM.....	2
1. 2 ANTECEDENTES DEL PROYECTO.....	2
1. 3 SELECCIÓN DE TEMA PARA DOCUMENTAL.....	3
1. 4 INVESTIGACIÓN PRELIMINAR.....	3
1.4.1 INVESTIGACIÓN INTRODUCTORIA.....	3
1.4.2 ANALISIS DE LA INVESTIGACIÓN INTRODUCTORIA.....	17
1.4.3 INVESTIGACIÓN DE LOS TEMAS ESCOGIDOS.....	17
2. SITUACIÓN ACTUAL Y JUSTIFICACIÓN.....	Error! Bookmark not defined.
2.1 SITUACIÓN ACTUAL.....	43
2.1.1 PRESENTACIÓN DEL PROYECTO.....	43
2.1.2 DELIMITACIÓN.....	43
2.1.3 MOTIVACIÓN.....	43
2.2. JUSTIFICACIÓN.....	44
3. PROPUESTA.....	Error!
3.1 OBJETIVOS.....	Error!
! Bookmark not defined.	
3.1.1 OBJETIVOS GENERALES.....	Error! Bookmark not defined.
3.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	Error! Bookmark not defined.
3.2 MARCO CONCEPTUAL.....	Error! Bookmark not defined.
4. ANÁLISIS Y COMPARACIÓN DEL PRODUCTO.....	Error! Bookmark not defined.
4.1 ANÁLISIS Y COMPARACIÓN.....	49
5. REQUERIMIENTOS OPERACIONALES E INFRAESTRUCTURA.....	51
5.1 REQUERIMIENTOS DE HARDWARE.....	51
5.2 REQUERIMIENTOS DE SOFTWARE.....	51
5.2.1 ASPECTOS TÉCNICOS.....	51
5.3 REQUERIMIENTOS DE VIDEO.....	52
5.4 REQUERIMIENTOS DE SONIDO.....	53
5.5 REQUERIMIENTOS DE ILUMINACIÓN.....	53
5.6 EQUIPO DE TRABAJO.....	54
5.6.1 GRUPO DE TRABAJO.....	55
5.6.2 ORGANIGRAMA.....	55

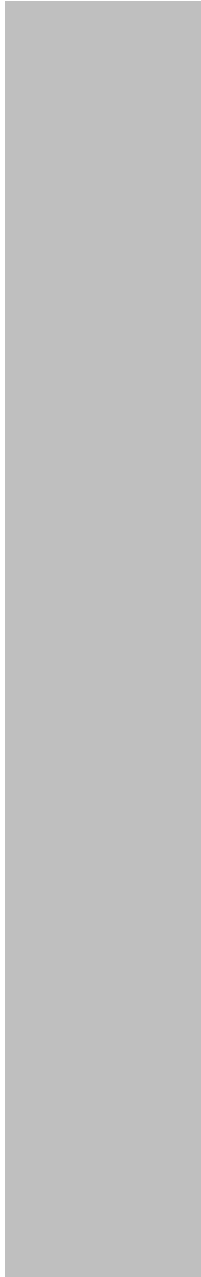
6. PRE-PRODUCCIÓN.....	57
6.1 DESARROLLO Y ESPECIFICACIONES DE LA ETAPA DE PRE-PRODUCCIÓN.....	57
6.1.1 ANTECEDENTES.....	57
6.1.2 DISEÑO METODOLÓGICO.....	57
6.1.3 DISTRIBUCION DE FUNCIONES.....	58
6.2 MANUAL DE FUNCIONES.....	59
6.2.1 OBJETIVOS DE UN MANUAL DE FUNCIONES.....	59
6.2.2 VENTAJAS.....	59
6.2.3 CARGOS.....	59
7. PRODUCCIÓN.....	76
7.1. CRONOGRAMA DE TRABAJO.....	76
7.2. CONCEPTO.....	76
7.3. PLAN DE RODAJE.....	77
8. BIBLIOGRAFIA Y VIDEOGRAFÍA.....	Error! Bookmark not defined.
8.1. BIBLIOGRAFIA.....	81
8.2. VIDEOGRAFIA.....	84
8.3. ANEXOS.....	86
8.3.1. BANCO DE PREGUNTAS.....	86
8.3.2. IMAGEN CORPORATIVA.....	86
8.3.3. REGISTRO FOTOGRÁFICO.....	86
8.4. GLOSARIO.....	97

ÍNDICE TABLAS

TABLA 1-1: RECURSOS DE SALUD EN EL ECUADOR- AÑO 2005.....	4
TABLA 1-2: DATOS ESTADÍSTICOS SOBRE QUÉ INSTITUCIÓN TIENE LA MAYOR TASA DEMORTANDAD Y LAS CAUSAS.....	20
TABLA 5-1: REQUERIMIENTO DE HARDWARE.....	51
TABLA 5-2: ORGANIGRAMA DE TRABAJO.....	55
TABLA 7-1: PLAN DE RODAJE DEL 21 DE MARZO DEL 2009.....	77
TABLA 7-2: PLAN DE RODAJE DEL 4 DE ABRIL DEL 2009.....	78
TABLA 7-2.1: PLAN DE RODAJE DEL 4 DE ABRIL DEL 2009.....	79

ÍNDICE FIGURAS

FIGURA 8-1: LOGO.....	89
FIGURA 8-2: PAPELERÍA	90
FIGURA 8-3: PORTADA.....	91
FIGURA 8-4: POSTER.....	92
FIGURA 8-5: CAJA DE DVD CERRADA.....	93
IMAGEN A-6: CAJA DE DVD ABIERTA.....	94
FIGURA 8-7: REGISTRO DE GRABACIÓN 1.....	95
FIGURA 8-8: REGISTRO DE GRABACIÓN 2.....	95
FIGURA 8-9: REGISTRO DE GRABACIÓN 3.....	96
FIGURA 8-10: REGISTRO DE GRABACIÓN 4.....	96



CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

1. ANTECEDENTES

1.1 ANTECEDENTES DE EDCOM

La EDCOM (Escuela de Diseño y Comunicación Visual), está adscrito al Instituto de Tecnologías y es una Unidad Académica de la ESPOL (Escuela Superior Politécnica del Litoral). EDCOM fué creada para ofrecer e impartir una excelente educación en Sistemas de Información, Diseño Gráfico y Publicitario, Producción Audiovisual y Sistemas Multimedia, con el único fin de brindar servicios tecnológicos a la sociedad ecuatoriana. Estos servicios disponibles, están apoyados con la última tecnología en computación y basados en altos estándares de calidad, respetando los lineamientos y la filosofía de la ESPOL.

Entre los muchos servicios disponibles en EDCOM - ESPOL están:

- Asesoramiento en la adquisición de hardware y software.
- Auditoria de Sistemas.
- Desarrollo de Sistemas informáticos.
- Diseño de Imagen.
- Estudios de Automatización global y parcial.
- Estudios de modernización.
- Imagen Corporativa.
- Mantenimiento de programas y sistemas.
- Outsourcing (hardware, software y personal).
- Productos Audiovisuales.
- Productos en Multimedia.

1.2 ANTECEDENTES DEL PROYECTO

La preproducción y realización de productos audiovisuales en el campo documental, se abre espacio a la exigencia de complementar la creatividad y además explotarla, con un estilo diferente por parte de los estudiantes de Diseño y Producción Audiovisual, que con el apoyo de otras aplicaciones y recursos, pueden elaborar trabajos que fácilmente podrían competir con productos elaborados en el exterior.

Esta producción de documentales, trata de implantar un atractivo visual no solo para un público específico, si no que intenta llegar a todo un mercado que busca algo nuevo e innovador para sus ojos. A tal punto llega ésta situación, que en nuestro medio ha estado incursionando en éste campo con excelentes producciones, las cuales han ido evolucionando en la última década, no a pasos agigantados, pero sí a pasos firmes.

Es importante recalcar que dentro del proceso de la preproducción, no todo es simplemente tener los recursos necesarios combinados con una excelente organización. Si no, entender que para obtener resultados categóricos es necesario apoyarse en un argumento atrayente y sobre todo muy convincente. Tener un gran documental, requiere tener una gran historia que contar.

1. 3 SELECCIÓN DE TEMA PARA DOCUMENTAL

Para la selección del tema, se tuvo como limitación principal que debe ser un documental con contenido social. Así que tomando en cuenta lo anterior, se expusieron las siguientes opciones:

- Educación.
- Salud pública.
- Desempleo, después del empleo.
- Delincuencia.
- Energía alternativa.
- Explotación infantil.

Teniendo ya las opciones, se realizó un proceso de votación entre todos los estudiantes involucrados en el proyecto, y como resultado salió seleccionado el tema de Salud Pública para nuestro grupo de trabajo.

1. 4 INVESTIGACIÓN PRELIMINAR

1.4.1 INVESTIGACIÓN INTRODUCTORIA

Considerando la Salud Pública como idea principal. El grupo de trabajo decidió realizar una ardua investigación sobre el tema antes mencionado, con la finalidad de recopilar la mayor cantidad de información que más adelante nos sirva para tener un enfoque específico en la realización del documental.

Producto de la investigación salieron los siguientes temas, descritos a continuación:

● Sector Salud en General

La organización de los servicios de salud en el país es más que compleja, con variedad de instituciones públicas, privadas y ONGs, descoordinada, aunque existe el Consejo Nacional de Salud (CONASA) que agrupa a la mayoría de las instituciones. A pesar de esta proliferación de instituciones que proveen servicios de salud, cerca del 30% de la población en el 2006, no tenía acceso a ninguno de ellos.

El Ministerio de Salud Pública atiende al 28% de los ecuatorianos, el sector privado el 20%, la seguridad social al 10%, el Seguro Social Campesino al 8%, la Junta de Beneficencia y SOLCA al 15 %, las Fuerzas Armadas el 1%, el Seguro Privado al 1 %. Con esto, un 27% no acceden a estos servicios de salud y se atienden con sistemas tradicionales de medicina popular.

Las estadísticas de servicios de salud son elocuentes. El número de médicos en el área rural es insuficiente. Ecuador tiene 743 hospitales con 21.368 camas. Y aunque las unidades de salud parecen suficientes, persisten problemas en la calidad, mala distribución e ineficiencia.

Indicadores	Personal
Personal de salud, por cada 10.000 habitantes	1,6 camas 14,4 médicos 1,8 odontólogos 5,8 enfermeras 0,9 obstetrices 11,2 auxiliares de enfermería
Servicios de salud (en números totales)	743 con hospitalización 3.169 sin hospitalización

Tabla1-1: Recursos de Salud en el Ecuador, Año 2005.

El sector salud en Ecuador presenta múltiples problemas: financiamiento pobre, baja cobertura, distribución inequitativa de los servicios de salud, modelo predominantemente curativo de atención, ineficiencia institucional, pobre regulación de servicios privados, entre otros.



● **Política del Gobierno ante la Salud Pública.**

Ecuador es uno de los países de la región con mayores desigualdades en materia de salud y con menor impacto de los recursos invertidos en salud, sólo superado por Nicaragua, Honduras, Bolivia y Haití.

El Sistema de Salud del Ecuador se caracteriza por su segmentación. Como en otros países andinos de la zona, un sistema de seguridad social financiado por cotizaciones de los trabajadores del sector formal coexiste con sistemas privados para la población de mayor poder adquisitivo y con intervenciones de salud pública y redes asistenciales para los más pobres.

La estructura del sector salud en Ecuador, como se ha indicado, está claramente segmentada. Existen múltiples financiadores y proveedores: Ministerio de Salud, Seguro Social IESS, ICS, ONG, etc., que actúan independientemente solapándose en ocasiones sus actuaciones.

La cobertura de la seguridad social es relativamente baja (IESS 10% y Seguro Campesino 10%) y la red asistencial pública muy limitada quedando aproximadamente sin cobertura un 30% de la población. Otros prestadores que cubren pequeñas cuotas de

aseguramiento son: la Sociedad Ecuatoriana de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA), la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG) y los servicios de la Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional.

La consulta nacional de 1997 atribuye cuatro roles del estado en salud:

1. Rectoría
2. Promoción de la salud,
3. Garantía de acceso equitativo a la atención y
4. Provisión descentralizada de los servicios.

La estructura dependiente del MSP está muy debilitada por la falta de presupuesto y su capacidad de liderar el sector salud es por el momento limitada.

La red de servicios de salud dependiente del Ministerio de Salud Pública (MSP) se estructura de forma regionalizada con dos niveles de descentralización: el provincial (direcciones provinciales de salud) y cantonal (áreas de salud). Las áreas de salud no siempre coinciden con la delimitación del cantón.

El principal problema que tienen las redes de salud es la escasez de personal y su limitada capacidad de resolución en atención primaria y especializada de nivel cantonal y provincial. Efectivamente, los médicos de MSP están contratados por 4 horas/día recibiendo un salario en torno a los 450 U\$/mes (incluidas bonificaciones). Se estima que en el medio rural existen menos de dos médicos de planta por 10.000 habitantes, el resto de médicos son residentes que hacen su año rural.



● **La reforma del sector salud.**

Casi tres décadas han transcurrido desde la Reunión de Alma-Ata, donde se fijó la meta de “Salud Para Todos en el año 2000” y se establecieron los indicadores sanitarios mínimos, a alcanzar por parte de los países de Latinoamérica y el Caribe.

Unos cuantos años después empezaron a generarse propuestas de Reforma al Sector Salud, muchas de ellas dentro de las Reformas a los Estados. Lamentablemente, el desarrollo político y social fue insuficiente, se acentuó la falta de equidad y al culminar el siglo XX, más del 20% de la población carecía de acceso a la protección total de la salud. El análisis de la reforma del sector salud intentó entonces, además de examinar las políticas sociales para extender la cobertura, vincular a éstas con los factores condicionantes y determinantes de las estrategias adoptadas para alcanzar estas metas.

En la región de las Américas, la Reforma del Sector de la Salud y del desarrollo de las políticas sanitarias se producen en contexto de apertura económica, consolidación democrática y ajuste estructural de los Estados. Procesos que han influido en los mecanismos y estrategias orientadas a mejorar el acceso de la población a los sistemas

de protección social, especialmente en la década de los 90, donde se intensificaron estos procesos

En la I Cumbre de las Américas, celebrada en EEUU en 1994, los gobiernos de la región reafirmaron su compromiso de incorporar en sus procesos de Reforma del Sector de la Salud, mecanismos para garantizar el acceso equitativo a determinados servicios básicos sanitarios y de mejorar la calidad de los mismos. Un año después, la Organización Panamericana de la Salud junto con otras agencias internacionales, patrocinaron una reunión especial sobre Reformas del Sector de la Salud, donde se establecieron sus criterios rectores, basados en los principios de equidad, efectividad y calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social.

En los primeros años de la década de los 90 los países de la región aún no tenían una unificación de criterios respecto a la Reforma del Sector de la Salud, la reunión convocada en 1995 por la Organización Panamericana de la Salud produjo luego, una definición que se ha venido utilizando ampliamente desde entonces:

“La Reforma en Salud es un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones, y con ello lograr la satisfacción de necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los Sistemas de Salud realizada durante un período determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan”.

En 1998 la OPS redactó y sugirió unos lineamientos metodológicos para la preparación de los perfiles de los sistemas de servicios de la salud, en los países de la región, en sus componentes básicos: contexto político, económico y social; organización general, recursos y funciones; y, seguimiento y evaluación de las reformas.



● ¿Cómo mejorar la atención en los servicios de salud?

Una queja frecuente de los usuarios de los servicios de salud es la dificultad para obtener turnos y el largo tiempo que deben esperar para estar atendidos. En los servicios públicos el promedio es cercano a dos horas.

¿A dónde acuden los ecuatorianos para cuidar su salud?

Lamentablemente por ciertas barreras, una de ellas el costo de la atención médica ó el tiempo que se espera, acuden a las farmacias. También prefieren deudas impresionantes en sectores privados, por miedo a recibir atención de mala calidad en algunos sectores públicos. Esto puede llevar a muchos problemas, por ejemplo el ser automedicado a efectos adversos de una medicación mal indicada.

¿Cuáles son las quejas más frecuentes de los usuarios/as?

Aquí hay un dato interesante; se realizaron varias investigaciones y entre ellas si aparece el tiempo de espera, con tiempos de espera con un promedio de 2 horas hasta 5 horas, que es demasiado cuando el estándar de calidad es de 45 minutos. Pero el

problema se agrava porque los usuarios no lo perciben o lo aceptan, por la razón que no tienen otra opción por su capacidad de pago.

¿Cuáles son las iniciativas para mejorar la calidad de atención a la ciudadanía?

En todas las Áreas de Salud hemos comenzado a aplicar el modelo de atención Integral, Familiar, Comunitaria; este tiene varios aspectos pues se enfoca en la prevención, sin descuidar por supuesto la recuperación y la rehabilitación. Los médicos saldrán a visitar a la población y esperamos que no sea un programa de gobierno, sino que sea una política de estado para que este se mantenga.

Dentro de este modelo de atención identificamos las zonas más vulnerables y vamos a trabajar junto a ellas.

¿Cómo funciona el sistema de turnos en su área?

En este tema es donde hay mayor queja por parte de los usuarios/as, porque desde las 4 de la mañana la gente comienza a hacer fila, los turnos son insuficientes y no hay suficiente personal para abastecer al sector. Ante esto estamos implementando un sistema nuevo de dotación de turnos, con citas diferidas e incluso citas vía telefónica.



● Presupuesto del Sector Salud

1. Monto del presupuesto

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

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

Respecto al gasto total del PGC y del PIB, el presupuesto del sector salud pasa del 2.7% al 6.6% y del 0.7% al 1.4% entre los años 2000 y 2006.

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

3. Presupuesto del sector salud por grupo de gasto

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

4. Presupuesto del sector salud por naturaleza del gasto

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

5. Gasto en salud por cápita anual

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



● **Evaluación de servicios de Salud Sobre “La atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI”.**

La presente “Evaluación de servicios de salud, sobre la Atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia, AIEPI, tiene como objetivos: Determinar la calidad de la atención a los niños y niñas menores de cinco años, establecer la disponibilidad de equipo técnico, medicamentos, materiales y suministros y práctica de manejo integrado de casos.

La muestra incluyó 41 servicios de salud, de diferente nivel de complejidad de las provincias de Chimborazo, Guayas, Imbabura y Pichincha, se evaluaron a 63 profesionales de la salud (médicos, personal de enfermería y otros), de los cuales 49 habían recibido capacitación sobre la estrategia; se realizó del 13 al 21 de abril del 2000.

El estudio contempló, la observación del manejo de casos, una entrevista de salida a la madre y/o cuidadora de la niña, la revisión del equipamiento y la verificación de disponibilidad de medicamentos.

Los principales resultados indican que: una proporción importante de niñas (34.47%) fueron evaluados para los tres signos de peligro, al 68.7% le averiguaron acerca de la presencia de tos, diarrea y fiebre, en el 81.5% de los de los casos se utilizó la curva de crecimiento para evaluar el peso y en el 73.8% de los niños observados, se verifico el estado de la vacuna.

La consejería no se realiza de manera adecuada durante la consulta. Únicamente en la tercera parte de los evaluados se practicó esta acción.

Al momento de la visita de evaluación la mayor parte de los servicios evaluados no contaban con los insumos, materiales y medicamentos necesarios para la atención.

No se realiza una supervisión sistemática de los procesos de capacitación así como de los mecanismos gerenciales de la estrategia.

Los resultados de esta evaluación constituyen un elemento trazador para vigilar la

calidad de la atención en los servicios de salud.



● **Telesalud. Factibilidad en el Ecuador.**

Las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs), han abierto nuevas alternativas para que los profesionales de la salud reúnan información y organicen las necesidades de salud de sus pacientes a distancia. En la actualidad, mucha información médica puede ser transmitida por teléfono, incluyendo los electrocardiogramas, encefalogramas, rayos X, fotografías y documentos médicos de todo tipo. Dicha información se puede reunir y enviar desde el domicilio de un paciente a un centro médico principal para su interpretación y asesoría sobre el tratamiento. El rápido intercambio de información médica permite al paciente permanecer en su propio domicilio y comunidad, como también recibir la más completa y moderna atención médica.

Al igual que otros países en vías de desarrollo, el Ecuador tiene problemas en la dotación de servicios médicos, particularmente en unidades de salud remotas o distantes de los centros de tercer nivel; pudiendo destacarse la insuficiencia de especialistas, la escasez de recursos y su centralización. A estos problemas, en el país se agregan otros, como su gran diversidad geográfica, el aislamiento de unidades de salud remotas y las dificultades de comunicación interna. La Tele Salud se plantea como una solución a estos problemas.

Consciente de estas circunstancias, El Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador decidió impulsar un Proyecto Piloto de Telemedicina orientado, en un inicio a la consulta de emergencia y desastre, así como a la aplicación de Programas de Educación Continua a distancia, contando con el apoyo del Ministerio de Defensa del Ecuador, a través de la Fuerza Aérea Ecuatoriana (FAE), como un agente básico y de importancia en la colaboración en el área de la conectividad satelital estratégica, por su experiencia y profesionalismo.

Telesalud es un modelo de atención que aprovecha las modernas y actuales tecnologías de información y comunicación con el objeto de brindar asistencia médica, a quien lo requiera, en sitios distantes. Por otro lado, la posibilidad de acceso a una segunda opinión o de alta especialidad en centros metropolitanos, crea una expectativa positiva a la utilización de la Telesalud. Además, ofrece un mayor acceso a la educación y la investigación médica, en especial para los estudiantes y los médicos que se encuentran en regiones apartadas.

Los sistemas de comunicación como la videoconferencia y el correo electrónico permiten a los médicos de diversas especialidades consultar con colegas y pacientes con mayor frecuencia, y mantener excelentes historiales de las consultas. La tele cirugía o la colaboración electrónica entre profesionales, hace posible que cirujanos con menos

experiencia realicen intervenciones de urgencia con el asesoramiento y la ayuda de cirujanos expertos.



● Perfil de riesgos, vulnerabilidad y exclusión social en salud.

Los países de América Latina y El Caribe enfrentan hoy un gran desafío, porque a pesar del compromiso político de proveer a todos sus ciudadanos de un nivel básico de protección social en salud y de los esfuerzos que han representado casi veinte años de reforma de los sistemas de salud, alrededor de un 20% de su población está excluida de los mecanismos de protección existentes contra los riesgos de enfermar y tampoco cuenta con los recursos mínimos para resolver sus problemas.

De acuerdo a las categorías de las Naciones Unidas, el Ecuador se registra como país de desarrollo humano medio; en 1990 se encontraba en el lugar 56 de entre 130 países, en 1999 ocupó la posición 72 entre 174 países, lo que muestra su caída en nivel de logros de desarrollo humano, su tendencia es a la baja. El PIB en 1999 presentó un fuerte decrecimiento (7.3%), sin embargo para el 2000 se obtuvo un 1.9% de crecimiento y para el 2001 se espera un crecimiento de 5%, lo que implicaría una ligera recuperación económica.

Por otra parte la distribución del ingreso en el Ecuador ha empeorado en los últimos 5 años, el 20% más rico de la población es el único grupo que ha podido concentrar más ingreso en el último lustro, llegando a contabilizar el 53% del ingreso total. Por otro lado, el 20% más pobre de la población ecuatoriana ha visto bruscamente reducida su participación en el ingreso especialmente en el 98 a raíz de la crisis económica. El 80% de la población recibe menos ingresos en conjunto que el 20% restante, lo que explica la categorización del Ecuador como uno de los países más inequitativos del mundo. El coeficiente de Gini para 1998 fue de 2.3%.

Los datos indican que la pobreza se incrementó a partir de 1998 por el aumento de la inflación y el desempleo y la caída de los salarios reales que siguieron a la crisis financiera; en 1999 y 2000 la pobreza llegó a afectar a casi la mitad de la población de las ciudades (46%), la región Costa fue la más afectada (49%) y la Sierra (36%). A finales del 2000 la pobreza urbana se detuvo y descendió a un 43%.

Esta situación ha afectado a la salud de la población de diferentes maneras tanto en el incremento de la morbilidad como en la gravedad de las mismas; por otra parte la contracción financiera se reflejó en los presupuestos públicos y a la vez, disminuyó el universo de cotizantes a la Seguridad Social lo que hizo que las respuestas a esta problemática enfrenten serias dificultades. Este panorama hace que sea necesario profundizar en la situación de desprotección social en salud en el Ecuador de forma que permita encarar al futuro con instrumentos que permitan optimizar los recursos disponibles de la sociedad de mejor manera.



● Plan estratégico del ministerio de Salud Pública

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

1. *SISTEMA NACIONAL DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL DE SALUD*

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

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

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

3. FORTALECER LA RECTORÍA DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

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

4. REFORZAMIENTO DE LOS PROGRAMAS PRIORITARIOS DE SALUD

- Anticipar los procesos de atención a los programas de control de enfermedades de alto riesgo epidemiológico y de inmunizaciones, con el fin de iniciar oportunamente la ejecución de los mismos.
- Ampliar las coberturas en inmunizaciones y promocionar la salud ambiental, enfocada especialmente a la vigilancia de la calidad del agua y de los factores ambientales determinantes.
- Reforzar la vigilancia epidemiológica y los programas de promoción y prevención en todos los niveles con especial énfasis en aquellas zonas amenazadas por las estaciones invernales, fenómenos naturales o con riesgos de epidemias como dengue, malaria, influenza aviar, rabia, leishmaniasis y oncocercosis.
- Apoyar todas las actividades relacionadas con el control de VIH-SIDA con miras a cumplir con los Objetivos y Metas del Milenio.
- Reforzar los programas de prevención de enfermedades crónicas no transmisibles con énfasis en los problemas relacionados con la dieta alimenticia (diabetes, hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad).
- Apoyar la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita continuando con el pago por las prestaciones brindadas tanto en las Unidades del MSP, como en aquellas que han realizado convenios de gestión y fomentar la participación de los Comités de Gestión Local.

5. PROGRAMAS DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

- Liderar el Sistema Integrado de Alimentación y Nutrición (SIAN) con énfasis en los grupos de embarazadas, madres en período de lactancia y niños.
- Reforzar el Programa PANN 2000 para la entrega de alimentos complementarios “Mi

papilla” y “Mi bebida” y micronutrientes como hierro, ácido fólico y vitamina A.

- Optimizar las campañas nacionales de fomento del programa de Lactancia Materna.

6. PROGRAMA DE MEDICAMENTOS

- Implementar a nivel nacional un Registro único de proveedores para todas las instituciones de salud con capacidad de comercialización y distribución en todo el país.
- Optimizar los procesos de adquisición de medicamentos genéricos a través de subastas de precios, para la provisión directa a las Unidades Operativas.
- Establecer un Sistema de Control permanente de la calidad posregistro de los medicamentos, de los establecimientos de comercialización y la distribución ilegal de fármacos.

7. OBRA PÚBLICA

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

8. FINANCIAMIENTO

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

9. POLÍTICO ADMINISTRATIVO

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

10. COOPERACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL

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



● Problemas específicos de salud. Análisis por grupos de población.

La salud del niño

La ENDEMAIN 94 estimó la mortalidad infantil nacional en 44 por 1.000 nacidos vivos, con grandes diferencias en el ámbito provincial: en Chimborazo, de población predominantemente rural e indígena, se estimó una tasa de 100 por 1.000 nacidos vivos, mientras que en Pichincha y Guayas, con predominio urbano en sus principales ciudades, Quito y Guayaquil, las tasas estimadas fueron de 32 y 33 respectivamente.

La salud del adolescente

En 1990, el grupo de 10 a 19 años de edad representaba 23,4% de la población. El trabajo a temprana edad, las migraciones y la falta de inserción cultural, entre otros factores, provocan en los adolescentes situaciones conflictivas que se expresan en problemas relacionados con su salud reproductiva y mental, y con sus posibilidades de desarrollo. Del total de muertes de 1995, 4,2% correspondieron a adolescentes. Tanto en el grupo de 10 a 14 años como en el de 15 a 19 la primera causa de muerte para ambos sexos fue accidentes y violencias, con 971 defunciones registradas, lo que representa una tasa de 37,6 por 100.000 habitantes, con franco predominio en la población masculina de 2,8:1 (716 varones y 255 mujeres).

La salud del adulto

Las principales causas de muerte en los adultos de 20 a 59 años son las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, los tumores malignos y los accidentes y violencias. En 1995, en los hombres de 20 a 44 años predominaron los accidentes y violencias, con 3.046 muertes, 52,3% del total de 5.828 muertes por todas las causas en este grupo. Entre las formas violentas de muerte se destacan los homicidios, con 936 defunciones, y los accidentes de transporte, con 653, seguidos por las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, con 535 defunciones (9,2% del total), los tumores malignos, con 257 (4,4%) y la tuberculosis, con 252 (4,3%).

La salud del adulto mayor

En 1995, en el grupo de 60 años y más las primeras causas de muerte fueron las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares y los tumores malignos. En los hombres de 60 y más años, las primeras causaron 3.455 defunciones (27,1% del total) y los tumores malignos 1.848 (14,5%); otras causas importantes fueron los accidentes y violencias, con 848 muertes (6,7%), la neumonía, con 750 (5,9%) y la diabetes, con 503 (3,9%). En las mujeres de este grupo de edad, las causas de defunción guardaron similar proporción: enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares 3.322 (27,4% del total), tumores malignos 2.010 (16,6%), neumonía 803 (6,6%) y diabetes 788 (6,5%).

La salud de la familia

Con una tasa global de fecundidad de 3,5 para el período 1990–1995 y un promedio

nacional de cinco miembros por núcleo familiar, las familias ecuatorianas, sobre todo en el ámbito urbano, han sufrido un proceso de transformación importante en las últimas décadas, caracterizado por la disminución de su tamaño, la menor participación en el entorno comunitario y solidario de la familia ampliada y el aumento de los casos de separación o divorcio, que ha creado una gran proporción de familias monoparentales.



● **Análisis de situación y tendencias de salud**

La población del Ecuador se estimó en 11.936.858 habitantes para 1997, 55,4 % de los cuales viven en zonas urbanas. La tasa de crecimiento poblacional fue de 2,1% en el último período intercensal (1982–1990) y se estima en 1,9% anual para 1995–2000. En 1995 los menores de 15 años constituían 36,4% de la población frente a 38,9% en 1990. Este grupo de edad representará 33,8% de la población total en el 2000. En 1995, 49,8% de la población vivía en la región de la costa, 44,8% en la sierra, 4,6% en la Amazonia, 0,1% en la región insular y 0,7% en zonas no delimitadas geopolíticamente.

La tasa de natalidad nacional, corregida por nacimientos inscriptos tardíamente (50% del total) se ubicó en 23,7 por 1.000 habitantes en 1995, lo que representa una disminución de 7,8% respecto del valor de 1990 (24,7). Según la Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil (ENDEMAIN 94), la tasa global de fecundidad de mujeres bajó de 4,0 hijos en el período 1985–1990 a 3,6 en 1989–1994 (4,6 en la zona rural y 2,9 en la urbana). El descenso se explica en gran parte por el aumento de los años de escolaridad en las mujeres y su creciente incorporación al mercado de trabajo, la migración del campo a la ciudad y los programas de planificación familiar. La población indígena, en cambio, mantiene altas tasas de fecundidad, como se observa en provincias de la sierra como Bolívar, con 5,12 hijos por mujer, y de la costa del Pacífico, como Esmeraldas, con 4,66 hijos por mujer.

El 8% de los hombres y el 12% de las mujeres son analfabetos. Un 30% de los hablantes de lengua indígena son analfabetos frente a 10% de hispanoparlantes. Solo 53% de la población indígena accede a la educación primaria, 15% a la secundaria y menos de 1% a la superior.

Se estima que 63% de la población total se vio afectada en alguna medida por la pobreza en 1995, en comparación con 54% en 1990. El 40,3% de la población total tiene alguna necesidad básica insatisfecha (NBI). Este indicador oscila de 60,8% en la zona rural a 27,0% en la urbana. El 40% de la población total es pobre y el 15%, indigente. Las provincias más pobres y con mayor porcentaje de hogares con NBI presentan los menores índices de urbanización y, paradójicamente, las tasas de mortalidad registrada más bajas. Esto se explica por el subregistro, que aún no se ha cuantificado en el nivel provincial.

Sobre la base de los datos del Censo de Población de 1990 se estimó para ese año una población indígena de 910.146 (9,4% de la población total), concentrada en las zonas rurales de la Amazonia ecuatoriana y de la sierra. No existen mapas que permitan ubicar con precisión las distintas etnias. Datos estadísticos de 1994 indican que predomina la etnia quichua, que se concentra en las regiones de sierra (66.964) y en la Amazonia (72.528). Otras etnias de la Amazonia son los shuaras (36.634), los aschuaras (4.000),

los huaoranis (1.200), los cofanes (627) y los siona-secoya (600). En la costa se encuentran 5.000 chachis, 1.000 tsachelas y 27.648 quichuas. Aún no se ha cuantificado la población ecuatoriana de origen africano, que se concentra en la costa y en dos provincias de la sierra.



● Más muertes por atención médica fallida.

En el 2006 se reportaron más de 2.000 quejas contra instituciones de salud, según datos de la Defensoría del Pueblo.

Enfermo tras un accidente y con una depresión que lo lleva a pensar en lo inútil que es vivir, José Garzón se debate entre consumirse en el dolor o armarse de coraje para luchar por sus hijos. La muerte de Fany Maldonado, su esposa, está fresca. La perdió el pasado 22 de agosto, el mismo día en que traía al mundo al cuarto de sus vástagos, cuando por una supuesta negligencia médica su vida se apagó en el quirófano de la clínica Minchala, ubicada en Ayacucho y Los Ríos.

La angustia reflejada en sus ojos llorosos solo se aplaca cuando sostiene a Fernandito, el sobreviviente de lo que él llama una tragedia. El niño tiene unas manchas oscuras en el cuerpo, según José por el mismo efecto del exceso de anestesia que mató a la madre.

“Para mí es un error del anesthesiólogo”, dice José, mientras recuerda que ese día Fany ingresó al quirófano a las 15:30 para hacerse una cesárea. Pasaban las horas y nadie facilitaba información. Cerca de las 17:00, Milton Minchala, quien la operó y es dueño de la clínica, indicó que su esposa tuvo complicaciones. Una hora después él mismo le informó que el niño estaba bien, pero que su esposa acababa de fallecer. “Fue tan fría su expresión que me quedé mudo”.

La clínica fue clausurada por la Dirección Provincial de Salud porque no tenía el permiso de funcionamiento actualizado y por las malas condiciones sanitarias. Permanecerá cerrada hasta que cumpla con los requisitos y adecuaciones necesarias, asegura el titular del ente público, Mario Murgueitio. La medida no se aplica por la supuesta mala práctica médica, aclara.

La falta de recursos económicos impide a José seguir un juicio por la muerte de su esposa. “No puedo elegir entre destinar lo poco que tengo para mis hijos o luchar para exigir justicia, ahora ellos son la prioridad”, menciona. Sin embargo, una denuncia puesta por él en la Fiscalía, porque necesitaba el documento para inscribir a su hijo en el Registro Civil, sigue de oficio y además cuenta con el apoyo de la Fundación Carlitos Rodríguez, dedicada a luchar contra los casos que la organización identifica como negligencia médica, liderada por Patricia Cárdenas, quien perdió a su hijo hace cinco años.

Las quejas en la Defensoría del Pueblo en Guayaquil no especifican las víctimas mortales por negligencia médica porque no está tipificada como tal en la legislación penal y al tratarse de delitos son derivados a la Fiscalía. Ahí solo se refieren casos en los que pacientes han sufrido una mala atención y han quedado con secuelas. “Esas

personas no van a recuperarse y por eso se trata de que la institución médica se responsabilice de la recuperación o asuma una indemnización”, dice Francisco Bonilla, de la Defensoría.

1.4.2 ANALISIS DE LA INVESTIGACIÓN INTRODUCTORIA

Ya teniendo la investigación introductoria, se decide considerar y fusionar los puntos más destacados de los temas mencionados anteriormente, y llegando a un consenso grupal como resultado de la investigación surgieron nuevos temas, los cuales se decidieron tratar en el desarrollo del documental.

A continuación se detallan dichos temas:

- Situación actual de la Salud Pública
- Gratuidad de la Salud Pública
- Sobredemanda de Pacientes
- Falta de Medicamentos
- Escasez de Personal
- Infraestructura
- Personas que viajan de ciudades pequeñas en busca de atención
- Preferencias por atención Privada antes que la atención Pública
- Circunstancias de Trabajo de los médicos Internos
- Negligencia Médica

1.4.3 INVESTIGACIÓN DE LOS TEMAS ESCOGIDOS

Para comenzar el proceso de preproducción, es importante ampliar la investigación de los temas escogidos con el fin de tener material que nos sirva en la construcción del guión y todos los elementos que se requieran.

• SITUACIÓN ACTUAL DE LA SALUD PÚBLICA

El Estado según la Constitución Política de la República del Ecuador tiene la obligación de garantizar 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. El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida.

Pese a existir esta Ley en nuestro país no existe suficientes programas y servicios de salud para asegurar que los niños/as reciban la atención necesaria para crecer de forma saludable, por lo que su tasa de mortalidad es preocupante, y si las hay, muchas veces su costo es alto o escasos en lo que a medicina se trata. La salud es hoy en día un objetivo fundamental y, al mismo tiempo, uno de los más claros síntomas de la calidad de vida de la población.

La mortalidad infantil es, en parte, un reflejo de la deficiencia de la cobertura de los servicios de salud que atienden a los niños y a las mujeres embarazadas. A ello se añaden otros determinantes importantes como la educación y ocupación de la madre, la situación económica del hogar y el acceso a saneamiento básico. El subregistro de la mortalidad infantil impide, en parte, la utilidad de este indicador para identificar situaciones de vulnerabilidad social.

La salud se refiere al estado adecuado de bienestar físico, mental, social y ambiental de los individuos y de los grupos. Se trata de una condición de la vida colectiva, no simplemente de la ausencia de enfermedades en las personas.

La salud de la población es el resultado de procesos sociales --económicos, culturales y políticos-- y ambientales y biológicos, así como de las políticas, programas y proyectos sanitarios. En nuestro país aún no existe una política nacional de salud de aplicación sectorial, formalmente han habido "políticas" y planes emanados del Ministerio de Salud Pública (MSP), como lineamientos que orientan la acción.

En las últimas décadas el perfil de la mortalidad general en nuestro país corresponde a la desatención oportuna para tratar enfermedades transmisibles, reproductivas y de la nutrición, a más de que estas se asocian a la dieta y patrones de vida de los implicados.

En nuestro país una de las causas en la desatención a la salud es la reducción de su presupuesto, por esto se han mermado programas de ayuda a las familias de las áreas críticas de pobreza del país, pero no han sido abandonados en su totalidad gracias a la intervención de otros sectores como las ONG.

Con respecto a estas ONG una de las más destacadas es el Instituto Nacional de la Niñez y la Familia (INNFA). Que con sus programas y talleres de salud y protección que se vienen desarrollando a nivel nacional busca reducir el riesgo al que están expuestos por parte del Estado y exigir que se cumplan sus derechos.

Con todos estos antecedentes el gobierno actual debe continuar con los cuatro puntos principales los cuales son:

- Disminuir las tasas de mortalidad infantil, lo cual reflejará un mejoramiento en la atención a la salud estilos de vida y medio ambiente.
- Transición a un perfil de mortalidad conocido como moderno que se caracteriza por la predominancia de las causas no transmisibles, accidentes y violencia, con respecto a las tradicionales que aún conservan importancia como son las enfermedades transmisibles y aquellas relacionadas con la actividad reproductiva y de nutrición.
- La oferta a la salud, la cual evidencia un importante crecimiento del sector privado, tanto en infraestructura como recursos humanos.
- Y el proceso de reforma Institucional, cuyo proceso descentralizará y asegurará la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

Población reclama mejoras en la salud (Publicado el 04/Mayo/2009)

Protestas por lentitud en atención: La Ministra Chang asegura que en 2008 se invirtieron \$1000 millones. Sin embargo, usuarios exigen que la atención mejore a pesar de las múltiples quejas (ver nota adjunta) de los pacientes de los distintos centros hospitalarios, sobre todo a escala provincial, la ministra de Salud, Caroline Chang, considera "que ningún otro Gobierno ha trabajado más, en lo que se refiere al área de la salud". La Ministra indica que el presupuesto que el Gobierno Nacional asignó para el área en 2008, fue de alrededor de \$1 000 millones; de ellos se ha utilizado cerca del 98%. Estos recursos fueron repartidos en gasto corriente \$620 millones y en inversión más de \$380 millones. La Ministra asegura que en enero de 2007, al intentar aplicar su plan de acción encontró a la salud en manos de la privatización. Y afirma sentir temor de que esa condición retorne al sistema. "Ninguno de los gobiernos anteriores se preocupó por la salud pública, o incrementó el presupuesto", dice. Sin embargo, Chang considera que falta trabajar más para alcanzar la gratuidad total en la salud, satisfaciendo la lista básica de medicamentos, los servicios de consulta externa, la gratuidad en la atención de emergencia, entre otros; ya que el "MSP maneja la red pública nacional y se necesita lograr la gratuidad y el acceso a los servicios", aclara.

Según estadísticas del Ministerio de Salud, a escala nacional, habrían 1 900 unidades operativas, de ellas 24 son hospitales provinciales, 4 de especialidades y alrededor de 200 son cantonales. Lentitud en Manabí a pesar del optimismo de la ministra de Salud, la vivencia de los usuarios del sistema muestra otra cosa. Cada día, cientos de pacientes de la provincia de Manabí llegan hasta las distintas casas de salud en busca de medicina o atención para sus dolencias. Sin embargo, no todos los consiguen o si lo logran es para después de mucho tiempo, pese a estar algunos graves y escuchar en la publicidad gubernamental que "la salud ya es de todos". Y es que los hospitales del Ministerio de Salud en la provincia siguen teniendo una característica: lentitud en servicios especialmente de consultas externas o de especialistas. E incluso para una cirugía, lograr un turno toma hasta tres meses, como ocurre en el hospital Verdi Cevallos de Portoviejo.

Antonio Mero (70) llegó desde el cantón Sucre a esta casa de salud por un problema de cálculos. Sin embargo, los médicos le dijeron que debía someterse a una cirugía pero para él no había disponibilidad de quirófano ni médicos. Ante las molestias acudió a una clínica privada, cuya operación le costaba \$1 070.

Con su dolencia salió de la clínica y hasta ahora espera un "milagro" o conseguir el dinero para operarse. Igual les ocurre a otros pacientes. (SH-LFV)

Salud en los hospitales de nuestro país.

*** Datos estadísticos sobre las causas más comunes de muertes en los hospitales**

A la atención médica en Ecuador están dedicados 145 profesionales por cada 100 mil habitantes, distribuidos en forma mayoritaria en el área urbana y, muy escasamente, en el área rural. En el sector rural la atención disminuye por la menor presencia de centros de salud y médicos.

Al momento en el Ecuador, se están dando cambios profundos en todos los modelos que han regido la vida de los ciudadanos que tendrán implicaciones en el estilo de vida de las personas y en la capacidad de adquirir servicios de salud, pues está contemplado

cambios en el sistema en donde se acaben los proveedores privados y el Estado asuma su rol rector hegemónico.

A pesar de esta desafiante manera en que las respuestas se han ido dando en el gobierno de turno, se ha mostrado la diversidad de criterios y puntos de vista a un tema que tiene pros y contras de parte y parte, pero las consecuencias de la falta de un Plan de Contingencia han hecho que Ecuador acumule tasas de mortalidad en enfermedades que son casi imperceptibles en otras partes del mundo, esto, sobre todo, infiere gran importancia en el escenario que se está gestando, creando como ya se dijo anteriormente planes de contingencia que actúen sobre todo en un cambio radical del estilo de vida de un ciudadano común.

Las causas de mortalidad Según INEC 2006. Los datos corresponden a 2003. La mortalidad en Ecuador registra una lista de 183 razones o causas de muerte de la población, las cuales se han estructurado en 10 grandes grupos, entre los que se encuentran las principales enfermedades que afectan a la población del país.

Principales enfermedades causantes de la mortalidad				
N° orden	Causas	Número de muertes	%	Tasa por 100 mil habitantes
1°	Enfermedades del corazón	4 830	9,0	37,6
2°	Enfermedades cerebrovasculares	2 909	5,4	22,7
3°	Diabetes mellitus	2 434	4,5	19,0
4°	Neumonía	2 428	4,5	18,9
5°	Enfermedades isquémicas del corazón	2 296	4,3	17,9
6°	Enfermedades hipertensivas	2 195	4,1	17,1
7°	Accidentes de transporte	2 014	3,8	15,7
8°	Agresiones	1 771	3,3	13,8
9°	Tumor maligno del estómago	1 465	2,7	11,4
10°	Enfermedades del hígado	1 410	2,6	11,0

* Los diagnósticos de insuficiencia cardíaca y paro cardíaco tienen el mayor número de casos.

Tabla1-2: Datos estadísticos sobre qué instituciones tiene la mayor tasa de mortalidad y las causas.

Información de Instituciones de Salud Pública en el Ecuador:

En el Sector Público, está conformado en su mayoría por Hospital Básico (45,1 %) y Hospitales Generales con el (39,0 %) los Hospitales Especializados corresponden a (14,8 %) y los de Especialidad al (1,1 %).

Según las Regiones Geográficas del País, en la Sierra es donde existen la mayoría de Establecimientos de Salud Sin Internación Hospitalaria, en términos absolutos se observa que 1639 se ubican en esta Región, siguiendo en importancia la Costa con 1049

establecimientos, en tanto que en las Zonas No Delimitadas solo existe un establecimiento que reporto información.

El mayor número de establecimientos según Clase, corresponde a Dispensarios Médicos con 1306, seguido por los Subcentros de Salud con 1226; el mayor número de ellos (688) se encuentran en el Área Rural, en tanto que los Dispensarios Médicos, la mayoría están en el Área Urbana.

Además en Recursos y Actividades de Salud se investiga el número de Consultas de Morbilidad, Prevención y Odontología realizadas en los Establecimientos de Salud, tanto Públicos como Privados y del Seguro Social, es así, que en el 2006 en conjunto los Establecimientos investigados reportaron 16'856.834 consultas de Morbilidad, Prevención 7'196.154 y de Odontología 3'081.349 y se destaca que en las Regiones de la Sierra y la Costa se realizaron el 94,2 % del total de consultas.



• **GRATUIDAD DE LA SALUD PÚBLICA**

Correa decreta derecho gratuito a la salud en Ecuador (Publicado abril 7, 2008)

Art. 48.- Será obligación del Estado, la sociedad y la familia, promover con máxima prioridad el desarrollo integral de niños y adolescentes y asegurar el ejercicio pleno de sus derechos. En todos los casos se aplicará el principio del interés superior de los niños, y sus derechos prevalecerán sobre los de los demás.

Art. 49.- Los niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes al ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado les asegurará y garantizará el derecho a la vida, desde su concepción; a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social, a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social, al respeto a su libertad y dignidad, y a ser consultados en los asuntos que les afecten. El Estado garantizará su libertad de expresión y asociación, el funcionamiento libre de los consejos estudiantiles y demás formas asociativas, de conformidad con la ley.

Art. 50.- El Estado adoptará las medidas que aseguren a los niños y adolescentes las siguientes garantías:

1. Atención prioritaria para los menores de seis años que garantice nutrición, salud, educación y cuidado diario.
2. Protección especial en el trabajo, y contra la explotación económica en condiciones laborales peligrosas, que perjudiquen su educación o sean nocivas para su salud o su desarrollo personal.
3. Atención preferente para su plena integración social, a los que tengan discapacidad.
4. Protección contra el tráfico de menores, pornografía, prostitución, explotación sexual, uso de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y consumo de bebidas alcohólicas.
5. Prevención y atención contra el maltrato, negligencia, discriminación y violencia.
6. Atención prioritaria en casos de desastres y conflictos armados.

7. Protección frente a la influencia de programas o mensajes nocivos que se difundan a través de cualquier medio, y que promuevan la violencia, la discriminación racial o de género, o la adopción de falsos valores.

Art. 51.- Los menores de dieciocho años estarán sujetos a la legislación de menores y a una administración de justicia especializada en la Función Judicial. Los niños y adolescentes tendrán derecho a que se respeten sus garantías constitucionales.

Art. 52.- El Estado organizará un sistema nacional descentralizado de protección integral para la niñez y la adolescencia, encargado de asegurar el ejercicio y garantía de sus derechos. Su órgano rector de carácter nacional se integrará paritariamente entre Estado y sociedad civil y será competente para la definición de políticas. Formarán parte de este sistema las entidades públicas y privadas. Los gobiernos seccionales formularán políticas locales y destinarán recursos preferentes para servicios y programas orientados a niños y adolescentes.

Art. 53.- El Estado garantizará la prevención de las discapacidades y la atención y rehabilitación integral de las personas con discapacidad, en especial en casos de indigencia. Conjuntamente con la sociedad y la familia, asumirá la responsabilidad de su integración social y equiparación de oportunidades. El Estado establecerá medidas que garanticen a las personas con discapacidad, la utilización de bienes y servicios, especialmente en las áreas de salud, educación, capacitación, inserción laboral y recreación; y medidas que eliminen las barreras de comunicación, así como las urbanísticas, arquitectónicas y de accesibilidad al transporte, que dificulten su movilización. Los municipios tendrán la obligación de adoptar estas medidas en el ámbito de sus atribuciones y circunscripciones. Las personas con discapacidad tendrán tratamiento preferente en la obtención de créditos, exenciones y rebajas tributarias, de conformidad con la ley. Se reconoce el derecho de las personas con discapacidad, a la comunicación por medio de formas alternativas, como la lengua de señas ecuatoriana para sordos, oralismo, el sistema Braille y otras.

Art. 54.- El Estado garantizará a las personas de la tercera edad y a los jubilados, el derecho a asistencia especial que les asegure un nivel de vida digno, atención integral de salud gratuita y tratamiento preferente tributario y en servicios.

El Estado, la sociedad y la familia proveerán a las personas de la tercera edad y a otros grupos vulnerables, una adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental. La ley regulará la aplicación y defensa de estos derechos y garantías.

La gratuidad de la Educación y Salud pasan a primer debate en el pleno

Este articulado forma parte del capítulo Para una Vida Digna de todas y todos, que contempla además, deporte, cultura, ciencia y tecnología, seguridad social, entre otros.

La Mesa 7 de Régimen de Desarrollo aprobó en su articulado, que la Educación y la Salud como parte de los Derechos Fundamentales de los ecuatorianos y ecuatorianas sean de acceso gratuito, sin ninguna limitación, social, racial o económica, para ello se plantea la creación del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social

Ya en el tema de la Educación, se propone constituir un Sistema Nacional de Educación, el mismo que deberá potenciar las capacidades vinculadas al desarrollo del aprendizaje y la cultura. Este sistema tiene alcance para todos los niveles de educación. Y será el Estado el encargado de establecer políticas de educación; normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la educación, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

También se propone la creación de un Sistema de Educación Superior, el mismo que garantizará la calidad de la producción y transmisión de conocimientos, mediante un sistema de evaluación interno y externo.

Se le otorga autonomía administrativa, financiera y económica lo que significa que estará sujeto a la fiscalización, a la responsabilidad social, rendición de cuentas.

En cuanto a Salud, se considera la creación de un Sistema Nacional de Salud, el mismo que establece garantías para el acceso a la promoción, prevención y atención integral en los diferentes niveles. Aquí se contempla que los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles, e incluirán medicamentos y procedimientos necesarios. Funcionarán a través de la red pública integral de salud.

La gratuidad en todos los niveles se refiere a que los y las ecuatorianas podrán contar con atención médica gratuita desde los casos más pequeños en cuanto a problemas de salud hasta los más graves.

La frontera del servicio público se expande por la gratuidad.

La gratuidad en el sistema público de salud se fortaleció en el 2008, pero arrancó el 2 de abril del 2007. Ese día, la ministra de Salud, Caroline Chang, dispuso que los 127 hospitales y 1861 centros y subcentros de salud suspendan el cobro en consulta externa.

En esencia la cobertura según fuentes oficiales del Ministerio de Salud, la gratuidad en la consulta externa hizo que hasta el momento se atiendan más de 2 millones de personas en todo el país. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconoce que Ecuador tuvo un gran avance en cuanto a acceso al servicio.

*** Cirugías**

Dentro de la Campaña de Solidaridad impulsada por el Ministerio de Salud, se han realizado 5000 operaciones de cataratas a escala nacional. Todo fue gratuito.

Para el próximo año se espera que se hagan 7000 intervenciones y se creen las 4500 plazas definitivas. Por ahora, 2500 médicos tienen contratos provisionales.

*** Gratuidad**

En abril del 2008, en todo el país empezaron las operaciones gratuitas en cinco tipos de enfermedades: vesículas, hernias, apéndice, próstata y cirugías para la extracción del útero.

Para el subsecretario de Protección Social, Carlos Velasco, esta decisión es un hito en esta administración, “porque de allí arrancó todo”. “A veces no teníamos ni USD 2 para comprar un turno”, cuenta Dolores Tapia, quien vende helados en la calle y gana

un promedio de USD 50 semanales. La señora de 50 años acudió a Chimbacalle por un cuadro de anemia, aunque debió madrugar. “Esto sí aún no ha terminado”.

En abril pasado se dispuso la gratuidad para las cirugías y que los pacientes que tienen insuficiencia renal reciban diálisis sin costo. En el hospital Eugenio Espejo, el más grande del país, se atiende a 52 personas.

La protección a este tipo de pacientes se incluyó en la Constitución aprobada el 28 de septiembre. El artículo 50 dice que “el Estado garantizará a todas las personas que sufran de enfermedades catastróficas el derecho a la atención especializada y gratuita”. Según Velasco, el poner en marcha esta disposición es el reto para el 2009.

En mayo del 2008, el Gobierno desembolsó USD 50 millones para la entrega gratuita de los medicamentos. Y empezó la donación de fármacos para la diabetes.

Sin embargo, el director del hospital Pablo Arturo Suárez (norte de Quito), Ramiro Salazar, confirmó que todavía hacen falta medicinas básicas. “Pero se han comprado antibióticos que cuestan USD 10 cada uno, el paciente necesita tres veces diariamente y utiliza hasta por 10 días”.

De la Salud

Art. 1. El Sistema Nacional de Salud tiene por finalidad precautelar la salud individual y colectiva, de forma integral, reconociendo la diversidad social y cultural. Se guiará por los principios generales del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social y además los de bioética, suficiencia y los enfoques de género y generacional.

Art. 2. El Sistema Nacional de Salud comprende las instituciones, programas, políticas, recursos y acciones en salud, y garantiza la promoción, prevención y atención integral en los diferentes niveles.

Art. 3. El Ejecutivo ejercerá la rectoría a través de la autoridad sanitaria nacional. Será responsable de formular la política nacional de salud; normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud así como el funcionamiento de las entidades del sector.

Art. 4. La salud, como servicio público, se prestará a través de las entidades públicas, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejercen la medicina ancestral y no convencional. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, garantizarán el consentimiento informado y el acceso a información.

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles, e incluirán medicamentos y procedimientos necesarios.

Funcionarán a través de la red pública integral de salud.

Art. 5. El Sistema desarrolla un modelo de atención integral, familiar y comunitario, con base en la atención primaria, a través de las instituciones que lo conforman; articula a los diferentes niveles de atención y promueve la complementariedad con la medicina ancestral y alternativa.

Art. 6. El Estado es responsable de:

1. Atender de forma especializada y diferenciada a los grupos de atención prioritaria, a quienes adolecen de enfermedades catastróficas y de alta complejidad, a las personas en situación de riesgo y víctimas de la violencia de género, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos.
2. Garantizar acciones y servicios de salud sexual y salud reproductiva y garantizar la vida de las mujeres durante el embarazo parto y postparto.
3. Asegurar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces. Regular su comercialización y promover la producción nacional y utilización de medicamentos genéricos y otros esenciales, que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a los medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán por sobre los económicos y comerciales.
4. Promover el desarrollo integral del personal de salud, mediante la carrera sanitaria, común a las instituciones públicas del Sistema.

Art. 7 Por ningún motivo los establecimientos públicos o privados y profesionales de la salud negarán la atención de emergencia. Dicha negativa será sancionada conforme a la ley.

Art. 8. El financiamiento público en salud será oportuno y suficiente deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado.

Los recursos públicos serán distribuidos con equidad en base a la población y a sus necesidades de salud, financiarán solamente a instituciones públicas; y podrá apoyar financieramente a las autónomas conforme a la ley, a privadas sin fines de lucro, las mismas que cumplan las políticas públicas y garanticen gratuidad en la atención, calidad, seguridad y respeto a los derechos humanos.

Estarán sujetas a control y regulación por parte del Estado.

Son propiedad del Estado los bienes y servicios públicos de salud los cuales no podrán ser privatizados.



• SOBREDEMANDA DE PACIENTES

Demanda rebasa capacidad.

“De que es necesaria una ampliación, lo es, pero hasta que esta se dé hacemos lo posible por mejorar la atención”, indicó Carlos Loor, director del hospital Rodríguez Zambrano.

La casa de salud es una de las que más pacientes recibe, no sólo de su área de influencia -Manta, Montecristi, Jaramijó y sus parroquias- sino de otros cantones, lo que incrementa considerablemente la demanda y rebasa la capacidad de atención de la unidad médica.

* Testimonios

América Chávez Mendoza elogió la atención en el nosocomio pero se quejó de lo difícil que es conseguir un turno. Ella tuvo que esperar más de 20 días para conseguir turno

con el gastroenterólogo. Inclusive hay pacientes que duermen en el hospital para acceder a una consulta con el especialista.

* Especialidades

Loor dijo que el hospital cuenta casi con todas las especialidades. El año pasado se hospitalizaron 11.548 pacientes, en consulta externa atendieron a 101.496 personas y por emergencia llegaron 72.818 usuarios de salud.

Este año se ha registrado un aumento considerable debido a la emergencia decretada en salud, lo que llevó a que se atienda en tres horarios.

Una de las áreas que más pacientes recibe es ginecología. Rocío Reyna, enfermera, manifestó que en esa área se recibe el 110 por ciento de pacientes, más de lo que puede atender. Lo mínimo que ingresan son 15 paciente diarios, dijo, al indicar que sólo hay 50 camas que son insuficientes para la cantidad de parturientas.

El déficit de camas no sólo es en esta área. En cirugía hay capacidad para 50 pacientes, lo que obliga que muchas veces se rechacen ingresos si los casos no son de gravedad.

* Consulta Externa sin Espacio

El proyecto de ampliar el área de consulta externa lo tiene el hospital desde hace más de cuatro años y aún no se hace realidad. Su director, Carlos Loor, manifestó que los consultorios no son suficientes para albergar a todos los médicos, por lo que tienen planificado aumentar estos espacios.

Petita Alarcón, usuaria, dijo que es incómodo tener que esperar un turno sentada en el suelo o de pie, pues el espacio es tan estrecho que no caben todos los que llegan y tampoco hay bancas suficientes. Además, aquí no sólo esperan los pacientes sino que queda el departamento de estadísticas y de registro, lo que hace que el espacio se reduzca más. Para el próximo año se espera que sea una realidad la construcción del área de consulta externa, proyecto que está en manos del Ministerio de Salud Pública.



• **ESCASEZ DE PERSONAL**

Deficiente salud pública, una 'tradición'.

La falta de instrumental médico o galenos apropiados ha provocado, por ejemplo, la muerte de varios neonatos.

En Manabí, la asistencia en el área de salud pública "tradicionalmente" ha sufrido varias falencias, según lo evidencian las quejas de los mismos pacientes y las muertes, por ejemplo, de neonatos.

La provincia cuenta con tres grandes hospitales públicos: el Verdi Cevallos Balda, de Portoviejo; Rodríguez Zambrano, de Manta, y Napoleón Dávila, de Chone.

De allí le sigue el Miguel H. Alcívar, de Bahía de Caráquez; el Hospital de Jipijapa, y el San Andrés, de Flavio Alfaro, los centros maternos en Rocafuerte y Portoviejo, y dispensarios parroquiales donde se da asistencia a madres y niños.

En estos hospitales, generalmente, se suman problemas como falta de equipamiento y médicos, además de insumos para trabajar.

Las falencias se sienten cuando hay grandes emergencias, especialmente en el hospital de Jipijapa.

Un ejemplo de ello es que el mes pasado, tras un accidente, los heridos debieron ser llevados a Manta y Portoviejo, porque allí no funcionaba el quirófano y no había un médico traumatólogo, según denuncias de las mismas víctimas.

En Flavio Alfaro, en cambio, esperan un cirujano y una ambulancia (ofrecidos en agosto pasado por el presidente Rafael Correa), además de los contratos fijos de los médicos y empleados.

En Rocafuerte tratan de habilitar un equipo de rayos X. Aún así, directores de la casa de salud dicen que ahora pasan por "una mejor etapa que antes", y hacen comparaciones que determinan que "las carencias no son tan graves como hace cinco años".

Tasas de profesionales de la salud por cada 10.000 habitantes son las siguientes:

Médicos.....14,4
Odontólogos...2,0
Psicólogos.....0,3
Enfermeras.... 5,6
Obstetrices....1,1
Auxiliares de Enfermería....10,4



• **INFRAESTRUCTURA**

En el primer trimestre del año 2007, el presidente de la República, Economista Rafael Correa Delgado, suscribió el Decreto Ejecutivo No. 175 del 12 de marzo de 2007, declarando la Emergencia de Servicios de Salud en todo el territorio ecuatoriano. Asignando para la primera fase, 50 millones de dólares destinados a solucionar problemas básicos de infraestructura física, equipamiento, déficit de medicamentos y fundamentalmente la falta de profesionales en el área de salud, tópicos que hasta el momento ningún gobierno los ha enfrentado.

En los primeros días del 2008 entró en vigencia la extensión del Decreto de emergencia Sanitaria que tiene una asignación extra-presupuestaria de \$ USD 35.000.000 de dólares para continuar brindando atención en salud y las necesidades de medicamentos, insumos médicos, equipamiento, infraestructura y rehabilitación hospitalaria en todo el

país.

* Equipamiento de unidades operativas

Para mantenimiento, insumos y equipamiento de unidades operativas de salud del Ecuador se destinó un total de USD \$ 24'157.036,024.

2'200.000 dólares se han invertido en adquisición, instalación y funcionamiento de tomógrafos (TAC) en 4 hospitales de referencia.

11'000.000 de dólares se destinan a la compra de equipos médicos, implementación y modernización de unidades de cuidados Intensivos (UCI), quirófanos, radiología e imagenología, odontología y consulta externa en general.

* Recursos Humanos

De acuerdo al Decreto de emergencia el Ministerio de Salud Pública contrató a profesionales de todas las especialidades de atención sanitaria: médicos, odontólogos, enfermeras, obstetricas, auxiliares de enfermería, tecnólogos.

* Atención Sanitaria

Se incrementó la atención ambulatoria en todo el país, 15% más con relación al año 2006. Esto significa un ahorro global para las familias ecuatorianas de 44 millones de dólares.

* Incremento

Infante y preescolar	37%
Posparto	15%
Regulación fecundidad	26%
Morbilidad general	30%
Egresos hospitalarios	6%
Cirugías	11%
Emergencias	19%
Detección oportuna de cáncer	19%

• • •

• **NEGLIGENCIA MÉDICA**

Ley de la salud en nuestro país.

* **Sección cuarta de la salud.**

Art. 42.- El Estado garantizará 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.

Art. 43.- Los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos. Los servicios públicos de atención médica, lo serán para las personas que los necesiten. Por ningún motivo se negará la atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados. El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la educación alimentaria y nutricional de madres y niños, y en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social. Adoptará programas tendientes a eliminar el alcoholismo y otras toxicomanías.

Art. 44.- El Estado formulará la política nacional de salud y vigilará su aplicación; controlará el funcionamiento de las entidades del sector; reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley, e impulsará el avance científico-tecnológico en el área de la salud, con sujeción a principios bioéticos.

Art. 45.- El Estado organizará un sistema nacional de salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector. Funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa.

Art. 46.- El financiamiento de las entidades públicas del sistema nacional de salud provendrá de aportes obligatorios, suficientes y oportunos del Presupuesto General del Estado, de personas que ocupen sus servicios y que tengan capacidad de contribución económica y de otras fuentes que señale la ley. La asignación fiscal para salud pública se incrementará anualmente en el mismo porcentaje en que aumenten los ingresos corrientes totales del presupuesto del gobierno central. No habrá reducciones presupuestarias en esta materia.

*** Sección quinta de los grupos vulnerables.**

Art. 47.- En el ámbito público y privado recibirán atención prioritaria, preferente y especializada los niños y adolescentes, las mujeres embarazadas, las personas con discapacidad, las 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.

Art. 48.- Será obligación del Estado, la sociedad y la familia, promover con máxima prioridad el desarrollo integral de niños y adolescentes y asegurar el ejercicio pleno de sus derechos. En todos los casos se aplicará el principio del interés superior de los niños, y sus derechos prevalecerán sobre los de los demás.

Art. 49.- Los niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes al ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado les asegurará y garantizará el derecho a la vida, desde su concepción; a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y

ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social, a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social, al respeto a su libertad y dignidad, y a ser consultados en los asuntos que les afecten. El Estado garantizará su libertad de expresión y asociación, el funcionamiento libre de los consejos estudiantiles y demás formas asociativas, de conformidad con la ley.

Art. 50.- El Estado adoptará las medidas que aseguren a los niños y adolescentes las siguientes garantías:

1. Atención prioritaria para los menores de seis años que garantice nutrición, salud, educación y cuidado diario.
2. Protección especial en el trabajo, y contra la explotación económica en condiciones laborales peligrosas, que perjudiquen su educación o sean nocivas para su salud o su desarrollo personal.
3. Atención preferente para su plena integración social, a los que tengan discapacidad.
4. Protección contra el tráfico de menores, pornografía, prostitución, explotación sexual, uso de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y consumo de bebidas alcohólicas.
5. Prevención y atención contra el maltrato, negligencia, discriminación y violencia.
6. Atención prioritaria en casos de desastres y conflictos armados.
7. Protección frente a la influencia de programas o mensajes nocivos que se difundan a través de cualquier medio, y que promuevan la violencia, la discriminación racial o de género, o la adopción de falsos valores.

Art. 51.- Los menores de dieciocho años estarán sujetos a la legislación de menores y a una administración de justicia especializada en la Función Judicial. Los niños y adolescentes tendrán derecho a que se respeten sus garantías constitucionales.

Art. 52.- El Estado organizará un sistema nacional descentralizado de protección integral para la niñez y la adolescencia, encargado de asegurar el ejercicio y garantía de sus derechos. Su órgano rector de carácter nacional se integrará paritariamente entre Estado y sociedad civil y será competente para la definición de políticas. Formarán parte de este sistema las entidades públicas y privadas. Los gobiernos seccionales formularán políticas locales y destinarán recursos preferentes para servicios y programas orientados a niños y adolescentes.

Art. 53.- El Estado garantizará la prevención de las discapacidades y la atención y rehabilitación integral de las personas con discapacidad, en especial en casos de indigencia. Conjuntamente con la sociedad y la familia, asumirá la responsabilidad de su integración social y equiparación de oportunidades. El Estado establecerá medidas que garanticen a las personas con discapacidad, la utilización de bienes y servicios, especialmente en las áreas de salud, educación, capacitación, inserción laboral y recreación; y medidas que eliminen las barreras de comunicación, así como las urbanísticas, arquitectónicas y de accesibilidad al transporte, que dificulten su movilización. Los municipios tendrán la obligación de adoptar estas medidas en el ámbito de sus atribuciones y circunscripciones. Las personas con discapacidad tendrán tratamiento preferente en la obtención de créditos, exenciones y rebajas tributarias, de conformidad con la ley. Se reconoce el derecho de las personas con discapacidad, a la comunicación por medio de formas alternativas, como la lengua de señas ecuatoriana para sordos, oralismo, el sistema Braille y otras.

Art. 54.- El Estado garantizará a las personas de la tercera edad y a los jubilados, el derecho a asistencia especial que les asegure un nivel de vida digno, atención integral de salud gratuita y tratamiento preferente tributario y en servicios.

El Estado, la sociedad y la familia proveerán a las personas de la tercera edad y a otros grupos vulnerables, una adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental. La ley regulará la aplicación y defensa de estos derechos y garantías.

*** Ley de derechos y amparo del paciente.**

CAPÍTULO I DEFINICION

Art. 1.- DEFINICION DE CENTRO DE SALUD.- Centro de Salud es una entidad del sistema de servicios de salud pública o privada, establecida conforme a la Ley para prestar a las personas atención de salud integral de tipo ambulatorio y de internamiento. Es, además, un centro de formación de personal de salud y de investigación científica.

Se consideran centros de salud a:

- a) Hospitales
- b) Clínicas
- c) Institutos Médicos
- d) Centros Médicos
- e) Policlínicos
- f) Dispensarios Médicos.

CAPÍTULO II DERECHOS DEL PACIENTE

Art. 2.- DERECHO A UNA ATENCION DIGNA.- Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.

Art. 3.- DERECHO A NO SER DISCRIMINADO.- Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.

Art. 4.- DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD.- Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.

Art. 5.- DERECHO A LA INFORMACION.- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptúense las situaciones de emergencia.

El paciente tiene derecho a que el centro de salud le informe quien es el médico responsable de su tratamiento.

Art. 6.- DERECHO A DECIDIR.- Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión.

CAPÍTULO III

AMPARO AL PACIENTE EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

Art. 7.- SITUACION DE EMERGENCIA.- Es toda contingencia de gravedad que afecte a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables, tales como: choque o colisión, volcamiento u otra forma de accidente de tránsito terrestre, aéreo o acuático, accidentes o infortunios en general, como los ocurridos en el medio de trabajo, centros educativos, casa, habitación, escenarios deportivos, o que sean el efecto de delitos contra las personas como los que producen heridas causadas con armas cortopunzantes, de fuego, contundentes, o cualquiera otra forma de agresión material.

Art. 8.- Todo paciente en estado de emergencia debe ser recibido inmediatamente en cualquier centro de salud, público o privado, sin necesidad de pago previo.

Art. 9.- Se prohíbe a los centros de salud públicos y privados exigir al paciente en estado de emergencia y a las personas relacionadas con el, que presenten cheques, tarjetas de crédito, pagarés a la orden, letras de cambio u otro tipo de documento de pago, como condición previa a ser recibido, atendido y estabilizado en su salud.

Tan pronto como el paciente haya superado la emergencia y se encuentre estabilizado en sus condiciones físicas, el centro de salud tendrá derecho para exigir al paciente o a terceras personas relacionadas con el, el pago de los servicios de salud que recibió.

Art. 10.- El estado de emergencia del paciente será calificado por el centro de salud al momento de su arribo.

Art. 11.- Los valores no recuperados por el centro de salud por la atención a (sic) un paciente en estado de emergencia, podrán deducirse del impuesto a la renta de (sic) conformidad con las disposiciones de la Ley de Régimen Tributario Interno.

CAPÍTULO IV

SANCIÓN POR FALTA DE ATENCIÓN EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

Art. 12.- Bajo ningún motivo un centro de salud podrá negar la atención de un paciente en estado de emergencia.

El centro de salud que se negare a atender a un paciente en estado de emergencia será responsable por la salud de dicho paciente y asumirá solidariamente con el profesional o persona remisa en el cumplimiento de su deber, la obligación jurídica de indemnizarle los daños y perjuicios que su negativa le cause.

Art. 13.- Los responsables de un centro de salud que se negaren a prestar atención a pacientes en estado de emergencia, serán sancionados con prisión de 12 a 18 meses y, en caso de fallecimiento del paciente desatendido (sic), con prisión de 4 a 6 años.

CAPÍTULO V APLICACIÓN DE LA LEY

Art. 14.- La presente Ley obliga a todos los centros de salud del país, sean éstos públicos, privados o a cargo de instituciones militares, policiales, religiosas o de beneficencia.

Art. 15.- Es obligación de todos los centros de salud mantener a disposición de los usuarios ejemplares de esta Ley y exhibir el texto de los derechos del paciente en lugares visibles para el público.

Art. 16.- Todos los centros de salud están obligados a mantener expuestas en lugares visibles para el público, las tarifas que se cobran por sus servicios.

Art. 17.- El Presidente de la República dictará el Reglamento de aplicación de esta Ley, dentro del plazo de noventa días.

Fallas Médicas.

87 casos de errores médicos fueron denunciados hasta el mes de julio de 2008 en las fiscalías del país.

*** Datos**

Código de la Salud

- Los profesionales y técnicos de nivel superior que ejerzan actividades relacionadas con la salud, están obligados a limitar sus acciones al área que el título les asigne.
- El profesional que ampare con su título o con su firma el ejercicio de las profesiones de la salud a personas no autorizadas, sin perjuicio de lo establecido en esta Ley, será sancionado de acuerdo con la legislación aplicable.
- Constituye infracción en el ejercicio de las profesiones de salud, todo acto individual e intransferible, no justificado, que genere daño en el paciente y sea resultado de:
 - a) Inobservancia, en el cumplimiento de las normas.
 - b) Impericia en la actuación del profesional de la salud con falta total o parcial de conocimientos técnicos o experiencias.

La denominada “mala práctica” en realidad debe registrarse como negligencia o inobservancia al iniciar un proceso.

*** Antecedentes**

La Constitución, en el artículo 32, establece la responsabilidad del Estado en brindar seguridad en los servicios de salud.

La Ley Orgánica de Salud, en sus artículos del 194 al 256, establece lineamientos para definir errores médicos y sus sanciones.

En marzo de 2006 Lucía Burgos fue operada en la clínica Sugat y obtuvo malos resultados. Su caso fue el primero en llegar a juicio.

Jacqueline Guerra, profesional y madre de familia, tiene tres hijas y para que la última de ellas lograra nacer, decidió realizarse una cesárea en un hospital.

Previo al nacimiento de la niña, Jacqueline tuvo las molestias normales de un parto, pero después de tener a su bebé, lo que es raro, las dolencias siguieron.

Así pasó alrededor de una semana, después de lo cual sus familiares decidieron llevarla a una clínica particular, donde le indicaron que un mal corte quirúrgico efectuado durante la cesárea le perforó la vejiga, lo que ocasionó que toda la cavidad abdominal fuera contaminada a tal punto que comprometió su vida.

Tras su proceso de recuperación, Jacqueline pensó en efectuar reclamos por “mala práctica médica”, pero le aconsejaron que desistiera de ello, porque “más se gasta plata y no se obtiene resultado alguno”.

Lo que nunca supo Jacqueline es que en realidad ella no habría obtenido resultados en su queja porque la denominada “mala práctica médica” no existe como figura legal y eso provoca que muchos casos sean desechados.

Así, durante los primeros siete meses de 2008 se recibieron en las fiscalías del país 87 casos, de los cuales el 90% fue rechazado porque la figura jurídica era incorrecta, el 5% fue retirado por los denunciantes y el resto fue favorable para el médico.

Ese mismo año, en marzo, por primera vez en el país se llamó a juicio a dos médicos locales: Luis Fernando Saltos Itúrburo y Humberto Patricio Anangonó Morales, de la clínica Sugat, pero para que declaren por el delito de lesiones y no por lo que comúnmente se llama “mala práctica”.

Carmen Laspina, directora General de Salud, explica que de lo que se debe hablar es de “errores médicos”, no de “mala práctica médica”. Para Laspina, este es un tema que se debe aclarar porque nadie actúa de mala fe.

La funcionaria dice que cuando se habla de errores médicos se está hablando de impericia, negligencia o inobservancia, que son categorías estipuladas en la Ley Orgánica de Salud. Este cuerpo legal tiene una cantidad considerable de artículos, desde el 194 hasta el 256, relacionados con este tema.

Aun así, según datos del propio Ministerio de Salud, existen alrededor de 10 reclamos al mes debido a lo que comúnmente se llama “mala práctica médica”. No hay registros sobre el estado actual de cada una de las causas.

Jaime Tamayo, abogado de la firma legal LEGAMED, dedicado a tratar estas causas, defendiendo a los doctores, considera que en estos casos “la parte débil es el médico, porque la legislación es tutelar para con el paciente” y recalca que los doctores nunca actúan de mala fe, porque en caso contrario no serían más que “simples asesinos o delincuentes” y en el caso de la “mala práctica médica” existe negligencia mas no dolo, explica Tamayo.

Pero el profesional también revela otro dato: el año pasado atendió alrededor de 150 casos, ninguno de los cuales llegó a tener una sanción médica porque, recalca, “no tenían sustento o figura jurídica aplicable para estos casos”. Según la información de la firma jurídica Tamayo Martínez, los ciudadanos se quejan más contra los cirujanos, ginecólogos y obstetras.

Para evitar la ausencia de una sanción, quienes se consideren perjudicados tienen cuatro vías para poder reclamar. La primera es presentar una queja ante el Tribunal de Honor Médico, de los colegios médicos en todo el país, en donde se puede reclamar una sanción a los galenos.

Sin embargo, este medio acudió al Colegio de Médicos en Pichincha, pero al llegar la única información que se otorgó fue un documento de cuatro páginas donde, con un lenguaje netamente jurídico, se señala a quién dirigir la queja y el trámite administrativo que debe seguir el documento. Nadie explica verbalmente la manera de hacer la queja y la secretaria del lugar, Mónica Navas, no da información a los usuarios.

Otra vía es el reclamo administrativo ante el comisario de salud y, en caso de probarse la falta, se sanciona económicamente.

La tercera vía es judicial, ya sea mediante demandas civiles o penales. Al respecto, el abogado Samuel Panchi afirma que muchos de los juristas no conocen la figura ante la cual se puede reclamar una sanción en estos casos, por lo que “emiten denuncias por daños morales, intentos de homicidio, prácticas de mala fe, etc.”.

Estas figuras no son aplicables a la “mala práctica médica”, ya que el doctor no es un delincuente y se asume que no actúa de mala fe o con el objetivo de hacer daño al paciente. Por eso, explica Panchi, es necesario que las quejas se pongan con la figura de negligencia, homicidio inintencional o mal manejo de instrumentos.

La cuarta vía es no judicial y se basa en la Ley Orgánica de Defensa al Consumidor y la Defensoría del Pueblo. Iván Granda, comunicador de la Defensoría del Pueblo, explica que las quejas que reciben son analizadas por un perito, además del médico de la Defensoría, Fausto Jaramillo, que es quien ayuda a determinar si se trata o no de un error médico. Según datos de esta institución, el año pasado recibieron cerca de 2.000 denuncias por estos casos.

Por otro lado, Laspina considera que lo importante no es sancionar los errores médicos, sino superar las causas que llevaron a los médicos para cometer la falla. Para eso se ha creado a nivel mundial la Alianza de Defensa al Paciente que por el momento analiza dos áreas, una encargada del manejo de las infecciones y otra para que los centros médicos tengan todos los recursos e insumos mínimos y protocolos de atención a los

pacientes.

La funcionaria añade que el Ministerio de Salud ha iniciado una campaña “agresiva” para que todos los centros médicos tengan los permisos de funcionamiento y para que todas las personas que ejerzan la profesión médica tengan el título y la licencia de manera legal.

También para superar las falencias, Patricia Salazar, subsecretaria de Derechos Humanos, explica que el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos pretende que para el segundo trimestre de este año se inicie una campaña de difusión de la “Ley de Amparo al Paciente”. Esto porque, dice, en el país los errores médicos son un tema reiterativo que en contadas ocasiones otorga legalmente alguna satisfacción al paciente porque es la parte más vulnerable dentro de esta situación.

Casos de Negligencia Médica.

*** Más muertes por atención médica fallida**

En el 2006 se reportaron más de 2.000 quejas contra instituciones de salud, según datos de la Defensoría del Pueblo.

Enfermo tras un accidente y con una depresión que lo lleva a pensar en lo inútil que es vivir, José Garzón se debate entre consumirse en el dolor o armarse de coraje para luchar por sus hijos. La muerte de Fany Maldonado, su esposa, está fresca. La perdió el pasado 22 de agosto, el mismo día en que traía al mundo al cuarto de sus vástagos, cuando por una supuesta negligencia médica su vida se apagó en el quirófano de la clínica Minchala, ubicada en Ayacucho y Los Ríos.

La angustia reflejada en sus ojos llorosos solo se aplaca cuando sostiene a Fernandito, el sobreviviente de lo que él llama una tragedia. El niño tiene unas manchas oscuras en el cuerpo, según José por el mismo efecto del exceso de anestesia que mató a la madre.

“Para mí es un error del anestesiólogo”, dice José, mientras recuerda que ese día Fany ingresó al quirófano a las 15:30 para hacerse una cesárea. Pasaban las horas y nadie facilitaba información. Cerca de las 17:00, Milton Minchala, quien la operó y es dueño de la clínica, indicó que su esposa tuvo complicaciones. Una hora después él mismo le informó que el niño estaba bien, pero que su esposa acababa de fallecer. “Fue tan fría su expresión que me quedé mudo”.

La clínica fue clausurada por la Dirección Provincial de Salud porque no tenía el permiso de funcionamiento actualizado y por las malas condiciones sanitarias. Permanecerá cerrada hasta que cumpla con los requisitos y adecuaciones necesarias, asegura el titular del ente público, Mario Murgueitio. La medida no se aplica por la supuesta mala práctica médica, aclara.

La falta de recursos económicos impide a José seguir un juicio por la muerte de su esposa. “No puedo elegir entre destinar lo poco que tengo para mis hijos o luchar para exigir justicia, ahora ellos son la prioridad”, menciona. Sin embargo, una denuncia puesta por él en la Fiscalía, porque necesitaba el documento para inscribir a su hijo en el

Registro Civil, sigue de oficio y además cuenta con el apoyo de la Fundación Carlitos Rodríguez, dedicada a luchar contra los casos que la organización identifica como negligencia médica, liderada por Patricia Cárdenas, quien perdió a su hijo hace cinco años.

La vida tomó un giro brusco para José, quien se siente impotente al asumir el papel de padre y madre. Digna Bazurto, su cuñada, se encarga del cuidado del infante, mientras otros familiares lo apoyan en el cuidado de sus otros hijos.

Las secuelas por la supuesta negligencia médica que vive José también la afrontan familiares de otras víctimas que perecieron en este año. El pasado 19 de julio, parientes de Johana Mantilla Gómez denunciaron en la Fiscalía la muerte de la joven tras un infarto en la clínica Estetik Line, adonde acudió para someterse a una liposucción. La Dirección de Salud del Guayas indicó en esa ocasión que ese local no estaba registrado en su base de datos.

Los esposos Rosendo Sarmiento y Érica Sánchez el pasado 12 de abril denunciaron la muerte de su hija en el hospital León Becerra, tras una operación por una hernia umbilical. Bolívar de la Cruz Rivera, que padecía diabetes, falleció a fines de enero pasado luego de una cirugía, en el cantón La Libertad. Jéssica Pinango Muñoz pereció en abril tras una cesárea en el cantón Milagro. En la Fiscalía del Guayas los casos constan por denuncias relacionadas con lo que los demandantes llaman mala práctica médica.

Las quejas en la Defensoría del Pueblo en Guayaquil no especifican las víctimas mortales por negligencia médica porque no está tipificada como tal en la legislación penal y al tratarse de delitos son derivados a la Fiscalía. Ahí solo se refieren casos en los que pacientes han sufrido una mala atención y han quedado con secuelas. “Esas personas no van a recuperarse y por eso se trata de que la institución médica se responsabilice de la recuperación o asuma una indemnización”, dice Francisco Bonilla, de la Defensoría.

Los datos de la entidad en Guayas hablan de un incremento de los casos, pues de los 4 registrados en el 2001 se elevaron a 18 en el 2006, y en lo que va del año alcanza las 16 denuncias.

En el país, la Defensoría recibió el año pasado 590 quejas relacionadas con el derecho de salud vulnerado, según los datos publicados en su página web. No obstante, las demandas a instituciones de salud por una deficiente atención son mayores. En el 2006 se reportaron más de 2.000 quejas, indica el sitio. Entre los diez centros con más reclamos están el Seguro Social, hospitales del Ministerio de Salud y clínicas privadas.

Patricia Cárdenas, de la Fundación Carlitos Rodríguez, sostiene que no todos los casos se denuncian o se siguen, en particular por la falta de recursos económicos de los afectados.

Algunos, como el que llevan Raúl Ávalos y su esposa, Jovita Suárez, permanecen estancados. Ellos perdieron a su hijo Raúl Edwin, de 10 años, en mayo del 2005, cuando fue ingresado al hospital Francisco de Ycaza Bustamante para corregirle una deficiencia visual (estrabismo). En ese entonces, tras varias horas, el médico Jaime Bajaña informó que el pequeño había sufrido un infarto.

Raúl salió del quirófano en camilla, atado y con convulsiones hacia la unidad de cuidados intensivos. Tres días después, la jefa (e) de esa unidad, Myriam Gavilánez, argumentó ante Raúl que “las neuronas del cerebro son como una instalación eléctrica, la diferencia es que una instalación eléctrica se puede reparar, pero las neuronas son irreparables”.

Raúl Edwin murió tras una disfunción multiorgánica provocada por la aplicación de un medicamento (dextropropoxifeno) que le inyectó la tecnóloga María Luisa Carrión por disposición de la médica Cecilia Yagual, según el juicio que se ventila en el juzgado Séptimo de lo Penal del Guayas.

El medicamento, según el expediente, desencadenó la muerte del menor y, aunque las declaraciones de las imputadas atribuyen el deceso a una reacción del paciente hacia el fármaco, el agente fiscal Julio Aguayo las acusó de homicidio inintencional, dictamen de la instrucción fiscal del caso, que actualmente está a la espera de las audiencias respectivas antes de que se dicte una sentencia.

En su informe, Aguayo rechaza los argumentos sobre lo inevitable e imprevisto de la aplicación del medicamento. “Que toda sustancia es potencialmente dañina para ciertas personas no es justificación para que profesionales de la salud no extremen las medidas de seguridad para evitar desenlaces fatales, pues, de lo contrario, estaríamos frente a una especie de macabra lotería, en la cual ‘si nos juega la suerte’ podríamos morir en intervenciones que potencialmente no son mortales”, concluye en su instrucción.

Más de una treintena de estos casos son defendidos por fundaciones dedicadas a luchar contra la mala práctica médica, un término al que se oponen los doctores porque dicen que sirve para castigarlos.

**** Una lucha desde hace 12 años por una ley que aún no se concreta***

Alexandra, Patricia, Jovita, María del Pilar, Carmen... son mujeres de mirada triste y corazón de hierro para afrontar con valor aquello más amado que la vida les arrebató, no por causas naturales, sino por lo que ellas consideran un ‘error médico’. Precisamente por esa razón no se resignan a la ausencia de sus seres queridos o las secuelas con las que quedaron tras una supuesta mala práctica médica y exigen justicia los miércoles en los bajos de la Corte.

Junto a un basurero, a la sombra de un árbol y acomodadas en bancos para aguantar las horas del plantón, una a una llegan desde las 09:00 de la mañana del miércoles pasado. También hay algunos hombres. El acto de protesta se realiza desde hace un año, cuando Patricia Cárdenas creó la Fundación Carlitos Rodríguez, en honor a su hijo muerto hace cinco años. El niño requería una sutura en la nariz producto de una caída, pero se le administró demasiada anestesia y quedó descerebrado.

Patricia es la encargada de llevar los carteles con imágenes de las víctimas. Ese día los policías del lugar no les permiten colgarlos en las verjas que rodean la Corte, por eso los tienden en la acera. Ahí están los rostros de los niños fallecidos Raúl Ávalos, Andy Pin Álava, Cristian Pilligua, Carlitos Rodríguez, Margarita Campoverde y José Torres León.

“No tengo tanto valor como para poner a mi hijo ahí”, dice María del Pilar Moreno, cuyo hijo Kevin Estupiñán murió a la edad de un año y dos meses tras una cirugía en el hospital Roberto Gilbert.

Alexandra Triviño lucha por su madre, Lucía Burgos, de 63 años, quien acudió a la clínica Sugat S.A. el año pasado para operarse de un quiste en el ovario izquierdo. Producto de la supuesta mala práctica médica sufrió una colonostomía (obstrucción intestinal). Tras ocho operaciones aún está en cama.

En la instrucción, la fiscal Miriam Rosales acusa a los doctores de la infracción. “A mi mamá no le hicieron los exámenes médicos previos a toda cirugía”, sostiene Alexandra Triviño.

No obstante, los profesionales acusados alegan en su declaración que esas pruebas sí se hicieron y que la paciente estaba apta para la operación. En la instrucción, el perito médico designado para este caso, Alberto Ramírez, asegura que “no se encontraron los exámenes prequirúrgicos (electrocardiograma, pruebas de laboratorio) de la primera cirugía”.

También Ivo Franco exigía justicia por la muerte de su madre, Beatriz Jaramillo, el año pasado en el hospital del Seguro Social Teodoro Maldonado Carbo por un tumor en los ovarios que, según él, ella nunca lo tuvo porque esos órganos le fueron extirpados hace 25 años.

Poco después de que 21 pacientes se contagiaron de VIH/sida en la clínica de hemodiálisis del doctor Galo Garcés Barriga, varias fundaciones propusieron la creación de una ley contra la negligencia médica. Desde entonces, (1996), hasta la fecha, nada se ha conseguido.

Ni siquiera, dice Edison Loachamín, presidente de la Fundación Derecho a la Salud y la Vida, se ha logrado que se aplique la Ley de Derechos y Amparo al Paciente, aprobada en febrero de 1995, pero que no está vigente porque falta un reglamento que, en principio, debía elaborarse en un plazo de 90 días.

Han pasado doce años. Recién en mayo del 2006, por iniciativa de las organizaciones de familiares de víctimas de mala práctica médica, se conformó con la Defensoría del Pueblo una comisión para elaborar dicho reglamento, el cual se pidió que sea aprobado al presidente Rafael Correa en marzo pasado. Pero en respuesta se les dijo que debía hacerse otro.

El proyecto ratificaba sanciones de entre 4 y 6 años de prisión cuando una persona fallece por falta de atención médica, contempladas en el artículo 13 de la Ley de Amparo al Paciente.

Como la mala práctica médica no existe como figura penal o delito, unos 70 juicios en el país por negligencia se acogen al artículo 459 del Código Penal, que se refiere al homicidio inintencional o lesión y que sanciona al responsable con prisión de 3 meses a 2 años, susceptible de fianza, además de una multa de 8 a 31 dólares, siempre que haya un dictamen acusatorio.

Esperanzados en la aprobación del reglamento, los familiares de víctimas no se

desaniman y recorren oficinas de la Fiscalía, juzgados y acuden cada miércoles al Palacio de Justicia. Entre contar sus penas y cruzar información de algún consejo de belleza o de cocina transcurren las horas ante la mirada de los transeúntes que las miran, unos indiferentes, algunos curiosos y otros que les infunden ánimos a seguir en la lucha.

*** *El Colegio de Médicos es una sola argolla***

Patricia Cárdenas inició una lucha para exigir justicia por la muerte de su hijo hace cinco años, con ese fin creó la Fundación Carlitos Rodríguez y con ella se empeña en que no queden impunes estos casos.

¿Cómo inició la lucha contra la negligencia médica? Creamos la fundación en julio del año pasado, pero desde antes he estado trabajando en el tema y ayudando a la gente. Son cinco años de la muerte de mi hijo y no me resigno. Por eso he presentado una demanda ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos por mala administración de justicia. He pasado cinco años tocando puertas, haciendo labor social a personas que pasan lo mismo que yo. Para mí la pérdida es un trauma, porque mi hijo estaba sano, solo tenía una herida en la nariz, lo llevé a suturar y me lo dejan descerebrado.

¿Los casos han aumentado en estos últimos años? Estos casos han habido siempre, pero el problema es que las personas no han continuado con el debido proceso por falta de dinero, falta de conocimiento o porque la administración de justicia es lenta. La gente se cansa, se hostiga, dicen que todo lo dejan a Dios.

¿Qué factores inciden en que los casos queden en la impunidad? Por ejemplo, el Colegio de Médicos no sirve, tienen gran espíritu de cuerpo, es una sola argolla. Francisco Andino (ex dirigente del gremio) no se puso en mis zapatos y sacó avisos diciendo que yo estaba desprestigiando al gremio. Yo, por ejemplo, nunca intenté poner ahí el caso porque vi que se apoyaban. Los médicos dicen que sí se sanciona y que cuando no lo hacen es porque no ha habido denuncia, pero no es cierto, lo que pasa es que ellos buscan arreglos extrajudiciales.

¿Con algún caso se han conseguido sanciones? Sí hemos tenido dictámenes acusatorios de parte de algunos jueces, ahora hay más posibilidad de que acusen, pero solo por la presión de familiares. En mi caso el médico fue sobreseído.

¿Tiene apoyo la fundación? Es poco lo que hacemos porque no tenemos financiamiento. Presentamos un proyecto al Ministerio de Bienestar Social hace un año, pero no progresó porque están suspendidas las ayudas a las fundaciones por desviación de fondos.

Mala práctica médica Dos años y medio luché contra la injusticia, pero esta se impuso. Ministros y jueces fallaron a favor de los médicos que mataron a mi hijo Carlos Rodríguez Cárdenas, de 2 años, por una mala práctica médica. Para agravar mi dolor los magistrados me impusieron una multa de un salario mínimo vital como represalia por exigir justicia en el exterior del edificio de la Corte Superior. Pero en el fallo dijeron que fue porque presenté un recurso de hecho sin fundamento. Me apena la

administración de justicia, aún más si se trataba de la vida de un niño. De nada sirvió el dictamen del fiscal que acusó al anesthesiólogo y se abstuvo de acusar al cirujano, los médicos responsables de la muerte de mi hijo; tampoco el dictamen del ministro fiscal, que ratificó la acusación del inferior. Pero a Dios darán cuenta estos malos servidores de la ley, incluido el juez que los sobreseyó definitivamente. Estos jueces no se librarán de la justicia internacional. Así es la justicia en este país. El Congreso Nacional, debe de legislar para que se impongan penas drásticas a los culpables de mala práctica médica.

**** No se puede saber los efectos colaterales***

Julio Procel, presidente de la FME cuestiona las denuncias por mala práctica médica. Advierte que los medicamentos tienen efectos colaterales.

¿Qué pasa cuando un médico tiene todo lo que necesita e incurre en una negligencia? Partimos del hecho de que todo es perfecto, el Gobierno da todas las condiciones, entonces pregunto: ¿Sabemos el porcentaje de fallas médicas en países donde la medicina está altamente tecnificada? Son tan iguales como aquí porque quienes atienden son seres humanos, que son falibles, pero lo que tiene que verse es que eso no puede ser imputado como delito, porque nadie va a trabajar con el deseo deliberado de causar daño.

¿Cuál es el porcentaje? No llega al 5%.

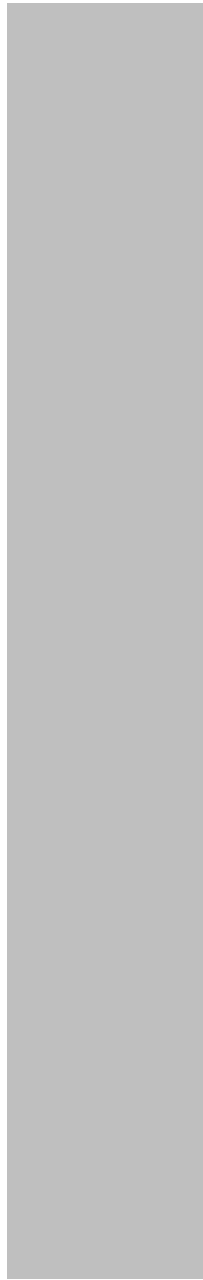
¿Por qué no se aplica reclusión? Hay abogados que utilizan la figura del homicidio preterintencionado. La idiosincrasia es la forma de reaccionar individualmente a un determinado fármaco. A usted le ponen penicilina y no le pasa nada, a mí no me pasa nada, al paciente 10 mil no le pasa nada, pero al 10 mil uno hizo una reacción de hipersensibilidad, y qué sucede cuando se trata de un procedimiento anestésico, cómo hago la prueba.

No tiene que hacerse un chequeo...Y si es una emergencia médica, ¿cómo hago? Aquí no hay pruebas para hacer reacciones de sensibilidad.

Hay médicos que en la mitad de una cirugía conversan de la fiesta de ayer, hablan por celular, comen... Efectivamente, pero entonces allí ya está tipificado, artículos 467 y 468, impericia. Si a raíz de esa operación hay un problema de negligencia, los galenos pueden aducir que el paciente reaccionó mal... Eso es diferente, porque es descuido...

¿Cómo comprobamos el descuido?, ¿quién de los demás médicos del equipo dirá que hubo descuido? Ahí queda ya una situación delicada y personal, de que yo (como médico) tengo que ser serio y responsable, porque estoy trabajando con un bien que es precioso, se murió, nada más.

¿Nada más? Por eso, y no es con burla, porque no es lo mismo que yo sea ingeniero y se me tumbó la pared, tengo que sanearla; aquí yo tengo que ser responsable.



CAPÍTULO II

SITUACIÓN ACTUAL
Y JUSTIFICACIÓN

2. SITUACIÓN ACTUAL Y JUSTIFICACIÓN

2.1 SITUACIÓN ACTUAL

2.1.1 PRESENTACIÓN DEL PROYECTO

La idea nace por la necesidad de crear un documental que se desarrolle dentro del ambiente cinematográfico nacional en lo que es documentales de tipo social.

Basado en esto, la historia trata de presentar dramatizados, sobre la situación actual de la salud pública en nuestro país. El documental tendrá un tratamiento de imparcialidad, que ayudará a cada persona que lo vea, a decidir y sacar sus propias conclusiones.

La creación, elaboración, modificación y aprobación fue por mucho tiempo trabajada mediante varios bocetos y propuestas. Este documental es el producto de varios meses de arduo trabajo.

2.1.2 DELIMITACIÓN

Las delimitaciones más notorias dentro del proyecto, son el tiempo en que se debe crear todo lo propuesto y los diversos parámetros de presentación que se requieren.

En cuestión al tiempo específico que dan para la realización, producción y postproducción del proyecto, este puede ser manejado con una buena organización. Para lo cual se requiere tener una agenda con fechas límites para realizar cada uno de los procesos, con la finalidad de tener claro el futuro del proyecto.

En lo que interviene a los parámetros de presentación, se puede tomar en consideración lo anterior y manejarlo dentro de la misma unidad educativa (EDCOM), planificando todo en relación a los horarios de laboratorio para poder utilizarlos si el caso lo requiere, lo mismo en el caso de necesitar equipos, y así poder tener todo lo apropiado para realizar las actividades requeridas.

2.1.3 MOTIVACIÓN

Este es un trabajo en conjunto con los profesores, coordinadores y demás compañeros, que con sus esfuerzos harán todo esto posible. El proceso será largo, y en el cual cada uno debe poner todo su conocimiento para realizar el proyecto.

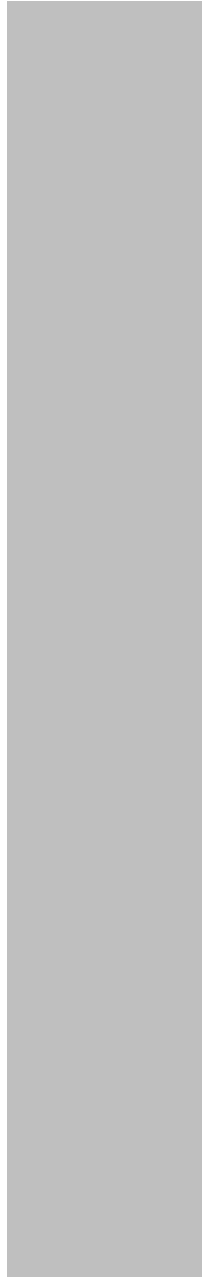
Durante el tópico se realizarán varios estudios de diferentes trabajos, como documentales elaborados por otros compañeros, y nos pudimos dar cuenta de que todo lo que tiene que ver con proyectos documentales, está evolucionando día a día, tanto así que en nuestro medio la producción de ellos, se está convirtiendo en un nicho muy grande en el mercado.

Es necesario hacer conciencia, y enfrentar los diferentes retos que la tecnología de punta nos brinda, por ello hay que trabajar e investigar mas, conscientemente para que a futuro podamos realizar proyectos de mejor jerarquía, que puedan competir en festivales internacionales y porque no, ganar.

2.2. JUSTIFICACIÓN

Mediante éste proyecto, se busca demostrar que la producción nacional es una de las alternativas más efectivas en lo que interviene el diseño. Esto se debe a que en ella tenemos muchas más opciones para realizar todo lo que se nos ocurra, ya que no existen limitaciones de imaginación. Dentro de lo audiovisual uno puede crear lo que tenga en la mente.

Ésta guía se ha hecho, siguiendo los parámetros de un manual de diseño, ya que en él se describe cada uno de los procesos que se deben realizar para poder lograr una producción que llene las expectativas impuestas al comienzo de él.



CAPÍTULO III

PROPUESTA

3. PROPUESTA

3.1 OBJETIVOS

3.1.1 OBJETIVOS GENERALES

Luego de una exhaustiva investigación, llegamos a la conclusión que la Salud Pública en nuestro país se ve afectada por situaciones externas e internas, es por eso que decidimos a través de este documental dar a conocer dichos inconvenientes y así cumplir con los siguientes objetivos:

- Desarrollar una propuesta de una manera creativa y lo más real posible.
- Dar a conocer la situación actual de la Salud Pública.
- Informar al público sobre temas como: Gratuidad, Medicamentos, Infraestructura, etc.
- Aportar al sistema de salud de nuestro medio, con un producto eficaz que a su vez ayude al mejoramiento de atención en hospitales públicos del país.

3.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar una producción que ponga a prueba todos los conocimientos adquiridos durante la carrera de Licenciatura en Diseño y Producción Audiovisual.
- Lograr que el espectador se relacione con nuestro proyecto y viva la aventura que nosotros experimentamos durante la creación del mismo.

3.2 MARCO CONCEPTUAL

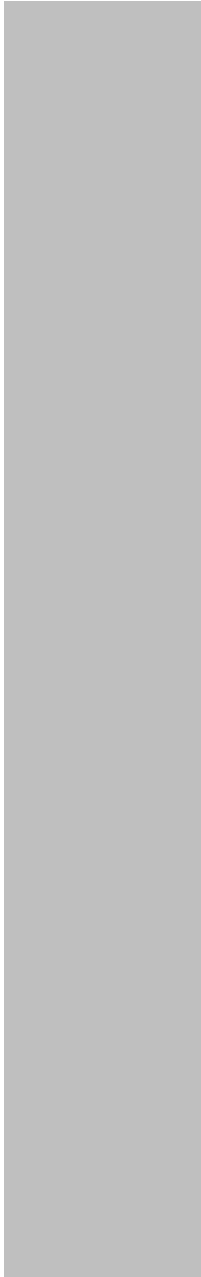
Este proyecto fue creado de tal manera que sea una alternativa viable y eficiente para los estudiantes que poseen poco tiempo disponible para realizar una tesis con la finalidad de graduarse y alcanzar el título de Licenciado en producción audiovisual. Y será manejado de una manera organizada, para evitar contratiempos con la parte administrativa, debido a que ellos llevan un horario, que se debe seguir, establecido por las autoridades.

El proyecto requiere que pongamos en práctica todos los conocimientos aprendidos durante la carrera, además de valores como el compañerismo y la investigación para ampliar conceptos.

También aquí se podrá demostrar el nivel al que se ha llegado dentro de este campo, que día a día crece en nuestro país.

La calidad del trabajo, dependerá mucho de los factores que se presenten en el camino pero también demostrará nuestras habilidades para salir adelante a pesar de esas vicisitudes.

En conclusión, este proyecto posee bases técnicas que podrán poner a prueba nuestra entereza para la realización del mismo, teniendo en cuenta todos los parámetros establecidos para su presentación.



CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y COMPARACIÓN
DEL PRODUCTO

4. ANÁLISIS Y COMPARACIÓN DEL PRODUCTO

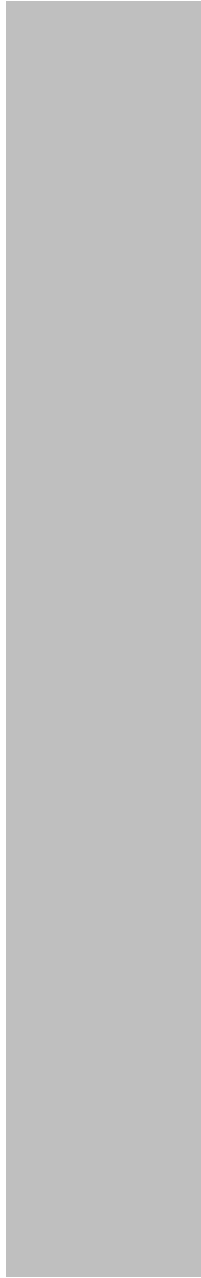
4.1 ANÁLISIS Y COMPARACIÓN

En nuestro país, no hay una producción masiva de documentales. La mayoría son realizados por autores independientes, ya sea estudiantes o aficionados, y sin fines de lucro. Nuestro trabajo se puede, hasta cierto punto y guardando las diferencias, comparar con un trabajo internacional.

Desde sus inicios, la carrera tuvo como misión formar a los estudiantes, para que en un futuro puedan competir dentro del mercado con producciones audiovisuales de calidad. Actualmente existen muy buenos trabajos realizados por autores ecuatorianos que son poco conocidos. En Youtube uno puede ver estos trabajos de autores ecuatorianos que compiten a nivel de calidad con los proyectos presentados por estudiantes de otros países.

Para producir documentales se requiere de mucha tecnología, lo cual dificulta la práctica en esta área, debido a su excesivo costo, Ecuador en comparación a Estados Unidos, no posee un mercado grande para su difusión, para quienes trabajan profesionalmente, su experiencia y trayectoria facilita la acogida en el medio. Gracias a una herramienta mundial, como lo es el Internet, poseemos los suficientes conocimientos para poder competir, ya que en nuestra particular forma de pensar, para crear algo hay que tener un 20% de conocimiento y un 80% de talento.

Tiene más valor hacer algo con limitaciones y contratiempos, que hacer algo con lo mejor en tecnología y obtener casi el mismo resultado.



CAPÍTULO V

REQUERIMIENTOS
OPERACIONALES

5. REQUERIMIENTOS OPERACIONALES E INFRAESTRUCTURA

5.1 REQUERIMIENTOS DE HARDWARE

PC	MAC
Procesador Intel Core 2 Duo de 2.16 Ghz Memoria RAM: 2 GB Disco Duro: 250 GB Tarjeta de video: 64 MB Monitor LCD de 17” DVDWriter LG Memoria interna de 60MB Mouse Teclado 1 Impresora – Scanner - Copiadora HP PSC 1410 All-in-one 1 Pen Drive de 2 Gigas	Procesador Intel Core 2 Duo de 2.16 Ghz Memoria RAM: 1 GB Disco Duro: 120 GB VRAM: 64 MB Monitor LCD de 19” DVDWriter MATSHITADVD-R Memoria interna de 60MB Mouse Teclado 1 Cámara De Video Integrada 1 Impresora – Scanner - Copiadora HP PSC 1410 All-in-one 1 Pen Drive de 2 Gigas

Tabla 5-1: Requerimientos de hardware.

5.2 REQUERIMIENTOS DE SOFTWARE

- Paquete de Final Cut Pro
- Adobe Premier Pro CS3
- Adobe After Effects CS3
- Adobe Photoshop CS3
- Adobe Illustrator CS3
- Project
- QuickTime Player 7
- Microsoft Word 2007
- Toast Titanium

5.2.1 ASPECTOS TÉCNICOS

Paquete de Final Cut Pro

Final Cut Pro – Motion – Live Type – Soundtrack Pro – Cinema Tools – Compressor – DVD Studio Pro.

Usamos este software para hacer todo lo que corresponde a la captura, edición, musicalización, agregar textos, agregar sonidos, efectos especiales, comprimir la película y crear el Dvd final.

En sí, este es el programa más importante de toda la producción.

Adobe Premier Pro CS3

Como una alternativa a la edición de la producción.

After Effects CS3

Se lo utiliza para agregar algunos efectos en la película.

Adobe Photoshop CS3

Este software es usado para la creación, retoques y procesamiento de las imágenes utilizadas para la producción.

Adobe Illustrator CS3

Fue usado este software para la pre-producción del proyecto. Para la creación de claquetas, esquemas y demás.

Quick Time Placer 7

Permite probar el video que elaboraba el programa Final Cut Pro.

Toast Titanium

Fue usado para la creación del DVD.

Project

Este programa ayudará a la creación de esquemas y horarios dentro de la producción.

Microsoft Word 2007

Para realizar todo lo concerniente a escritura de permisos y elaboración del manual, etc.

5.3 REQUERIMIENTOS DE VIDEO

Panasonic Palmcorder PV-DV953

- Zoom digital 700 x
- Tamaño del sensor óptico de 1 / 6 "
- Tipo de sensor óptico 3CCD
- Formato de vídeo analógico NTSC
- Formato de vídeo digital MPEG
- Mezcla de Efectos Especiales, Limpie, Sepia, Trail, Espejo, Mosaico, Strobe, de ganancia, negativo, Solarización, Blanco y Negro, pantalla multi-imagen,.
- Estabilizador de imagen óptico
- Transición digital de escenas Negro Fader
- Min Velocidad de obturación de 1 / 60 seg
- Max Velocidad de obturación 1 / 8000 seg
- Modos de disparo modo de foto digital
- Programas de filmación bajo la luz, Spotlight, modo de Deportes, Surf y nieve, modo de retrato.
- Balance de blancos personalizado, presets, automático
- Modos de exposición manual, programa, automático
- Cámara Flash Pop-up flash

Características Principales

- Formato de imagen fija JPEG
- Captura de vídeo
- MPEG-4 - 320 x 240 - 240 segundos - con tarjeta de 16MB, MPEG-4 - 176 x 144 - 900 segundos - con tarjeta de 16MB
- Memoria / Almacenamiento
- Memoria Flash: 1 x 16 MB Flash - Tarjeta de memoria SD
- Tipo MiniDV
- Velocidad de grabación LP, SP
- Sistema de lente
- Tipo de objetivo zoom - 2.85 mm - 28,5 mm - F/1.6
- Zoom óptico de 10 x
- Fabricante lente Leica
- Ajuste de enfoque manual, automático
- Ajuste de zoom motorizado de la unidad

Características adicionales

- Entrada DV
- Conexiones
- Tipo de conector 1 x micrófono, 1 x Auriculares, 1 x S-Video entrada / salida, 1 x vídeo compuesto / salida de audio, 1 x USB, 1 x IEEE 1394 (FireWire / i.LINK), 1 x serie
- Ranura de expansion: tarjeta de memoria SD
- Entrada de audio
- Tipo de entrada de audio del micrófono
- Micrófono incorporado estéreo

5.4 REQUERIMIENTOS DE SONIDO

- micrófono dinámico unidireccional cardioid de 80-12000hz, -53dbv/pa (2,2mv/pa), 500 ohm.
- Neodymium Magnet Cartridge - Modelo no. DM-33
- micrófono ref pvi100 con cable conector de plug canon a plug de 1/4
- accesorios, abrazadera, estuche y conector reductor, modelo pvi1001/4w/ctn-d (pvi100 1/4w/ctn) marca peavey

5.5 REQUERIMIENTOS DE ILUMINACIÓN

Impact One Light Umbrella Kit (120VAC)

- Foco de 500W
- Paraguas blancos
- Soporte de luces en aluminio (negros)
- Reflector de aluminio 12"
- Cable 10' con interruptor de encendido y apagado
- Peso - 4 lbs (1.8 kg) el set completo
- Dimensiones - 12 x 12" (30.5 x 30.5 cm)

5.6 EQUIPO DE TRABAJO

5.6.1 GRUPO DE TRABAJO

El equipo de trabajo está conformado por un grupo de 13 alumnos de la Licenciatura en Diseño y Producción Audiovisual de la EDCOM. Para la realización de este proyecto fue necesaria la participación de dos profesores, que nos guiaron durante todo el proceso.

5.6.1.1 PROFESORES GUÍA

Ing. Javier Ceballos (Pre-Producción y Presupuesto)
Lcdo. Mario Moncayo (Realización)

5.6.1.2 ALUMNOS

1. Paola Abarca
2. Paulina Arévalo
3. Christian Bejarano
4. Holger De la Cruz
5. Diana Duque
6. Steven Fuentes
7. Andrea Galarza
8. Juan José Mendoza
9. Marjorie Mora
10. Alex Quinté
11. Claudia Rivera
12. Anaís Sánchez
13. Mariella Velasteguí

5.6.2 ORGANIGRAMA

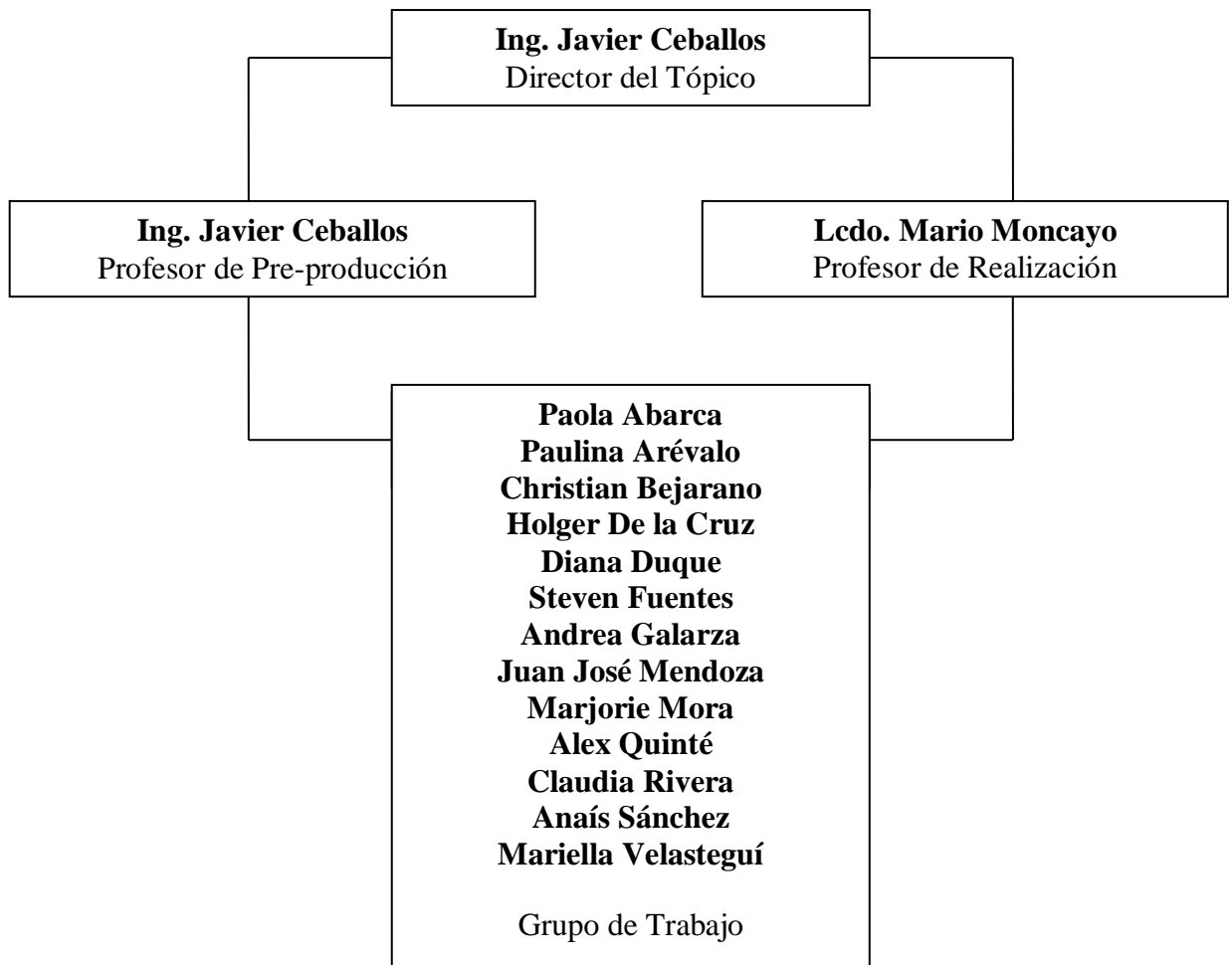
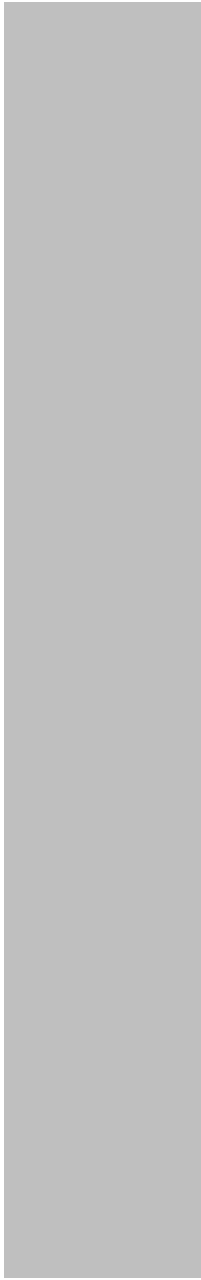


Tabla 5-2: Organigrama de trabajo.



CAPÍTULO VI
PRE-PRODUCCIÓN

6. PRE-PRODUCCIÓN

6.1 DESARROLLO Y ESPECIFICACIONES DE LA ETAPA DE PRE-PRODUCCIÓN

6.1.1 ANTECEDENTES

El Tópico nace como un nuevo proyecto del Programa de Licenciatura de Diseño y Producción Audiovisual, el cual en el transcurso del año 2006 tuvo un cambio en su identidad corporativa, y actualmente es la Escuela de Diseño y Comunicación Visual (EDCOM), la que permitirá formar profesionales hasta cuarto nivel y seguir ofreciendo los servicios que anteriormente se daban en PROTCOM.

6.1.2 DISEÑO METODOLÓGICO

Los pasos para realizar una producción son los siguientes:

- **Fase de Pre-Producción**
- **Fase de Producción**
- **Fase de Post-producción**

Fase de Pre-producción:

1. Distribución de funciones
2. Propuesta y Elección del Tema
3. Investigación General del Tema
4. Definición del Concepto del Documental
5. Sinopsis
6. Guión Preliminar y Final
7. Presupuesto
8. Story Board
9. Desgloses
10. Casting
11. Búsqueda de Locaciones
12. Coordinar Entrevistas
13. Permisos Operativos

Fase de Producción:

1. Realizar las grabaciones

Post Producción:

1. Editar el video
2. Agregar sonido de Ambiente
3. Musicalizar

6.1.3 DISTRIBUCION DE FUNCIONES

Dirección

- **Director:** Juan José Mendoza
 - **Asistentes de Dirección:** Alex Quinté y Diana Duque

Diseño de Arte

- **Director de Arte:** Paulina Arévalo
 - **Vesturista:** Paola Abarca
 - **Maquillaje:** Paulina Arévalo y Paola Abarca
 - **Escenografía:** Diana Duque y Marjorie Mora
 - **Ambientación y Utilería:** Diana Duque y Paulina Arévalo

- **Director de Fotografía:** Christian Bejarano

- **Guión:** Andrea Galarza y Claudia Rivera

- **Casting:** Mariella Velasteguí y Marjorie Mora

- **Script:** Anaís Sánchez

Producción

- **Productor General:** Anaís Sánchez
- **Productor de Línea:** Paola Abarca
- **Productor de Campo:** Anaís Sánchez
 - **Asistente de Producción:** Mariella Velasteguí

Operativo / Técnico

- **Camarógrafo:** Christian Bejarano
 - **Asistentes de Cámara:** Holger de la Cruz y Steven Fuentes
- **Iluminación:** Christian Bejarano
 - **Asistente de Iluminación:** Andrea Galarza y Paulina Arévalo
- **Sonidista:** Steven Fuentes
 - **Asistentes de Sonido:** Claudia Rivera y Anaís Sánchez
- **Edición y Efectos:** Holger de la Cruz y Alex Quinté
- **Musicalización:** Juan José Mendoza

6.2 MANUAL DE FUNCIONES

Esta parte contiene todas las actividades relacionadas con el funcionamiento y operación del área correspondiente de cada uno. Aquí se documenta los conocimientos, experiencia y tecnología del área, para hacer frente a sus retos y funciones, con el propósito de cumplir adecuadamente con su misión.

Se describe la organización formal, mencionado, para cada puesto de trabajo, los objetivos del mismo, funciones, autoridad y responsabilidades.

El objetivo es decirle a cada jefe o trabajador por escrito lo que se espera de él, en materia de funciones, tareas, responsabilidades, autoridad, comunicaciones, e interrelaciones dentro y fuera de la empresa.

6.2.1 OBJETIVOS DE UN MANUAL DE FUNCIONES

- Facilitar el proceso de reclutamiento y selección de personal.
- Identificar las necesidades de capacitación y desarrollo del personal.
- Servir de base en la calificación de meritos y la evaluación de puestos.
- Precisar las funciones encomendadas a cada cargo, para deslindar responsabilidades, evitar duplicaciones y detectar omisiones.
- Propiciar la uniformidad en el trabajo.
- Permitir el ahorro de tiempo y esfuerzos en la ejecución del trabajo evitando repetir instrucciones sobre lo que tiene que hacer el empleado.
- Sirve de medio de integración y orientación al personal de nuevo ingreso, ya que facilita su incorporación a las diferentes unidades.
- Proporcionar el mejor aprovechamiento de los recursos humanos.

6.2.2 VENTAJAS

- Mayor facilidad en la toma de decisiones y en la ejecución de las mismas.
- No hay conflictos de autoridad, ni fugas de responsabilidad.
- Es claro y sencillo.
- Útil en toda organización.
- La disciplina es fácil de mantener.

6.2.3 CARGOS

El grupo está dividido en:

- Equipo Artístico
- Equipo de Producción
- Equipo Operativo / Técnico

6.2.3.1 EQUIPO ARTÍSTICO

DIRECCIÓN

Director

Titular: Juan José Mendoza

Fecha de actualización: 06-03-2009

Reporta a: Productor General

Alcance y Objetivo:

Es una de las persona clave en la realización de una producción. Es quien convierte un guión en imágenes, y para ello todos los que intervienen en el proyecto están a sus órdenes: el equipo técnico y el equipo artístico, compuesto por los actores. Su trabajo no empieza el primer día de rodaje, sino mucho antes. Junto con el jefe de producción, elabora un plan de rodaje que decide la división de la película en localizaciones y tomas a partir del guión. El director imprime un estilo personal a la película, y el éxito o fracaso de ésta dependen en gran medida de su labor.

Funciones:

- Dirigir la filmación de una producción, dando instrucciones a los actores, decidiendo la puesta de cámara, supervisando el decorado y el vestuario, y todas las demás funciones necesarias para llevar a buen término el rodaje.
- Intervenir en numerosas labores, principalmente la realización del guión técnico (encuadre, plano, movimientos de cámara, objetivo y angulación), como la selección de los actores o casting y demás profesionales, los escenarios naturales en los que se rodará la película, los decorados, o la redacción final del guión.
- Coordinar o saber disponer en la realización de la película del talento de guionistas, operadores, actores, músicos, así como de las tareas de los técnicos que intervienen en el rodaje. Por eso dirige a los actores, da el visto bueno a los decorados, a las luces, a los emplazamientos de la cámara, etc.
- Enseñar a ver el mundo a través de sus ojos, que es tanto como decir que debe dar una visión del mundo. Así, cada director, mostrará un universo distinto, diferente. Para unos el mundo es alegre, musical, para otros, es triste. Hay quien sólo ve la violencia que reina en él, mientras que otro director se fija, sobre todo, en la bondad de los seres humanos.
- Ser un creador visual y sólo a él debe atribuírsele el nombre. El director que se ajusta a hacer la película como le indica el guión y siguiendo las órdenes del productor, no es otra cosa que un ejecutor fiel de la labor, un buen técnico, del que los críticos dicen que es un director con mucho oficio, un artesano.

Asistentes de Dirección

Titular: Alex Quinté y Diana Duque

Fecha de actualización: 06-03-2009

Reporta a: Director

Alcance y Objetivo:

Normalmente se asignan varios ayudantes de dirección, según el presupuesto y la complejidad de la producción. El primer ayudante controla el cumplimiento del plan de trabajo, que prepara cada día y aprueban el jefe de producción y el director; asimismo trabaja junto a éste durante el rodaje, ayudándole en la preparación de cada toma. El

segundo ayudante ayuda al primero disponiendo a los actores y al equipo técnico en el lugar adecuado y el momento exigido. Dirige también a la figuración (los extras), y cuida de los pequeños detalles para la preparación del plan de trabajo del día siguiente.

Funciones:

- Hacer todo aquello que el director le encomiende.
- Preparar el set antes de la llegada del director.
- Mantener mucha comunicación con el script para vigilar los raccords, continuidad de elementos escénicos etc.
- Señalar al Director donde termina un diálogo, escena, etc.
- Dar la orden de acción o el fin de la toma, tras recibir la orden del director.
- Llevar el control de la claqueta (independiente del que lleve el claquetista, por seguridad y necesidades pragmáticas).
- Citar a los actores y técnicos.
- Supervisar el traslado de los actores hasta el set de rodaje.
- Supervisar junto con el director el script del montaje. - Ser el enlace entre montador y el equipo de sonorización, y entre estos y el director.

DISEÑO DE ARTE**Director de Arte**

Titular: Paulina Arévalo

Fecha de actualización: 06-03-2009

Reporta a: Director y Productor

Alcance y Objetivo:

El director artístico de una producción o escenógrafo es la persona responsable del diseño de los decorados y del aspecto global de la película. En películas donde el vestuario es una parte esencial a la historia, como en las películas de época, el diseñador del vestuario (figurinista) se convierte en otro miembro clave del equipo de producción. Otros diseñadores esenciales son los que se ocupan del maquillaje, la peluquería, el atrezzo, el diseño gráfico y demás aspectos visuales de la producción.

Funciones:

- Coordinar todos los equipos y supervisa que todos ellos sean fieles a la estética general acordada para la película.
- Mantener contacto directo con el director y quien toma las decisiones artísticas junto al mismo.
- Crear el aspecto general de la película, trabajando con los artistas, diseñadores de vestuario, atrezos y otros departamentos para ayudar al director a conseguir el efecto deseado.

Vestuarista**Titular:** Paola Abarca**Fecha de actualización:** 06-03-2009**Reporta a:** Director, Productor y Director de Arte**Alcance y Objetivo:**

Orienta a los responsables de la ambientación sobre la forma de vestir de los personajes y también sobre como tapizar elementos del decorado si es preciso.

Confecciona las ropas si es el caso o para ropas compradas se encarga de su limpieza y mantenimiento. Se encarga de conseguir el record de vestuario en cuanto a si la ropa tiene que salir manchada, rota, etc. en determinados puntos de la película.

Funciones:

- Garantizar la realización del vestuario escénico respetando los imperativos artísticos, escénicos y económicos.
- Garantizar el etiquetado, listado y clasificación de las piezas que componen el vestuario.
- Completar los diseños en los aspectos técnicos y rediseña los cambios si es necesario y los concibe técnicamente, identificando el mejor proceso de confección en función de la disponibilidad económica y el tiempo disponible. Para ello además de las competencias técnicas propias del oficio, debe tener un buen conocimiento de la historia de la indumentaria y del espectáculo.
- Tener capacidades para las relaciones humanas y la comunicación ya que, como en la mayor parte de oficios escénicos, el producto encargado inicialmente puede ser modificado durante los ensayos en el transcurso de la creación escénica.
- Su función es probar la ropa a los actores. A las pruebas de vestuario suele asistir el director.

Maquillaje**Titular:** Paulina Arévalo y Paola Abarca**Fecha de actualización:** 06-03-2009**Reporta a:** Director, Productor y Director de Arte**Alcance y Objetivo:**

Se encarga del maquillaje en donde ocultará o resaltará imperfecciones de los participantes del elenco siguiendo las indicaciones del productor y director.

El maquillaje es el modo de relacionar la pintura dentro del cuerpo, en relación directa con el cuerpo.

Su trabajo está muy relacionado con el equipo de ambientación. A parte de conseguir una apariencia en los actores tiene que controlar también el record de maquillaje y peinados.

Funciones:

- Dramatizar las facciones del rostro acentuándolas, exagerándolas, deformándolas o difuminándolas, volviéndolas levemente sutiles. El maquillaje es una máscara donde el rostro conserva plenamente su movilidad.
- Expresar el proceso de convertirse en alguien más sin abandonar la persona original: "cuando los actores se maquillan gradualmente, otro ser nace".

- Lograr codificar un lenguaje simbólico para la interpretación de personajes mítico.
- Conocer sobre el manejo y cuidado de la piel.
- Dominar las diferentes técnicas básicas de aplicación de maquillaje en video ya sea para locaciones o estudio.
- Estar actualizado en el uso de los nuevos materiales y la conservación y manejo de los cosméticos.
- Seleccionar y preparar el maquillaje, las pelucas, prótesis y postizos para la realización de caracterizaciones de los personajes.
- Prestar particular atención a la época, ambiente o situación específica de la puesta en escena que se grabe.

Escenografía**Titular:** Diana Duque y Marjorie Mora**Fecha de actualización:** 06-03-2009**Reporta a:** Director, Productor y Director de Arte**Alcance y Objetivo:**

Se encarga de elegir los materiales con los que se va construir el decorado y supervisa la construcción.

Si es necesario, construye el decorado a partir de los planos que le entrega el decorador. Trabaja con carpinteros, escayolitas, obreros, pintores de brocha gorda o artísticos, forillistas (pintores especiales que pintan lo que se ve detrás de las ventanas: forillo), maquetistas, etc.

Funciones:

- Conocer las funciones generales del diseño escénico, así como sus determinantes dramáticas y técnicas.
- Conocer la teoría y la práctica de la propuesta escénica de una escenografía, vestuario e iluminación aplicada al guión.
- Saber cómo habilitar un espacio para una representación.
- Planear y diseñar los escenarios, su ambientación, construcción y montaje atendiendo las características indicadas en el guión y de común acuerdo con el productor.
- Coordinar los servicios a la producción como decorado, montaje de sets, atrezzo o utilería, efectos físicos, maquillaje, diseño gráfico, vestuario y peluquería.
- Investigar en el mercado cuales son los materiales más adecuados por su calidad, utilidad y precio.
- Llevar el control de los insumos que se utilizan y mantiene siempre disponible el inventario básico para las producciones.

Ambientación y Utilería**Titular:** Diana Duque, Paulina Arévalo y Paola Abarca**Fecha de actualización:** 06-03-2009**Reporta a:** Director, Productor y Director de Arte**Alcance y Objetivo:**

Responsable de vestir el decorado con el atrezzo: muebles y accesorios.

Funciones:

- Realizar taboos de asistencia a los actores/actrices.
- Manejar todo elemento cambiante en la escenografía.
- Mantener todo limpio y en orden.

Director de Fotografía**Titular:** Christian Bejarano**Fecha de actualización:** 06-03-2009**Reporta a:** El Director y El Productor**Alcance y Objetivo:**

El director de fotografía, también conocido como el operador, o primer operador (frente al cámara, que sería el segundo), trabaja estrechamente junto al director e interpreta en términos de iluminación las necesidades del director en cuanto al ambiente y la atmósfera de cada toma. Otros operadores pueden intervenir en la producción para filmar efectos especiales o trucos de cámara que ayudan a dar dimensión y sentido del espectáculo a una película.

Funciones:

- Ser el responsable de cómo se va a ver la película, es decir, la iluminación, la óptica a utilizar, el encuadre, el color, la textura del film, el ambiente.
- Ser el responsable de toda la parte visual del film, también desde el punto de vista conceptual, determina la tonalidad general de la imagen (tonos cálidos o fríos, predominantes en cada escena o secuencia y su alternancia a lo largo del metraje, así como también, su concordancia -o no- con la temática del guión cinematográfico) siempre guiándose con las aclaraciones del director.
- Encargarse de iluminar el decorado de cada escena de una película en función de las exigencias del director y de la historia.

Guión**Titular:** Andrea Galarza y Claudia Rivera**Fecha de actualización:** 06-03-2009**Reporta a:** Director y Productor**Alcance y Objetivo:**

La función de los guionistas varía de modo sensible según el tipo de película de que se trate. Un guionista puede ser contratado para desarrollar una idea o para adaptar una novela, obra de teatro o musical. El primer paso para escribir un guión consiste en hacer una sinopsis breve del argumento. Después se hará un *tratamiento*, es decir, la descripción detallada de la película, con algunos diálogos y con el contenido específico

de cada una de las secuencias. Si se aprueba, el guionista podrá escribir el guión o libreto, con los diálogos completos y la descripción de las secuencias, escenas y planos. En algunas ocasiones, el guión también indica los movimientos de cámara y el montaje (en este caso se denomina guión técnico), pero este cometido suele ser ya tarea del director. A diferencia de una obra de teatro, los derechos del guión se suelen comprar en su totalidad, por lo que los productores pueden hacer lo que quieran con él.

Funciones:

- Ser el encargado de confeccionar un guión, en una producción
- Crear una sinopsis breve del argumento.
- Crear la descripción detallada de la película, con algunos diálogos y con el contenido específico de cada una de las secuencias.
- Trabajar estrechamente con el asesor de contenido. Debe investigar las características del público al que se dirigirá la producción y los contenidos del tema que manejará en el guión.

Director de Casting

Titular: Mariella Velasteguí y Marjorie Mora

Fecha de actualización: 06-03-2009

Reporta a: Director y Productor

Alcance y Objetivo:

Es responsable de la selección de actores participantes en una película, los directores de casting tienen en cuenta diversos factores, como la adecuación de los actores para los distintos papeles, el atractivo que posean de cara a la taquilla, su capacidad para interpretar y su mayor o menor experiencia. En cada caso concreto, la experiencia puede o no descartar el resto de factores. En la práctica, algunos actores y directores trabajan siempre juntos en muchas producciones a lo largo de sus respectivas carreras profesionales.

Funciones:

- Preparar las reuniones con el productor y el director para hablar del proyecto, el calendario y el presupuesto.
- Hacer una estimación de un posible reparto e indaga sobre las últimas tarifas y el calendario profesional de los actores, elaborando así una propuesta que presentará al productor y al director.
- Encargarse de negociar con el actor o su representante las retribuciones, el calendario y los créditos, es decir, que estipulará las condiciones del contrato.
- Realizar las audiciones para la elección del elenco de acuerdo a las especificaciones del Director.
- Proponer el reparto.

- Coordinar con producción para la lectura del guión con los actores.
- Ensayar con los actores en aula y en el set.
- Encargarse de la puesta en escena coordinadamente con el director para que se determine la intencionalidad de la toma.

Script

Titular: Anaís Sánchez

Fecha de actualización: 06-03-2009

Reporta a: Director y Productor

Alcance y Objetivo:

Encargada de llevar los partes de rodaje y de mantener la continuidad o racord de movimiento, posición, mirada y también el racord escenográfico en cuanto al atrezzo, maquillaje, vestuario e iluminación, en colaboración estrecha con los jefes de cada equipo.

Nombra y numera los planos y cronometra el tiempo útil de cada uno de ellos. Si la película se rueda sin sonido directo debe anotar los diálogos para repetirlos en el doblaje.

Lleva el parte de script con información de tiempos de rodaje para producción, de montaje, y de cámara.

Funciones:

- Relacionarse con el equipo técnico y artístico.
- Colaborar en la Pre-producción.
- Desglosar el guión.
- Coordinar con el Director.

6.2.3.2 EQUIPO DE PRODUCCIÓN

Productor General

Titular: Anaís Sánchez

Fecha de actualización: 06-03-2009

Reporta a: A los Inversionistas (si los hubiera)

Alcance y Objetivo:

Es el responsable de convertir una idea en una película. Se encarga de buscar la financiación para el proyecto, reuniendo a la gente capaz de hacer la película, y, finalmente, conseguir los acuerdos para la distribución y exhibición del producto acabado. Generalmente, ya sabe a qué director contratará para la realización, y ambos deciden el reparto. Una vez conseguida la financiación a través de socios o inversores privados se constituye una sociedad limitada. El productor es normalmente el principal responsable de ella, o el socio que la controla. La productora contrata a un representante, denominado productor ejecutivo, que estará al tanto de la producción y controlando todo su proceso. Por último, la persona o personas que contribuyen financieramente a la realización de una película reciben la denominación de productores asociados u otra similar.

Funciones:

- Escoger o aceptar el tema o idea de la película.
- Elaborar un cronograma general de trabajo según etapas (pre-producción, producción y post-producción)
- Elegir los protagonistas o actores del filme.
- Supervisar el trabajo de todo el equipo de producción
- Armar planes generales de Producción
- Definir en conjunto con el Director las necesidades de Producción del Proyecto
- Confeccionar o hacer un presupuesto de gastos, es decir, un cálculo total de lo que costarán los derechos de autor, si los hubiere, los sueldos de todos los técnicos que intervienen en la realización de la película, lo que percibirán los actores por su trabajo, lo que le cuesta el alquiler del estudio, los precios del decorado y del vestuario, los gastos de desplazamiento, etc.
- Elaborar un plan de duración o de rodaje, o sea, cuántos días deben emplearse en hacer la película.
- Elaborar los desgloses según el guión
- Buscar el dinero o aportar los capitales necesarios para realizar la película.
- Buscar el equipo humano que intervendrán en la realización de la obra cinematográfica, incluido el director.
- Controlar lo que se va gastando.

Productor de Línea**Titular:** Paola Abarca**Fecha de actualización:** 06-03-2009**Reporta a:** Productor General**Alcance y Objetivo:**

Su tarea se limita a algunos aspectos puntuales del proceso técnico o creativo, se lo llama "co-productor". Controla también el funcionamiento diario de la oficina de producción, coordinando el trabajo de los diferentes profesionales que intervienen para que se cumplan los plazos previstos y la película no se salga del presupuesto.

Funciones:

- Encargarse de los aspectos organizativos y técnicos de la elaboración de una película.
- Ser el responsable de la organización del trabajo (plan de trabajo), de la selección de parte del personal, de gestionar los permisos pertinentes de las distintas autoridades y propietarios para el rodaje en localizaciones fuera de los estudios, de supervisar la compra de bienes y contactar con los proveedores.

Productor de Campo**Titular:** Anaís Sánchez**Fecha de actualización:** 06-03-2009**Reporta a:** Productor General y Productor de Línea**Alcance y Objetivo:**

Coordina la producción en el set con la oficina. Pone en contacto al productor con el rodaje. Organiza los viajes de los actores y equipo técnico. Sabe donde están todos los hospitales y servicios de urgencia más cercanos por si fuera necesario. Coordina todo lo necesario, con respecto a logística de locaciones y si es necesario tramita los permisos.

Funciones:

- Dirigir la organización y la administración de la producción.
- Seleccionar ideas, controla el presupuesto y coordina al equipo de realización y dirección.
- Controlar a los subordinados o ayudantes que realizan las tareas de campo, contrataciones, citaciones y control de los elementos de grabación.

Asistente de Producción**Titular:** Mariella Velasteguí.**Fecha de actualización:** 06-03-2009**Reporta a:** Productor General y Productor de Línea**Alcance y Objetivo:**

Tiene que estar muy ligado al productor general y al productor. Es el encargado de llevar a cabo la contratación con los dueños de las localizaciones: llegar a un acuerdo con los precios y realizar las gestiones necesarias.

El permiso para rodar de palabra no vale para nada porque es imprevisible. Siempre hay que contratar los permisos por escrito de forma legal, incluso cuando se rueda en la calle. Se encarga de organizar como y donde colocar los camiones del set y prever la llegada de los actores y el equipo. Organiza también la comida.

Es el primero en llegar a las localizaciones y el último en abandonarlas. Es también el encargado de organizar los desplazamientos de equipo y material.

Funciones:

- Realizar todas las actividades operativas que se requieren para la realización de la producción, junto con el productor.
- Ejecutar todos los trámites con las áreas involucradas en la producción de la serie o el programa.
- Llevar un minucioso registro de toda la Producción.
- Realizar las peticiones de permisos, peticiones de elaboración o compra de insumos, datos del elenco para su localización, contratación y posibilidad histriónica.
- Prever y verificar las actividades programadas según el plan de producción.

- Investigar y localizar todo lo relacionado a la producción como son la información documental visual y sonora, las locaciones, sus condiciones de uso o contratación, vestuario, utilería, escenografía y efectos especiales; realiza la invitación del posible reparto al “casting” o prueba de talento y al termino de la producción supervisa que todo lo utilizado en la producción que sea reutilizable regrese a su lugar de origen.
- Realizar las cartas de agradecimiento a las instituciones o personas en determinadas actividades para lograr una realización expedita.

6.2.3.3 EQUIPO TÉCNICO/OPERATIVO

Camarógrafo

Titular: Christian Bejarano

Fecha de actualización: 06-03-2009

Reporta a: Director y Director de Fotografía

Alcance y Objetivo:

Responsable de los encuadres. Es común que sea la misma persona que realiza la fotografía en producciones de bajo presupuesto. Sugiere al director las posiciones y movimientos de cámara y éste decide. Coordina los travelling, grúas, etc. si estas fueran necesarias.

Funciones:

- Encargarse del registro de imágenes en movimiento mediante la cámara de Video. Para tal efecto, está familiarizado con su operación bajo diversas circunstancias: ya sea en los propios hombros o en otros mecánicos (como un trípode o una grúa), ya sea en locación o en estudio.
- Tener conocimientos técnicos precisos como son operación de cámara, óptica, iluminación, audio básico, composición de la señal de Video y colorimetría, entre otros.
- Tener conocimientos estéticos para la acertada composición de la imagen y utilización adecuada del equipo y accesorios a utilizar para cumplir con la intencionalidad de la toma y la transmisión de emociones.
- Participar en la selección de escenarios (scouting) para verificar las condiciones en las que realizará su trabajo.

Asistentes de Cámara

Titular: Holger de la Cruz y Steven Fuentes

Fecha de actualización: 06-03-2009

Reporta a: Director, Director de Fotografía y Camarógrafo

Alcance y Objetivo:

Responsable de mantener la cámara enfocada, midiendo la distancia focal para cada posición de cámara respecto a los personajes u objetos a enfocar. Maneja en mando de foco de la cámara. También revisa el mantenimiento de la cámara (limpieza y orden) y el desplazamiento de todo el material de cámara.

Chequea la cámara tras las tomas finales (las que el director decida como buenas), comprueba que la ventanilla de impresión esté limpia y que la película este lista en la cámara para que la toma sea válida.

También se encarga de cortar la luz que entra al objetivo con parasoles y banderas.

Funciones:

- Trasladar e instalar los equipos y materiales de grabación.
- Asistir técnicamente en la realización de las grabaciones.
- Realizar el control previo del buen funcionamiento de los equipos y materiales de grabación.
- Realizar el mantenimiento preventivo a los equipos.
- Realizar reparaciones menores a los equipos y reportar daños mayores.
- Asistir y participar en reuniones del área.
- Cumplir con las normas y procedimientos en materia de seguridad integral, establecidos por la organización.
- Elaborar informes periódicos de las actividades realizadas.

Iluminación:

Titular: Christian Bejarano

Fecha de actualización: 06-03-2009

Reporta a: Director y Director de Fotografía

Alcance y Objetivo:

Responsable que la imagen captada por la cámara aparente ser estereoscópica y tenga la calidad técnica e intención emocional requerida por el mensaje que se transmitirá a través del video.

Funciones:

- Analizar y distinguir las funciones del iluminador en el proceso de creación de un espectáculo. Adquirir pautas para el análisis del guión.
- Reconocer los diversos estilos de iluminación y su relación con el estilo general de la obra.
- Identificar las propiedades controlables de la luz como punto de partida en el trabajo, con la luz como materia prima.
- Componer la imagen deseada a partir de diversas fuentes de luz.

- Adquirir y aplicar un método práctico de desarrollo y planificación de una iluminación.
- Preparar la documentación previa al montaje en el escenario.
- Diferenciar las características de las iluminaciones en función del género de espectáculo y los condicionantes artísticos, técnicos y económicos de una producción.
- Dirigir a los asistentes de iluminación para emplazar los elementos necesarios de acuerdo con la intención o propósito de la producción.
- Regular la intensidad de iluminación en el momento oportuno o cuando así lo indique el realizador.

Asistente de Iluminación**Titular:** Andrea Galarza y Paulina Arévalo**Fecha de actualización:** 06-03-2009**Reporta a:** Director, Director de Fotografía e Iluminador**Alcance y Objetivo:**

Comprender la aportación y papel de la iluminación en el conjunto de signos que componen la representación teatral y sus aspectos sintácticos y semánticos.

Funciones:

- Planear, controlar y distribuir las cargas eléctricas, las fuentes de luz y los elementos luminotécnicos como los “espejos de sol” y “babinetos”.
- Coordinar, y en ocasiones ejecutar, la instalación, montaje y conexión de fuentes luminosas.
- Observar y estudiar las indicaciones de sus técnicas para crear de modo más adecuado las condiciones cromáticas y de ambientación de la puesta en escena.
- Encargarse de la operación de la consola de iluminación durante la emisión o grabación de las producciones.
- Llevar un control del inventario de focos, consumibles y tiempos de utilización de los equipos para dar mantenimiento preventivo a sus instrumentos de trabajo.

Sonidista**Titular:** Steven Fuentes**Fecha de actualización:** 06-03-2009**Reporta a:** Director y Productor**Alcance y Objetivo:**

Responsable de la grabación del sonido directo. Tiene que conseguir el sonido lo más limpio posible. Si no hay limpieza en el sonido no hay continuidad en el montaje.

También los sonidos ambientes para la postproducción.

Funciones:

- Planear y registrar las tomas de audio en todas sus fases.
- Conocer a profundidad los equipos técnicos que permiten realizar su trabajo, así como las variables de sonido, la sensibilidad y características de los micrófonos y sus soportes.
- Controlar la consola de audio para realizar las diferentes mezclas de las fuentes sonoras como: voz directa, música en directo, ambiente en directo o pregrabadas.

Asistentes de Sonido

Titular: Claudia Rivera y Anaís Sánchez.

Fecha de actualización: 06-03-2009

Reporta a: Director, Productor y Sonidista

Alcance y Objetivo:

Ayuda a su jefe en la preparación y mantenimiento del material y sostiene el micrófono cuando se rueda.

Funciones:

- Ayudar a dirigir y registrar el audio con la más alta calidad.
- Elegir e instalar las líneas y micrófonos en los lugares más idóneos para el registro de audio de manera que no aparezca en las tomas de imagen.
- Verificar que las líneas de audio no estén cerca de cables de corriente eléctrica para que no introduzcan ruidos indeseables a la línea de audio.
- Estar atento de las condiciones climatológicas para tener dispuestos el uso de accesorios como: el wind screen de esponja sintética, el de armadura rígida llamada “cacahuete” o “zeppelin” y el “peluche”. Operar un brazo mecánico o “caña” retráctil en donde se coloca el soporte del micrófono de manera que pueda evitar las sombras.

Edición y Efectos

Titular: Holger de la Cruz y Alex Quinté

Fecha de actualización: 06-03-2009

Reporta a: El Director y el Productor

Alcance y Objetivo:

Una película es el ensamblaje de cientos de tomas breves, por lo que su ordenación en una secuencia que transcurra, rítmicamente, y sin cambios bruscos, es un arte especializado.

Esta función la cumplen el montador, o montadores, que supervisan a los equipos de especialistas en el corte y montaje tanto de las bandas sonoras como del negativo de la

imagen. El montador sincroniza la imagen con el sonido (tarea habitualmente encomendada al ayudante de montaje).

El montador diseña los efectos especiales, supervisa los efectos ópticos y los títulos que se van a incorporar a la película. Desde efecto de lluvia a grandes explosiones. También se encarga de los maquillajes especiales como sangre o deformaciones. Carga las armas de rodaje.

Funciones:

- Editar y coordinar con el director o su asistente el material video gráfico que construirá el discurso audiovisual, por lo tanto debe tener conocimientos estéticos necesarios que elevan la calidad de su trabajo.
- Estar al tanto de los objetivos del guión, su intención y el plan general de la obra para que mientras se edita se prepare el material que será post-producido.
- Reordenar y seleccionar las mejores secuencias y planos que se encuentran dispersos en varias cintas atendiendo al montaje sugerido en el guión y coordinado por el realizador o su asistente.
- Elaborar toda serie de efectos físicos y químicos, lluvia, niebla, viento y telas de araña, entre otros, para conseguir que la ambientación o set tengan credibilidad.
- Utilizar toda serie de herramientas y materiales para conseguir que el guión pueda trasladarse a la pantalla con el realismo requerido y dentro de altos rangos de seguridad.

Musicalización

Titular: Juan José Mendoza

Fecha de actualización: 06-03-2009

Reporta a: Director y Productor

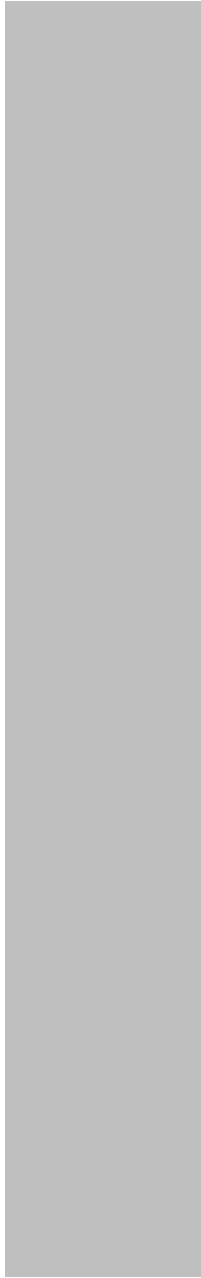
Alcance y Objetivo:

El musicalizador crea la banda musical que acompaña otros sonidos, los diálogos, o sólo la imagen de la película. Trabaja junto al director y al montador para reforzar la intensidad expresiva de cada secuencia. La música de las bandas sonoras establece un tono emocional, al tiempo que suscita en cuestión de segundos emociones complejas. Por ejemplo, la música puede identificar a una persona como sospechosa de algo cuando no hay nada evidente en la pantalla que sugiera tal indicio. La música también puede actuar como puente entre una escena y otra para crear en el público la atmósfera de la siguiente. Los temas musicales se componen especialmente para la historia concreta de la película, aunque alguno de los personajes puede tener su propio tema, en relación o independientemente del tema principal de la película.

Funciones:

- Ponerle ambiente musical a toda la película o programa.

- Darle más dramatismo con música a ciertas escenas.
- Encontrar la música adecuada para cada ocasión.



CAPÍTULO VII
PRODUCCCIÓN

7. PRODUCCIÓN

7.1 CRONOGRAMA DE TRABAJO

Nuestro cronograma de trabajo se dio de acuerdo a las especificaciones impuestas por el programa de tópicos y las acotaciones de nuestro coordinador. También se considero ciertos puntos, como el monetario y el valor tiempo que son los primordiales dentro del plan.

7.2 CONCEPTO

El objetivo es documentar fuentes de información visual y opiniones de especialistas en su respectivo campo, que nos permitan poner en evidencia aspectos que generalmente no se toman en consideración al momento del contacto de la población con los servicios de salud entre lo que es real y lo percibido.

Para lograrlo, vamos a utilizar la dramatización como herramienta de realización, personificando situaciones basadas en diversas experiencias de la vida real, en donde los personajes acudieron a diferentes hospitales públicos y se encontraron con situaciones que agravaron su estado de salud y que en algunos casos ocasionaron su muerte.

Además de contar con declaraciones y entrevistas de familiares y amigos de los involucrados en los casos, así como los diferentes criterios médicos y jurídicos, datos estadísticos necesarios para la complementación de este proyecto. Estos personajes que forman parte de la clase media baja del país son los protagonistas del desarrollo de los hechos en los cuales se fundamenta la investigación de este proyecto.

7.3. PLAN DE RODAJE

El plan de rodaje se dio de acuerdo al cronograma de trabajo y salió de la siguiente manera:

Día: Sábado 21 de marzo de 2009							
ESC	N° ESC	HORA	DETALLE	PERSONAJES	SET	LOCACIÓN	DIRECCIÓN
		10h00 – 11h00	Preparación de equipos y personajes	Fernanda, Novio y Extras			
7,9	2	11h00 – 13h00	Grabación	Fernanda, Novio y Extras	Piscina	Piscina del Club "Camino del Río"	Samborondón
Día: Domingo 22 de marzo de 2009							
ESC	N° ESC	HORA	DETALLE	PERSONAJES	SET	LOCACIÓN	DIRECCIÓN
		09h00 – 09h30	Preparación de equipos y personajes	Patricia, Carlitos, Estilista, extras			
2	1	09h30 – 10h30	Grabación	Patricia, Carlitos, Estilista, extras	Centro de belleza	Gabinete "Corte Tropical"	Centro Comercial Albocentro 1
		10h30 - 10h40	Movilización a nueva locación				
		10h40 - 11h00	Preparación de equipos y personajes	Chofer, Patricia, Carlitos			
3	1	11h00 - 12h00	Grabación	Chofer, Patricia, Carlitos	Taxi	Carro de Claudia Rivera	Cdla "la Garzota", Norte de Guayaquil
		12h00 – 12h45	Almuerzo				
		12h45 – 13h00	Movilización a nueva locación				
		13h00 – 14h00	Preparación de equipos y personajes	Fernanda, Tía			
6,8,10	3	14h00 – 17h00	Grabación	Fernanda, Tía	Baño de la casa de Fernanda	Casa Familia Bejarano	Sur oeste de Guayaquil, la M entre la 29 y la 27
11	1	17H00 - 18H00	Grabación	Tía	Cocina de la casa de Fernanda	Casa Familia Bejarano	Sur oeste de Guayaquil, la M entre la 29 y la 27

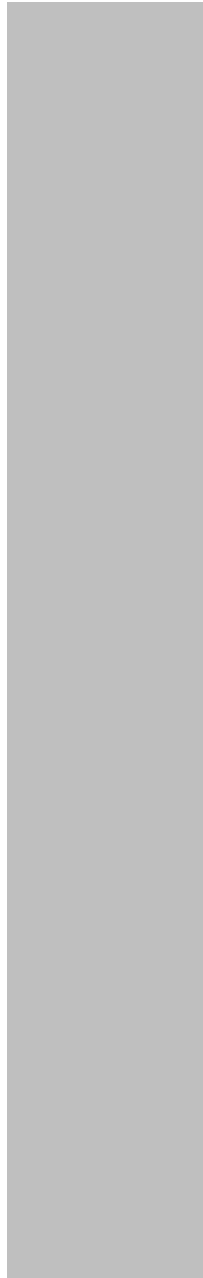
Tabla 7-1: Plan de rodaje del 21 y 22 de marzo del 2009.

Día: Sábado 4 de Abril de 2009							
ESC	N° ESC	HORA	DETALLE	PERSONAJES	SET	LOCACIÓN	DIRECCIÓN
		05h00 – 06h30	Movilización a Babahoyo				
		06h30 - 07h30	Desayuno				
		07h30 – 08h30	Preparación de equipos y personajes	Patricia, Carlitos, Fernanda, Tía, Padre			
5	1	08h30 – 09h30	Grabación	Patricia, Carlitos, Fernanda, Tía, Padre	Pasillo de un Hospital	Clínica " María Auxiliadora "	Babahoyo, General Barona y Barreiro
		09h30 - 09h40	Movilización a nuevo set				
		09h40 - 10h00	Preparación de equipos y personajes	Patricia, Carlitos, Interno 1, Interno 2			
4, 12	2	10h00 - 12h00	Grabación	Patricia, Carlitos, Interno 1, Interno 2	Sala de Emergencia de Hospital	Clínica " María Auxiliadora "	Babahoyo, General Barona y Barreiro
		12h00 – 13h00	Almuerzo				
		13h00 – 13h10	Movilización a nuevo set				
		13h10 - 13h40	Preparación de equipos y personajes	Patricia, Carlitos, Médico1, Enfermera2, Guardia			
14, 16	2	13h40 - 15h40	Grabación	Patricia, Carlitos, Médico1, Enfermera2, Guardia	Sala de Espera de Hospital	Clínica " María Auxiliadora "	Babahoyo, General Barona y Barreiro
		15h40 - 15h50	Movilización a nuevo set				
		15h50 - 16h20	Preparación de equipos y personajes	Fernanda, Tía, Padre, Prima			
15	1	16h20 - 17h20	Grabación	Fernanda, Tía, Padre, Prima	Cuarto de Hospital	Clínica " María Auxiliadora "	Babahoyo, General Barona y Barreiro

Tabla 7-2: Plan de rodaje del 4 de Abril del 2009.

Día: Sábado 4 de Abril de 2009							
ESC	N° ESC	HORA	DETALLE	PERSONAJES	SET	LOCACIÓN	DIRECCIÓN
		17h20 - 17h30	Movilización a nuevo set				
		17h30 - 18h00	Preparación de equipos y personajes	Tía, Padre, Médico 2			
13	1	18h00 - 19h00	Grabación	Tía, Padre, Médico 2	Sala de Espera de Hospital rural	Clínica " María Auxiliadora"	Babahoyo, General Barona y Barreiro
		19h00 - 19h10	Movilización a nuevo set				
		19h10 - 19h40	Preparación de equipos y personajes	Patricia, Doctora, Señora2, Enfermera1, Familiares			
17, 18	2	19h40 - 21h40	Grabación	Patricia, Doctora, Señora2, Enfermera1, Familiares	Pasillo del Quirófano de Hospital	Clínica " María Auxiliadora"	Babahoyo, General Barona y Barreiro
		21h40 - 21h50	Movilización a nuevo set				
		21h50 - 22h20	Preparación de equipos y personajes	Patricia, Señora 1, Niño, Enfermera 1, Médico 1			
1	1	22h20 - 23h20	Grabación	Patricia, Señora 1, Niño, Enfermera 1, Médico 1	Pasillo sala de emergencia de Hospital	Clínica " María Auxiliadora"	Babahoyo, General Barona y Barreiro

Tabla 7-2-1: Plan de rodaje del 4 de Abril del 2009.



CAPÍTULO VIII

BIBLIOGRAFIA Y VIDEOGRAFÍA

8. BIBLIOGRAFÍA Y VIDEOGRAFÍA

8.1 BIBLIOGRAFIA

[1] **LEY DE DERECHOS Y AMPARO DEL PACIENTE. LEY NO. 77. RO/ SUP 626 DE 3 DE FEBRERO DE 1995.**

www.dpsp.gov.ec/salud/Docs/baseslegales/once.pdf
www.inec.gov.ec/web/guest/ecu_est/reg_adm/est_sal

[2] **ESTADÍSTICAS DE RECURSOS Y ACTIVIDADES DE SALUD**

www.inec.gov.ec/web/guest/ecu_est/reg_adm/est_sal/rec_act_sal

[3] **SITUACIÓN EN EL ÁREA DE LA SALUD**

www.msp.gov.ec

[4] **PRESUPUESTO ANUAL DE SALUD:**

www.msp.gov.ec/index.php?option=com_docman&task=doc

[5] **FALLAS MÉDICAS**

www.eltelegrafo.com/historia/notas
www.telegrafo.com
www.hoy.com.ec
www.radiolaprimerisima.com/noticias/alba
www.asambleaconstituyente.gov.ec/documentos/educacion_superior_salud

[6] **EL MONTAJE DEL DIRECTOR. (5 TOMOS). HUET, ANNE; LOISELEUX, JACQUES.**

[7] **SECTOR SALUD EN GENERAL**

NUTRINET – Condiciones socio-económicas
<http://ecuador.nutrinet.org/ecuador/informacion-general/socio-economia>

[8] **POLÍTICA DEL GOBIERNO ANTE LA SALUD PÚBLICA.**

http://es.wikipedia.org/wiki/Salud_en_el_Ecuador

[9] **LA REFORMA DEL SECTOR SALUD.**

http://es.wikipedia.org/wiki/Salud_en_el_Ecuador

[10] **¿CÓMO MEJORAR LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD?**

SALUD DE ALTURA - Jorge Washington
Como mejorar la atención en los servicios de salud (Miércoles 21/05/2008)
<http://www.saluddealtura.com/todo-publico-salud/preguntas-medicas-salud/salud-radio-quito/mejoramiento-servicios-salud/>

[11] **PRESUPUESTO DEL SECTOR SALUD**

Viteri Díaz, G.: "Situación de la salud en el Ecuador" en Observatorio de la Economía Latinoamericana, Número 77, 2007. en
<http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/index.htm>

[12] EVALUACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SOBRE “LA ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA AIEPI”.

Organización Panamericana de la salud
<http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/imci-aiapi.htm>

[13] TELESALUD. FACTIBILIDAD EN EL ECUADOR.

Telemedicina y Telesalud
Domingo, 01 de junio de 2008
http://www.pcyt.gov.ec/index.php?option=com_content&task=view&id=29&Itemid=57

[14] PERFIL DE RIESGOS, VULNERABILIDAD Y EXCLUSIÓN SOCIAL. GUÍA METODOLÓGICA PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN SALUD

www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5456.doc

[15] PLAN ESTRATÉGICO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Viteri Díaz, G.: "Situación de la salud en el Ecuador" en Observatorio de la Economía Latinoamericana, Número 77, 2007.
<http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/index.htm>

[16] PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Problemas específicos de salud
<http://www.unu.edu/unupress/food2/uin06s/uin06s0p.htm>

[17] ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y TENDENCIAS DE SALUD

Organización Panamericana de la Salud
SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS
Contexto socioeconómico, político y demográfico
<http://www.paho.org/spanish/sha/prflec.htm>

[18] MÁS MUERTES POR ATENCIÓN MÉDICA FALLIDA.

Más muertes por atención médica fallida
Octubre 14, 2007
Por Marjorie Ortiz y Cecilia Pugo
El UNIVERSO
<http://archivo.eluniverso.com/2007/10/14/0001/1064/D2D46BDDA22A46E79986D9EE912809BB.aspx>

[19] SITUACIÓN ACTUAL DE LA SALUD PÚBLICA

La situación actual del Ecuador y los niños y niñas y adolescentes trabajadores
ferve_2001
Monografias.com
<http://www.monografias.com/trabajos22/ecuador-actual/ecuador-actual.shtml>

[20] GRATUIDAD DE LA SALUD PÚBLICA

La gratuidad y un concepto ampliado de la salud se diseñan como propuesta
El Universo
<http://archivo.eluniverso.com/2008/03/02/0001/8/366D326AFED3466888EC7727>

7B606DEE.aspx

[21] ESCASEZ DE PERSONAL

Deficiente salud pública, una 'tradicón'

Publicado el 04/Diciembre/2008 | 00:13

<http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/deficiente-salud-publica-una-tradicion-322027.html>

[22] NEGLIGENCIA MÉDICA

Ley de la salud en nuestro país.

Salud de altura

<http://www.saluddealtura.com/todo-publico-salud/leyes-salud/constitucion-ecuador/derecho/>

[23] FALLAS MÉDICAS.

Explored

Fallas en consultas del IESS

<http://www.explored.com.ec/noticias-ecuador/fallas-en-consultas-del-iess-352231.html>

[24] CASOS DE NEGLIGENCIA MÉDICA.

Más muertes por atención médica fallida

Octubre 14, 2007

Por Marjorie Ortiz y Cecilia Pugo

El Universo

<http://archivo.eluniverso.com/2007/10/14/0001/1064/D2D46BDDA22A46E79986D9EE912809BB.aspx>

[25] EL COLEGIO DE MÉDICOS ES UNA SOLA ARGOLLA

El Colegio de Médicos es una sola argolla

<http://archivo.eluniverso.com/2007/10/14/0001/1064/6C56D6A9426C410689E7B308AB29384A.aspx>

[26] NO SE PUEDE SABER LOS EFECTOS COLATERALES

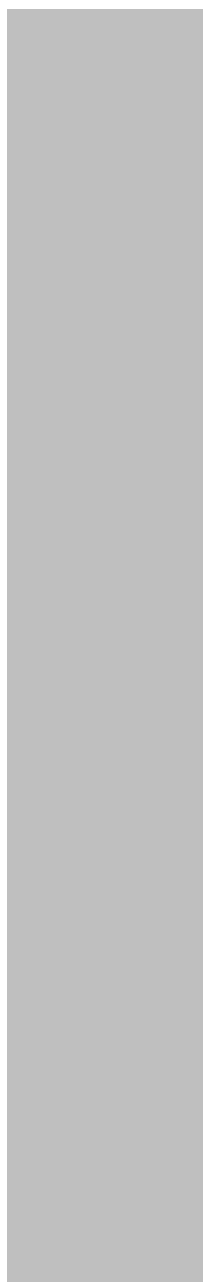
PRESIDENTE DE LA FEDERACIÓN MÉDICA ECUATORIANA (FME)

No se puede saber los efectos colaterales

<http://archivo.eluniverso.com/2007/10/14/0001/1064/84F11A0FD2F847D59ADB3ACF88EA1594.aspx>

8.2 VIDEOGRAFIA

- [1] <http://www.revolutionvideo.org/agoratv/formacion/guion.html>
- [2] <http://laprospeaudiovisual.blogspot.com/2007/03/guion-de-documental.html>
- [3] La paradoja de Hawking Documental de Horizontes Científicos de la BBC
- [4] SICKO. Director Michael Moore
- [5] El desastre de la Salud en Cuba para los cubanos, programa de televisión de María Elvira Live de la televisora América TeVe.



ANEXOS

8.3 ANEXOS

8.3.1 BANCO DE PREGUNTAS

Entrevista a la Sra. Patricia Cárdenas

1. ¿Cómo se produjo la muerte de Carlitos?
2. ¿A qué clase de acciones legales se llegó, tienen ya un castigo los médicos causantes del fallecimiento de Carlitos por haber realizado una negligencia médica?
3. ¿Qué es lo que le dijeron en la corte suprema de justicia?
4. ¿Desde cuándo existe la fundación Carly?
5. ¿Cómo se pronunció la Junta de Beneficencia de Guayaquil, específicamente el Hospital Roberto Gilbert Elizalde con lo sucedido a su hijo?
6. ¿Pensó usted en algún momento que una simple sutura podría llevar a la muerte a su hijo?
7. ¿Cree usted que el caso será ganado en el exterior, por la junta iberoamericana de los derechos humanos?
8. ¿Qué es lo que se busca al realizar todos los miércoles plantones en los bajos del palacio de justicia?

• • •

Entrevista al Dr. Luis Hidalgo. Director Técnico de La Maternidad

1. ¿Desde qué año esta institución presta atención al público?
2. ¿Con cuántas camas cuentan?
3. ¿Con cuántos doctores cuentan?
4. ¿Cuál es la cifra promedio de personas atendidas diariamente en éste centro de salud?
5. ¿Están en capacidad de atender a toda la demanda?
6. ¿Cuáles son las principales necesidades que tiene la Maternidad?
7. ¿Qué recursos materiales y humanos se han incorporado recientemente a la Institución?
8. ¿Qué oportunidades tienen los médicos residentes, qué papel toman ellos dentro de la Institución?

9. ¿Quiénes son sus auspiciantes?
10. ¿Tienen algún sistema por el cual se manejen donaciones al hospital?
11. ¿Cuál es el apoyo que reciben del Gobierno?
12. ¿Con respecto a las nuevas leyes aplicadas a la Salud, como se vio afectada la Institución?
13. En una situación de emergencia, ¿Cuál es el procedimiento a seguir para ingresar a un paciente?
14. Tienen algún sistema que permita tener inmediatamente la historia clínica de un paciente.
15. ¿A qué beneficios tiene acceso un paciente de bajos recursos?
16. ¿Qué tan informada esta nuestra sociedad con respecto a los beneficios de ser atendida en ésta Institución?
17. Según su opinión personal que considera usted como necesario para que nuestra sociedad confíe y elija como primera opción un Hospital Público.

• • •

Entrevista al Dr. Alfredo Palacio

- ¿Cuál cree que es la situación actual de la salud en el país?
- ¿Es posible tener salud gratuita actualmente en nuestro país?
- ¿Cómo mejorar el sistema actual de salud?
- ¿Qué se debe hacer para mejorar?

• • •

Entrevista al Ex Ministro de Salud Teófilo Lama

- ¿Qué problema enfrenta un gobierno en la salud?
- ¿Qué proceso se necesita para una buena atención en la salud pública?

• • •

Entrevista al Dr. Vladimir Roura. Jefe de área de emergencia H. Abel Gilbert

- ¿Cuál es el problema de la salud pública en los hospitales?

¿Cree usted que ahora la gente preferirá ir a hospitales públicos y no a privados?

• • •

Entrevista a la Dra. Gladys Navarrete. Administradora de Farmacia. Hospital Guayaquil

¿Tienen suficiente abastecimiento de medicamentos?

• • •

Entrevista al Dr. Pablo Bonilla. Jefe Guardia de Cirugía Hospital Guayaquil.

¿Cuál es la jornada de trabajo de un interno o residente en el hospital?

• • •

Entrevista al Abg. Lorgia Saveedra

¿Por qué el rechazo hacia el servicio de salud pública?

8.3.2. IMAGEN CORPORATIVA

8.3.2.1. LOGO

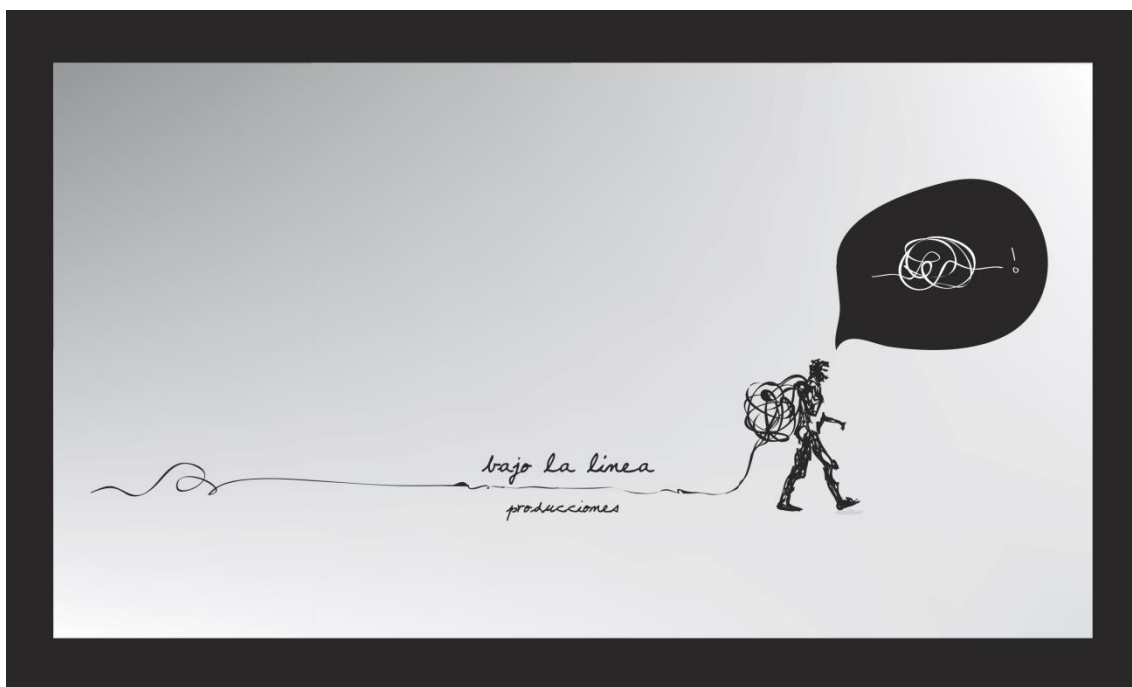


Figura 8-1: Logo

8.3.2.2. PAPELERÍA



Figura 8-2: Papelería

8.3.2.3. PORTADA

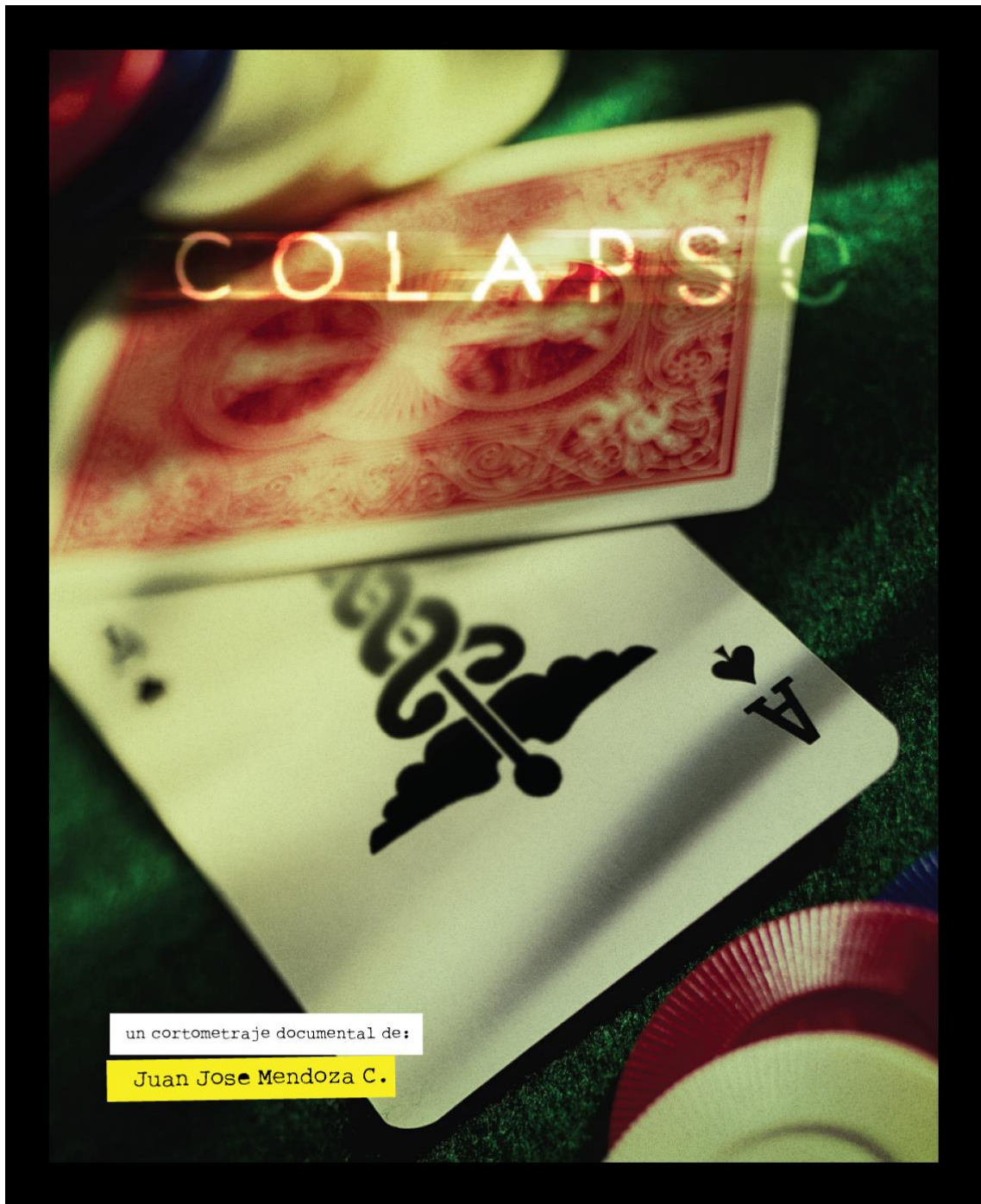


Figura 8-3: Portada

8.3.2.4. POSTER



Figura 8-4: Afiche

8.3.2.5. CAJA DE DVD CERRADA



Figura 8-5: Caja de DVD Cerrada

8.3.2.6. CAJA DE DVD ABIERTA



Figura 8-6: Caja de DVD Abierta

8.3.3 REGISTRO FOTOGRÁFICO



Figura 8-7: Registro de grabación 1



Figura 8-8: Registro de grabación 2



Figura 8-9: Registro de grabación 3



Figura 8-10: Registro de grabación 4

8.4 GLOSARIO

Guión Literario Dramatizados

Aquí se describe el guión literario del documental que servirá de base para la realización del Storyboard del mismo.

Guión Técnico Dramatizados

Aquí se ofrece todas las indicaciones necesarias para poder realizar el proyecto, se ajusta la puesta en escena, incorporando la planificación e indicaciones técnicas precisas: encuadre, posición de cámara, decoración, sonido, play-back, efectos especiales, iluminación, etc.

Storyboard

Se muestra la secuencia de imágenes que servirá de base gráfica para la ejecución del Documental.

Casting

Detalla el proceso de selección de actores, todos los candidatos interpretaron un papel propuesto por el Director de casting y así elegir los intérpretes más apropiados.