

# ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL



## ESCUELA DE DISEÑO Y COMUNICACIÓN VISUAL LICENCIATURA EN PRODUCCION AUDIOVISUAL

### PROYECTO DE GRADUACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PRODUCCIÓN AUDIOVISUAL

### TEMA

PRODUCCIÓN DE DOCUMENTAL DRAMATIZADO CON CONTENIDO SOCIAL  
ETAPA DE PRE PRODUCCIÓN / INVESTIGACIÓN, GUIÓN LITERARIO, GUIÓN  
TÉCNICO Y STORYBOARD

### AUTORES

Christian Bejarano Ramos  
Andrea Galarza Chiriboga  
Claudia Rivera Moncayo

### AÑO

2009

## AGRADECIMIENTO

A Dios por ser proveedor de fortaleza y de vida, por darnos la paciencia, y enseñarnos a tolerar y sobrellevar con la sabiduría necesaria todos los inconvenientes que han surgido en el transcurso de este proyecto.

Gracias a nuestros padres, hermanos y a toda nuestra familia que de una u otra forma nos ayudaron en la elaboración de este proyecto, a todos aquellos amigos que incondicionalmente nos dieron su apoyo.

Christian Bejarano Ramos  
Andrea Galarza Chiriboga  
Claudia Rivera Moncayo





POLITECNICA DE LETRAS

BIBLIOTECA  
CAMPUS  
PEÑAS

## **DEDICATORIA**

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.

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

Christian Bejarano Ramos  
Andrea Galarza Chiriboga  
Claudia Rivera Moncayo

## 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**.



**DIRECTOR DE PROYECTO DE GRADUACIÓN**



---

**Ing. Javier Ceballos**



---

**Lcdo. Mario Moncayo**

## AUTORES DEL PROYECTO DE GRADUACIÓN



**Christian Bejarano Ramos**



**Andrea Galarza Chiriboga**



**Claudia Rivera Moncayo**



BIBLIOTECA  
CAMPUS  
PEÑAS

## 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.



## INDICE GENERAL

|  |             |
|--|-------------|
| <b>AGRADECIMIENTO</b> .....  | <b>II</b>   |
| <b>DEDICATORIA</b> .....   | <b>III</b>  |
| <b>DECLARACIÓN EXPRESA</b> .....                                     | <b>IV</b>   |
| <b>INDICE GENERAL</b> .....  | <b>VIII</b> |
| <b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....  | <b>X</b>    |
| <b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b> .....                                      | <b>XI</b>   |
| <b>1. ANTECEDENTES</b> .....   | <b>2</b>    |
| 1.1 ANTECEDENTES DE EDCOM .....                                      | 2           |
| 1.2 ANTECEDENTES DEL PROYECTO.....                                   | 3           |
| 1.3 SELECCIÓN DE TEMA PARA DOCUMENTAL .....                          | 4           |
| <b>2. SITUACIÓN ACTUAL Y JUSTIFICACIÓN</b> .....                     | <b>6</b>    |
| 2.1 SITUACIÓN ACTUAL .....   | 6           |
| 2.1.1 PRESENTACIÓN DEL PROYECTO .....                                | 6           |
| 2.1.2 DELIMITACIÓN.....  | 6           |
| 2.1.3 MOTIVACIÓN .....   | 6           |
| 2.2. JUSTIFICACIÓN .....   | 7           |
| <b>3. PROPUESTA</b> .....  | <b>9</b>    |
| 3.1 OBJETIVOS.....   | 9           |
| 3.1.1 OBJETIVOS GENERALES.....                                       | 9           |
| 3.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....                                    | 9           |
| 3.2 MARCO CONCEPTUAL.....  | 10          |
| <b>4. ANÁLISIS Y COMPARACIÓN DEL PRODUCTO</b> .....                  | <b>12</b>   |
| 4.1 ANÁLISIS Y COMPARACIÓN.....                                      | 12          |
| <b>5. REQUERIMIENTOS OPERACIONALES E INFRAESTRUCTURA</b> .....       | <b>14</b>   |
| 5.1 EQUIPO DE TRABAJO .....  | 14          |
| <b>6. ETAPAS DE PRODUCCIÓN</b> .....                                 | <b>19</b>   |
| 6.1 FASES DE PRE PRODUCCIÓN.....                                     | 19          |
| 6.2 FASE DE PRODUCCIÓN.....  | 19          |
| 6.3 FASE DE POST PRODUCCIÓN .....                                    | 20          |
| <b>7. FASE DE PRE PRODUCCIÓN</b> .....                               | <b>22</b>   |
| 7.1 DESARROLLO Y ESPECIFICACIONES DE LA ETAPA DE INVESTIGACIÓN ..... | 22          |
| 7.1.1 INVESTIGACIÓN PRELIMINAR E INTRODUCTORIA.....                  | 22          |
| 7.1.2 ANALISIS DE LA INVESTIGACIÓN INTRODUCTORIA.....                | 36          |
| 7.1.3 INVESTIGACIÓN DE LOS TEMAS ESCOGIDOS .....                     | 36          |
| 7.2 DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DEL DOCUMENTAL .....                     | 61          |
| 7.3 SINOPSIS.....  | 61          |
| 7.4 GUIÓN LITERARIO.....   | 62          |
| 7.4.1 ESTRUCTURA DEL GUIÓN LITERARIO .....                           | 62          |
| 7.4.2 DESARROLLO GUIÓN LITERARIO.....                                | 63          |
| 7.5 GUIÓN TÉCNICO .....  | 79          |
| 7.5.1 DESARROLLO GUIÓN TÉCNICO .....                                 | 80          |
| 7.6 GUIÓN GRÁFICO O STORYBOARD .....                                 | 91          |
| 7.6.1 DESARROLLO STORY BOARD.....                                    | 92          |
| <b>8. BIBLIOGRAFÍA Y VIDEOGRAFÍA</b> .....                           | <b>105</b>  |
| 8.1. BIBLIOGRAFÍA .....  | 105         |
| 8.2. VIDEOGRAFÍA.....  | 105         |

9. ANEXOS.....107  
9.1. BANCO DE PREGUNTAS.....107  
10. GLOSARIO.....111



BIBLIOTECA  
CAMPUS  
PEÑAS

## ÍNDICE DE TABLAS

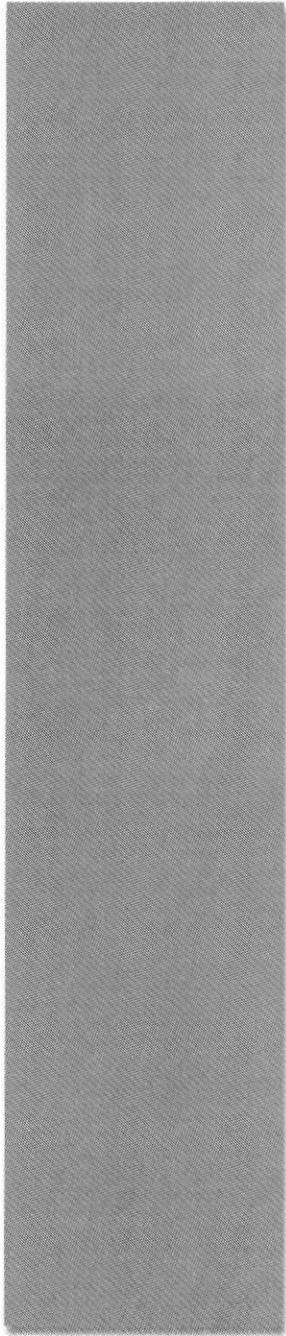
|  |    |
|--|----|
| Tabla 7. 1. Ejemplo Guión Técnico..... | 79 |
| Tabla 7. 2. Guión Técnico.....         | 80 |
| Tabla 7. 3. Guión Técnico.....         | 81 |
| Tabla 7. 4. Guión Técnico.....         | 82 |
| Tabla 7. 5. Guión Técnico.....         | 83 |
| Tabla 7. 6. Guión Técnico.....         | 84 |
| Tabla 7. 7. Guión Técnico.....         | 85 |
| Tabla 7. 8. Guión Técnico.....         | 86 |
| Tabla 7. 9. Guión Técnico.....         | 87 |
| Tabla 7. 10. Guión Técnico.....        | 88 |
| Tabla 7. 11. Guión Técnico.....        | 89 |
| Tabla 7. 12. Guión Técnico.....        | 90 |



BIBLIOTECA  
CAMPUS  
PEÑAS

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

|                                      |     |
|--------------------------------------|-----|
| Gráfico: 5. 1 Organigrama.....       | 15  |
| Gráfico: 7.1 Ejemplo Storyboard..... | 91  |
| Gráfico: 7.2 Escenas Storyboard..... | 103 |



POLITÉCNICA DEL LITORAL

BIBLIOTECA  
CAMPUS  
PEÑAS

# CAPÍTULO I

## FUNDAMENTOS TEÓRICOS



## **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 fue 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.



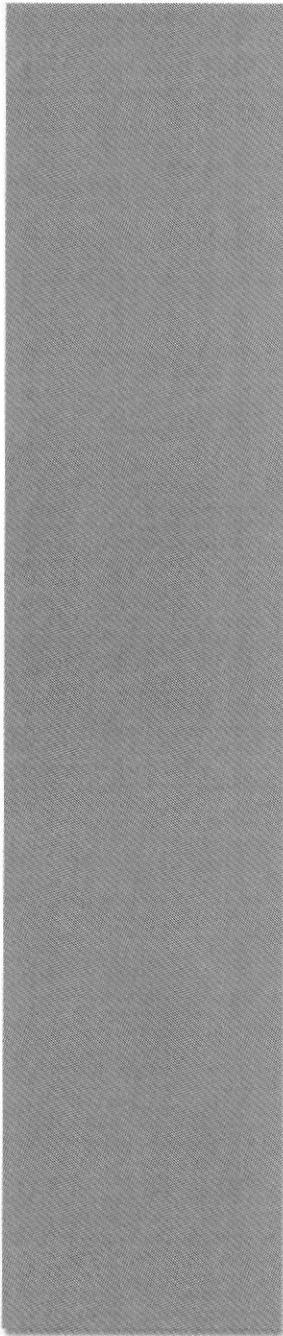
### **1. 3 SELECCIÓN DE TEMA PARA DOCUMENTAL**

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.





BIBLIOTECA  
CAMPUS  
PEÑAS

## 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**

La delimitación más notoria dentro del proyecto, es el proceso de la realización, producción y postproducción del proyecto ya que es manejado con una buena organización por cada uno de los integrantes 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 utilizarlos si el caso lo requiere, lo mismo en el caso de necesitar equipos, y así 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 realizarón 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.

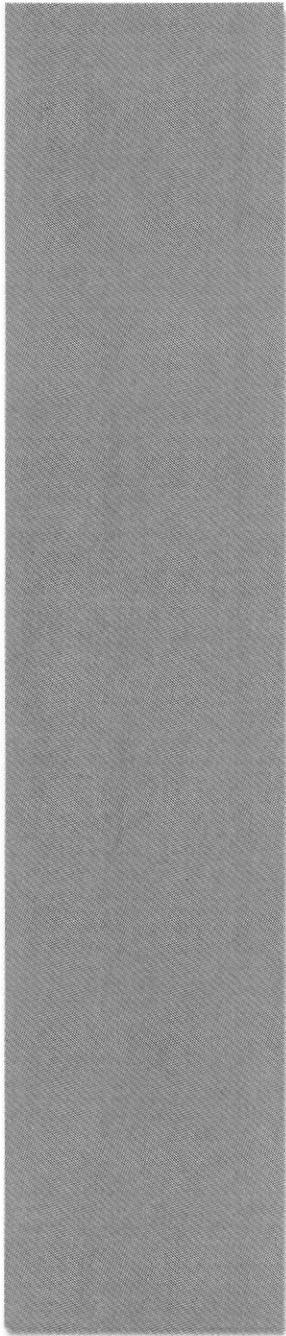
Es necesario hacer conciencia, y enfrentar los diferentes retos que la tecnología de punta nos brinda, por ello hay que trabajar e investigar más, conscientemente para que a futuro podamos realizar proyectos de mejor jerarquía, que puedan competir en festivales internacionales y porque no, ganar.

## **2.2. JUSTIFICACIÓN**

Mediante éste proyecto, se busca demostrar que la producción nacional es una de las alternativas más efectivas en lo que respecta 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.





POLITÉCNICA DEL LITORAL

BIBLIOTECA  
CAMPUS  
PENAS

## 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**

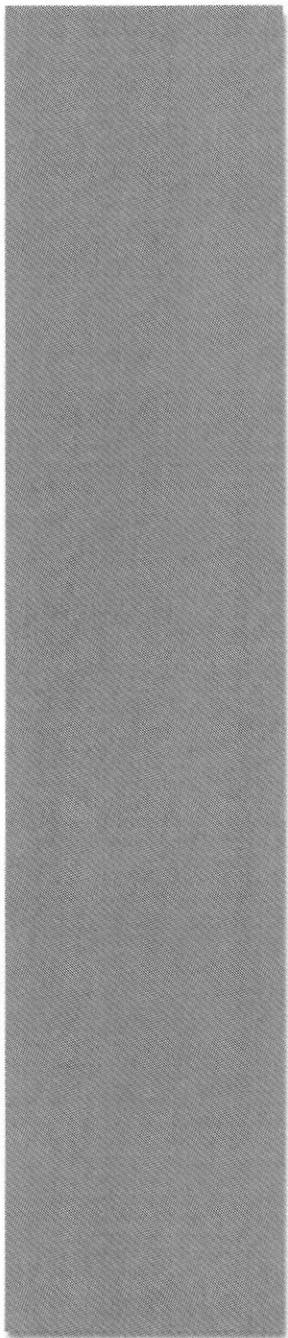
Este proyecto fue creado de tal manera que sea una alternativa viable y eficiente para los estudiantes que poseen poco tiempo disponible para realizar una tesis con la finalidad de graduarse y alcanzar el título de Licenciado en producción audiovisual. Y será manejado de una manera organizada, para evitar 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.



BIBLIOTECA  
CAMPUS  
PEÑAS

**CAPÍTULO IV**  
**ANÁLISIS Y COMPARACIÓN**  
**DEL PRODUCTO**



## **4. ANÁLISIS Y COMPARACIÓN DEL PRODUCTO**

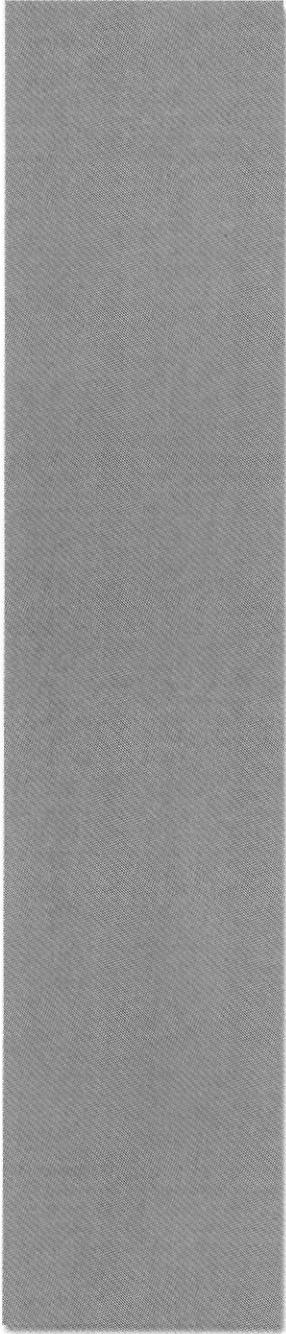
### **4.1 ANÁLISIS Y COMPARACIÓN**

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.





BIBLIOTECA  
CAMPUS  
PEÑAS

## CAPÍTULO V

# REQUERIMIENTOS OPERACIONALES E INFRAESTRUCTURA



## **5. REQUERIMIENTOS OPERACIONALES E INFRAESTRUCTURA**

### **5.1 EQUIPO 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.

#### **5.1.1 PROFESORES GUÍA**

Ing. Javier Ceballos (Pre-Producción y Presupuesto)

Lcdo. Mario Moncayo (Realización)

#### **5.1.2 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



BIBLIOTECA  
CAMPUS  
PEÑAS

### 5.1.3 ORGANIGRAMA

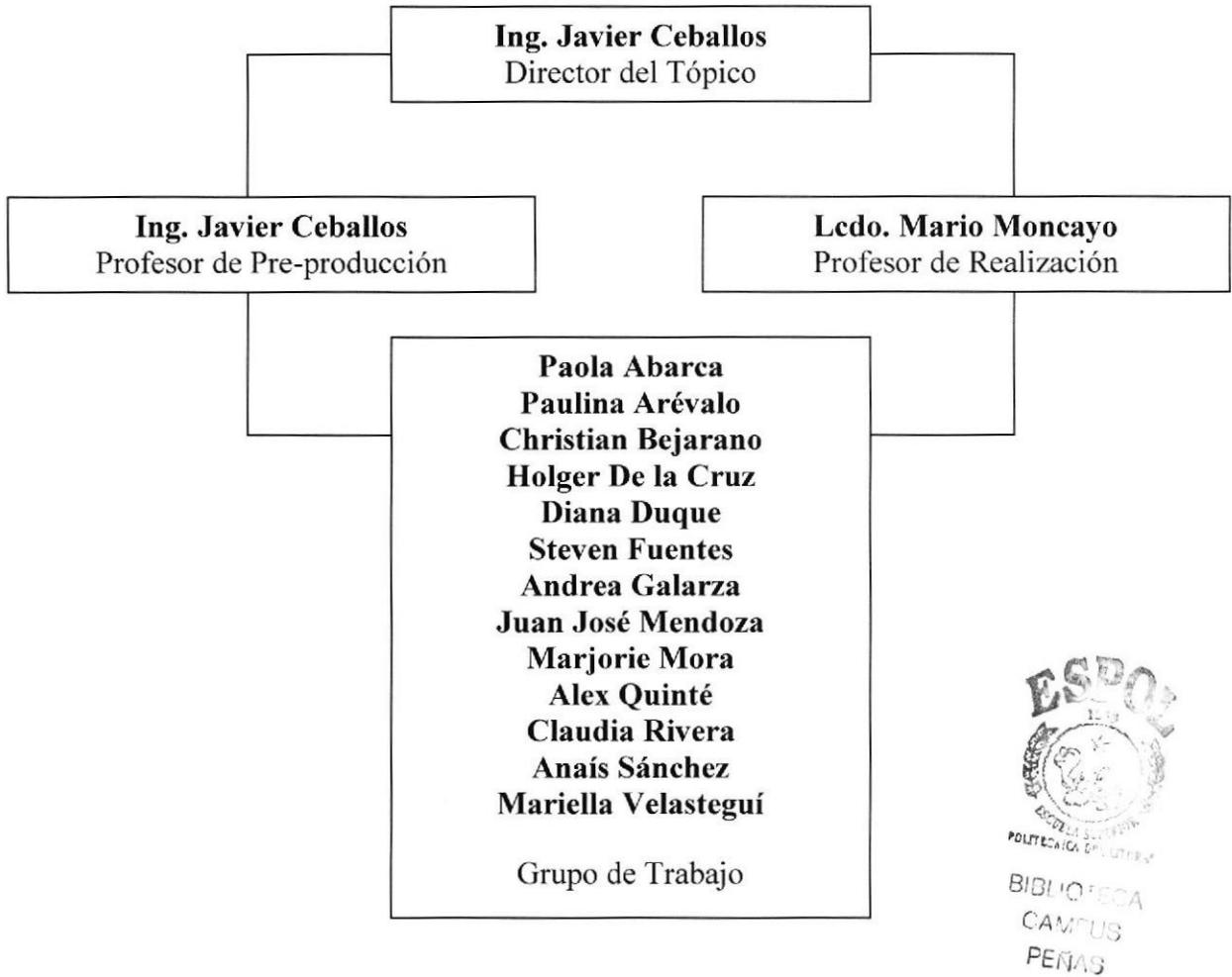


Fig 5.1. Organigrama

## 5.2 DISTRIBUCION DE FUNCIONES

### Dirección

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

### Diseño de Arte

- Director de Arte:** Paulina Arévalo
  - **Vestuarista:** 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, Claudia Rivera y Christian Bejarano
- 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

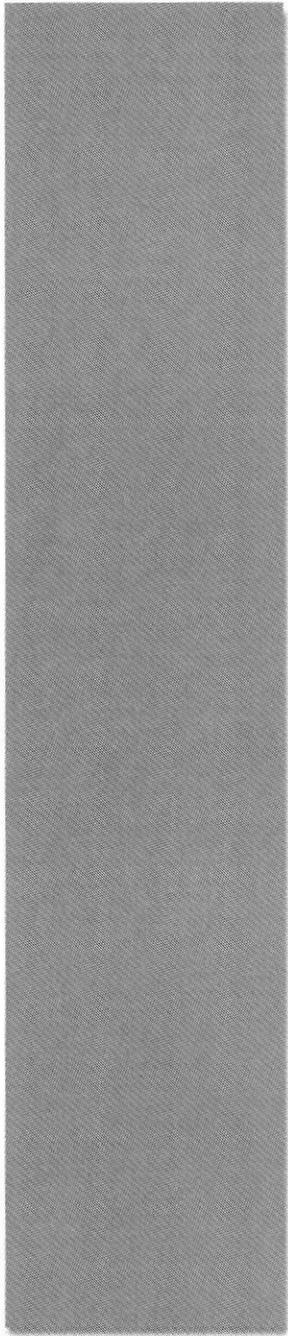
### Operativo / Técnico

- 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





BIBLIOTECA  
CAMPUS  
PEÑAS

## **CAPÍTULO VI**

# **ETAPAS DE PRODUCCIÓN**



## 6. ETAPAS DE PRODUCCIÓN

Los pasos para realizar una producción son los siguientes:

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

### 6.1 FASES DE PRE PRODUCCIÓN

1. Propuesta y Elección del Tema
2. Distribución de funciones
3. Manual de Funciones
4. Cronograma de Trabajo
5. Investigación General del Tema
6. Definición del Concepto del Documental
7. Sinopsis
8. Guión Literario
9. Guión Técnico
10. Story Board
11. Desgloses
12. Presupuesto
13. Casting
14. Diseño de Arte
15. Plan de Rodaje
16. Búsqueda de Locaciones
17. Coordinar Entrevistas
18. Permisos Operativos



### 6.2 FASE DE PRODUCCIÓN

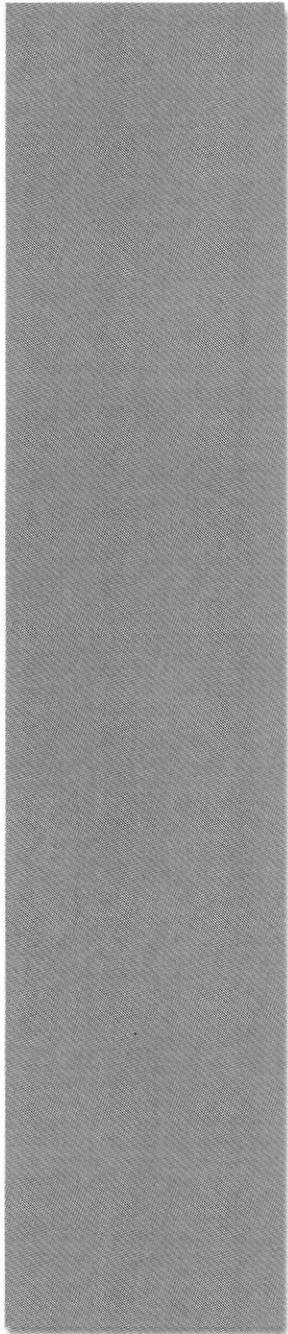
1. Realizar las grabaciones

Ésta es la etapa de realización, donde se ponen en práctica conceptos tales como:

Dirección, Dirección de Fotografía e Iluminación y Dirección de Actores

## **6.3 FASE DE POST PRODUCCIÓN**

1. Edición
2. Ambientación
3. Retoque
4. Musicalización



## CAPÍTULO VII

# FASE DE PRE PRODUCCIÓN



## **7. FASE DE PRE PRODUCCIÓN**

### **7.1 DESARROLLO Y ESPECIFICACIONES DE LA ETAPA DE INVESTIGACIÓN**

Una vez escogido el tema principal, “Salud Pública”, se procedió a buscar toda la información disponible, en diversas instituciones públicas y privadas, en medios de comunicación como periódicos y revistas, información online, y varias entrevistas a personal médico, usuarios afectados por el sistema de salud, así como familiares y amigos que aportaron con experiencias y datos importantes que contribuyeron a profundizar en los temas de mayor importancia para la sociedad, todo esta investigación nos permitió crear la propuesta escrita.

Dentro de la investigación se escogieron dos casos reales, los cuales a manera de dramatizados nos permitieron demostrar la situación actual por la que atraviesa el sistema de salud.

Se realizaron entrevistas a personajes representativos involucrados en el sistema de salud, que nos ayudaron en la comprensión de las organizaciones y las actividades de las diferentes entidades médicas.

#### **7.1.1 INVESTIGACIÓN PRELIMINAR E 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.

### Recursos de Salud en el Ecuador. Año 2005

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

**Fuente:** Anuario de Recursos y Actividades. INEC, 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. [8]



### 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. [8]



### **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. [8]

• • •

### **¿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 o 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.



BIBLIOTECA  
CAMPUS

PEÑAS

¿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.

[7]

• • •

## **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. [9]

• • •

### **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 verificó 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.



BIBLIOTECA  
CAMPUS  
PEÑAS

Los resultados de esta evaluación constituyen un elemento trazador para vigilar la calidad de la atención en los servicios de salud. [7]

• • •

### **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



BIBLIOTECA  
CAMPUS  
PEÑAS

experiencia realicen intervenciones de urgencia con el asesoramiento y la ayuda de cirujanos expertos. [7]



### **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. [8]



## **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. [8]



### **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. [7]



### **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. [10]

• • •



BIBLIOTECA  
CAMPUS  
PEÑAS

### **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.

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. [7]

### 7.1.2 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 atención pública
- Circunstancias de trabajo de los médicos internos
- Negligencia médica



### 7.1.3 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. [7.]

***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. [7.]

**Principales enfermedades causantes de la mortalidad**

| Nº orden | Causas                              | Número de muertes | %   | Tasa por 100 mil habitantes |
|----------|-------------------------------------|-------------------|-----|-----------------------------|
| 1º       | Enfermedades del corazón            | 4 830             | 9,0 | 37,6                        |
| 2º       | Enfermedades cerebrovasculares      | 2 909             | 5,4 | 22,7                        |
| 3º       | Diabetes mellitus                   | 2 434             | 4,5 | 19,0                        |
| 4º       | Neumonía                            | 2 428             | 4,5 | 18,9                        |
| 5º       | Enfermedades isquémicas del corazón | 2 296             | 4,3 | 17,9                        |
| 6º       | Enfermedades hipertensivas          | 2 195             | 4,1 | 17,1                        |
| 7º       | Accidentes de transporte            | 2 014             | 3,8 | 15,7                        |
| 8º       | Agresiones                          | 1 771             | 3,3 | 13,8                        |
| 9º       | Tumor maligno del estómago          | 1 465             | 2,7 | 11,4                        |
| 10º      | Enfermedades del hígado             | 1 410             | 2,6 | 11,0                        |

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

**\* Datos estadísticos sobre qué instituciones tiene la mayor tasa de mortandad 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. [7.]



▪ **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. [6.]

### ***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. [10.]

### ***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”. [10.]

### ***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. [6.]

• • •

## ▪ 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.  
[10.]



▪ **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". [8.]

***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, obstétricas, 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. [9.]

### \* 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. [6]

**\* 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.



BIBLIOTECA  
CAMPUS  
PEÑAS

**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

#### SANCIONES POR FALTA DE ATENCION 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. [6]

#### **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 Sugal 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 Sugal, 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. [10.]

### ***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 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.

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 Bajarña 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 Sugal 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 perecible, 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. [10]

## **7.2 DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DEL DOCUMENTAL**

El objetivo primordial de la realización de este documental, es analizar y exponer de manera objetiva e imparcial la situación actual de los servicios prestados a la ciudadanía ecuatoriana por las instituciones de salud pública (hospitales, maternidades, sub centros de salud), así como dar a conocer las fortalezas y debilidades de dichos servicios. Este material va dirigido a todos los ciudadanos interesados en saber el estado en que se encuentran las instituciones de salud pública del país. Para lograr el objetivo de este trabajo, 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 SINOPSIS**

Este documental expone los problemas que sufren los usuarios en el actual sistema de salud pública, en donde se narran dos hechos reales, de los cuales parte una exhaustiva investigación para conocer con detalles y a fondo los sucesos y la realidad que puede sufrir cualquier ciudadano al recurrir a un centro de salud. Podemos observar las reflexiones de responsables institucionales como: el Ex Presidente de la República, el Ex Ministro de Salud, y varios médicos tratantes así como la principal intervención de los familiares involucrados en los casos dramatizados, narrando sus experiencias y vicisitudes a través de la política actual del sistema nacional de salud. La variedad de las aportaciones de los participantes en este estudio audiovisual, permiten conectar al espectador con una realidad tan cercana socialmente como desconocida por el ciudadano común.

## 7.4 GUIÓN LITERARIO

Tomando en cuenta que un guión es -una historia contada en imágenes- y una vez concretados los temas en base a la investigación, se elaboró un esquema preliminar, en donde se detalla de forma general los temas con una tentativa de contenidos los cuales se van desarrollando a medida que se profundiza en la investigación de material audiovisual.

En un proceso de producción audiovisual como un documental dramatizado, no se puede elaborar un guión final, como se haría en el caso de una película, ya que para un documental dependemos de un análisis previo de todo el material recopilado. El guión final nacerá en la mesa de edición.

Dentro del desarrollo del guion para el documental, se incluyeron dos historias reales, a las que se le hicieron adaptaciones para mostrarlos a manera de dramatizados. Los dramatizados se basaron en los testimonios reales de los involucrados en los hechos.

En la elaboración de la escaleta, se detallan los argumentos definitivos de la historia que vamos a contar, la que nos servirá para guiarnos en la trama y no perdernos en la historia.

### 7.4.1 ESTRUCTURA DEL GUIÓN LITERARIO

A continuación detallaremos la forma de escritura más usada del guión literario.

Poner en una sola página el título de la historia con el nombre del guionista debajo. El tipo de letra que se debe utilizar en computadora es opcional, aunque se sugiere usar letra Courier. Al principio de cada escena deben ir tres especificaciones: espacio, locación y luz, de esta forma sabremos cuando empieza y acaba cada escena, se deben enumerar las escenas y colocarlos justo en la línea donde se especifica el espacio. Los nombres de los personajes deben ir en una sola línea con mayúscula y centrados.

Ejemplo:

#### **3. INT. TAXI. DIA**

Taxista manejando (Hombre trigueño de 42 años). Patricia camina hacia el taxi y lo detiene bruscamente. Patricia se sube al taxi apresurada.

**Patricia**

¡Por favor ayúdeme, lléveme al hospital!

Al terminar cada escena se debe poner centrado CORTE A: en mayúsculas, cuando quieres indicar el estado de ánimo de uno de los personajes se debe escribir el estado en paréntesis debajo del nombre.

**Patricia**

**(Llorando)**

¡Por favor ayúdeme, lléveme al hospital!

En conclusión, la escritura del guion literario, se utilizo para la representación de los dramatizados.

## **7.4.2 DESARROLLO GUIÓN LITERARIO**

**Corto - Documental**

**Duración: 30 minutos**

Pantalla oscura 1 segundo.

Titulo de Documental "COLAPSO"



### **SONIDO**

(Ambiente de casino)

Movimiento de un casino, máquinas de juego, ruleta rusa, juegos de azar, juegos de cartas, máquinas tragamonedas, mesas de póker, etc.

Ruleta rusa girando y carrusel girando con niños. Manos lanzando naipes y un niño saltando a la rayuela.

Luces de neón de casino combinados con luces de semáforo y personas cruzando la calle imprudentemente.

Maquina tragamonedas que gana, expulsa monedas.  
Nacimiento de un bebe.

### **LOCUTOR**

**(VOZ EN OFF)**

Voltaire dijo una vez: "La vida es un juego de azar", un juego en el que el jugador invoca al destino y sólo confía en la suerte. El ser humano, como tal, no cuenta; de nada sirve la disciplina o el esfuerzo, poco importa la inteligencia, la preparación o la responsabilidad. En el juego de azar, y en la vida, la suerte se reparte de forma imprevisible. Está al margen del mérito: la suerte no es para los mejores; nada impide que la fortuna premie a la tragedia.

Reunión de Alma-Ata, tomas reales.

**LOCUTOR**  
**(VOZ EN OFF)**

Más de 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.

Imágenes del interior del hospital de Guayaquil:

Tomas del movimiento en los hospitales, ambulancias, sala de emergencia, médicos apresurados por los pasillos del hospital, pacientes esperando.

**LOCUTOR**  
**(VOZ EN OFF)**

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 la misma, 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 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 y los servicios de la Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional.

**Tomas de testimonios de los pacientes del hospital:**

**Señora entrevistada 1**

**¿Como la han atendido en este hospital?**

Si es que acaso alcanza el turno me parece inhumano esta situación porque realmente aquí uno contribuye con todos los impuestos y yo le pido al señor ministro de salud que realmente no nos trate como nos tratan aquí en los hospitales el hecho de venir a un hospital público es para que nos atiendan como seres humanos.

**Señor entrevistado 2**

**¿Cree usted que hay un buen abastecimiento de medicamentos?**

A veces no creo que depende de la sobre demanda si no de la adquisición que hacen aquí en el hospital lo mas esencial siempre se acaban, inclusive los más caros, deberían tener un control más adecuado o ver qué pasa con la medicina, lo más importante no hay.

**Señor entrevistado 3**

**¿Cómo obtienen un ticket para la consulta?**

Aquí tengo cuatro días viniendo para que me den un ticket que no dan afuera, de afuera me dicen adentro, esto es una burla para los pobres enfermos que no pueden ni caminar, venir de madrugada, sacrificándose para coger un carro. Esto no puede ser si... tiene que haber más orden para que atiendan a los enfermos, no así que los tiene de aquí para allá para decirle no hay ticket.

**Señora entrevistada 4**

**¿Cómo es la atención en el hospital?**

La atención si este bien comparado con otros hospitales, para que, está muy bien el hospital y la atención.

**Señor entrevistado 5**

**¿Hay los medicamentos que el doctor receta?**

No hay todo el medicamento que el doctor receta, hay pero no todo.

**Dr. Alfredo Palacio, Ex Presidente de la República.**

**¿Cuál cree que es la situación actual de la salud en el país?**

La salud en términos generales es la mejor carta de presentación que tiene un país, que tiene una nación, naciones fuertes, soberanas, dignas, libres tiene usualmente un buen sistema de salud y su gente es saludable y por lo tanto siendo saludable tiene facilidad para educarse y para ser productiva. Estamos más o menos a una década de distancia en expectativas de vida de países como Chile, Costa Rica y aun de Cuba.

**Dr. Teófilo Lama, Ex Ministro de Salud.**

**¿Qué problema enfrenta un gobierno en la salud?**

La salud pública es uno de los grandes problemas y retos que enfrenta todo gobierno. Todo gobierno quiere dar salud y salud gratuita en especial, en especial para los pobres, desgraciadamente la salud es una de las inversiones más caras... mire que no hablo de gastos sino de inversión... un de las inversiones más caras que tiene un país.

**Dr. Vladimir Roura, Jefe del área de Emergencia del Hosp.  
Guayaquil Abel Gilbert Pontón.**

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

El problema de la salud pública, es un problema que no lo puede resolver ni Canadá, ni Estados Unidos, ni Suecia... y eso que ellos se manejan con los impuestos del estado. El usuario todavía paga un porcentaje en Suecia de la Salud, asiste al hospital y así pagan... calculen tremendas potencias que tiene que hacer eso... y más aún nosotros que estamos como medicina gratuita que actualmente ya no es gratuidad total sino progresiva.

**Dr. Luis Hidalgo Guerrero, Director Técnico del Hosp.  
Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor.**

**¿Cree usted que el Hospital está en la capacidad de atender a todos gratuitamente?**

Estamos en capacidad de tender a toda la demanda que nos llega al hospital porque no rechazamos a ningún paciente... pero si requiere que le responda si estamos en capacidad de atender a toda la demanda que necesita la región... es imposible.

**Tomas de mejoras a hospitales, adquisición de nuevos equipos, entrega de ambulancias.**

**LOCUTOR  
(VOZ EN OFF)**

En los últimos 30 años la estructura dependiente del Ministerio de Salud Pública ha estado muy debilitada por la falta de presupuesto y su capacidad de liderar el sector salud es por el momento limitada. Sin embargo cabe recalcar que en los últimos 2 años el presupuesto destinado para la salud se ha incrementado en 200%, pasando de 250 millones hasta el 2006 a los 590 millones en el 2007, y llegando a 1002 millones de dólares en el 2008.

Toma de la entrada del hospital, las colas, la entrega de los ticket y el cartel del hospital que dice que dice que

todo es gratuito. Fotografía de la Ministra de Salud, Carolina Chang.

**LOCUTOR**  
**(VOZ EN OFF)**

La gratuidad en el sistema público de salud se fortaleció en el 2008, pero arrancó el 2 de abril del 2007 apoyada por la nueva constitución. 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.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconoce que Ecuador tuvo un gran avance en cuanto a acceso al servicio.

**LOCUTOR**  
**(VOZ EN OFF)**

Sin embargo las personas que tienen la responsabilidad de que todo marche en excelente forma, para así brindar un servicio eficaz y eficiente, debido al incremento de personas que buscan atenderse, aun se resisten al cambio de actitud.

**Dra. Gladys Navarrete. Adm. Farmacia Hospital Guayaquil**  
**¿Tienen suficiente abastecimiento de medicamentos?**

El hospital está colapsado en tal punto que no hay stock que aguante... porque los pacientes viene y reciben su medicina, unos tiene la suerte de llevar todo otros no, pero la demanda es tan grande, que los pacientes muchas veces se tiene que ir con tres o cuatro medicamentos de los cinco o seis que le recete el médico... ahora nosotros tratamos de tener aquí en la farmacia del hospital medicamentos esenciales, básicos, necesarios que cubran más o menos el 90% de las patologías existentes aquí en el hospital.

**Dr. Alfredo Palacio, Ex Presidente de la República.**

**¿Es posible tener salud gratuita actualmente en nuestro país?**

Con el sistema de salud actual es imposible, ni que sea gratis, ni que sea digna... ninguna de las dos cosas, porque tampoco es gratuita... porque llego ahí y está tirado en el colchón roto, ahí en el pasillo y encima tiene que decirle... ¡oiga! el pobre médico que tiene que afrontar eso que tampoco es culpa de él... tiene que decirle... ¡oiga! El del colchón roto va tener que levantarse e irme a comprar guantes, gasas y sutura allá en la botica.

**LOCUTOR**  
**(VOZ EN OFF)**

Hablamos desde el guardia, pasando por los que entregan el ticket, llegando a los internos, residentes, y médicos superiores que hacen que en un momento todo colapse y el servicio de salud se vuelva caótico.

Toma de la cantidad de personas haciendo cola en consulta externa, aglomeración por conseguir un ticket. Pasillos, situación caótica. Mal trato de los internos a los pacientes, problemas en cirugía menor y en sala de emergencia.

**1. INT. HOSPITAL. PASILLOS. SALA DE EMERGENCIAS. NOCHE**

Patricia madre de Carlitos, camina por los pasillos de la sala de emergencias del hospital que es un corredor largo, lleno de personas, se percata de que sale una camilla apresuradamente con un niño, con convulsiones, escoltado y empujado por un médico y una enfermera, que sostiene un suero estirado hacia arriba con unas de sus manos.

Patricia trata desesperadamente de ver al niño, mientras la camilla recorre todo el pasillo, pero es impedida por las personas que llenan el mismo.

Patricia logra al final del pasillo, ver al niño que no es su hijo. Ella se detiene y llora mientras ve alejarse a la camilla.

**2. INT. PELUQUERIA. DÍA**

Carlitos juega sobre una silla de plástico en una peluquería, corriendo de un lugar a otro, mientras Patricia, sentada es peinada por la peluquera.

En ese momento se escucha el llanto de un niño, la peluquera gira la cara hacia Carlitos que se lleva las manos a la boca, Patricia se levanta rápidamente mientras Carlitos yace en el piso sangrando.

Patricia levanta a Carlitos y sale corriendo de la peluquería.

**PATRICIA**  
**(VOZ EN OFF)**

Lamentablemente mi hijo por la edad que tenía, inquieto por su edad, estaba jugando con una silla de plástico y se cayó. Sangraba bastante, en la angustia y en la desesperación pues salí corriendo con él en brazos.

### **3. INT. TAXI. DÍA**

Taxista manejando vehículo. Patricia corre hacia un taxi y lo detiene bruscamente. Patricia se sube al taxi apresurada.

**PATRICIA**  
**(Angustiada)**

¡Por favor ayúdeme, lléveme al hospital!

### **4. INT. HOSPITAL. SALA DE EMERGENCIA. DÍA**

Patricia entra corriendo a la sala de emergencias del hospital con Carlitos en sus brazos.

Patricia busca ayuda y se mueve de un lado a otro.

Un reloj en la entrada del hospital marca las 5:00 PM.

**PATRICIA**  
**(VOZ EN OFF)**

Desde ese entonces estuve esperando en el área de emergencia y los médicos le hicieron una historia clínica.

Un médico interno sale de una habitación con un teléfono celular en una mano leyendo mensajes de texto, Patricia camina de izquierda a derecha, ve al médico interno, lo detiene y se acerca.

**PATRICIA**  
**(Angustiada)**

¡Doctor por favor ayúdeme!

Médico interno escribe en el celular ignorando a Patricia. Ella se dirige a él.

**PATRICIA**  
**(Angustiada)**

¡Oiga Doctor, escúcheme!

**MÉDICO INTERNO 1**  
**(Distraído y de mala gana)**  
¿Cómo me dijo señora?

**Dr. Pablo Bonilla, Jefe de área 3 de cirugía menor del Hosp. Guayaquil Abel Gilbert Pontón.**

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

Los muchachos internos pasan las veinticuatro horas aquí en el área de emergencias, se turnan para ir a comer e ir a descansar... Este es un trabajo muy sacrificado.. la gente a emergencia viene a exigir atención como es su derecho, pero

no se dan cuenta que aquí aparte de ser médico somos humanos y pasamos por veinticuatro horas lejos de nuestros hogares, lejos de nuestras familias.

**Dr. Vladimir Roura, Jefe del área de Emergencia del Hosp. Guayaquil Abel Gilbert Pontón.**

**¿Cuál es el problema de la salud pública en los hospitales?**  
Tenemos un gran problema, tenemos atención gratuita... y hay una gran afluencia de pacientes y aunque tenemos recursos de insumos y algo de recursos humanos, no tenemos camas entonces, así quieras no vamos dar una buen atención a todo el mundo... porque te obliga a decir usted es más grave que el señor y el otro que no es tan grave, pero que si es grave tiene que ser derivado.

**Señora entrevistada 6**

**¿Es fácil conseguir un ticket?**

Mire para venir a conseguir el ticket, vine eso sí, yo creo que es un poquito más duro porque hay que venir temprano... yo aquí estuve a las 5:30 AM, pero ya a las ocho ya está libre, ósea me dieron una cita para la tarde , pero bueno todo fue bonito.

**Señora entrevistada 7**

**¿Cuánto tiempo tiene esperando la orden del doctor?**

Nosotros necesitamos, porque la operación de él nos cobran tres mil dólares afuera y la verdad nosotros somos pobres y tenemos dos días localizando a él... viene y nos dice que nos va dar una receta para ir a la trabajadora social para que ella nos ayude... pero imagínese nos dijo q nos iba dar en la mañana pero ya tenemos dos días así y con este tres y nada.

**Señora entrevistada 8**

**¿Cómo la han atendido los médicos?**

Bueno la verdad la doctora de ahí si me atendió rápido y de ahí me fui a tomar la radiografía y me quedé ahí adentro y hasta ahora estoy ahí.

**Ex Ministro de Salud Teófilo Lama**

**¿Qué proceso se necesita para una buena atención en la salud pública?**

Si usted tiene la necesidad de que ese hospital va a tener cincuenta personas por día, entonces tiene que ver cuántas enfermeras, cuántas auxiliares, cuántos tecnólogos, cuantas personas para la limpieza y cuántas personas para el cuidado de la puerta, eso se llama... recursos humanos...

si usted cumple con eso, se licencia, sino tiene falencias que no hay quien atienda a la persona, no hay quien le de la cobertura en el momento que necesita... ese contacto humano y ese contacto se llama la calidad del servicio, la calidez con que usted actúa como un ser humano frente a otro ser humano.

**Dr. Alfredo Palacio (entrevista)**

**¿Cómo mejorar el sistema actual de salud?**

El momento en que el médico del consultorio, del hospital, el médico de campo, el epidemiólogo o el que atiende por aquí por allá... tenga como un orden unir la asistencia, la docencia y la investigación como una sola cosa...la gente será mejor atendida.

**5. INT. HOSPITAL. PASILLO DE SALIDA. DÍA**

Fernanda camina por el pasillo con ayuda de su tía, papá y prima. Fernanda a punto de caer es auxiliada por su tía y su padre, la llevan a sentarse, prima de Fernanda se detiene y observa.

Patricia con Carlitos en brazos camina por el pasillo junto a la prima de Fernanda.

**PATRICIA**

Niña disculpe, ¿Qué hora tiene?

**PRIMA**

Son las nueve, señora.

Tía abraza a Fernanda, y se apoya en su hombro.

**TÍA**

¿Hijita porque hiciste esto, por qué?

**6. INT. CASA. BAÑO. DÍA**

Fernanda se mira al espejo del baño muy deprimida, sin saber que hacer, se lleva las manos a la cabeza, sus ojos se llenan de lagrimas, trata de contenerse pero sus lagrimas caen mientras se queda estática mirando su reflejo hasta que es sacada de su estado por que alguien toca a la puerta.

**TÍA**

¿Hijita estas bien te pasa algo?

Fernanda regresa a ver a la puerta, se pega a ella y responde.

**FERNANDA**

No tía no me pasa nada.

**CORTE A: RECUERDOS DE FERNANDA**

Imágenes en flashback

**7. EXT. PISCINA. DÍA**

Fernanda alegre juega con una pelota en la piscina con varios amigos.

**8. INT .BAÑO. DÍA**

Fernanda de espaldas a la puerta del baño, se sienta lentamente observando unas botellas que se encuentran amontonadas en una esquina del mismo.

CORTE A: RECUERDOS DE FERNANDA.

Imágenes en flashback.

**9. EXT. PISCINA. DÍA**

Fernanda discute acaloradamente con un chico en donde este le dice que no con el rostro y se aleja de ella.  
Fernanda queda llorando.

**10. INT. BAÑO. DÍA**

Toma de varias botellas negras, sobresaliendo una botella verde.

**11. INT. COCINA. DÍA**

Tía lava los platos en la cocina, escucha a Fernanda que vomita en el baño, corre hacia el baño, se pega a la puerta desesperada y preocupada.

**TÍA**

Hijita ¿estás bien, que comiste, te pasa algo?

Tía escucha la voz de Fernanda proveniente del interior del baño.

**FERNANDA**

Estoy bien tía, a lo mejor fue algo que comí, mejor hágame una agüita, que ya mismo voy al cuarto.

Entrevista real a la tía de Fernanda, que narra los acontecimientos.

**TÍA**

**(Entrevista real)**

Ella volvió a acostarse, y yo me volví a sentar aquí en el mueble cuando de nuevo vomitaba yo volví le digo que te pasa, la cogí así yo sentí que estaba fría, ella me abrazo y me dice, me tome veneno ñaña, yo enseguida le dije a mi mama que algo se había tomado pero no le dije lo que había tomado ella, de ahí me fui a llamar a mis primas, enseguida vinieron ellas le digo trae un carro, la sacamos rápido y la llevamos a Milagro.



BIBLIOTECA  
CAMPUS  
PEÑAS

**Dra. Gloria Navarrete, Administradora de farmacia Hosp. Guayaquil Abel Gilbert Pontón.**

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

Nunca he hecho uso del Hospital del Seguro Social, por experiencias familiares sé y en las visitas que he tenido he visto que deja mucho que desear el aseo, la atención de las enfermeras hacia los pacientes.. Eso ha hecho que prefiera un hospital particular.

**Dr. Alfredo Palacio, Ex Presidente de la República.**

**¿Qué se debe hacer para mejorar?**

AUS... hay que pelear por un aseguramiento universal de salud, hay que pelear por un sistema, pero si alguien dice si... pero y la gratuidad?... está bien... el que no puede no puede pagar. Cada Ecuatoriano debe tener un seguro o tiene el IESS, el privado o tiene el militar o tiene el otro, pero tiene que tener un seguro... o el AUS nuestro... Y si tiene un seguro, puede ser atendido en cualquiera de nuestros proveedores de salud y los Hospitales privados tendrán que acomodarse para atender también.

**Señor entrevistado 8**

**¿Por qué prefirió ir un hospital privado y no al público?**

No por la atención no, solo por salvarle la vida, gracias a Dios nosotros no estamos acostumbrados ir a Hospitales y se nos presenta una oportunidad de esta naturaleza... entonces nosotros desesperados fuimos y nosotros vivimos en bastión y el hospital esta frente y a él le dio un infarto y de la desesperación lo llevaron... pero nosotros no le llevamos, lo llevaron unos vecinos porque él estaba solo,

pero ahora al ver que no podemos cancelar, queda una deuda de mil dólares ahí y no tenemos para pagar.

**LOCUTOR  
(VOZ EN OFF)**

Existen barreras económicas, culturales y geográficas que limitan el acceso a los servicios de salud y que afectan especialmente a la población pobre que vive en zonas rurales. Estos factores inciden en que gran parte de la población prefiera acudir a un centro médico privado.

**Dr. Vladimir Roura. Jefe de área de emergencia H. Abel Gilbert**

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

En la actualidad ha cambiado un poco eso de ahí, pero no te podría decir que todos los pacientes de las clínicas privadas van a preferir venir a un hospital público y ya no a una privada, yo pienso que la clínica privada va seguir teniendo su nivel, lo que si te puedo decir que el hospital público está actuando como una clínica privada desde un punto de vista de los recursos humanos, manejo de pacientes y tener nuevos equipamientos más modernos para que la gente que quiere venir al hospital público sea mejor atendida, desde todos los puntos de vista.

**Dr. Alfredo Palacio, Ex Presidente de la República.**

**¿Qué se debe hacer para mejorar?**

El pobre tiene que ganarse el seguro, tiene que ganarse el beneficio... ;tiene que ganárselo! ¿Cómo? Como sería... con medicina preventiva, es decir tenemos que tener un programa de medicina preventiva al que el pobre está obligado a seguir, y solo si lo sigue tendrá una atención gratuita porque su seguro así lo demanda.

**12. INT. HOSPITAL. SALA DE EMERGENCIA. NOCHE**

Patricia camina por los pasillos de la sala de emergencia con Carlitos en brazos.

Patricia se sienta mira el rostro de Carlitos que ya no sangra, está cansado y tranquilo.

**PATRICIA  
(VOZ EN OFF)**

En el transcurso de varias horas, siete, ocho de la noche no atendían a mi hijo a pesar de que él había sangrado ya a eso de las nueve más o menos ya había dejado de sangrar.

Patricia se levanta y alza la mirada al reloj de la sala.  
Reloj marca las 9:30 PM.  
Patricia camina por el pasillo principal y se dirige a la salida del hospital.  
Patricia es detenida por un médico interno.

**MEDICO INTERNO 2**

¡Señora espere!, ¿Ya la atendieron?

**PATRICIA**

**(Enojada)**

¡Que me van a atender!, llevo horas aquí y a nadie le importa nada.

**MEDICO INTERNO 2**

Pero no se vaya, espere, que ya la van a atender.

El interno la toma del brazo y la regresa a la sala de espera de emergencia y la hace sentar.

**PATRICIA**

**(VOZ EN OFF)**

Seguí esperando, continué esperando hasta más o menos a eso de las 11 de la noche en lo cual me moleste porque no había atención para mi hijo a pesar de que había estado sangrando.

**Dr. Pablo Bonilla. Jefe Guardia de Cirugía Hospital Guayaquil.**

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

Habemos tres residentes, seis internos en cirugía menos... en los cuales todos hacemos un mismo horario de veinticuatro horas continuas de trabajo y se descansa setenta y dos horas.

**13. INT. HOSPITAL. PASILLO DE SALIDA. DÍA**

Tía, padre y prima de Fernanda sentados en la sala de espera.

Médico camina por el pasillo, en dirección a la familia de Fernanda.

**MÉDICO 2**

Señores le hicimos un lavado de estomago, pero no es suficiente para remover la

sustancia que ha ingerido, así que mejor les aconsejo que se la lleven a Guayaquil, porque aquí ya no podemos hacer nada más.

**TÍA**

**(VOZ EN OFF)**

Estamos lejos de los subcentros, no hay un subcentro cerca para que nos puedan auxiliar uno tiene que salir a Milagro.



Escasez de personal médico.

Imágenes de personas aglomeradas esperando por una consulta.

Imágenes de médicos internos en sus horas de trabajo.

**LOCUTOR**

**(VOZ EN OFF)**

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 del Ministerio de Salud Pública están contratados por un promedio de 40 horas semanales, recibiendo un salario en torno a los 835 dólares al mes (incluidas bonificaciones). Se estima que en el medio existen menos de 15 médicos de planta por 10.000 habitantes, el resto de médicos son residentes que hacen su año rural.

**14. INT. HOSPITAL. SALA DE ESPERA. NOCHE**

Patricia sentada con Carlitos en brazos mira el reloj que marca las 12:20 AM.

Médico y una enfermera se acercan a Patricia.

El médico habla mientras la enfermera toma a Carlitos en brazos.

**MÉDICO**

Señora, le vamos a hacer una sutura al niño en el área de emergencia, espere porque no va a tardar más de veinte minutos, son solo dos puntos.

El médico y la enfermera con Carlitos en brazos se retiran y Patricia va detrás de ellos.

El médico se percata de que Patricia los sigue, y se para frente a ella.

**MÉDICO**

Espera aquí, no puede entrar a la sala es un área estéril de cirugía menor, tranquila somos profesionales capacitados, no se preocupe.

La enfermera continúa caminando, mientras Patricia los ve alejarse.

**15. INT. HOSPITAL. CUARTO. DÍA**

Fernanda acostada en la cama del hospital inconsciente, a su alrededor vemos a la tía, el Papá, y la prima, que lloran.

Entrevista real con narración de la tía.

**TÍA**

**(Entrevista real)**

Ya habían pasado 16 días, si porque nosotros la llevamos a Milagro, a Guayaquil de allí a Vinces otra vez de allí la trajimos acá al hospital universitario y de allí al último fue que la llevamos, porque ese mismo día fue que murió ella estuvo 17 días mal, ahí estuvo unas horas nada más, que no había esperanza niña, que no había esperanza.



**16. INT. HOSPITAL. SALA DE ESPERA. NOCHE**

Reloj marca las 3:20 AM.

Guardia con una libreta en sus manos entra a la sala, revisa la libreta y pregunta mientras mira a su alrededor.

**GUARDIA**

**(Gritando)**

Familiares del niño Carlos Rodríguez.

**17. INT. HOSPITAL. PASILLO. QUIROFANO. NOCHE**

Patricia camina rápidamente por un pasillo oscuro y vacío hacia el quirófano.

Patricia se acerca hacia la entrada del quirófano, de donde sale una doctora que habla con ella.

**PATRICIA**

**(VOZ EN OFF)**

Salió una doctora que no tenía nada que ver pero que la habían mandado por que los médicos no quisieron dar cara, para mí ellos sabían lo que había ocurrido y nunca

salieron, ella me dio la noticia de que a mi hijo le había dado un paro cardio respiratorio y que estaba en estado de coma.

**Dr. René Astudillo. Fiscal 1 del Guayas**

**¿Cómo se cataloga la negligencia médica?**

Tendría que analizar, entrar a la parte jurídica y doctrinaria de que si ese medico está inmerso en una negligencia médica, en una mala práctica pero reitero como homicidio intencional.

Patricia llora y cae al piso, se lleva las manos a la cara llena de lágrimas.

**PATRICIA  
(VOZ EN OFF)**

Para mí fue muy doloroso y en ese momento se me termino la noche, yo caí al piso, nunca imagine que una pequeña herida iba a hacer que mi hijo se quedara en estado de coma.



BIBLIOTECA  
CAMPUS  
PEÑAS

**18. INT. HOSPITAL. PASILLO. QUIRÓFANO. NOCHE**

Señora de edad avanzada pasa a los lados de Patricia en una silla de ruedas empujada por una enfermera y avanza hacia el final del pasillo, donde la esperan familiares con flores, la abrazan, dan besos y le dan la mano a la enfermera.

#### **GENERADOR DE CARACTERES**

En la actualidad más de 10 millones de ecuatorianos no poseen seguro médico alguno.

62,80% de la población opta por un establecimiento privado a la hora de una emergencia médica.

**FIN**

#### **SECUENCIA DE VIDEOS EN LOS CRÉDITOS**

Imágenes de los plantones e intervención de la señora Patricia Cárdenas.

Dr. Alfredo Palacios, Ex Presidente de la República.

Dra. Caroline Chang, Ministra de Salud

## 7.5 GUIÓN TÉCNICO

Una vez elaborado el guión literario de los dramatizados, se da paso al guión técnico en donde se incluirán las instrucciones de movimientos de cámara, planos, encuadres y tomas, también incluyendo los diálogos. Este proceso se lo hace en conjunto con el director encargado de la producción.

A continuación se expone un ejemplo de la estructura que debe llevar un guión técnico:

| Día 1                        | Acción   | Diálogos  | Sonido   |
|------------------------------|--|---|--|
| 2. 1.<br>1.<br>P.G.          | Patricia sentada en la silla de la peluquería, una mujer la peina. Al fondo Carlitos juega en una silla de plástico.   | <b>CARLITOS</b><br>¡Mami, sangre!                 | Se escucha el ambiente de peluquería. Música ambiental de fondo. |
| 2. 1.<br>2.<br>P.M.<br>Paneo | Patricia mira a través del espejo. La peluquera se agacha y toma un cepillo del cajón, gira la cara hacia Carlitos y se lleva las manos a la boca. Patricia se levanta apresurada. | <b>PATRICIA</b><br>¿Mijito por Dios, que te paso? | Sonido de ambiente. Ruido de caída de silla. Llanto de Carlitos. |

*Tabla 7. 1. Ejemplo Guión Técnico*

En conclusión este método favorece la planificación de la producción, iluminación y sonido entre otros equipos.

## 7.5.1 DESARROLLO GUIÓN TÉCNICO

| Día 1                        | Acción   | Diálogos   | Sonido   |
|------------------------------|--|--|--|
| 2. 1. 1.<br>P.G.             | Patricia sentada en la silla de la peluquería, una mujer la peina. Al fondo Carlitos juega en una silla de plástico.   |  | Se escucha el ambiente de peluquería. Música ambiental de fondo.       |
| 2. 1. 2.<br>P.M.<br>Paneo    | Patricia mira a través del espejo. La peluquera se agacha y toma un cepillo del cajón, gira la cara hacia Carlitos y se lleva las manos a la boca. Patricia se levanta apresurada. | <b>CARLITOS</b><br>¡Mami, sangre!  | Sonido de ambiente.<br>Ruido de caída de silla.<br>Llanto de Carlitos. |
| 2. 1. 3.<br>P.P.<br>Zoom out | Carlitos en el suelo llorando con sangre en su rostro. Patricia entra a cuadro y abraza a Carlitos.  | <b>PATRICIA</b><br>¿Mijito por Dios, que te paso?  | Llanto de Carlitos.  |
| 3. 2. 1.<br>P.M.             | CAM desde el asiento trasero del vehículo, taxista maneja. Entra a cuadro Patricia que detiene el taxi. Taxista frena.   | <b>PATRICIA (Entrevista off)</b><br>Lamentablemente mi hijo por la edad que tenía, inquieto por su edad, estaba jugando con una silla de plástico y se cayó. Sangraba bastante, en la angustia y en la desesperación pues salí corriendo con él en brazos. | Se escucha música de la radio.   |
|                              |  | <b>TAXISTA</b><br>(Canta)  |  |

*Tabla 7. 2. Guion Técnico*

**Especificaciones de Siglas**  
P.G.: Plano General, P.M.: Plano medio, P.P.: Primer Plano, P.P.P.: Primer primerísimo plano.



|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <p>3. 2. 2.<br/>P.M.</p>                       | <p>CAM desde el asiento del pasajero junto al taxista. Patricia entra al taxi.</p>  | <p><b>PATRICIA</b><br/>;Por favor ayúdeme, lléveme al hospital!</p>  | <p>Ambiente de tránsito en la ciudad.</p>   |
| <p>6. 3. 1.<br/>P.M.</p>                       | <p>Reflejo de Fernanda en el espejo, abre la llave del baño. Se gira hacia la puerta.</p>   | <p><b>TIA</b><br/>Hijita, ¿estás bien? Te pasa algo</p> <p><b>FERNANDA</b><br/>No tía, no pasa nada.</p>   | <p>Se escucha el ambiente del baño, (el agua cayendo).<br/>Se escucha que golpean la puerta.</p>            |
| <p>7. 4. 1<br/>P.G</p>                         | <p>Flash back, Fernanda y amigos jugando en la piscina.</p>   |  | <p>Se escucha sonido de ambiente de piscina.</p>  |
| <p>8. 3. 2.<br/>P.M.<br/>Paneo<br/>Zoom in</p> | <p>Fernanda de espaldas a la pared, se sienta y mira al frente. Encuadre hacia las botellas.<br/>Fade out.</p>  |  |   |
| <p>9. 4. 2<br/>P.M.</p>                        | <p>CORTE A:<br/>Flash back. Fernanda discute con novio.</p>   |  |   |
| <p>10. 5. 1<br/>P.M.<br/>Travelling</p>        | <p>Tía lava los platos, gira su cabeza y camina el espacio que la separa del baño, seguida por la CAM, se detiene frente a la puerta.<br/>Fade out.</p> | <p><b>TIA</b><br/>Hijita, ¿estás bien, que comiste, te pasa algo?</p> <p><b>FERNANDA (off)</b><br/>Estoy bien tía, fue algo que comí, mejor hágame una agüita, ya mismo voy al cuarto.</p> | <p>Sonido en segundo plano de persona vomitando.<br/>Sonido de ambiente de cocina y lavando los platos.</p> |

Tabla 7.3. Guion Técnico

**Especificaciones de Siglas**  
P.G.: Plano General, P.M.: Plano medio, P.P.: Primer Plano, P.P.P.: Primer primerísimo plano.

| Día 2   | Acción   | Diálogos  | Sonido   |
|---|--|---|--|
| 1. 6. 1.<br>(noche)<br>P.P.                       | <b>TIA (Entrevista real)</b><br>Rostro de Patricia (angustiada, cansada),<br>manos.  |   | Se escucha el ambiente<br>de hospital.                       |
| 1. 6. 2.<br>(noche)<br>P.M.                       | Patricia camina de un lado a otro.   |   |  |
| 1. 6. 3.<br>(noche)<br>P.M.                       | Camilla sale por la puerta.  |   | Golpe de la camilla<br>contra la puerta.                     |
| 1. 6. 4.<br>(noche)<br>P.M.<br>Zoom in            | Patricia se voltea bruscamente. Zoom in al<br>fondo camilla saliendo de habitación.<br>Personas se aglomeran alrededor de la<br>camilla.   | <b>MEDICOS</b><br>¡Permiso, abran paso!               | Escuchamos a médicos<br>gritando y empujando<br>una camilla. |
| 1. 6. 5.<br>(noche)<br>P.M.<br>Plano de<br>frente | Segundo plano camilla con niño<br>convulsionando y médicos alrededor, se<br>abren paso entre la multitud de personas<br>que se aglomeran alrededor de la camilla.<br>En primer plano personas curiosas de<br>espaldas mirando al niño. |   | Personas murmurando.   |
| 1. 6. 6.<br>(noche)<br>P.M.<br>costado            | Personas se aglomeran alrededor de la<br>camilla, Patricia intenta desesperadamente<br>de acercarse y ver, las personas se lo<br>impiden, camina de un lado a otro sin<br>poder acercarse.   | <b>MEDICOS</b><br>¡Por favor permiso, dejen<br>pasar! | Escuchamos a médicos<br>gritando y empujando<br>una camilla. |
| 1. 6. 7.<br>(noche)<br>P.M.                       | Camilla avanza y Patricia mira entre las<br>personas a una mujer que se acerca al niño<br>y lo abraza.   | <b>MUJER</b><br>¡Mijito!                              | Personas murmurando.   |

Tabla 7.4. Guion Técnico

**Especificaciones de Siglas**  
P.G.: Plano General, P.M.: Plano medio, P.P.: Primer Plano, P.P.P.: Primer  
primerísimo plano.

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <p>1. 6. 8.<br/><b>(noche)</b><br/>P.M.</p> <p>4. 7. 1.<br/><b>(día)</b><br/>P.G.</p> <p>4. 7. 2.<br/><b>(día)</b><br/>P.M.</p> <p>4. 7. 3.<br/><b>(día)</b><br/>P.P.</p> <p>4. 7. 4.<br/><b>(día)</b><br/>P.M.</p> <p>4. 7. 5.<br/><b>(día)</b><br/>P.M.</p> | <p>Patricia estática, la camilla avanza en medio de la multitud, y sale de escena. Patricia se queda estática y sola. CAM se aleja de Patricia. (Tres tomas de la cámara que se aleja).</p> <p>Patricia entra corriendo con Carlitos en brazos.</p> <p>Patricia de un lado a otro sin saber dónde ir.</p> <p>Rostro de Patricia, con Carlitos en brazos y rostro de Carlitos.</p> <p>Patricia se acerca a una señora, ella señala con el brazo. Patricia sale de escena CAM se queda fija en reloj que está en la pared.</p> <p>Patricia camina de un lado a otro con Carlitos en brazos, detiene a un médico interno que sale de una habitación con el celular en la mano.</p> | <p style="text-align: center;"><b>PATRICIA</b><br/>¡Por favor! ¡Mi hijo! ¡Alguien que lo atienda!</p> <p style="text-align: center;"><b>PATRICIA</b><br/>¡Señora dígame, a donde voy!</p> <p style="text-align: center;"><b>PATRICIA (off)</b><br/>Desde entonces estuve esperando en el área de emergencia y los médicos le hicieron una historia clínica.</p> <p style="text-align: center;"><b>PATRICIA</b><br/>¡Doctor, por favor ayúdeme!</p> | <p>Escuchamos sonido de ambiente de hospital.</p> |
|---|---|--|---|

*Tabla 7. 5. Guión Técnico*

**Especificaciones de Siglas**  
P.G.: Plano General, P.M.: Plano medio, P.P.: Primer Plano, P.P.P.: Primer primerísimo plano.

|                                    |   |  |   |
|------------------------------------|---|--|---|
| <p>4. 7. 6.<br/>(dia)<br/>P.M.</p> | <p>Patricia habla con el médico interno.<br/>(Plano desde atrás del hombro de Patricia,<br/>médico interno mira a patricia y regresa<br/>su mirada al celular.</p>          | <p style="text-align: center;"><b>PATRICIA OFF</b><br/>¡Oiga, escúcheme!</p> <p style="text-align: center;"><b>MEDICO INTERNO</b><br/>¿Cómo me dijo señora?</p> <p style="text-align: center;"><b>PATRICIA</b><br/>Niña, disculpe ¿qué hora<br/>tiene?</p> <p style="text-align: center;"><b>PRIMA FERNANDA</b><br/>Son las nueve, señora.</p> <p style="text-align: center;"><b>TIA</b><br/>Hijita, ¿Por qué hiciste eso?<br/>¿Por qué?</p> | <p>Escuchamos sonido de<br/>ambiente de hospital.</p> |
| <p>4. 7. 7.<br/>(dia)<br/>P.P.</p> | <p>CAM en picado de atrás del hombro de<br/>médico interno que mira su celular y<br/>responde al mensaje, gira su cabeza al<br/>escuchar a Patricia.</p>                    |  |   |
| <p>4. 7. 8.<br/>(dia)<br/>P.M.</p> | <p>Médico interno, mira a Patricia.</p>   |  |   |
| <p>5. 8. 1.<br/>(dia)<br/>P.G.</p> | <p>Fernanda camina por el pasillo con ayuda<br/>de su tía, papa y prima. Fernanda se<br/>desploma y es auxiliada por su tía y papá,<br/>prima se detiene junto a ellos.</p> |  |   |
| <p>5. 8. 2.<br/>(dia)<br/>P.M.</p> | <p>Tía y papá sostienen a Fernanda y la<br/>llevan a sentarse. Prima observa inmóvil.<br/>Patricia camina por el pasillo y se acerca<br/>a la prima.</p>                    |  |   |
| <p>5. 8. 3.<br/>(dia)<br/>P.M.</p> | <p>Patricia se detiene junto a la prima y<br/>pregunta, prima la mira, ve su reloj y<br/>responde, luego mira a Fernanda y a sus<br/>tíos.</p>                              |  |   |

Tabla 7. 6. Guion Técnico

Especificaciones de Siglas  
P.G.: Plano General, P.M.: Plano medio, P.P.: Primer Plano, P.P.P.: Primer  
primerísimo plano.



|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <p>5. 8. 4.<br/>(día)<br/>P.M.</p>                          | <p>Tía abraza a Fernanda y se apoya en su hombro.<br/>Fade out</p>   |  |  |
| <p>12. 7. 1.<br/>(noche)<br/>P.M.</p>                       | <p>CORTE A:<br/><br/>Patricia camina por los pasillos y se sienta.</p>   | <p style="text-align: center;"><b>PATRICIA OFF</b></p> <p>En el transcurso de varias horas, siete, ocho de la noche no atendían a mi hijo a pesar de que él había sangrado, a eso de las nueve más o menos ya había dejado de sangrar.</p> |  |
| <p>12. 7. 2.<br/>(noche)<br/>P.P.P</p>                      | <p>Rostro de Carlitos que mira a Patricia, ella acaricia su cabello.</p>   |  |  |
| <p>12. 7. 3.<br/>(noche)<br/>P.P.</p>                       | <p>Patricia que mira a Carlitos, levanta su cabeza y mira en dirección del reloj. CAM sigue la mirada hasta enfocar el reloj que marca las 21H30. CAM regresa a rostro de Patricia, ella se levanta.</p> |  |  |
| <p>12. 7. 4.<br/>(noche)<br/>P.G.</p>                       | <p>Patricia camina hacia la puerta de salida. Medico interno camina en dirección contraria a Patricia con una libreta en la mano.</p>  | <p style="text-align: center;"><b>MEDICO INTERNO 2</b></p> <p>¡Señora, espere! ¿Ya la atendieron?</p>  |  |
| <p>12. 7. 5.<br/>(noche)<br/>P.M.<br/><b>Travelling</b></p> | <p>Medico interno mira a Patricia y a Carlitos que camina rápidamente. (CAM sigue a medico interno hasta Patricia), médico interno pone su mano derecha sobre el hombro de Patricia y la detiene.</p>    | <p style="text-align: center;"><b>PATRICIA</b></p> <p>¡Que me van a atender, llevo horas aquí y a nadie le importa nada;</p>   |  |

*Tabla 7. 7. Guión Técnico*

**Especificaciones de Siglas**  
P.G.: Plano General, P.M.: Plano medio, P.P.: Primer Plano, P.P.P.: Primer primerísimo plano.

|                               |   |   |  |
|-------------------------------|---|---|--|
| 12. 7. 6.<br>(noche)<br>P.P.  | Patricia mira al médico interno y responde.   | <b>MEDICO INTERNO 2</b><br>Pero no se vaya señora, mire que ya la van a atender.  | Escuchamos a sonido de ambiente de hospital y pasos de medico. |
| 12. 7. 7.<br>(noche)<br>P.P.  | Médico interno toma del brazo a Patricia, y la lleva a sentarse.  | <b>PATRICIA OFF</b><br>Seguí esperando, continúe esperando hasta más o menos a eso de las 11 de la noche, en lo cual me moleste por que no había atención para mi hijo, a pesar de que había estado sangrando.                    |  |
| 13. 9. 1.<br>(noche)<br>P.M.  | CAM sigue a médico que camina por el pasillo en dirección a la familia de Fernanda que esperan sentados al fondo del pasillo. Familia de Fernanda mira al médico que se aproxima a ellos y se ponen de pie. | <b>MEDICO 1</b><br>¡Señores, le hicimos un lavado de estomago, pero no es suficiente para remover la sustancia que ha ingerido, así que mejor les aconsejo que se la lleven a Guayaquil porque aquí ya no podemos hacer nada más. |  |
| 13. 9. 2.<br>(noche)<br>P.M.  | Médico 1 mira a la familia de Fernanda y dice.  | <b>PAPA FERNANDA</b><br>¡Doctor no diga eso, no puede ser! ¿Está seguro?  |  |
| 13. 9. 3.<br>(noche)<br>P. M. | Tía, padre y prima de Fernanda, miran al médico. Médico los mira y responde.  | <b>TIA</b><br>¿Y ahora qué hacemos?   | Sonido de ambiente de hospital.                                |

Tabla 7.8 Guión Técnico

Especificaciones de Siglas  
P.G.: Plano General, P.M.: Plano medio, P.P.: Primer Plano, P.P.P.: Primer primerísimo plano.



|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <p><b>13. 9. 4.</b><br/><b>(noche)</b><br/><b>P.P.</b></p>                             | <p>Tía toma del brazo a papa de Fernanda, mira al médico y pregunta.</p>  | <p style="text-align: center;"><b>MEDICO 1</b></p> <p>Si llévenla rápido, no pierdan tiempo.</p>  | <p>Llanto de familiares y musicalización.</p> |
| <p><b>13. 9. 5.</b><br/><b>(noche)</b><br/><b>P.P.</b></p>                             | <p>Medico mira fijamente a la familia de Fernanda.</p>  | <p style="text-align: center;"><b>TIA OFF</b></p> <p>Estamos lejos de los subcentros, no hay subcentro cerca, para que nos puedan auxiliar uno tiene que salir a Milagro.</p> |   |
| <p><b>13. 9. 6.</b><br/><b>(noche)</b><br/><b>P.M.</b></p>                             | <p>Tía y papa de Fernanda se abrazan entre si y lloran. Prima se abraza a sí misma y llora, médico se aleja.<br/>(CAM se aleja de plano medio a plano general).</p>                   |   |   |
| <p><b>14. 7. 1.</b><br/><b>(noche)</b><br/><b>P.P.</b><br/><b>a</b><br/><b>P.M</b></p> | <p>Reloj marca las 12H20, Zoom out hasta que entra a escena Medico 2 y enfermera, CAM los sigue mientras caminan hasta llegar donde esta Patricia sentada con Carlitos en brazos.</p> | <p style="text-align: center;"><b>MEDICO 2</b></p> <p>Señora, le vamos a hacer una sutura al niño.</p>  |   |
| <p><b>14. 7. 2.</b><br/><b>(noche)</b><br/><b>P. M.</b></p>                            | <p>Medico 2 habla con Patricia.</p>   | <p style="text-align: center;"><b>PATRICIA</b></p> <p>Yo voy con ustedes.</p>   | <p>Sonido de pasos apresurados.</p>           |
| <p><b>14. 7. 3.</b><br/><b>(noche)</b><br/><b>P.M.</b></p>                             | <p>Enfermera se aproxima a Patricia y toma en sus brazos a Carlitos. Patricia se levanta sin soltar a Carlitos.</p>   | <p style="text-align: center;"><b>MEDICO 2</b></p> <p>Mire señora, vamos a llevar al niño al área de emergencia, espere aquí, porque no va a tardar más de 20 minutos.</p>    |   |

*Tabla 7. 9. Guión Técnico*

**Especificaciones de Siglas**  
**P.G.:** Plano General, **P.M.:** Plano medio, **P.P.:** Primer Plano, **P.P.P.:** Primer primerísimo plano.

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <p>14. 7. 4.<br/>(noche)<br/>P.M.</p>                             | <p>Medico 2 habla con Patricia. Enfermera toma al niño en brazos.</p>   | <p style="text-align: center;"><b>MEDICO 2</b></p> <p>Señora, le digo que espere aquí, no puede entrar a la sala es un área estéril de cirugía menor, somos profesionales capacitados, no se preocupe.</p>  |  |
| <p>14. 7. 5.<br/>(noche)<br/>P.M.<br/>a<br/>P.P<br/>a<br/>P.G</p> | <p>Medico 2 y enfermera con Carlitos en brazos de espaldas a Patricia caminan por el pasillo. CAM sigue a Patricia que va tras ellos. Medico se percata que Patricia los sigue, el se detiene y CAM se acerca hasta P. P. del médico que habla a Patricia. Medico y enfermera se voltean y continúan su camino por el pasillo, CAM se aleja hasta P. G. de Patricia que se queda parada de espaldas mirando al médico y a la enfermera que se alejan.</p> <p>Fade out</p> <p>CORTE A:</p> |   |  |
| <p>15. 10. 1.<br/>(noche)<br/>P.P.<br/>Picado<br/>a<br/>P.G.</p>  | <p>Zoom out de Fernanda acostada en la cama de un hospital inconsciente, entra a escena Tía que acaricia la cabeza de Fernanda, enfermera arregla el suero que está a un costado de la cama. Papa y prima de Fernanda se abrazan y lloran, enfermera sale escena.</p>   | <p style="text-align: center;"><b>TIA OFF</b><br/>(Entrevista real)</p> <p>Ya habían pasado 16 días, si porque nosotros la llevamos a Milagro, a Guayaquil de allí a Vinces otra vez de allí la trajimos acá al hospital universitario y de allí al último que la llevamos porque</p> |  |
| <p>15. 10. 2.<br/>(noche)<br/>P.P.</p>                            | <p>Tía narra los acontecimientos.</p>   |   |  |

Tabla 7. 10. Guion Técnico

Especificaciones de Siglas  
P.G.: Plano General, P.M.: Plano medio, P.P.: Primer Plano, P.P.P.: Primer primerísimo plano.



|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
|  |   | <p>ese mismo día fue que murió. Ella estuvo 17 días mal, ahí estuvo unas horas nada más, que no había esperanza.</p> <p><b>GUARDIA</b><br/>Familiares del niño Carlos Rodríguez.</p> <p><b>DOCTORA</b><br/>¿Señora usted es la mamá del niño Carlos Rodríguez?</p> <p><b>PATRICIA</b><br/>¡Sí, yo soy la mamá!<br/>Dígame ¿qué pasó?</p> <p><b>PATRICIA OFF</b><br/>Salió una doctora que no tenía nada que ver pero que la habían mandado por que los médicos no quisieron dar cara, para mi ellos sabían lo que había ocurrido y nunca salieron, ella me dio la</p> |  |
| <p>16. 6. 1.<br/>(noche)<br/>P.G.</p>                | <p>(Ref.: Escena 1) Patricia se queda estática y sola. Guardia entra a escena con una libreta en sus manos.</p>   |   |  |
| <p>16. 6. 2.<br/>(noche)<br/>P.M.</p>                | <p>Guardia con una libreta en la mano, revisa la libreta y pregunta mientras mira a su alrededor.</p>   |   |  |
| <p>17. 11. 1.<br/>(noche)<br/>P.P.</p>               | <p>CAM sigue a los pies de Patricia que camina rápidamente por un pasillo oscuro y vacío.</p>   |   |  |
| <p>17. 11. 2.<br/>(noche)<br/>P.M.</p>               | <p>CAM sigue de perfil a rostro de Patricia que camina rápidamente.</p>   |   |  |
| <p>17. 11. 3.<br/>(noche)<br/>P.M.<br/>a<br/>P.G</p> | <p>CAM sigue de espaldas a Patricia que camina rápidamente, una doctora sale de una habitación al final del pasillo. CAM se detiene cuando Patricia llega a la puerta y se para de frente a la doctora. CAM hace un paneo en un ángulo de 45<sup>a</sup>, CAM se detiene enfocando a la doctora que</p> |   |  |

Tabla 7. 11. Guion Técnico

Especificaciones de Siglas  
P.G.: Plano General, P.M.: Plano medio, P.P.: Primer Plano, P.P.P.: Primer primerísimo plano.

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  | <p>habla. Paneo de 90° hacia el rostro de Patricia.</p> <p>Patricia cae al piso CAM en picado superior, hace un paneo y se aleja dejando a Patricia en un plano general. Entra a escena por la puerta de quirófano una señora de edad avanzada en una silla de ruedas empujada por el médico interno (Ref.: Escena 4), tres personas adultas se acercan hacia la señora y la reciben con flores.</p> | <p>noticia de que a mi hijo le había dado un paro cardíaco respiratorio y que estaba en estado de coma.</p> <p style="text-align: center;"><b>PATRICIA OFF</b></p> <p>Para mí fue muy doloroso y en ese momento se me terminó la noche, yo caí al piso, nunca imagine que una pequeña herida iba a hacer que mi hijo se quedara en estado de coma.</p> |  |
|--|--|--|--|



BIBLIOTECA  
CAMPUS  
PEÑAS

Fuente: Elaborado por el autor del proyecto

Tabla 7.12. Guión Técnico

**Especificaciones de Siglas**

P.G.: Plano General, P.M.: Plano medio, P.P.: Primer Plano, P.P.P.: Primer primerísimo plano.

## 7.6 GUIÓN GRÁFICO O STORYBOARD

Luego de la elaboración de los guiones, tanto literario como técnico, se da paso a un proceso que solo se lo realiza en algunos casos, el guión gráfico o storyboard. Esta idea de guión, no es más que la representación gráfica del guión literario combinado con el guión técnico.

El storyboard es un conjunto de imágenes que nos permiten visualizar una escena donde interviene el personaje y en la que apreciamos los encuadres y ángulos de la cámara, esto con el objetivo de entender la historia.

Gracias a la realización del storyboard en este proyecto, se unificó las historias del documental con los dramatizados, y se jugó con el orden de estas para contarlas de forma paralelas.

En el storyboard que exponemos en este proyecto al igual que en otros casos, hacemos una descripción de lo que vemos en escena, la descripción gráfica que está representada con una imagen, y el audio que escuchamos, como sonido de ambiente o diálogos de los personajes.

A continuación exponemos un ejemplo de storyboard:



*Fig 7.1. Ejemplo Storyboard*

### **7.6.1 DESARROLLO STORY BOARD**

El Storyboard lo hemos dividido en varias escenas ilustradas donde se detalla paso a paso y de forma clara lo que narra la historia del guión.

Fue ilustrado en base a todas las situaciones relatadas en el guión.

Cada escena tiene una parte de audio donde se describen únicamente los sonidos y los diálogos, y otra de video donde se relata lo que debe aparecer en la pantalla.

Para el desarrollo del Storyboard debimos seguir ciertos pasos que detallamos a continuación:

- Estudio detallado y minucioso del contenido del documental.
- Adecuación de los personajes principales.
- Vectorización del Storyboard siguiendo los lineamientos del guión literario.
- Correcciones requeridas.



VIDEO

AUDIO

## COLAPSO

### 1. INT. HOSPITAL. PASILLOS. SALA DE EMERGENCIAS. NOCHE

Patricia madre de Carlitos, camina por los pasillos de la sala de emergencias del hospital que es un corredor largo, lleno de personas, se percata de que sale una camilla apresuradamente con un niño, con convulsiones, escoltado y empujado por un médico y una enfermera, que sostiene un suero estirado hacia arriba con unas de sus manos.



Patricia trata desesperadamente de ver al niño, mientras la camilla recorre todo el pasillo, pero es impedida por las personas que llenan el mismo



Patricia logra al final del pasillo, ver al niño que no es su hijo. Ella se detiene y llora mientras ve alejarse a la camilla.



BIBLIOTECA  
CAMPUS  
PEÑAS

VIDEO

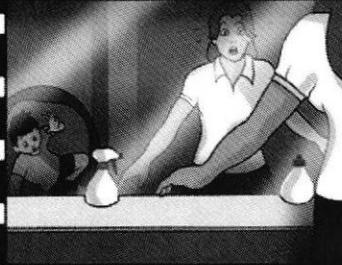
AUDIO

**2. INT. PELUQUERIA. DÍA**

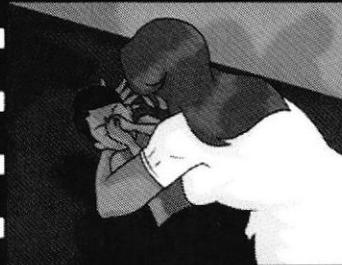
Carlitos juega sobre una silla de plástico en una peluquería, corriendo de un lugar a otro, mientras Patricia, sentada es peinada por la peluquera.



En ese momento se escucha el llanto de un niño, la peluquera gira la cara hacia Carlitos que se lleva las manos a la boca, Patricia se levanta rápidamente...



...mientras Carlitos yace en el piso sangrando. Patricia levanta a Carlitos y sale corriendo de la peluquería.



**3. INT. TAXI. DÍA**

Taxista manejando vehículo. Patricia corre hacia un taxi y lo detiene bruscamente.



BIBLIOTECA  
CAMPUS  
PEÑAS

**Patricia**

(Entrevista en off)

Lamentablemente mi hijo por la edad que tenía, inquieto por su edad, estaba jugando con una silla de plástico y se cayó.

Sangraba bastante, en la angustia y en la desesperación pues salí corriendo con él en brazos.

**VIDEO**

**AUDIO**

Patricia se sube al taxi apresurada.



**Patricia**  
¡Por favor ayúdeme, lléveme al hospital!

**4. INT. HOSPITAL. SALA DE EMERGENCIA. DÍA**

Patricia entra corriendo a la sala de emergencias del hospital con Carlitos en sus brazos.

Patricia busca ayuda y se mueve de un lado a otro.

Un reloj en la entrada del hospital marca las 5:00 PM.



**Patricia**  
(Entrevista en off)  
Desde ese entonces estuve esperando en el área de emergencia y los médicos le hicieron una historia clínica.



Un médico interno sale de una habitación con un teléfono celular en una mano leyendo mensajes de texto, Patricia camina de izquierda a derecha, ve al médico interno, lo detiene y se acerca.



**Patricia**  
(Angustiada)  
¡Doctor por favor ayúdeme!

VIDEO

AUDIO

Médico interno escribe en el celular ignorando a Patricia. Ella se dirige a él.



**Patricia**  
(Angustiada)  
¡Oiga Doctor, escúcheme! **Médico**

**5. INT. HOSPITAL. PASILLO DE SALIDA. DÍA**

Fernanda camina por el pasillo con ayuda de su tía, papá y prima. Fernanda a punto de caer es auxiliada por su tía y su padre, la llevan a sentarse, prima de Fernanda se detiene y observa.



**Patricia**  
(Entrevista en off)  
Desde ese entonces estuve esperando en el área de emergencia y los médicos le hicieron una historia clínica.

Patricia con Carlitos en brazos camina por el pasillo junto a la prima de Fernanda.



**Patricia**  
Niña disculpe, ¿Qué hora tiene?

**Prima**  
Son las nueve, señora.

Tía abraza a Fernanda, y se apoya en su hombro.



**Tía**  
¿Hijita porque hiciste esto, por qué?

VIDEO

AUDIO

**6. INT. CASA. BAÑO. DÍA**

Fernanda se mira al espejo del baño muy deprimida, sin saber que hacer, se lleva las manos a la cabeza, sus ojos se llenan de lagrimas, trata de contenerse pero sus lagrimas caen mientras se queda estática mirando su reflejo hasta que es sacada de su estado por que alguien toca a la puerta.



**Tía**  
¿Hijita estas bien te pasa algo?

Fernanda regresa a ver a la puerta, se pega a ella y responde.



**Fernanda**  
No tía no me pasa nada.

**CORTE A: RECUERDOS DE FERNANDA**

Imágenes en flashback

**7. EXT. PISCINA. DÍA**

Fernanda alegre juega con una pelota en la piscina con varios amigos.



**8. INT. BAÑO. DÍA**

Fernanda de espaldas a la puerta del baño, se sienta lentamente observando unas botellas que se encuentran amontonadas en una esquina del mismo.



BIBLIOTECA  
CAMPUS  
PEÑAS

VIDEO

AUDIO

**CORTE A: RECUERDOS DE FERNANDA.**

Imágenes en flashback.

**9. EXT. PISCINA. DÍA**

Fernanda discute acaloradamente con un chico en donde este le dice que no con el rostro y se aleja de ella. Fernanda queda llorando.



**10. INT. BAÑO. DÍA**

Toma de varias botellas negras, sobresaliendo una botella verde.



**11. INT. COCINA. DÍA**

Tía lava los platos en la cocina, escucha a Fernanda que vomita en el baño, corre hacia el baño, se pega a la puerta desesperada y preocupada.



Tía escucha la voz de Fernanda proveniente del interior del baño.



BIBLIOTECA  
CAMPUS  
PEÑAS

**Tía**

Hijita ¿estás bien, que comiste, te pasa algo?

**Fernanda**

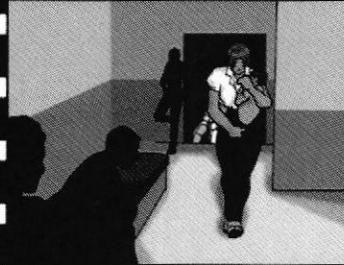
Estoy bien tía, a lo mejor fue algo que comí, mejor hágame una agüita, que ya mismo voy al cuarto.

VIDEO

Entrevista real a la tía de Fernanda, que narra los acontecimientos.



**12. INT. HOSPITAL. SALA DE EMERGENCIA. NOCHE**  
Patricia camina por los pasillos de la sala de emergencia con Carlitos en brazos.



Patricia se sienta mira el rostro de Carlitos que ya no sangra, está cansado y tranquilo.



Patricia se levanta y alza la mirada al reloj de la sala.  
Reloj marca las 9:30 PM.  
Patricia camina por el pasillo principal y se dirige a la salida del hospital.  
Patricia es detenida por un médico interno.



AUDIO

**Tía**

(Entrevista real)

Ella volvió a acostarse, y yo me volví a sentar aquí en el mueble cuando de nuevo vomitaba yo volví le digo que te pasa, la cogí así yo sentí que estaba fría, ella me abrazo y me dice, me tome veneno ñaña, yo enseguida le dije a mi mama que algo se había tomado pero no le dije lo que había tomado ella, de ahí me fui a llamar a mis primas, enseguida vinieron ellas le digo trae un carro, la sacamos rápido y la llevamos a Milagro.

**Patricia**

(Entrevista en off)

En el transcurso de varias horas, siete, ocho de la noche no atendían a mi hijo a pesar de que él había sangrado ya a eso de las nueve más o menos ya había dejado de sangrar.



BIBLIOTECA  
CAMPUS  
PEÑAS

VIDEO

Patricia camina por el pasillo principal y se dirige a la salida del hospital.



Patricia es detenida por un médico interno.



13. INT. HOSPITAL. PASILLO DE SALIDA. DÍA  
Tía, padre y prima de Fernanda sentados en la sala de espera.



Médico camina por el pasillo, en dirección a la familia de Fernanda.



AUDIO



**Medico interno 2**  
¡Señora espere!, ¿Ya la atendieron?

**Patricia**  
(Enojada)  
¡Que me van a atender!, llevo horas aquí y a nadie le importa nada.

**Medico interno 2**  
Pero no se vaya, espere, que ya la van a atender.

**Patricia**  
(Entrevista en off)  
Seguí esperando, continué esperando hasta más o menos a eso de las 11 de la noche en lo cual me molestó porque no había atención para mi hijo a pesar de que había estado sangrando.

**Médico\_2**  
Señores le hicimos un lavado de estómago, pero no es suficiente para remover la sustancia que ha ingerido, así que mejor les aconsejo que se la lleven a Guayaquil, porque aquí ya no podemos hacer nada más.

**Tía**  
(Entrevista off)  
Estamos lejos de los subcentros, no hay un subcentro cerca para que nos puedan auxiliar uno tiene que salir a Milagro.

VIDEO

AUDIO

**14. INT. HOSPITAL. SALA DE ESPERA. NOCHE**

Patricia sentada con Carlitos en brazos mira el reloj que marca las 12:20 AM.



Médico y una enfermera se acercan a Patricia.  
El médico habla mientras la enfermera toma a Carlitos en brazos.  
El médico y la enfermera con Carlitos en brazos se retiran y Patricia va detrás de ellos.



El médico se percata de que Patricia los sigue, y se para frente a ella.



La enfermera continua caminando, mientras Patricia los ve alejarse.



**Médico**

Señora, le vamos a hacer una sutura al niño en el área de emergencia, espere porque no va a tardar más de veinte minutos, son solo dos puntos.

**Médico**

Espere aquí, no puede entrar a la sala es un área estéril de cirugía menor, tranquila somos profesionales capacitados, no se preocupe.

VIDEO

AUDIO

**15. INT. HOSPITAL. CUARTO. DÍA**  
Fernanda acostada en la cama del hospital inconsciente, a su alrededor vemos a la tía, el Papa, y la prima, que lloran.



Entrevista real con narración de la tía.



**16. INT. HOSPITAL. SALA DE ESPERA. NOCHE**  
Reloj marca las 3:20 AM.



Guardia con una libreta en sus manos entra a la sala, revisa la libreta y pregunta mientras mira a su alrededor.



**Tía**  
(Entrevista real)  
Ya habían pasado 16 días, si porque nosotros la llevamos a Milagro, a Guayaquil de allí a Vinces otra vez de allí la trajimos acá al hospital universitario y de allí al último fue que la llevamos, porque ese mismo día fue que murió ella estuvo 17 días mal, ahí estuvo unas horas nada mas, que no había esperanza niña, que no había esperanza.

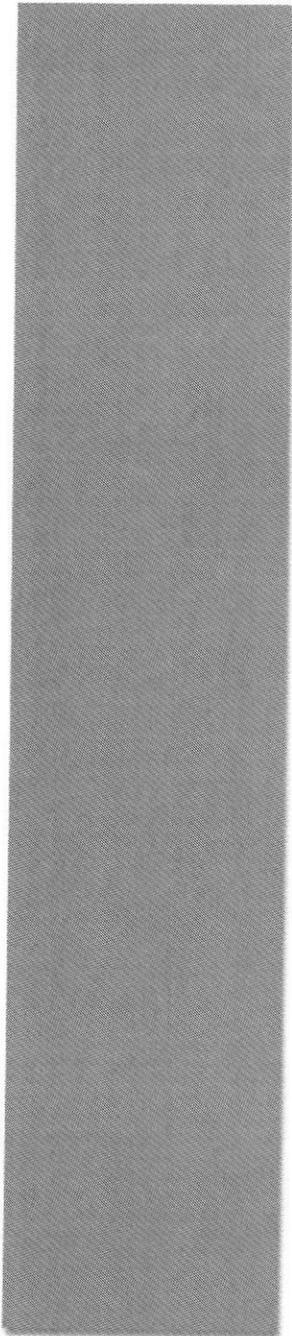


BIBLIOTECA  
CAMPUS  
PEÑAS

**Guardia**  
(Gritando)  
Familiares del niño Carlos Rodriguez.

| VIDEO   |   | AUDIO   |   |
|---|---|---|---|
| <p><b>17. INT. HOSPITAL. PASILLO. QUIROFANO. NOCHE</b><br/>Patricia camina rápidamente por un pasillo oscuro y vacío hacia el quirófano.</p>  |    |   |   |
| <p>Patricia se acerca hacia la entrada del quirófano</p>  |   |  |   |
| <p>Sale una doctora que habla con ella.<br/>Patricia llora y cae al piso, se lleva las manos a la cara llena de lágrimas.</p>   |  |   | <p><b>Patricia</b><br/>(Entrevista en off)<br/>Salió una doctora que no tenía nada que ver pero que la habían mandado por que los médicos no quisieron dar cara, para mi ellos sabian lo que había ocurrido y nunca salieron, ella me dio la noticia de que a mi hijo le había dado un paro cardio respiratorio y que estaba en estado de coma.</p> |
| <p><b>18. INT. HOSPITAL. PASILLO. QUIRÓFANO. NOCHE</b><br/>Señora de edad avanzada pasa a los lados de Patricia en una silla de ruedas empujada por una enfermera y avanza hacia el final del pasillo, donde la esperan familiares de ella con flores, que la abrazan, dan besos y le dan la mano a la enfermera.</p> |  |   | <p><b>Patricia</b><br/>(Entrevista en off)<br/>Para mi fue muy doloroso y en ese momento se me termino la noche, yo caí al piso, nunca imagine que una pequeña herida iba a hacer que mi hijo se quedara en estado de coma.</p>   |

Fig 7. 2. Escenas Storyboard



POLITÉCNICA DEL LITORAL

BIBLIOTECA  
CAMPUS  
PEÑAS

**CAPÍTULO VIII**  
**BIBLIOGRAFÍA Y**  
**VIDEOGRAFÍA**



## **8. BIBLIOGRAFÍA Y VIDEOGRAFÍA**

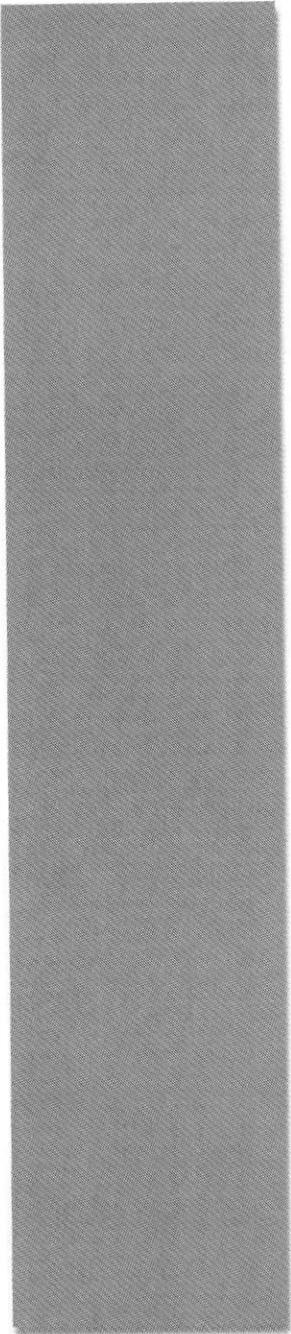
### **8.1. BIBLIOGRAFÍA**

- [1.] **Dirección de documentales, Segunda edición.** MICHAEL RABIGER.
- [2.] **El libro del guión, fundamentos de la escritura de guiones.** SYD FIELD.
- [3.] **El gabinete del Dr. Cineman,** MARCELO BÁEZ.
- [4.] **El Montaje del Director.** (5 TOMOS). HUET, ANNE; LOISELEUX, JACQUES.
- [5.] **Diccionario Enciclopédico, Castell 4.** TOMO 2. HACHETTE CASTEL.
- [6.] **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/oncpe.pdf](http://www.dpsp.gov.ec/salud/Docs/baseslegales/oncpe.pdf)  
[www.inec.gov.ec/web/guest/ecu\\_est/reg\\_adm/est\\_sal](http://www.inec.gov.ec/web/guest/ecu_est/reg_adm/est_sal)
- [7.] **Estadísticas de Recursos y Actividades de Salud**  
[www.inec.gov.ec/web/guest/ecu\\_est/reg\\_adm/est\\_sal/rec\\_act\\_sal](http://www.inec.gov.ec/web/guest/ecu_est/reg_adm/est_sal/rec_act_sal)
- [8.] **Situación en el área de la salud**  
[www.msp.gov.ec](http://www.msp.gov.ec)
- [9.] **Presupuesto anual de salud:**  
[www.msp.gov.ec/index.php?option=com\\_docman&task=doc](http://www.msp.gov.ec/index.php?option=com_docman&task=doc)
- [10.] **Fallas Médicas**  
[www.eltelegrafo.com/historia/notas](http://www.eltelegrafo.com/historia/notas)  
[www.telegrafo.com](http://www.telegrafo.com)  
[www.hoy.com.ec](http://www.hoy.com.ec)  
[www.radiolaprimerisima.com/noticias/alba](http://www.radiolaprimerisima.com/noticias/alba)  
[www.asambleaconstituyente.gov.ec/documentos/educacion\\_superior\\_salud](http://www.asambleaconstituyente.gov.ec/documentos/educacion_superior_salud)



### **8.2. VIDEOGRAFÍA**

- [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.



BIBLIOTECA  
CAMPUS  
PEÑAS

## CAPÍTULO IX

### ANEXOS



## **9. ANEXOS**

### **9.1. BANCO DE PREGUNTAS**

#### **9.1.1 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?

• • •

#### **9.1.2 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.

• • •

### **9.1.3 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?

• • •

### **9.1.4 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?

• • •

### **9.1.5 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?



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

¿Tienen suficiente abastecimiento de medicamentos?

• • •

**9.1.7 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?

• • •

**9.1.8 Entrevista a la Abg. Lorgia Saavedra**

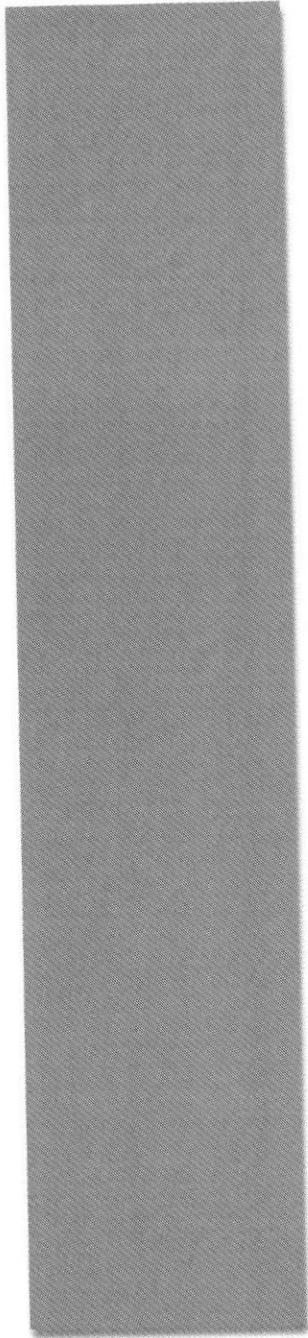
¿Por qué el rechazo hacia el servicio de salud pública?

• • •

**9.1.9 Entrevista al Dr. René Astudillo. Fiscal 1 del Guayas**

¿Cómo se cataloga la negligencia médica?





BIBLIOTECA  
CAMPUS  
PEÑAS

## CAPÍTULO X

### GLOSARIO



## 10. GLOSARIO

**Guión:** Argumento de una obra cinematográfica, emisión de radio o de televisión, expuesto con todos los pormenores necesarios para su realización

**Guión Literario:** Es un escrito que contiene las indicaciones de todo aquello que la obra dramática requiere para su puesta en escena. Abarca tanto los aspectos *literarios* (los parlamentos) como los *técnicos* (las acotaciones, escenografía, iluminación, sonido).

**Guión Técnico:** Ofrece todas las indicaciones necesarias para poder realizar el proyecto. Al guión técnico le sigue un bloque que contiene la descripción de la acción, de los actores, sus diálogos, efectos, músicas, ambiente y las características para la toma de sonido: sincrónico, referencia, muda o play-back.

**Dramatizado:** Obra en la que se representa una acción de la vida mediante diálogos y personajes.

**Storyboard:** Es un conjunto de ilustraciones mostradas en secuencia con el objetivo de servir de guía para entender una historia, pre visualizar una animación o seguir la estructura de una película antes de realizarse o filmarse.

**Escaleta:** Es el esqueleto del guión, en la que se detallan todas las escenas, indicando si va a ser rodada en un espacio interior o exterior; de día o de noche, y el lugar en el que transcurre la acción.

