The book cover features a dark background with a white line-art drawing of a woman's face at the top. Below the face is a purple daisy-like flower and a stalk of wheat. The bottom half of the cover is dominated by a large, textured, golden-brown shape resembling a haystack or a field of wheat, with a small village of houses visible in the background. The title 'UNA UTOPIA POSIBLE' is written in large, bold, white capital letters on the right side.

UNA UTOPIA POSIBLE

Dra. Virginia Gómez de la Torre B.
Dra. Martha López Angel

LA RELACIÓN ONG - ESTADO - COMUNIDAD
EN UNA PROPUESTA DE UN MODELO DE ATENCIÓN
DE SALUD ALTERNATIVO EN APS

Proyecto CEPAM - Terranuova

UNA UTOPIA POSIBLE

**Dra. Virginia Gómez de la Torre Bermúdez
Dra. Martha López Angel**

**LA RELACIÓN ONG - ESTADO - COMUNIDAD
EN UNA PROPUESTA DE UN MODELO DE ATENCIÓN
DE SALUD ALTERNATIVO EN APS**

Proyecto CEPAM - Terranuova

UNA UTOPIA POSIBLE

Dra. Virginia Gómez de la Torre Bermúdez
Dra. María López Ángel

UNA UTOPIA POSIBLE

Dirección: Dra. Virginia Gómez de la Torre Bermúdez
Edición: Loda. Gladys Ruiz T.
Apoyo técnico: Terranuova
Sara Báez
Martha Ordóñez
Foto Portada: "Espíritu de la Naturaleza"
Fitocolage de Beatriz Salinas
Diseño: Rosa Calahorrano - ImpreFEPP
Impresión: ImpreFEPP Telf. 550-705

Quito - Ecuador

"El Carmen", al sur de la ciudad de Quito, para atender a mujeres y niños, considerados grupos de riesgo, frente al resto de la población.

Lo valioso de esta experiencia, que se la considera exitosa, se expresa en, al menos, tres elementos fundamentales:

1. Los avances y evolución en los niveles conceptuales y metodológicos; pues, el Centro apuntó a ofrecer una atención de calidad, basada en el derecho a la salud cotidiana de las mujeres, pasando de un enfoque de mujer y salud, a uno de género y salud;
2. La concertación y co-responsabilidad tripartita: del CEPAM, el Estado -Ministerio de Salud Pública- y, la comunidad -Comité Promotoras del barrio El Carmen-, para ofrecer un servicio de salud a la comunidad. Esto impuso la necesidad de romper esquemas en relación a mecanismos de coordinación, enfoques y procedimientos médicos, entre otros, a más de impulsar acciones de capacitación, para socializar el proceso y estandarizar criterios; y,
3. El impulso al CEPAM hacia la cogestión paulatina de las áreas administrativa, técnica y presupuestaria del servicio, por parte de la comunidad, que incluyó la recuperación de costos. Esto ha contribuido a garantizar su sostenibilidad en el tiempo.

Esta experiencia permite afirmar que, cuando existe voluntad política de los actores involucrados y claridad en sus objetivos, una utopía puede convertirse en realidad.

PRESENTACIÓN

Para el Centro Ecuatoriano de Promoción y Acción de la Mujer CEPAM, es muy grato presentar esta sistematización sobre "UN MODELO ALTERNATIVO DE ATENCIÓN DE SALUD", ejecutado en tres etapas, con el auspicio y apoyo técnico de "Terranuova", durante el período 1988-96.

Desde la creación del CEPAM en 1983 y, sobre todo, a partir del trabajo y análisis de resultados de las áreas legal y de salud, fue creciente la preocupación institucional, al constatar una fuerte y sistemática -aunque subyacente en una primera etapa- discriminación y subordinación de las mujeres, que se acercaban a nuestros servicios. En este contexto se evidenció, claramente, la violencia intrafamiliar y de género, asociada a la pobreza y a la ausencia del ejercicio de sus derechos humanos y reproductivos. Esta problemática emergía, entre otros aspectos, en los relacionados con nutrición y embarazo, divorcio y juicio de alimentos.

En este sentido y, como respuesta a los problemas detectados, a los cuatro años de creada el Área de Salud, en 1988, se inauguró el Centro de Salud del Barrio

Por todo lo señalado, presentamos este documento como un modesto aporte al trabajo de la mujer y la salud reproductiva y, además, con el ánimo de estimular mayores reflexiones sobre la temática planteada, tanto a nivel conceptual como metodológico.

Ms. María Mercedes Placencia
DIRECTORA EJECUTIVA
CEPAM - 1997

... en el servicio de salud...
... en el barrio El Carmen...
... en el barrio El Carmen...
... en el barrio El Carmen...

A la Señora Susana Bóris, que representó a la mujer luchadora del barrio El Carmen y que, junto a un grupo de mujeres miembros de la organización, impulsó el desarrollo del mismo. Queremos recordar la presencia de Don Honorio Aguirre quien con su trabajo ayudó al equipo de salud en el inicio de la experiencia y a la hora de la necesidad de un espacio de salud.

A todo el equipo institucional del CEPAM, a la dirección y al equipo de salud de CEPAM-Guayaquil. Nuestro reconocimiento a María Mercedes Placencia quien aportó, valiosa y constructiva, en la elaboración de este documento.

AGRADECIMIENTO

Quemos dejar constancia de nuestro agradecimiento a quienes hicieron posible este trabajo en el servicio de salud. Sobre todo a las mujeres, hombres, niños y niñas del barrio "El Carmen", que siguen acogiendo nuestro aporte en esta lucha, a veces desigual, para conseguir la salud en la cotidianidad, con equidad.

A la Señora Susana Báez, que representa a la mujer luchadora del barrio "El Carmen" y que, junto al grupo de mujeres miembros de la organización barrial, aportan al desarrollo del mismo. Queremos rememorar la presencia de Don Honorio Aguilar, quien con su trabajo diario, ayudó al equipo de salud en el inicio de la experiencia y que, ahora, lamentablemente, ya no está con nosotros/as.

A todo el equipo institucional del CEPAM, a las directoras y al equipo de salud de CEPAM-Guayaquil. Nuestro reconocimiento a María Mercedes Placencia quien aportó, crítica y positivamente, en la corrección del documento final.

Hacemos extensivo nuestro agradecimiento al Ministerio de Salud Pública, a las Áreas de Salud No 4 y No 5 que,

al inicio dentro del Proyecto SAFIC, hoy FASBASE, supieron transmitir sabiduría y conocimientos.

Y, por su puesto, a "Terranuova" y a su equipo de sistematización, a quienes entregamos este trabajo, fruto de su solidario y respetuoso apoyo.

Dra. Virginia Gómez de la Torre B.
Dra. Martha López Angel
Equipo de Salud CEPAM-Quito

Quito, julio de 1998

INTRODUCCIÓN

La realización de proyectos innovadores demanda una gran dosis de esfuerzo, recursos, inteligencia y compromiso. Para llevar adelante este tipo de desafíos hacen falta, sin lugar a dudas, la concertación de voluntades, la existencia de acuerdos colaborativos y el empeño compartido. La experiencia del proyecto de salud que a continuación se expone, contó, afortunadamente, con la confluencia de estos elementos.

"Terranuova", ONG italiana de cooperación al desarrollo, fundamenta su accionar en estos principios. Compromete su colaboración a partir de la identificación de intereses mutuos, de concepción y lectura de la realidad, acordes a las particulares condiciones de los actores del desarrollo. A partir de estos lineamientos, establece una línea de base de cooperación, que rebasa el ámbito del aporte financiero y técnico, para compenetrarse en un proyecto común de metas y ambiciones.

En estos términos, se establecieron los compromisos de trabajo y colaboración con el Centro Ecuatoriano de Promoción y Acción de la Mujer -CEPAM-, al interior del convenio Interinstitucional, que dio lugar al denominado

"Proyecto de Salud y Comunicación con Organizaciones de Mujeres de Barrios Marginales de Quito y Guayaquil."

El proceso desarrollado representó, para las dos partes, una experiencia mutua de crecimiento y profesionalización. A la luz del análisis de la relación salud y género, se elaboró una estrategia tendiente a ofrecer un servicio de atención de salud, que favoreciera la recuperación de la autoestima de las mujeres y sus familias, usuarias del servicio, considerando la salud no tan solo como ausencia de enfermedad sino, sobre todo, como un estado de bienestar.

La metodología de trabajo se basó en un modelo de atención y gestión del servicio, con participación de los diversos actores presentes: el comité barrial, los/as beneficiarias/os, la ONG y el Estado, bajo el supuesto, además, de la salud como un derecho y un deber social.

"Terranuova" fue parte de este proceso, por haber compartido largas, frecuentes e interesantes discusiones, en todas sus etapas; por haber sido parte, también, de momentos difíciles; y, por haber asumido, en definitiva, el riesgo en la toma de decisiones.

Por todo ello, debemos al CEPAM nuestro reconocimiento por la experiencia compartida, por su capacidad de relacionarse con la cooperación internacional y, en especial, por la apertura humana y la amistad de quienes hicieron parte, en aquel período, de la Dirección de la Institución y del equipo técnico del proyecto, en particular, para las Lcdas. Miryam Garcés y Lizle Guayasamín; las Dras. Virginia Gómez de la Torre y Martha López.

El trabajo de sistematización culminó este proceso bajo la orientación conceptual y metodológica de Martha Ordóñez y la participación de Sara Báez. Por parte de "Terranuova", el equipo de salud y la dirección misma del CEPAM, se llevó adelante la importante y necesaria tarea de reflexión y lectura crítica de lo actuado que hoy, a través de este documento, se pone a consideración de todos/as quienes están interesados/as en esta problemática.

"UNA UTOPIA POSIBLE" Sistematización Área de Salud-Quito

UN MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD ALTERNATIVA
EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
PROYECTO CEPAM-TERRANUOVA

ANTECEDENTES

El CEPAM se crea como institución privada, sin fines de lucro, con personería jurídica, aprobado por el Ministerio de Bienestar Social, el 7 de julio de 1983, mediante Acuerdo Ministerial No. 696. Surge como apoyo al movimiento de mujeres en el Ecuador y se inscribe en los procesos de institucionalización de las experiencias de promoción de los sectores populares. Se define como institución de apoyo. No se considera como organización ni como la representación

"UNA UTOPIA POSIBLE" **Sistematización Área de Salud-Quito**

El primer proyecto denominado "Casa de la Mujer", que surge de la Oficina Nacional de Atención Primaria de Salud en 1983, con la compra de los servicios de taller infantil, hospedaje y capacitación. Paralelamente, se inició la acción en los barrios del Sur de Quito, definidos como de estrato popular. Su acción en esta etapa se centró en tres aspectos:

1. Capacitación del equipo
2. Ejecución de acciones de apoyo
3. Formulación y gestión de proyectos

En 1986 comenzó una segunda etapa, centrada en la implementación de líneas de trabajo de mujeres a

ANTECEDENTES

El CEPAM se crea como institución privada, sin fines de lucro, con personería jurídica, aprobada por el Ministerio de Bienestar Social, el 1 de julio de 1983, mediante Acuerdo Ministerial No. 698. Surge como apoyo al movimiento de mujeres en el Ecuador, y se inscribe en los procesos de institucionalización de las experiencias de promoción de los sectores populares. Se define como institución de apoyo. No se considera como organización ni asume la representación del movimiento de mujeres.

La opción de apoyo a la mujer, motivó la elaboración del primer proyecto denominado "Casa de la Mujer", que contó con el aval de la Embajada de Suecia en Ecuador y de la Oficina Nacional de la Mujer. Inició su ejecución en 1983, con la compra del local y la implementación de los servicios de taller infantil, hospedería y capacitación. Paralelamente, se inició la acción en los barrios del Sur de Quito, definidos como de estrato popular. Su acción en esta etapa, se centró en tres aspectos:

1. Capacitación del equipo
2. Ejecución de acciones de apoyo
3. Formulación y gestión de proyectos

En 1986 comenzó una segunda etapa, caracterizada por la implementación de líneas de trabajo, tendientes a

ganar mayor especialización y eficiencia en el apoyo a la mujer popular urbana, MPU.

Se modificó la estructura interna, buscando conformar un equipo interdisciplinario. Se ratificaron los objetivos iniciales y se definieron cuatro líneas de acción:

1. Investigación
2. Capacitación
3. Difusión
4. Servicios

Para la organización de actividades, se establecieron áreas de trabajo referidas a salud y nutrición, desarrollo infantil, derechos de la mujer y asesoría legal, apoyo a la organización, área técnica y comunicación.

En 1988 se creó el Centro de Salud en el barrio "El Carmen" y, en 1990, se creó, en Guayaquil, un Centro de Salud de características similares.

Estos dos servicios recibieron, desde el año de 1990 hasta 1995, el apoyo técnico y financiero de la Cooperación Italiana, a través de "Terranuova", quienes durante estos cinco años nos acompañaron en la experiencia que estamos reflexionando en el presente documento. Este aporte, de la cooperación italiana, a través de su equipo técnico en Quito, permitió impulsar la propuesta tripartita, que valoriza y fortalece la relación ONG-Estado y que, al finalizar el proyecto, culminó con un curso de "Gerencia en Atención Primaria de Salud", inédito en términos de aporte, desde la sociedad civil, ONGs, hacia el Ministerio de Salud.

En 1990, como resultado del trabajo realizado en el área legal, se vio la necesidad de dar respuesta al problema de la violencia doméstica. El CEPAM y la Dirección Nacional de la Mujer ejecutaron un proyecto, pionero en su tipo, denominado "Casa Refugio" para mujeres y niños en situación de violencia. El proyecto contó con el apoyo del Instituto de Cooperación Técnica de España.

A fines de 1992, el CEPAM emprendió una tercera etapa, caracterizada por la consolidación de los programas implementados en las distintas áreas y el refuerzo de las líneas de acción. Se ratificó la prioridad hacia la mujer popular urbana, por constituir el sector más afectado por la crisis y, con el cual, se ha acumulado una valiosa experiencia.

En el área de Salud y Nutrición, durante cinco años, el área de salud realizó un trabajo intenso de capacitación en estos dos ejes, fundamentalmente en torno al tema de alimentación, nutrición y cuidados capilares dirigido a las organizaciones populares de los barrios del sur de Quito, y a las organizaciones de mujeres de Lago Agrio, provincia de Sucumbios.

En las dos temáticas, se produjeron materiales de capacitación, folletos, tarjetas, recetas y un video. En este período, se desarrolló con mayor atención el tema de nutrición, lográndose desarrollar una metodología de capacitación para mujeres, basada en la educación popular.

Al final de este período, el área de salud incorporó el tema de la defensa de los derechos de las mujeres, con énfasis en la mujer y el uso racional de los recursos. Como consecuencia, surgió la creación de la Acción Intermunicipal contra la Salud Educativa, que es un trabajo desde su inicio en forma organizada.

ÁREA DE SALUD CEPAM-QUITO

Antecedentes

El área de Salud del CEPAM se crea en el año de 1984, con un proyecto de Promoción de Lactancia Materna y Nutrición. Durante cinco años, el área de salud realizó un trabajo intenso de capacitación en estos dos ejes, fundamentalmente en torno al tema del consumo, nutrición y cocina popular, dirigido a las organizaciones populares de los barrios del sur de Quito, y a las organizaciones de mujeres de Lago Agrio, provincia de Sucumbíos.

En las dos temáticas, se produjeron materiales de capacitación. Manuales, folletos, recetarios y un video. En este período, se desarrolló con mayor intensidad el tema de nutrición, logrando sistematizar una metodología de capacitación para mujeres, basada en la educación popular.

Al final de este período, el área de salud incursionó en el tema de la defensa de los derechos de las/los consumidores, con énfasis en la mujer y el uso racional de medicamentos. Concomitantemente, apoyó la constitución de Acción Internacional por la Salud Ecuatoriana, AISE, que trabaja, desde su inicio, en forma autónoma.

La segunda fase comprendió la creación de un servicio de salud alternativo, que viene atendiendo a mujeres y niños, por considerarlos grupos de riesgo, frente al resto de la población. Se priorizaron las líneas de acción del servicio de salud: violencia, riesgo reproductivo, desnutrición y articulación con otras instancias del barrio, para potenciar los esfuerzos comunes en salud.

El servicio de salud se creó bajo un modelo de atención tripartito, en el que intervinieron el CEPAM, la Comunidad y el Ministerio de Salud Pública.

El plantearse un centro de salud de esta naturaleza, partió de la concepción de que el Estado es corresponsable con la comunidad, de ofertar servicios de salud a la población.

En el marco del proceso señalado, de relación MSP-ONG-Comunidad, desde 1988, se viene llevando a cabo una exitosa experiencia de trabajo conjunto entre estas Instituciones, en torno al funcionamiento del subcentro de salud de "El Carmen", barrio popular del Sur-Oriente de Quito.

Esta acción integrada ha permitido avanzar en el diseño y aplicación de un nuevo modelo de atención, y desarrollar actividades orientadas a mejorar la atención a las mujeres del sector, en correspondencia con la misión institucional del CEPAM.

La experiencia del servicio de salud, fundamentado en la relación subordinación-enfermedad, desarrolla una propuesta conceptual y metodológica, que apunta a un servicio de calidad, centrado en el derecho a la salud cotidiana de las mujeres. Los conceptos que compartimos a continuación, representan el insumo del cual partimos y

ENFOQUE DE MUJER Y SALUD EJE: MUJER

PROBLEMA: marginación de la mujer del conocimiento e insuficiente cobertura y calidad de los servicios para las mujeres. Por lo tanto deficiencia en el cumplimiento de su papel de cuidadora de la salud.²

ENFOQUE DE GÉNERO Y SALUD EJE: RELACIONES HOMBRE Y MUJER

PROBLEMA: Programas y servicios de salud que reproducen relaciones de poder/subordinación, centradas en torno a su ciclo reproductivo y que desconocen las desventajas de las mujeres, para ejercer sus derechos sobre su salud.³

Nosotras, al proponer un servicio de salud que visualiza los problemas y las desventajas, en el ejercicio del derecho a la salud de las mujeres y, la necesidad de la participación comunitaria, de mujeres y hombres, en un rol de corresponsabilidad con el Ministerio de Salud y el CEPAM, expresamos nuestro posicionamiento ideológico y político.

En un proceso, fuimos desarrollando y comprendiendo que, en la salud, se expresan otros riesgos de enfermar y morir; que desde el enfoque de género es mucho más fácil verlos y enfrentarlos, colectivamente, y que en la mujer son soslayados casi siempre.

Si bien es cierto que el enfoque de género ha enriquecido los conceptos, las metodologías de trabajo y los

2. DE OTROS PARTOS Y NACIMIENTOS: SENDAS CUENCA. PUBLICACIÓN OPS. 1996.
3. Ver DE OTROS PARTOS Y NACIMIENTOS. PP. 25 a la 29, publicación OPS-CEPAM Quito, CEPAM Guayaquil. SENDAS CUENCA.

con el cual trabajamos durante el tiempo que duró nuestro aporte diario en este proyecto. Con estos antecedentes, presentamos la sistematización de esta experiencia de Modelo de Atención en Salud Primaria, cuyos principios están basados en los diferentes conceptos que referimos a continuación:

"SALUD NO ES SOLO LA AUSENCIA DE ENFERMEDAD Y DOLOR SINO EL ESTADO DE COMPLETO BIENESTAR FÍSICO Y SICO-SOCIAL"

(OPS-OMS)

" PARA MÍ, SALUD ES VERLES A MIS HIJOS Y A MI FAMILIA ALEGRES, CONTENTOS, SANOS, CON TRABAJO Y SIN PELEAS"

(Testimonio de mujer migrante de Sucumbíos).

"SALUD INTEGRAL ES EL BIENESTAR EN LA VIDA DIARIA, EN LAS RELACIONES DE PAREJA Y SOCIALES, SIN VIOLENCIA NI RIESGO DE ENFERMAR O MORIR"

(De otros Partos y Nacimientos. Publicación OPS-CEPAM)

"DE GESTORAS DE SALUD PARA OTROS Y OTRAS, A GESTORAS DE SALUD PARA NOSOTRAS, TAMBIÉN."

Estos conceptos se traducen en enfoques y/o énfasis en la ejecución de los proyectos, que expresados en lo siguiente, demuestran la diferencia entre el enfoque de mujer y salud, y género y salud, que parten de conceptualizar los problemas a este nivel:

1. DE OTROS PARTOS Y NACIMIENTOS. Historias y Procesos de una experiencia de sistematización en salud con enfoque de género. "Damos la vida, exigimos vivir" Área de Salud CEPAM - Quito, 1996, publicación OPS.

proyectos, existen otras propuestas conceptuales que nutrieron nuestro quehacer en salud y que nacieron mucho antes. En ese entonces, el género no se había difundido como ahora. Nos referimos al concepto universal de Atención Primaria de Salud (APS) que dice:

Principio de atención en salud, universalmente aceptado y suscrito por la comunidad internacional en el año de 1978, en ALMA ATA (URSS), y aprobado como estrategia para alcanzar la meta:

"SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000", como parte del desarrollo general, conforme al espíritu de la justicia social".

LA APS ES LA ASISTENCIA SANITARIA ESENCIAL BASADA EN MÉTODOS Y TECNOLOGÍAS PRÁCTICAS Y CIENTÍFICAMENTE FUNDADAS Y SOCIALMENTE ACEPTABLES, PUESTAS AL ALCANCE DE TODOS LOS INDIVIDUOS Y FAMILIAS DE LA COMUNIDAD, MEDIANTE PLENA PARTICIPACIÓN Y A UN COSTO QUE LA COMUNIDAD Y EL PAÍS PUEDAN ASUMIR, EN TODAS Y CADA UNA DE LAS ETAPAS DE SU DESARROLLO.

ALGO QUE CARACTERIZA A LA APS ES "LA RESOLUCIÓN EFICAZ Y, EN LO POSIBLE PERMANENTE, A LOS PROBLEMAS DE SALUD, EN EL ESPACIO MÁS CERCANO A LOS LUGARES DE VIVIENDA DE LA POBLACIÓN EN MAYOR RIESGO.

Como podemos, ver todos estos elementos contribuyen a la configuración de un concepto sobre salud, que no deja de ser complejo, pero que se ha resumido muy bien en lo siguiente:

La salud depende de la representación que tiene de un organismo vivo, de la relación que existe con la sociedad y el medio ambiente. La noción de salud varía de

una cultura a otra y de una época a otra. En consecuencia, el concepto de salud reagrupa las dimensiones individuales, culturales, socioeconómicas, ecológicas e históricas. (Aracena, 1987:228). La salud va a depender del equilibrio entre el flujo material e inmaterial, entre el cuerpo y su medio ambiente. En esa integridad, los seres se mueven en una dimensión simbólica y material. Por tanto, "la persona con buena salud, es aquella que es capaz de funcionar eficazmente en su medio y de consagrarse plenamente a sus proyectos". (Pinault, 1986:18-21)"

2
4

4. VALDEZ, CARRIZO, Edgar, AUTOPSIA DE LA ENFERMEDAD, ACCIÓN INTERNACIONAL POR LA SALUD, MEDICUS MUNDI. NAVARRA ESPAÑA, 1993. La Paz, Bolivia.

Con estos antecedentes, el área de salud del CEPAM inauguró, en noviembre de 1988, el Centro de Salud en el Barrio "El Carmen", situado al sur de Quito, hecho que coincide con el inicio del proyecto estatal del entonces SAFIC, ahora FASBASE. Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud del Ecuador.

La inauguración de este servicio de APS, logró el objetivo que, durante los años, se había alimentado con los testimonios y la realidad de las mujeres de los barrios de Quito, quienes manifestaban su inconformidad con los servicios de salud del Estado, los cuales no satisfacían sus necesidades en salud y, muy precariamente, la de sus hijos.

La Directora de la Institución⁵ sugirió que este servicio nazca con una propuesta que integre tres ámbitos de gestión:

1. La organización popular, representada en el Comité Promuevas del barrio "El Carmen".
2. El Ministerio de Salud Pública, representada por la Dirección Provincial de Salud y, luego, por el proyecto SAFIC ahora FASBASE.
3. EL CEPAM, representado por el área de salud, quien asumió la dirección del proyecto.

2
6

5. En este período la directora del CEPAM era la Dra. Lilia Rodríguez, quien redefinió la propuesta inicial de este proyecto que suponía su funcionamiento en el CEPAM, para localizarla en un barrio del sur de Quito.

Con estos antecedentes, el área de salud del CEPAM inauguró, en noviembre de 1988, el Centro de Salud en el Barrio "El Carmen", situado al sur de Quito, hecho que coincide con el inicio del proyecto estatal del entonces SAFIC, ahora FASBASE. Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud del Ecuador.

La inauguración de este servicio de APS, logró el objetivo que, durante los años, se había alimentado con los testimonios y la realidad de las mujeres de los barrios de Quito, quienes manifestaban su inconformidad con los servicios de salud del Estado, los cuales no satisfacían sus necesidades en salud y, muy precariamente, la de sus hijos.

PRIMERA ETAPA DEL ÁREA DE SALUD DEL CEPAM-QUITO: 1984-1989

INSERCIÓN Y POSICIONAMIENTO DEL ÁREA DE SALUD DEL CEPAM Y DEL PROYECTO EN EL BARRIO "EL CARMEN"

En este período, el CEPAM inicia su trabajo y reflexión en salud desde el eje de capacitación en la temática de nutrición y lactancia materna. Este proceso proporciona valiosos insumos en materia de conocimiento de los problemas de la mujer, los niños/as y la familia. Al plantear el problema integralmente se logra recoger la visión de las mujeres y la nutrición, en su contexto de discriminación y subordinación, en el cual emergen, de manera muy clara, la violencia intrafamiliar, la pobreza, la sexualidad insatisfecha y la mortalidad materna.

2
5

En 1986, el CEPAM inauguró el servicio jurídico, lo que nos acercó, más profundamente, a la problemática de la violencia intrafamiliar y a la constatación de la relación estrecha, entre la salud y la vivencia de la violencia intrafamiliar y sexual, situación que ya la habíamos evidenciado en nuestro contacto con las mujeres, en las organizaciones con las cuales trabajábamos en ese entonces.

OBJETIVO GENERAL DEL PROYECTO CEPAM-TERRANUOVA

Desarrollar un modelo de Salud Alternativo mixto, (ONG, Organización Popular y Estado), para la mujer.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Brindar un Servicio de Salud de calidad que dé cuenta de las necesidades específicas de las mujeres.
2. Promover la capacitación y la investigación en temas relevantes a la salud de la mujer, para mejorar la atención en salud.

RESULTADO ESPERADO

Posibilitar la réplica, total o parcial, del modelo de atención en salud, en servicios del Estado o de otras ONGs.⁶

2
7

6. GÓMEZ DE LA TORRE Virginia, LÓPEZ M. 1996. De otros partos y nacimientos. Quito Ecuador. OPS - CEPAM.

Esta propuesta tuvo dos ventajas estratégicas:

1. De esta integración y coordinación, se aseguró la sostenibilidad del servicio, por la presencia del Estado.⁷
2. También se logró el acercamiento y coordinación de la organización barrial con el Estado, al proponer un nuevo modelo de servicio en salud primaria. De hecho, estábamos planteando un nuevo modelo de gestión y participación, en el cual el CEPAM convocó a la organización barrial, al MSP, a otras instancias de salud y otras fraternas que nos ayudaron a visualizar el objetivo; es decir, la construcción colectiva de un servicio de salud en el cual, las mujeres, tuvieran derecho a exigir la atención, pero, al mismo tiempo, sintieran ese ejercicio de ciudadanía, como un deber hacia ellas mismas.

Al hacer abstracción de esta experiencia, vemos que en ella se desarrollaron un modelo de gestión y un modelo de servicio. Con esta división, un tanto artificial, intentaremos transmitir cuál fue el proceso que vivimos en nuestra relación con la organización barrial y el Ministerio de Salud.

Hemos usado la palabra protagonismo para definir, de alguna manera, cómo en las diferentes etapas fue cambiando el énfasis y las responsabilidades, sin que esto signifique que los actores involucrados no hayan intervenido, o no se hayan hecho responsables de su trabajo.

7. EL CEPAM para ese entonces había definido como estrategia la relación ONG-ESTADO, partiendo de una valoración del mismo por su capacidad de difusión y réplica a gran escala, y por ser un espacio de poder político.

La participación del comité fue muy intensa al comienzo, tanto para apoyar al equipo de salud en lo operativo-cotidiano, como para aportar en la resolución de las crisis de comienzo del proyecto. Podemos decir que los nudos críticos se expresaron alrededor del enfrentamiento de dos problemáticas en salud:

1. La violencia Intrafamiliar
2. El uso racional de medicamentos

El trabajar y enfrentar la violencia intrafamiliar generó tropiezos al comienzo de este proceso, por la misma naturaleza del problema. No se podía concebir que, desde un servicio de salud, se tratara la violencia intrafamiliar, por ser un asunto privado e íntimo.

El uso racional de medicamentos, igualmente produjo dificultades, con las/los usuarios/as, pues, en primer lugar, no se comprendía cómo el personal de médicas y obstétricas recetaban pocos medicamentos y, a veces, ninguno. Incluso recomendaba infusiones caseras, de las cuales ellas y ellos eran expertas/os.

"Para que vamos allá a que nos receten lo que ya sabemos, a qué son médicas graduadas de la universidad entonces.." (testimonio de una mujer del barrio).

MODELO DE GESTIÓN: PROTAGONISMO CEPAM-COMITE - 1988

En esta primera etapa, se ve claramente que el protagonismo está en la ONG y en el Comité Promotoras del Barrio "El Carmen", fundamentalmente en las mujeres. La coyuntura favorable del MSP, en ese momento, facilita nuestra inserción en el servicio y, la cogestión CEPAM-COMITE, logra que se nos asigne personal médico y equipamiento, que mejora sustancialmente nuestra oferta de servicio.

Los problemas no se hicieron esperar y los vemos en este orden:

- Ligados a una propuesta nueva de modelo de salud, que siendo desmedicalizada, humana y que promovía la participación de la organización, rompió los esquemas a los cuales está acostumbrada la población.
- Ligados al equipo de salud -modelo de gestión y servicio- que, por la misma razón ya expuesta, no asumió, en algunos casos, la nueva ideología.

ii. Estamos definiendo gestión a las actividades que no necesariamente tienen que ver con aspectos clínicos o médicos, sino a aquellas administrativas y organizativas pero que siempre están presentes en el quehacer cotidiano de la salud. No siempre se valoran, casi nunca se registran y usualmente se ejecutan inconscientemente.

MODELO DE SERVICIO PROTAGONISMO: CEPAM-MSP - 1988

El servicio estuvo caracterizado por una atención cálida y humana, en la cual, las mujeres eran atendidas rápidamente, sin turno y en un ambiente que, aunque era precario en términos de infraestructura, brindaba comodidad, en el inicio del proyecto.

Sin embargo, no se cumplían con requisitos técnicos en cuanto a áreas de esterilización, espacios adecuados para el personal de salud, y áreas de capacitación que no interfirieran con la consulta.

Empezamos a tomar en cuenta que la profesión médica o las afines a la rama de la salud, a veces, malentenden la mística, al no reivindicar espacios dignos para laborar que, a su vez, sean igualmente dignos y seguros para las/los usuarios.

El equipo estuvo compuesto por una médica, coordinadora del CEPAM, una trabajadora social y una obstetriz del CEPAM; una médica y una enfermera, asignada por el MSP -Proyecto SAFIC-.

Destacamos la participación de la trabajadora social que se convirtió en un puntal, no solo por su aporte en el

tratamiento de los casos de violencia intrafamiliar y otros que llegaban, sino por su inserción en el equipo, con una visión más social.

La organización interna del trabajo se suscribió a la lógica del MSP. Esto quiere decir, utilizamos su sistema de información y sus planteamientos, en cuanto a normas, programas, etc. Nosotras, le dimos otro sello y otra visión, redefiniendo beneficiarios/as, en el caso de los programas asistenciales, como el de complemento alimentario y, dando más énfasis a otros, como el de visita domiciliaria y diagnósticos de salud.

La recuperación de costos estuvo planteada desde el inicio, con una propuesta de cobro de tarifa diferenciada. Sin embargo, esta característica del servicio no fue debidamente desarrollada, sino hasta la segunda y tercera etapas del proyecto, de lo cual hablaremos más adelante.

El comité promotor aportó con el guardián y con el trabajo voluntario de mujeres y hombres de la comunidad, que contribuyeron con su trabajo para el adecuado desenvolvimiento del proceso, así como con el pago de las facturas por servicios.

La calidad de la atención fue uno de los ejes más importantes en la reflexión del equipo de salud, la misma que se nutrió de investigaciones operativas, talleres sobre sexualidad para adolescentes, seminarios y talleres sobre la salud de la mujer.⁹

9. La investigación que se realizó fue: Investigación cualitativa sobre patrones alimentarios en niñas y niños de 4 meses a dos años.

RESULTADOS DE LA PRIMERA ETAPA

El Área de Salud concluyó esta primera etapa, priorizando su trabajo alrededor de la salud reproductiva y la consigna de que, ninguna mujer se embarace sin quererlo, dentro de los dos primeros años posteriores al parto.

Para conseguir este objetivo, se tuvo siempre en stock, la cantidad y variedad de anticonceptivos necesarios, incluyendo los que no afectan la lactancia natural.

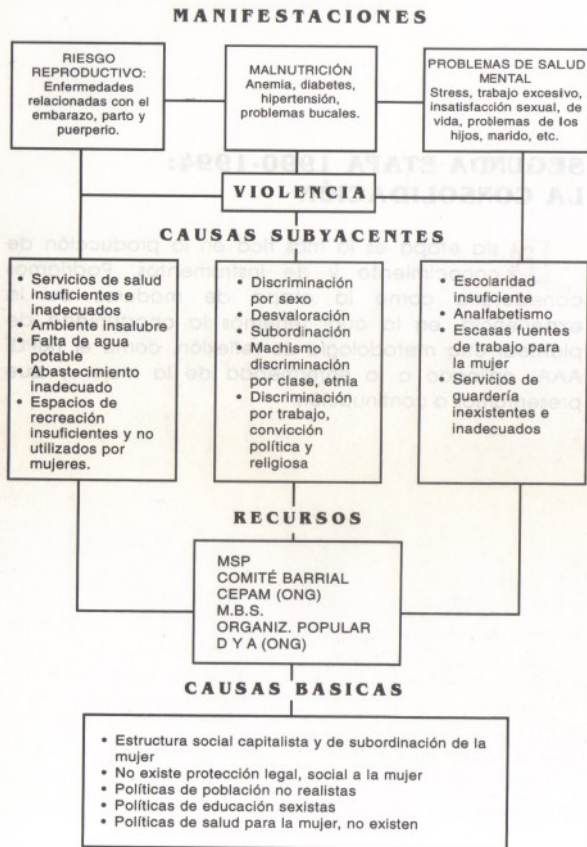
Se realizaron capacitaciones y actualización de estos temas y, se planteó la estrategia de la "complicidad" en aquellas mujeres que, por negativa de su compañero o razones de tipo familiar, no estaban regulando su fecundidad.

Durante los años 1993 y 1994, no se produjo ningún embarazo no deseado en aquellas mujeres que estaban siendo controladas luego de su parto. Esto coincide con una atención de 317 consultas de posparto, 647 consultas de regulación de la fecundidad, 512 consultas prenatales y 321 consultas de detección oportuna del cáncer.

SEGUNDA ETAPA 1990-1994: LA CONSOLIDACIÓN

Esta etapa es la más rica en la producción de conocimiento y de instrumentos. Podríamos considerarla como la etapa de madurez de la experiencia, en la cual tenemos la oportunidad de plantear otra metodología de reflexión, como el TRIPLE AAA, aplicado a la enfermedad de la mujer y que presentamos a continuación:

ENFERMEDAD Y MUERTE EN LA MUJER POPULAR URBANA ECUATORIANA



Esta matriz ayudó a visualizar el contexto en el cual, el proyecto, desarrolló su estrategia en atención primaria de salud, con enfoque de género, así como los problemas que teníamos que proponernos enfrentar y aquellos que, incidiendo en el proceso de salud/enfermedad, no podíamos resolverlos (analfabetismo, desempleo).

Otro producto de esta etapa fue la redefinición de riesgos en salud de la mujer. En general, la concepción de riesgos en salud de la mujer, hace referencia al ciclo reproductivo y está enmarcada dentro de una perspectiva biológica. Esta concepción no toma en cuenta las probabilidades de enfermar o morir de las mujeres, como consecuencia de su situación de subordinación. Es decir, "la definición de riesgo deja de lado el impacto que, sobre la salud de las mujeres, tiene la asignación social de roles y las relaciones de poder entre hombres y mujeres". (De otros partos y nacimientos, publicación CEPAM-OPS).

En esta etapa, se escribe como material de reflexión "La Historia de María", usada en diferentes capacitaciones y que constituye un significativo esfuerzo para conjugar salud-género y ciclo vital.¹⁰

10. Este material actualmente ha sido complementado con la Historia de Mario y está siendo utilizado en la capacitación al personal de salud del Municipio de Quito. Sabemos de la utilización de este material en la Provincia del Azuay.

MODELO DE GESTIÓN

PROTAGONISMO CEPAM-COMITÉ PROMEJORAS - 1990

Esta etapa coincide con el inicio del proyecto CEPAM - Terranuova que permitió el mejoramiento cualitativo del servicio; por medio de la contribución para el equipamiento y la ampliación de la infraestructura física. Esto significó un directo apoyo a la gestión misma del servicio. Implementación del programa de capacitación permanente al personal, y el desarrollo de la línea de investigación.

Para esta etapa, se había tomado la decisión de priorizar el trabajo en salud reproductiva, así como por la sustentabilidad del modelo y la incorporación de la perspectiva de género.

No se podía lograr sustentabilidad con una infraestructura tan precaria e incómoda, que ya no brindaba las condiciones para satisfacer la demanda.

Esta constatación permitió que el Comité del Barrio gestione, ante el Consejo Provincial de Pichincha, la donación de estructuras metálicas, que se consiguieron a fines de 1990, luego de una larga gestión llevada adelante, especialmente, por las mujeres del Comité.

La sustentabilidad del modelo tuvo un aliado importante en la cooperación italiana, quienes aportaron financiera y técnicamente, con este objetivo. Podemos decir, que este ámbito se consolidó a través de la capacitación del personal y de la organización barrial, en la necesidad de:

- Pensar en la sustentabilidad del proyecto, con todo lo que esto implica:
- Asumir esto como voluntad política de los tres actores del proyecto.
- Pensar y actuar, técnica y firmemente, en la recuperación de costos.
- Pensar en el futuro, cuando el CEPAM ya no esté presente en las actividades operativas.

Para esto, Terranuova promovió un estudio de costos de la unidad, en el cual se demostró que, algunos componentes de la atención de salud, presentaban un costo muy alto. Vale decir, que el proyecto subsidiaba. Era el caso del servicio ginecológico y del área de trabajo social. Este estudio demostró, también, que este modelo priorizaba actividades de promoción y prevención de la salud, frente a las actividades de curación.¹¹

Una de las conclusiones de esta etapa fue, que de ninguna manera, un proyecto social en salud, puede plantearse una sustentabilidad desde el punto de vista económico y que, siempre deberá ser subsidiado. Además, la sustentabilidad, vista desde este ángulo, implica un peligroso traspaso de toda la responsabilidad de la oferta de los servicios, al o la usuario/a.

11. Este estudio lo realizó la Dra. Tatiana Cisneros, especialista en Salud Pública.

El incorporar el enfoque de género¹² implicó una reflexión difícil. No encontrábamos la diferencia entre lo que estábamos haciendo y lo que el enfoque proponía. En la gestión de este modelo, el género contribuyó a profundizar en las actividades que garantizaran que la oferta del servicio sea de calidad y excelencia, para las mujeres y hombres que lo demandaran. Esto se ve, muy claramente, en el ámbito de la salud reproductiva.

PROTAGONISMO CERAMISI-COMUNIDAD - 1990

- La construcción de la comprensión del servicio
- El equipamiento del servicio
- El inicio de la recuperación de costos y tiempo

La construcción de la comprensión del servicio

Este punto se logra mediante la acción de la cooperación técnica a través de la gestión de CEPAM y Terranuova de manera conjunta, a través de la labor de la profesionalización de la gestión de la salud y del CEPAM.

El conocimiento de cómo se realiza el trabajo reproductivo fue el resultado de la acción conjunta.

12. La incorporación del enfoque de género ha sido tema de la sistematización apoyada técnica y financieramente por la OPS y publicada en el libro "De Otros Partos y Nacimientos".

MODELO DE SERVICIO

PROTAGONISMO CEPAM-MSP-COMUNIDAD - 1990

En esta etapa se vive, intensamente, los siguientes momentos:

- La construcción de la ampliación del servicio.
- El equipamiento del servicio.
- El reinicio de la recuperación de costos y riesgo compartido.

La construcción de la ampliación del servicio

Esta etapa se hace realidad gracias al aporte de la cooperación italiana, a través de la gestión del CEPAM y Terranuova. Lo más relevante, a nuestro juicio, es que se logra en la propuesta arquitectónica, la participación de la organización barrial, del equipo de salud del Ministerio y del CEPAM.

En esos momentos, el equipo de salud pudo diseñar su espacio, así como separar el espacio de capacitación, fuera del espacio de la sala de espera.

El resultado fue un servicio funcional, técnicamente adecuado y humanamente cálido.

EL EQUIPAMIENTO DEL SERVICIO

Esto se tradujo en la posibilidad real de tener todos los insumos necesarios, tanto en instrumental -insumos médicos, medicamentos, anticonceptivos- como en material audiovisual y equipos para la sala de capacitación. En este equipamiento se incluyó una computadora, que es utilizada por el personal técnico, para el sistema de información e investigación del servicio.

Un avance importante para cualificar la oferta del servicio, fue el incorporar un servicio de laboratorio y uno de farmacia.

LA RECUPERACIÓN DE COSTOS Y EL RIESGO COMPARTIDO

Esta actividad se revitalizó con la voluntad y la decisión de los tres actores responsables del proyecto, y se probó un modelo de contratación de personal llamado a "Riesgo Compartido", que se aplicó, primeramente, en el servicio de laboratorio.

Consistió en la contratación de una profesional, con la cual se llegó al acuerdo de entregarse el espacio físico, el equipamiento y, en este caso la "clientela", a cambio de su trabajo, por el cual se comparten los ingresos que este genera. Esta modalidad dio muy buen resultado y, a través del laboratorio, se generó un porcentaje elevado de los ingresos del servicio en su totalidad. De hecho, es un servicio que no es subsidiado y que ha logrado adquirir otros equipos.

La otra fuente de ingresos son las consultas, especialmente las de pediatría. Este ámbito, necesariamente, condujo a implementar un sistema de control, que tuvo que ser canalizado a través de turnos.

RESULTADOS DE LA SEGUNDA ETAPA

Esta etapa terminó con varios logros, que se traducen en la oferta, en el mejoramiento de la calidad de la atención y en la visualización, más clara, de lo que estamos llamando un nuevo modelo de atención, a través de lo siguiente:

- La organización del servicio desde una visión más técnica y de futuro.
- Haber definido y logrado centrarse en un eje, el de la salud reproductiva, para lo cual se crearon instrumentos que se incorporaron en la historia clínica, como es el de las hojas de riesgo ginecológico y materno.
- Haber logrado posicionar el tema de la violencia intrafamiliar, como un problema de salud, que se lo debe tratar en un servicio de salud de atención primaria.
- Haber logrado la participación de la comunidad en un ámbito más concreto, como es el de la administración económica, pues era el comité quien supervisaba los gastos que se efectuaban en la unidad.

TERCERA ETAPA 1994-1996: LA COGESTIÓN Y LA TRANSFERENCIA DEL PROYECTO¹³

Esta etapa se caracterizó por ser de transición, en la cual el CEPAM se retiró paulatinamente de la cotidianidad del servicio, para dar lugar a que el Comité y el equipo de salud del MSP, continúen en un proceso de cogestión, iniciado desde el día que se inauguró el servicio. El CEPAM decidió, con algo de dificultad por los vínculos afectivos con este proyecto, el salir de la oferta y trabajo cotidiano en el barrio, por las razones siguientes:

- Habíamos logrado un buen nivel de participación comunitaria en el servicio. Es decir, su espacio de poder había sido legitimado por la misma organización y, sobre todo, por las mujeres líderes.
- El MSP, a través del programa FASBASE, designó, definitivamente, personal de planta a esta unidad, lo que definió que la existencia del servicio estuviera garan-

¹³. Hemos decidido que la cogestión es el concepto adecuado para definir una metodología de trabajo en la cual se transmita la idea de la responsabilidad compartida. No creemos en comunidades autogestionarias en salud ni en servicios autogestionarios. Es la participación en igualdad de condiciones y poder, lo que garantiza la sustentabilidad de esta propuesta.

tizada legalmente por el Estado. Objetivo que nos habíamos planteado y que se cumplió.

- El Área de Salud del CEPAM y su equipo de médicas, decidió que el conocimiento y experiencia adquiridos a través de un servicio de APS, eran suficientes y que requerían otro espacio de especialización y profundización en género y salud y que, sin desligarse de un asesoramiento a esta experiencia, podía multiplicarla a través de propuestas de capacitación, con más incidencia a otros sectores.

La figura de la transferencia implicó un traspaso paulatino durante todo el proyecto.

Ellos y ellas han asumido el control del proyecto, en coordinación con el equipo de salud del ministerio. El CEPAM sigue siendo un interlocutor, tanto para la comunidad como para el MSP, y su rol principal es el de mediador, orientador y capacitador.

Hoy día logó un buen nivel de participación comunitaria en el servicio. Es decir, el espacio de poder había sido legitimado por la misma población y sobre todo, por las mujeres líderes.

El MSP, a través del programa FASABE, designó definitivamente personal de clínica a esta unidad, lo que definió que la existencia del servicio estuviera garantizada.

El control de los ingresos y la ejecución de la contabilidad del servicio.

- El control de los ingresos y la ejecución de la contabilidad del servicio.
- El control de la calidad del servicio desde su visión.
- La relación con el área 4 y con el CEPAM.

La gestión del CEPAM, en esta etapa, se circunscribe a crear las condiciones para que este proyecto continúe, con las mismas características. Es a través del curso en Gerencia de APS¹⁵ ya, mencionado, que se desarrolló una estrategia de organización del servicio, con diagnósticos y planificaciones locales de salud.

Se capacitó, en elaboración de indicadores y en otros componentes de gerencia, lo que posibilitó partir en 1996, con más claridad en cada unidad del área 4, y subárea de Epilachima.¹⁶ De igual manera, se hicieron talleres sobre género y salud.

Este proceso resultó muy interesante ya que su propuesta de trabajo, a través de módulos, trabajos prácticos y la convivencia de los y las prestatarias/os, con una reunión semanal, coadyuvó al interés de los mismos y a seguir en procesos de capacitación, que contribuyeron a mejorar la calidad de los servicios.

La oferta del servicio odontológico planteada por el CEPAM, con la modalidad de riesgo compartido, inauguró otra modalidad de trabajo, que es la de la extensión

15. Este curso planteado desde el Área de Salud del CEPAM fue ejecutado por la UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA y MLAL, con el aporte del Dr. Fernando Sacoto y su equipo de trabajo.

16. En una primera instancia se planteó esta capacitación solamente para el equipo de salud del Barrio "El Carmen", sede del proyecto CEPAM - TERRANUOVA, pero en vista de la proyección del Área de Salud, de irradiar su acción, se planteó esta capacitación a todo el Área 4 y Subárea.

MODELO DE GESTIÓN PROTAGONISMO: COMITÉ-MSP-CEPAM-1994

1. La integración de esta unidad a la red de servicios del Ministerio, se consiguió con la asignación de dos profesionales: médica y enfermera, con nombramiento definitivo.
2. El CEPAM se retiró definitivamente de la oferta cotidiana del servicio, y redefinió su rol.

En este punto, el financiamiento de la cooperación italiana¹⁴ había concluido con dos aportes importantes:

- El financiamiento del primer curso de Gerencia en Atención Primaria de Salud, para todos los subcentros de salud del Área 4.
- EL financiamiento para el equipamiento del servicio de odontología del Subcentro del Barrio "El Carmen".

El retiro del CEPAM, en lo operativo, significó que la organización barrial y al interior de esta las mujeres, asuman:

14. Desde el año 1990, la cooperación italiana a través de Terranuova, fue el único aporte para el sostenimiento de este proyecto.

del horario de atención, en esta área, hasta las 20:00 horas.

Esto, que ha resultado exitoso, ha marcado, igualmente, un hito en las propuestas de salud del Ministerio, que parecían inamovibles e imposibles de cambiar.

Esta etapa también coincide con la ejecución de una propuesta de la OPS, que financia la sistematización de esta experiencia, en el eje de la relación que existe, entre la incorporación del enfoque de género, y el mejoramiento de la calidad de los servicios de APS.

El servicio continuó dando atención a la comunidad. Trabajamos un espacio que quedó después de la separación del CEPAM, a través de la violencia intrahomínea.

Para el CEPAM, este último momento de su experiencia de la incorporación de la perspectiva de género en la atención de salud, fue un hito que quedó en la memoria de los casos de violencia a través de la experiencia del CEPAM. La experiencia logró el hito de la incorporación de un rol humano para este problema, en el presente.

MODELO DE SERVICIO PROTAGONISMO COMITÉ-MSP - 1994

El modelo de servicio se consolidó, las responsabilidades se definieron y, aunque con algunas limitaciones, el servicio continuó dando atención a la comunidad. Señalaremos un vacío que quedó, producto de la separación del CEPAM. Es el referido a la atención de la violencia Intrafamiliar.

Para el CEPAM, este ámbito marcó una de las características de la incorporación del enfoque de género en la atención de salud. Aunque el equipo que quedó refiere los casos de violencia a diversas instituciones, incluido el CEPAM. La especificidad lograda a través de la asignación de un recurso humano para este problema, ya no existe.

RESULTADOS DE ESTA ETAPA

Esta etapa concluyó con la salida definitiva del personal del CEPAM en el servicio. Para entonces, se había logrado lo siguiente:

- La propuesta de recuperación de costos y el sistema de riesgo compartido, funcionaban y, la organización había designado a una compañera para que administre los ingresos. El CEPAM había diseñado una propuesta sencilla de control de ingresos y egresos, que luego fue reemplazada por una más elaborada.
- Los contratos con las compañeras del barrio, para que presten sus servicios, se habían realizado, así como para la odontóloga y el técnico del laboratorio.
- El servicio contaba con un ingreso mensual de alrededor de un millón 200 mil sucres, que alcanzaba a cubrir las bonificaciones del personal y el pago de los gastos de servicios, insumos médicos, y algo más. No existía ganancia, pero tampoco había pérdida.

Un estimado, al costo del dólar en ese año, determinó un ingreso de alrededor de 8.000 dólares anuales.

- El personal de salud del Ministerio y de la comunidad, cubrían las necesidades de demanda del servicio. A excepción de la trabajadora social, profesional que el CEPAM privilegió para el trabajo de violencia intrafamiliar, todo el personal estuvo completo.
- A pesar de que el Ministerio de Salud se comprometió, a través del último convenio, a dotar del equipo y personal de odontología para esta unidad, esto no se cumplió, razón por la cual Terranuova se comprometió a donarlo. Esto se efectivizó a fines de 1995. Fue, también, la última gestión que el CEPAM hizo frente a Terranuova, en lo que se refiere a equipamiento.

EL PRESENTE 1997 EL SERVICIO ESTÁ EN MANOS DEL COMITÉ DE SALUD¹⁷

El CEPAM entregó el servicio a nivel operativo a la comunidad. Son las mujeres las que lo administran, en coordinación con el personal del Ministerio.

Se ha conformado un comité de salud constituido por mujeres y cuya presidenta es una lideresa. Este comité, trabaja activamente en la administración económica y de calidad del servicio, y ha continuado en la tarea de consolidar un modelo de atención en el cual, el Ministerio de Salud y la organización barrial, cogestionan el quehacer del mismo.

17. Este comité está conformado por representantes de las tres instancias fundadoras de esta experiencia: CEPAM - COMITÉ y MINISTERIO y su funcionamiento ha sido normado por un reglamento interno, discutido, aprobado y suscrito en un convenio por los tres autores.

PROBLEMA: TRABAJO COMUNITARIO EN SALUD*

MANEJO EN LOS SERVICIOS DE SALUD	INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO
<ul style="list-style-type: none"> • Control de guarderías • Control escolar • Visita domiciliaria • Entrega de alimentos • Incorporación de la mujer en programas de salud (campañas, promotoras de salud, gestiones comunales). 	<ul style="list-style-type: none"> • Redefinición del concepto de participación comunitaria, y de la participación de la mujer. • Pasar de la conceptualización de: mujer como gestora de salud para otros, a gestora de salud para ella también y, esto, a nivel comunitario. • Promover la concientización de la problemática en salud de las mujeres a nivel comunitario, visualización de los riesgos de salud de la mujer ante ella y ante la comunidad. • Entender que la responsabilidad de la salud no es privativa del centro de salud y de su equipo, por lo tanto, es importante promover la intersectorialidad.

PROBLEMA: EL PARTO

MANEJO EN LOS SERVICIOS DE SALUD	INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO
<ul style="list-style-type: none"> • Nota de ingreso • Preparación de la parturienta • Historia clínica • Control de labor • Atención de expulsivo • Atención de alumbramiento • Reparación vaginal • Informe del parto • Referencia sala 	<ul style="list-style-type: none"> • Recepción de la parturienta con celeridad y afecto. • Respeto en los momentos en los cuales tiene la contracción. • Privacidad y respeto al pudor. • Posibilitar el ingreso de su esposo o familiar. • Contacto físico en momento de las contracciones y de la expulsión. • Libertad de movimiento de la parturienta. • Respeto a la posición que adopte para parir. • Evitar métodos cruentos para acelerar el parto o producir pujos. • Ambiente limpio, cálido, acogedor.

PROBLEMA: EL PARTO

MANEJO EN LOS SERVICIOS DE SALUD	INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO
	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar expresiones de recriminación o de desvalorización. • Contacto inmediato del niño/a con la madre. • Estímulo de la libre opción de la madre para la lactancia natural.

Elaborado Equipo de Salud CEPAM, Quito, 1995.
Aporte material OPS, 1994

7
8

No solo debe medirse en las usuarias/os, sino en el equipo de salud, en sus aspectos personales y profesionales, aspecto que va ligado a la limitación en las políticas de salud, que todavía se resisten a incorporarlo en sus propuestas.

LECCIONES APRENDIDAS

A pesar de que el MSP homogeniza un modelo de atención, esta experiencia nos dice que no existen modelos únicos que se adecúan a la realidad de las comunidades y que cambian con el tiempo.

El contacto con la realidad cotidiana y con los problemas de las mujeres, nos humanizó en la ejecución de la propuesta. Nuestra percepción de sí mismas cambió y logró una identificación con la población, desde nuestra identidad de mujeres, sobre la de profesionales.

La comunidad tiene derecho a la participación en los servicios, con voz y voto. Esto es más patente al constatar las capacidades de las mujeres para asumir cualquier responsabilidad.

El enfoque de género, incorporado en una propuesta de servicio de salud, implica una redefinición de la salud en definitiva, que solo se la puede medir en el tiempo.

8
0

le nos debe medirse en los usuarios, sino en el equipo de salud, en sus aspectos personales y profesionales, aspecto que va ligado a la limitación en las políticas de salud, que todavía se resisten a incorporarlo en sus propuestas.

LECCIONES APRENDIDAS

1. A pesar de que el MSP homogeniza un modelo de atención para todo el país, esta experiencia nos dice que no existen modelos únicos, que estos se adecúan a la realidad de las comunidades y que cambian conforme la realidad cambia.
2. El contacto con la realidad cotidiana y con los problemas de las mujeres, nos humanizó en la ejecución de la propuesta. Nuestra percepción de sí mismas cambió y logró una identificación con la población, desde nuestra identidad de mujeres, sobre la de profesionales.
3. La comunidad tiene derecho a la participación en los servicios, con voz y voto. Esto es más patente al constatar las capacidades de las mujeres para asumir cualquier responsabilidad.
4. El enfoque de género, incorporado en una propuesta de servicio de salud, implica una redefinición de la salud en definitiva, que solo se la puede medir en el tiempo.

7
9

EL ROL DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL

Esta experiencia, desde su inicio, se pudo ejecutar gracias al apoyo internacional de la Cooperación Holandesa, a través de MEMISA; de la Cooperación Española, a través de Manos Unidas; y, de la Cooperación Italiana, a través de Terranuova. En la última etapa, nuevamente, la Cooperación Holandesa brindó su apoyo, fundamentalmente técnico, a través de una voluntaria del SNV.

Este apoyo fue de gran utilidad, pues ayudó a organizar el servicio y, su contacto con la organización, posibilitó un acercamiento a los problemas cotidianos del barrio. Señalamos que el SNV, formó parte del comité de gestión de este proyecto.

La relación de las ONG's con la cooperación internacional puede estar matizada por elementos que condicionan el apoyo. No fue nuestro caso, al contrario, Terranuova, tenía una ventaja comparativa, está aquí, vive nuestra realidad y su aporte como lo señalamos más adelante, fue muy respetuoso y efectivo.

8
1

Esta relación tuvo una propuesta metodológica fruto de un posicionamiento conceptual compartido y que tiene que ver con la participación en igualdad de condiciones, tanto de la cooperación internacional, como de la contraparte nacional. Estas reuniones, a las que se denominaron comité de gestión, fueron valiosas, críticas, duras en algunos momentos, pero siempre lograron avanzar en el desarrollo del proyecto. Nos ayudaron a compartir nuestro trabajo disciplinadamente y lo que es más difícil en un proyecto, generaron una cultura de recoger la información periódicamente.

EL ROL DE TERRANUOVA

Nos parece importante destacar el apoyo de la Cooperación Italiana, pues a través de su contraparte ecuatoriana, hizo seguimiento al proyecto y marcó un ritmo de trabajo y de información mutua, que hizo posible redefinir muchas cosas e intercambiar experiencias con las compañeras de Guayaquil.

Tenemos que rescatar el valioso aporte, siempre crítico pero respetuoso, de su Director Almo Baribbi y de Sara Báez con quienes, innumerables veces, nos reunimos en el proceso de seguimiento.

Terranuova no fue solo aporte financiero y, eso es importantísimo destacar; pues, aunque permitió mejorar sustancialmente este servicio, también se convirtió en co-ejecutor, cuando ponía en la discusión problemas tan importantes como la sostenibilidad de la experiencia, la recuperación de costos, etc.

La cooperación internacional siempre será de utilidad en estos procesos que, recalcamos, no se pueden dar de forma autogestionaria sino con un nivel de subsidio, por sus objetivos sociales.

CONCLUSIONES

Esta experiencia, enmarcada en el rol ONG-ESTADO-COMUNIDAD, deja importantes reflexiones que, a la luz del tiempo que estamos viviendo, podemos considerarla pionera. No queremos decir que las ONGs no se hayan relacionado antes con el Estado o con la comunidad.

Tal vez, lo valioso de este proyecto, haya sido juntarse las tres instancias para lograr que se acerquen el Estado y la comunidad, en una relación horizontal, en la cual las mujeres, fundamentalmente del barrio, reivindican su derecho a la participación en su servicio de salud.

No fueron pocos los errores cometidos por los tres actores, pero sus aciertos debieron ser mayores cuando esta propuesta sigue en pie, dando la oportunidad a miles de mujeres y niños, de recuperar su salud.

Hay muchos aspectos replicables, lecciones aprendidas, etc, pero, a nuestro juicio, la más importante es, que si se pretende iniciar un proyecto nuevo como fue éste, en el año 1988, hay que estar dispuesto/a ceder el poder, a compartirlo y este ejercicio no fue muy fácil,

sobre todo en el grupo de los/as profesionales de la salud, que tradicionalmente basan su actividad profesional en el poder que les proporciona el conocimiento y el simbolismo de los y las personas que "sanar".

Hay todavía mucho camino que recorrer en esta experiencia. Agradecemos al equipo de salud del Ministerio y al Comité de Salud del barrio "El Carmen", que de buen agrado nos tomó la posta.

CONCLUSIONES

Esta experiencia, emprendida en el año 1988, en el Estado-Comunidad, dejó importantes aprendizajes, tanto a la luz del tiempo que estamos viviendo, como a la luz de la experiencia que nos dejó el tiempo que nos precedió. No podemos decir que los temas planteados en esta experiencia, hayan sido resueltos, pero sí que se han avanzado en su resolución, gracias a la participación de los actores involucrados.

En la experiencia de este proyecto, hoy ya iniciado, se han dado pasos importantes para lograr que se concreten en el Estado y en la comunidad, en una relación horizontal, en la cual los actores involucrados, fundamentadamente del barrio, reivindican su derecho a la participación en el servicio de salud.

Los actores involucrados en esta experiencia, por los temas planteados, para sus acciones deberán ser tratados como sujetos de derecho, en la medida en que, dentro de la comunidad, se han dado pasos importantes para su participación y mejora de la calidad de vida.

Hay muchas acciones que se han emprendido, pero, a nuestro juicio, la más importante es la que se está iniciando en este momento, que es la que nos permite avanzar en la experiencia que estamos viviendo, desde el año 1988, para que esta experiencia, pueda ser replicada en otros barrios y comunidades, y así contribuir a la mejora de la salud de la población.

4. Dentro de este propósito, y para asumir una administración clara y armónica, se hace necesario establecer un normativo que defina los siguientes aspectos:

- Qué entidades participan en la administración y cuántas personas
- Cuándo y en qué participan
- Cómo participan, tanto en los derechos como en las obligaciones administrativas, profesionales y personales, para lo cual deberán quedar definidas las funciones de cada una, atribuciones y responsabilidades.
- Saber para qué participa cada una dentro del conjunto humano que sigue una misma dirección.

Para ello, se expide el presente reglamento, que busca armonizar las relaciones entre los participantes, buscando el estímulo y la motivación positiva a las aspiraciones administrativas, profesionales y personales, de todos quienes hacen el servicio de salud.

REGLAMENTO DEL COMITE DE SALUD DEL BARRIO "EL CARMEN"

ANTECEDENTES:

- El 11 de noviembre de 1987, con la suscripción de un convenio tripartito entre el Ministerio de Salud Pública, el CEPAM y el Comité Promejoras del Barrio "El Carmen", se congregan recursos humanos, técnicos, materiales y financieros, que ponen en marcha el servicio permanente del Subcentro de Salud.
- A partir de este convenio, la capacitación permanente de recursos, y la acumulación de experiencia, hacen posible que en agosto de 1992 se suscriba un nuevo convenio, para 5 años de vigencia.
- Siendo la salud una razón de permanente preocupación, su consolidación exige un compromiso también permanente, para mantenerlo en normal funcionamiento, impulsar un desarrollo y perfeccionamiento constantes, acorde con las crecientes demandas de la sociedad.

CAPITULO I DE LOS PARTICIPANTES

ART. 1. Forman parte del Comité de Salud las siguientes entidades sociales:

- El Ministerio de Salud Pública, que interviene a través de:
 - El Director del Centro de Salud del Área No. 4, de la ciudad de Quito.
 - El personal de salud que labora en el subcentro
- El CEPAM, a través de dos delegadas.
- El Comité Promejoras del barrio "El Carmen", por intermedio de:

- Diez miembros de la directiva, incluidos los de la Comisión de Salud.

d: Todo el personal asociado al servicio de salud.

ART. 2. Para que todos los participantes conozcan las instancias de su intervención, en el proceso administrativo, se establecen los siguientes órganos de administración del subcentro:

- La asamblea general del Comité de Salud
- La directiva del Comité de Salud
- La Dirección del Subcentro de Salud
- El Presidente del Comité de Salud
- El Administrador (a)
- El Secretario (a) del Comité de Salud

ART. 3. DE LA ASAMBLEA GENERAL: Constituye el más alto nivel administrativo y de control del Subcentro de Salud, ya que estará conformado por todos los participantes. Es decir, por el Director del Centro de Salud del Área No. 4 o su delegado, dos delegadas del CEPAM, todo el personal del Subcentro y los diez representantes del Comité Promejoras del Barrio "El Carmen", más los representantes de las organizaciones interesadas del área de influencia.

ART. 4. SON FUNCIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL:

a: Cumplir y hacer cumplir el presente reglamento, así como las resoluciones emanadas de su propio seno y adoptadas en relación a las obligaciones y derechos, que contribuyen al normal funcionamiento y desarrollo de los servicios de salud, a la conservación y mantenimiento de los bienes, a las relaciones interpersonales, administrativas, profesionales e interinstitucionales.

b: Sesionar regularmente, una vez por mes y extraordinariamente, cuando fuere convocada por su Presidente, por la Comisión de Salud, por el Director del Subcentro o a pedido de 5 miembros del Comité.

c: Por su jerarquía la Asamblea receptorá, conocerá, tratará, analizará y resolverá todos los asuntos que se presenten en el subcentro, o que tengan relación con la salud de la comunidad, incluso, las soluciones adoptadas por otras instancias administrativas, con la finalidad de ratificarlas, rectificarlas e incorporarlas al presente reglamento, cuando el caso lo amerite.

d: Conocer, preparar, analizar y aprobar los convenios de asociación a las labores del subcentro, sea a riesgo compartido o de apoyo, igual que con otras instituciones. También le compete aprobar la terminación de estos convenios.

e: Realizar evaluaciones semestrales de las actividades del Subcentro, para reajustes de programación.

f: Revisar los costos de operación, de los servicios y las consiguientes tarifas para su recuperación.

g: Nombrar al Presidente, al Administrador(a), secretario, a la Directiva del Comité de Salud. También conocerá y resolverá las renunciaciones o la remoción de los mismos, cuando el caso se presente.

h: Determinar los derechos y deberes que no se encuentren estipulados en el presente reglamento, los mismos que de tener un carácter de permanente y general, deberán incorporarse inmediatamente a este cuerpo normativo.

i: Aplicar los estímulos o las sanciones en los casos necesarios, ya sea que se encuentren considerados o no en el presente reglamento.

j: Interpretar el siguiente reglamento, con el carácter de obligatorio y de última instancia.

k: Reformar el presente reglamento mediante dos sesiones, para lo cual se deberá contar con el 75% de la votación de los miembros presentes en la Asamblea.

l: Conocer y aprobar el plan anual de trabajo, con su respectivo presupuesto

m: Las asambleas se realizarán con la asistencia de, por lo menos, la mitad más uno de sus miembros, a la hora convocada. De no existir este número de asistentes, se esperará media hora para iniciar la Asamblea, con el número de miembros asistentes, y sus resoluciones, tendrán el mismo valor y obligatoriedad para todos, estén o no presentes.

n: Las resoluciones se tomarán por mayoría simple de votos, considerando únicamente a los presentes, excepto en los casos en que el presente reglamento señale, expresamente, otro porcentaje.

o: Aclarar el concepto de sanción.

ART. 5. DE LA COMISIÓN DE SALUD: Constituye el órgano permanente de consulta, gestión y ejecución que, en sí, constituye la directiva del Comité de Salud. Estará integrada por el Presidente del Comité de Salud, su secretario, dos representantes del personal del Ministerio de Salud Pública, dos del comité promejoras, específicamente por aquellos nominados como Comisión de Salud de la Organización Barrial, un representante del personal a riesgo compartido más el administrador(a)

ART. 6. FUNCIONES DE LA DIRECTIVA DEL COMITÉ DE SALUD:

a: Cumplir y hacer cumplir el presente reglamento, las resoluciones de la Asamblea.

b: Sesionar regularmente, una vez por semana y extraordinariamente, cuando fuere convocada por su Presidente, el Director del Subcentro, el Administrador o, a pedido de dos miembros de la comisión.

c: Captar todos los problemas administrativos, técnicos y sociales, para analizarlos y resolverlos cuando sea de su competencia y, si no, remitirlos a las instancias correspondientes.

d: Conjuntamente con el director, resolverá lo relacionado con cambios de uso de los espacios, siempre que ello no implique modificaciones innecesarias y costosas.

e: Atender a los préstamos de la sala de capacitación, de lo cual llevará un registro.

f: Remitir, informar, sugerir a la Asamblea General lo concerniente a los problemas, a las soluciones adoptadas o por adoptarse.

g: Realizar las gestiones encaminadas al mantenimiento, desarrollo y perfeccionamiento del servicio de salud.

h: Designar a una persona para llevar el control de asistencia del personal, registrando los atrasos, faltas, tiempos extras, los mismos que se llevarán a conocimiento de la Asamblea General de todo el personal de salud.

ART. 7. DE LA DIRECCIÓN DEL SUBCENTRO DE SALUD:

1. Propender a una administración participativa, conjuntamente con el Comité de Salud y el Equipo de Salud.

2. El director de la unidad se responsabilizará de la custodia y mantenimiento de los bienes y valores respectivos de la unidad operativa.

3. El profesional participará con la comunidad en acciones de salud, de conformidad con las políticas, planes y programas de la Jefatura de Área.
4. El profesional médico será el que asuma la responsabilidad de salud y, en ausencia, será el profesional designado por la Jefatura, en orden de antigüedad.
5. El profesional programará, ejecutará y evaluará las necesidades, conjuntamente con el equipo de salud.
6. Presentará, mensualmente, los informes epidemiológicos y de todas las actividades realizadas dentro y fuera del subcentro, incluyendo las del personal que trabaja bajo su control como: permisos por enfermedad, calamidad doméstica, vacaciones, permisos temporales.
7. Además será responsable de todas aquellas actividades que el jefe del Área le delegue.

FUNCIONES DE LA ENFERMERA:

1. El rol fundamental es su acción vinculada con la comunidad, con especial énfasis en la prevención y promoción de la salud, lo que le permite coordinar las actividades extramurales, así como la administración del personal de auxiliares de servicios comunitarios, auxiliares de enfermería y de los servicios voluntarios comunitarios.
2. Manejo de la epidemiología social, que le permite formular un diagnóstico, una programación, un sistema de monitoreo y evaluación.
3. Conocimiento científico-técnico.
4. Manejo de ciencias sociales y de la educación, que permiten un mayor contacto con las familias de la comunidad.

tados en la terna, por parte de la Directiva del Comité de Salud.

ART. 10. FUNCIONES DEL ADMINISTRADOR(A):

- a: Ejecutar las actividades necesarias para la buena marcha del subcentro, en coordinación con el Director, así como las resoluciones de la Asamblea o de la Directiva del Comité de Salud.
- b: Llevar las cuentas, ingresos y egresos, correspondientes al subcentro de salud y enviar los informes a la jefatura de área cada mes.
- c: Elaborar y presentar los balances económicos semestrales para conocimiento, análisis y aprobación de la Asamblea General.
- d: Determinar los valores que corresponde entregar mensualmente a los asociados que laboran a riesgo compartido o en apoyo. Igual que los estímulos económicos generales y extraordinarios que consten en el presente reglamento, o que se determinen mediante resolución de Asamblea General.
- e: Retener los valores correspondientes a cuotas o multas, específicamente determinadas por la Asamblea General.
- f: Proponer, conjuntamente con la Comisión de Salud, el plan anual de trabajo con el correspondiente presupuesto, para el conocimiento y aprobación por parte de la Asamblea General.
- g: Controlar el buen uso de los bienes, sean equipos, materiales, insumos, construcciones, instalaciones, etc, así como realizar su reposición arreglo, reparación y mantenimiento, conforme a las responsabilidades que corresponden a los usuarios exclusivos o generales.

5. Realizar entrevistas post-consulta a todos los usuarios que pasan por consulta de pediatría o de gineco-obstetricia, y referirlos a control de crecimiento o desarrollo, control del niño sano, vacunas, programa de asistencia alimentaria materna-infantil, programa de control de tuberculosis, tratamientos específicos y otros servicios del centro de salud.
6. Reunir fichas y enviar a estadística.
7. Solicitar mensualmente a los pediatras el formulario de sílvan, concentrarlos en el mensual y entregar a la enfermera jefe los primeros días del mes.
8. Llevar el registro de los usuarios del sector en el que conste número de historias clínicas, nombre, edad, diagnóstico, dirección y entregarlos, diariamente, a la enfermera asignada al sector.
9. Participar en actividades educativas dirigidas a estudiantes de enfermería y de otras profesiones.
10. Impartir educación individual o colectiva a los usuarios del Centro de Salud.
11. Orientar al personal de auxiliares de enfermería en el primer día de cambio de asignación.
12. Controlar el mantenimiento y equipamiento de los diferentes consultorios de emergencia y de consulta externa.
13. Asistir y participar en las reuniones del servicio de emergencia.
14. Supervisión de preparación de equipos, materiales y soluciones.
15. Supervisar que se observen principios de asepsia y antisepsia, por parte de los señores estudiantes de medicina.

ART. 9. DEL ADMINISTRADOR (A) DEL SUBCENTRO: Será la persona nominada por la Asamblea General, mediante selección entre los candidatos presen-

h: Solicitar y administrar los suministros y los recursos financieros que entrega el Ministerio de Salud Pública, en coordinación con el Director y, los que se generen en la gestión del subcentro.

ART. 11. DEL PRESIDENTE DEL COMITE DE SALUD: Será la persona elegida por la Asamblea General, la misma que tendrá la atribución para su remoción o sustitución, cuando hubiere lugar a ello.

ART. 12. FUNCIONES DEL PRESIDENTE(A):

- a: Presidir las sesiones de la Asamblea General y de la directiva del comité de salud, por un año.
- b: Suscribir, conjuntamente con el secretario, las actas y la correspondencia del Comité de Salud.
- c: Convocar a sesiones ordinarias y extraordinarias, tanto de la Asamblea General como de la directiva del Comité del salud.
- d: Representar oficialmente al Comité de Salud, en los actos propiciados por éste o en los que se encuentre invitado oficialmente.
- e: Tomar iniciativa en el cumplimiento de las acciones conducentes a la salud de la comunidad, sean las previstas o las que puedan dar mejores niveles de desarrollo y perfeccionamiento.

ART. 13. No podrá ser presidente del Comité de Salud ni el Director del Subcentro ni el Presidente del Comité Promejoras. Su nombramiento deberá recaer en los demás miembros del Comité, pero deberá ser rotativa, por períodos anuales, alter-

nando entre las entidades que participan en el Comité de Salud.

ART. 14. **DEL SECRETARIO (A):** Será nombrado por la Asamblea General, de entre sus miembros o fuera de ellos. Durará un año en sus funciones, pudiendo ser reelegido.

ART. 15. **FUNCIONES DEL SECRETARIO (A):**

a: Tomar las actas de las sesiones de la Asamblea General del Comité de Salud y de la directiva del Comité de Salud, en un libro destinado para ello.

b: Preparar la correspondencia oficial y suscribirla conjuntamente con el Presidente.

c: Mantener organizada la documentación proveniente de la correspondencia de las actas de las sesiones. Llevar un registro de las resoluciones, para realizar un seguimiento y evaluación de su cumplimiento y de los resultados.

d: Preparar las convocatorias para Asamblea General o de la directiva del Comité de Salud y suscribirlas, conjuntamente, con el Presidente para realizar la entrega a los miembros respectivos.

CAPITULO II

CUÁNDO Y EN QUÉ PARTICIPAN LAS ENTIDADES QUE FORMAN PARTE DEL COMITÉ DE SALUD

ART. 16. El marco referencial que se expone a continuación expresa el mínimo de las posibilidades de participación de las entidades que forman

b: En los casos en que se requiera del incremento de los recursos humanos o la dotación de suministros especiales.

c: En los casos en que se requiera asesoramiento técnico, administrativo o financiero.

Cualquiera de estos casos de participación será requerida por medio de la Asamblea General.

ART. 18. **LA PARTICIPACIÓN DEL CEPAM** tendrá lugar en los siguientes casos:

a: En la garantía de todos los equipos bajo el inventario del CEPAM ante Terranuova.

b: En el patrocinio de eventos relacionados con la salud.

c: En las sesiones de la Asamblea General del Comité.

d: En el auspicio del grupo de nutricionistas.

Ocasionalmente:

a: En el asesoramiento técnico, administrativo, legal u otros.

b: En la capacitación.

ART. 19. **LA PARTICIPACIÓN DEL COMITÉ PROMEJORAS DEL BARRIO "EL CARMEN":** tendrá lugar en los siguientes casos:

PERMANENTE:

a: Como portavoz de los usuarios de los servicios de salud

parte del Comité de Salud, acorde con sus capacidades específicas y todo su potencial de iniciativa, en favor de la salud.

ART. 17. **LA PARTICIPACIÓN DEL DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD DEL ÁREA No 4:** Tendrá lugar en los siguientes casos:

a: En la supervisión técnica, administrativa y financiera, conforme a los instructivos que para el caso proporcionará previamente la Dirección del Centro de Salud del Área No 4, en relación a la estructura orgánica y funcional del subcentro, fijando además los mecanismos y frecuencias del control. Estos instructivos constituirán los referentes para el funcionamiento y su evaluación.

b: En el suministro permanente de los recursos renovables, sean humanos, técnicos, materiales, financieros, que estén previstos para una entrega regular.

c: En la capacitación permanente del personal

d: En las sesiones mensuales de la Asamblea General y extraordinarias, a las que deberá ser convocado por el secretario.

Ocasionalmente:

a: En la mediación y resolución de última instancia, de los conflictos que involucren al personal perteneciente al Ministerio de Salud Pública y que perjudiquen el normal funcionamiento del subcentro.

b: Como monitor (perceptor) de las necesidades, problemas, relacionados con los usuarios y con el personal que labora en el subcentro.

c: Como promotor y difusor de los servicios, cambios, novedades y de las prácticas saludables

d: Como dinamizador que gestiona, promueve la armonía entre el personal del subcentro y, de ellos con la comunidad.

e: En la realización de trabajos de mantenimiento, mejora o incremento de los espacios.

Ocasionales:

a: Todos aquellos que no se encuentren previstos.

CAPITULO III

RÉGIMEN ADMINISTRATIVO

ART. 21. **ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS DEL SUBCENTRO DE SALUD**

a: Para que el subcentro de salud brinde un servicio de calidad, se integra el personal del Ministerio de Salud Pública con el personal de la comunidad, en una unidad armónica y sincronizada, por un solo orgánico estructural y funcional.

b: Para afianzar esta unidad y armonía, se reconoce como único representante administrativo, técnico al Director del Subcentro.

c: El orgánico estructural y funcional que regula las relaciones personales, profesionales, técnicas y administrativas deberá proporcionar la

Dirección del Centro de Salud del Área No 4, el mismo que se incorporará al presente reglamento, luego de que sea conocido, analizado y aprobado por la Asamblea General convocada para este fin.

d: Las funciones del personal de la comunidad, establecidas en el mismo orgánico constituyen también el referente obligado para los respectivos convenios de asociación, colaboración, sea a riesgo compartido o como apoyo.

ART. 22. Se considera al tiempo como el mayor recurso para el desarrollo personal, profesional y social, que por tanto se lo debe aprovechar óptimamente, con las actividades rutinarias y creativas más apropiadas a las labores específicas para la salud de la comunidad. Para ello, resulta necesario establecer los referentes mínimos que permitan el uso responsable del mismo:

a: La magnitud del tiempo que se acuerda dedicarlo exclusivamente a la salud de la comunidad, va de 8h00 a 13h00, con 1 hora de lunch, y de 14h00 a 16h30, de lunes a viernes, en común acuerdo.

b: El real aprovechamiento del tiempo en las actividades concernientes a la salud, estará medido en las siguientes instancias:

- En la entrada y salida al horario acordado registrándolas con la colaboración de un miembro de la comisión de salud que pertenezca a la comunidad. Los resultados diarios se informarán, inmediatamente al Director del Subcentro para su registro de atrasos y ausencias del personal, los mismos que se harán conocer a la Asamblea General y a la Jefatura de Área, inmediatamente.

Todas estas situaciones deberán ser informadas a la Asamblea General en su sesión inmediatamente próxima, para su reflexión y resolución conjunta, en los casos en que no se lo haya aún logrado.

Para apoyar la eficiencia del servicio, el Director, con la directiva del Comité de Salud, formularán una programación periódica semestral de actividades, con lo cual se facilitará su promoción; anticipar los requerimientos de recursos, acciones, tiempos; establecer prioridades, la organización y responsables. Esta programación permitirá, además, medir su avance, cumplimiento y los resultados.

El Director procurará la racionalización y optimización en el uso de los recursos humanos, técnicos y materiales, para lo cual sugerirá los cambios necesarios en el orgánico estructural y funcional, acorde con las cambiantes realidades. Así definirá los servicios que requieren el apoyo de asistentes o sus coberturas.

ART. 23. DE LOS ESTÍMULOS A LOS RECURSOS HUMANOS:

LA CAPACITACIÓN:

- El Comité propiciará una permanente capacitación de los recursos humanos, identificando las necesidades de nivelación y actualización de conocimientos, asumirá los avances técnicos y científicos, acordes con la incorporación de equipos de innovación, que obligan a capacitarse. Definirá el personal que lo amerita como grupo o persona en coordinación con la Jefatura de Área.
- La capacitación en grupos procurará, en lo posible, ubicarlo en los horarios que menos afecte al usuario.

Motivar la dedicación y permanencia del personal en las actividades de la salud, será responsabilidad del Director del Subcentro quien, además, deberá proponer mecanismos para reforzar la motivación.

- Es de responsabilidad del Director del Subcentro, igual atender y resolver los pedidos de permisos, justificar las ausencias y los reposos médicos, de lo cual llevará el correspondiente registro e informe a la Asamblea.

- El Director, conjuntamente con la comisión de salud, preparan al inicio de cada año, el calendario de vacaciones del personal que se aplicará, salvo en los casos de fuerza mayor comprobada.

- La ausencia de una persona en el subcentro obliga al resto del personal, presidio por el Director, a tomar las medidas necesarias para suplir su ausencia, e informar a los usuarios del servicio, verbalmente y por cartelera, si el caso lo exige.

- Los casos de capacitación del personal del subcentro deberán ser conocidos por todo el personal y se deberá informar al público, mediante la cartelera.

- Cuando se trate de casos frecuentes de ausencias o atrasos, el Director, deberá realizar un análisis con la persona del caso, a fin de buscar las causas y las posibles soluciones.

- Las salidas, sin permiso, durante el horario de labores, se considerarán como evasión de las obligaciones, un daño a la armonía del personal y a su estructura orgánica y funcional.

- Las ausencias por enfermedad, las justificará el director mediante el certificado médico expedido por el IESS, por un hospital, un centro de salud, una clínica o por un médico particular, dentro de las 24 horas, previa comprobación.

ART. 24. **LAS VACACIONES:** Se considera como una medida de recuperación de la fuerza de trabajo y el fortalecimiento personal, de su relación familiar y social, por tanto se lo reconoce como derecho.

- El personal del Ministerio de Salud, en este aspecto, se registrará de acuerdo a las normas vigentes.

- El personal de la comunidad dispondrá de 15 días calendario de vacaciones, según la programación establecida conjuntamente.

RECONOCIMIENTOS: En base a los informes periódico, se irá distinguiendo a quienes se caracterizan por su puntualidad en la asistencia, que no ocasionen problemas a los compañeros ni a los usuarios en el transcurso del año de labores. Esto lo determinará la última Asamblea General de cada año. Sus resultados se sentarán en actas y en un cuadro especialmente diseñado para ese efecto. Se reportará un informe al Ministerio de Salud. Se propiciará su promoción en el escalafón y, finalmente, se lo hará acreedor a un diploma. Los estímulos económicos constan en la parte financiera. La verificación se la hará a través de la utilización de indicadores.

ART. 25. DE LAS SANCIONES "EL REGLAMENTO DEL MSP ES EL REFERENTE PARA LA ASAMBLEA"

- Las ausencias injustificadas del personal se imputarán a las vacaciones anuales, por el tiempo correspondiente

- Los reiterados problemas que ocasiona el personal del Subcentro, le acreditará un tratamiento en la Asamblea General, un informe al Ministerio de Salud y una definición de la

convivencia o inconvivencia de su presencia en el Subcentro de Salud

- Estas y las demás sanciones se establecerán, conjuntamente, con todos quienes forman parte de la Asamblea, respondiendo a cada falta.

ART. 26. ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS MATERIALES DEL SUBCENTRO:

Los recursos materiales o bienes están compuestos por espacios, construcciones, instalaciones, equipos, instrumentos, muebles e insumos, los mismos que se distinguen por su uso exclusivo o común.

a: Son de uso exclusivo, aquellos asignados al servicio específico, sea profesional, técnico o administrativo, de manera permanente; por tanto, el buen uso, conservación e información oportuna para el mantenimiento o reparación, son de exclusiva responsabilidad de las personas que estén al frente de dicho servicio.

Son de uso exclusivo los siguientes bienes: laboratorio, consultorios médicos, de ginecología, obstetricia, odontología, procesamiento de datos, farmacia, bodega, casa del cuidador.

b: Son de uso común aquellos cuyo acceso es directo y general aunque esté vigilado, tal como los espacios de circulación, espera, capacitación, reuniones, estacionamiento, teléfono, servicios higiénicos, patios, agua potable, alcantarillado, luz eléctrica.

- En este caso, el buen uso, conservación y comunicación oportuna para su mantenimiento o reparación, es de responsabilidad

No podrá, por tanto, distraer las otras funciones específicas del personal.

- Para el uso, por parte de otras personas del Subcentro, requerirá de la autorización respectiva y solo cuando se vaya a realizar trabajos de interés del subcentro, de interés científico, como estudios, procesamiento de informes y registros estadísticos, para lo cual se establecerá un horario y se deberá acreditar o presentar resultados.

ART.30 . Para precautelar los bienes complementarios, se cumplirán las siguientes acciones:

a: Proporcionar las seguridades necesarias para su preservación

b: Vigilar, constantemente, por el correcto uso de los bienes, velando por el mantenimiento, manejo por personas autorizadas por su capacidad y responsabilidad, conforme a este reglamento.

c: El uso de la sala de capacitación, incluso sus implementos y muebles, está destinado al personal del subcentro, a la organización barrial, Ministerio de Salud, principalmente con actividades programadas.

- El uso por parte del grupo de nutrición, deberá establecerse mediante la suscripción de un convenio que defina períodos, horarios, eventos, obligaciones y derechos, para que se tenga una clara relación entre los usuarios. Igual el mantenimiento del local.

- Cualquier otro pedido deberá conocer y resolver la comisión de salud conjuntamente con el Director, de lo cual procederá a informar a la Asamblea, en su inmediata sesión.

de todos los usuarios y, principalmente, del administrador apoyado por el cuidador.

ART. 27. Para cumplir a cabalidad esta responsabilidad, el administrador con la directiva del Comité de Salud, deberán levantar un inventario clasificado, por uso, de bienes. Firmar un acta de entrega-recepción de cada uno de los bienes a los respectivos responsables, con la explicación de sus obligaciones; un cuadro de registro de los controles periódicos del estado de todos los bienes, y de sus acciones de mantenimiento.

ART. 28. Por el elevado costo que representa el uso del teléfono, se procura una racional utilización por parte del personal, para lo cual se aplicarán los siguientes mecanismos:

a: Mantenerlo con candado, cuya llave lo administrará el Director, con ello, se podrá recibir llamadas pero controlar las salidas mediante la autorización del Director, quién hará el correspondiente registro de quién llama, hora de la llamada, destino y número al que llama. Se hará un bloqueo para las llamadas interprovinciales.

b: La tarifa máxima que se pagará, con fondos del Subcentro, será el equivalente al 20% del salario mínimo vital vigente. De ser mayor la tarifa, la diferencia la cubrirá el personal.

ART.29. La computadora, como bien de uso exclusivo del administrador y Director del Subcentro de salud, estará bajo sus responsabilidades, su buen uso, conservación, mantenimiento periódico o reparación.

- Los equipos no pueden salir, la capacitación se hará en el local.

- Su uso tendrá un cuadro de registro de las actividades permanentes de capacitación, así como las periódicas y ocasionales, capaz de no entrecruzar eventos en un mismo horario y fecha.

- Los usuarios deberán responsabilizarse, por la limpieza interna en cada jornada o evento y, si es el caso, también de la externa, que sí deberá considerarse de manera periódica.

ART. 31. Durante el horario de labores del Subcentro, los espacios de uso exclusivo deberán encontrarse dedicados a la función específica, con el personal respectivo y sin que sean distraídos de las funciones principales.

ART.32. Toda persona que labora en el Subcentro, deberá tener un espacio para desarrollar sus actividades. Ello le dará seguridad y posicionamiento, responsabilidad sobre él y sus correspondientes cuidados.

ART.33. ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS: La administración de los recursos financieros del Subcentro de Salud, estará a cargo del Administrador (a), a través de cuentas separadas, en correspondencia con cada fuente de ingreso, salvo en los casos en los que la Asamblea General disponga expresamente otra cosa.

ART. 34. Las fuentes de los recursos financieros son las siguientes:

1. La entrega mensual del fondo rotativo o caja chica por parte del Ministerio de Salud.
2. Recuperación de costos de los servicios.
3. Donaciones o aportes extraordinarios que ingresarán con recursos de inventarios.

ART. 35. El manejo financiero tendrá lugar, como base, un presupuesto que considere todos los rubros que generan ingresos, así como los que generen egresos, en orden a un distributivo por prioridades.

- Siempre se procurará mantener una diferencia favorable (positiva) a los ingresos para evitar un desfinanciamiento. Esto se comprobará mediante los balances semestrales.

ART. 36. Concordante con este manejo, corresponderá desarrollar las siguientes acciones:

- Asegurar las fuentes de ingresos, mejorando las existentes y buscando nuevas.
- Racionalizar el uso de los recursos humanos, técnicos, materiales financieros y el tiempo.
- Oportuno suministro de recursos, bienes, equipos, instrumentos, insumos, mediante la constante revisión de necesidades de stock, adquisiciones programadas y analizadas, para establecer el momento oportuno de la acción, evitando el superávit, y el desabastecimiento.
- El análisis del stock debe considerar la rotación, los tiempos de caducidad de las existencias, acelerar las ventas o remitir los medicamentos a expirar a los centros de beneficencia.

E. RESERVAS:

- E.1 Riesgos de suspensión temporal de fondos ajenos.
 - E.2 Capitalización
- Mantener un fondo de reserva es asegurar el funcionamiento permanente de los servicios, inclusive en tiempos críticos para los recursos ajenos.

ART. 37. Para el seguro social del personal asociado a las labores del subcentro, el Comité de Salud aportará con el valor correspondiente al seguro voluntario, por parte del personal bajo este régimen, esto siempre y cuando, se realice dicha afiliación voluntaria. En caso contrario, no se entregará dicho valor.

CAPITULO IV

RÉGIMEN DE SERVICIOS

ART. 38. Para extender un certificado de salud, el peticionario previamente deberá realizarse los exámenes de rigor, más los correspondientes a laboratorio, que garanticen lo afirmado en el certificado, tanto que el mismo se convierta en un indicador de los aspectos de la salud que se encuentran bien y, también, aquellos que requieren tratamiento y, finalmente, que no se han incluido para el certificado.

ART.39. Las exoneraciones o rebajas de los valores correspondiente a los servicios médicos, de laboratorio y/o farmacia, se lo hará siguiendo el siguiente orden de análisis:

- Análisis de costos de medicinas, insumos, amortizaciones de equipos, para ajustar los precios de los servicios.
- El distributivo considerará los siguientes rubros:

GASTOS CORRIENTES

A. RECURSOS HUMANOS

- A.1 Bonificaciones
- A.2 Riesgo compartido
- A.3 Beneficios sociales
- A.4 Estímulos y utilidades
- A.5 Riesgos del personal

B. SERVICIOS Y ADMINISTRACIÓN

- B.1 Trifas de luz, agua, teléfono
- B.2 Pasajes de mensajería
- B.3 Reparaciones y mantenimiento de equipos, servicios, instrumentos, construcciones

C. INSUMOS:

- C.1 Medicamentos de la farmacia.
- C.2 Medicamentos para odontología
- C.3 Insumos y reactivos para laboratorio
- C.4 Insumos para ginecología y obstetricia.

D. EQUIPOS E INSTRUMENTOS (Inversión)

- D.1 Para laboratorio
- D.2 Para ginecología
- D.3 Para odontología
- Invertir en equipos e instrumental es potenciar la cobertura, calidad, prestigio e ingreso económico.

1. Las personas aptas para acogerse a este beneficio, deberán cumplir con lo siguiente:

- Estar registrado, con carnet extendido por el Subcentro, luego de la comprobación socio-económica y de salud que indiquen la imposibilidad de pagar, sea por falta de trabajo, insuficiencia de recursos, ser solo, enfermedad y calamidad doméstica.
- Encontrarse en riesgo (inminente). Solo en estos casos de real emergencia y gravedad, decidirá el Director, conjuntamente con el personal del Subcentro y Directivos del Comité de Salud.
- Visitar el domicilio a posteriori para constatar la real situación de su hogar o con referencias de personas que lo conozcan de cerca.

ART. 40. Informar mediante cartelera, los eventos, campañas ausencias del personal, indicando razones.

CAPITULO V

CATEGORÍAS, VALORES Y CONCEPTOS QUE DEFINEN EL NUEVO CONTEXTO DEL SERVICIO DEL SUBCENTRO DE SALUD DEL BARRIO "EL CARMEN"

ART. 41. En tanto que el presente reglamento introduce nuevas categorías de valores y conceptos que reformulen el servicio de salud, se hace necesario explicitar el significado que los mismos tendrán en el presente documento.

SERVICIO: Considerado como irradiación de acciones benéficas y positivas, por parte de los recursos humanos, técnicos y administrativos, con el uso de su potencial y de los recursos materiales, en procura de alcanzar la salud de la comunidad.

ASOCIACION DE LAS LABORES DEL SUBCENTRO DE SALUD: Incorporación voluntaria de una persona al servicio de salud, aportando trabajo calificado o no, aprovechando lo que dispone la comunidad como local, equipos, instrumental, servicios de luz, agua, teléfono, 50% de insumos, mantenimiento, reparación, un servicio en marcha y un prestigio histórico establecidos, para conjuntamente generar servicios, recursos financieros para una autofinanciación de su trabajo.

ACTORES: Se refiere a un rol activo y protagónico dentro del proceso de la salud, participando en igualdad de condiciones.

ARMONÍA: El primero y principal componente de la salud constituye las sanas relaciones del personal del subcentro entre sí, como las que se desarrollen entre el personal y la comunidad. Aspecto que por lo tanto no podemos contravenir

SANCIÓN: Es un proceso de superación conjunta de los participantes en la Asamblea General del Comité de Salud, que considera tres instancias.

1. Conocimiento y reflexión de una falta, error o infracción de uno de los miembros, que afecte al normal funcionamiento del Subcentro.
2. El reconocimiento razonado de la culpabilidad por parte del aludido.

3. La aplicación del correctivo previsto en los normativos respectivos, o si no lo hubiere, los que determine la misma Asamblea.
Trabajar con mística en la salud de la comunidad no es someterse a algún poder contrario al interés común, mas bien rescata a los menos favorecidos de una sociedad injusta.

Dr. Luis Morales Sr. Francisco Aguilar
DIRECTOR SCS "EL CARMEN" PRESIDENTE COMITÉ PROMEJORAS
BARRIO "EL CARMEN"

Dr. Marco Ochoa
DIRECTOR CENTRO DE SALUD No 4

Dr. Gonzalo Avilés
DIRECTOR PROVINCIAL DE SALUD DE PICHINCHA

NOTA: Este reglamento fue elaborado por el Comité de Salud del Subcentro del Barrio "El Carmen".

Quito, 7 de abril de 1998

Doctora
Virginia Gómez de la Torre
**DIRECTORA EJECUTIVA DEL CENTRO ECUATORIANO PARA LA
PROMOCIÓN Y ACCIÓN DE LA MUJER, CEPAM**
Presente.-

Estimada compañera:

A nombre del Comité Pro-mejoras del barrio "El Carmen", me dirijo a usted con un cordial salud y el debido agradecimiento, por hacerme llegar el documento "Una Utopía Posible", que contiene la sistematización de la experiencia desarrollada en nuestro barrio, sobre un modelo alternativo de atención de salud y, en relación al cual, me permito expresar la siguiente opinión.

Pocas veces se da importancia a la sistematización de la experiencia, ya sea por desconocimiento de su valor, por menosprecio o, por no afrontar el enorme esfuerzo teórico-práctico que representa hacerlo, ya que para ello es necesario, previamente, formular una planificación y, luego, en la ejecución, llevar un control de su cumplimiento.

Solo de esta manera se obtiene un proceso consciente, que permite aprovechar las vivencias de la práctica, transformarlas en nuevos enfoques teóricos y prácticos, que empujen el desarrollo del conocimiento.

La sistematización, entonces, como mecanismo que distingue a quienes generan estos procesos, destacando el esfuerzo para concertar y comprometer inteligencia, recursos y tiempo, para pasar de la inercia a la acción transformadora, como el que nos preocupa, incorpora valor y sentido a los hechos.

El costo social que representa este proceso, conlleva la necesidad de saber si el mismo se arraigó en el lugar donde se llevó a cabo, ya que no se puede subutilizar y, peor, desaprovechar la riqueza de la experiencia. Por tanto, esta constatación mide la consecuencia con el esfuerzo cumplido, consecuencia con el presente de compromiso y con el futuro de proyección, de un mayor nivel de bienestar, tal como el CEPAM propone.

A la organización popular, esta experiencia le ha posibilitado entender cómo el ejercicio del poder define muchas cosas en la salud y, lo anotamos a continuación.

En el acceso o no a la salud, de grandes sectores poblacionales, visto como posición de igualdad o de subordinación.

La igualdad o la subordinación que los diferentes componentes de la familia y la sociedad, pueden tener en la realidad.

El derecho y el deber para la cogestión en la salud; y,

Finalmente, como igualdad o subordinación de la sociedad civil frente al Estado, representado por autoridades o funcionarios.

De allí que, en la práctica, surgen varias incógnitas para responder. ¿Será suficiente enrolar personas de la

comunidad al trabajo de la salud, si ello significa una suma mecánica y sin opción de administrar la calidad del servicio, lo cual anula la cogestión? O sea, ¿solo el Estado decide? ¿El Estado homogeniza la realidad?

Por eso, luego de esta sistematización, queda por realizar un nuevo esfuerzo para reivindicar sus resultados, que tienen que ver con el poder, con el conocimiento y con el desarrollo social.

Por todo ello, el esfuerzo cumplido, para sistematizar, constituye un hito de esta avanzada.

Sin más, reitero mi especial consideración y suscribo de Ud.,

Atentamente

Francisco Aguilar Moya
PRESIDENTE DEL COMITE PRO-MEJORAS
BARRIO "EL CARMEN"

BIBLIOGRAFÍA

1. BAEZ Sara, Ordóñez M. "EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE SALUD QUITO, CEPAM/ TERRANUOVA" Quito, diciembre 1995
2. VALDEZ Carrizo Edgar; "AUTOPSIA DE LA ENFERMEDAD. AIS (BOLIVIA) ACCIÓN INTERNACIONAL POR LA SALUD, MEDICUS MUNDI, NAVARRA ESPAÑA, 1993, La Paz, Bolivia
3. GÓMEZ DE LA TORRE Virginia, López M.;" DE OTROS PARTOS Y NACIMIENTOS" Area de salud CEPAM- Quito 1996; Publicación OPS.
- 4.- Documentos de trabajo del Área de Salud CEPAM - QUITO
- 5.- Documentos de la Organización Panamericana de la Salud, OPS.

ÍNDICE

- Antecedentes CEPAM15
- Área de Salud CEPAM - Quito19
- Primera etapa del Área de Salud CEPAM-Quito: 1984-1989
Inserción y posicionamiento del Área de Salud del CEPAM y del proyecto en el barrio "El Carmen"25
- Objetivos27
- Modelo de gestión. Protagonismo CEPAM-Comité 198829
- Modelo de servicio. Protagonismo CEPAM-MSP 198831
- Resultados de la primera etapa.33
- Segunda etapa: 1990-1994. La Consolidación.35
- Modelo de gestión. Protagonismo CEPAM-Comité promejoras 199039

- Modelo de servicio.
Protagonismo CEPAM-MSP-Comunidad 199043
- Resultados de la segunda etapa45
- Tercera etapa: 1994-1996. La cogestión y la
transferencia del proyecto.47
- Modelo de gestión.
Protagonismo Comité-MSP-CEPAM 199449
- Modelo de servicio.
Protagonismo Comité-MSP 199453
- Resultados de esta etapa55
- El presente, 1997: el servicio está en manos
del comité de salud57
- Indicadores de que el proyecto fue
transferido59
- Principales logros del proceso61
- Límites y vulnerabilidad del proyecto.63
- Conclusiones y perspectivas respecto
al modelo de atención y servicio65
- En lo que se refiere al servicio67
- Lecciones aprendidas79
- El rol de la cooperación internacional81

1
2
4

- El rol de "Terranuova"83
- Conclusiones85
- Reglamento del Comité de Salud
del Barrio "El Carmen"87
- Carta del Presidente del Comité117
- Bibliografía121
- Índice123

1
2
5

"La calidad en los servicios se la ha definido como vinculada a la calidad técnica-profesional, a la eficacia de los servicios y a la calidad sentida, percibida por el usuario. Sin embargo, los contenidos de calidad técnica y sentida en nuestra experiencia de trabajo, no pueden ser neutros. Deben dar cuenta de la diversidad y, por lo tanto, tienen que responder a necesidades específicas. En el caso de un servicio con énfasis en la atención a las mujeres, la calidad técnica debe expresarse en el conocimiento y comprensión de la relación entre subordinación/enfermedad, ya que solo este conocimiento y comprensión puede dotar de un contenido particular a la percepción de calidad sentida de las usuarias."