

REPUBLICA DEL ECUADOR

**SECRETARIA GENERAL DEL CONSEJO
DE SEGURIDAD NACIONAL**

**INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS
NACIONALES**



**XXI CURSO SUPERIOR DE SEGURIDAD NACIONAL
Y DESARROLLO**

TRABAJO DE INVESTIGACION INDIVIDUAL

**"FUNCION SOCIAL QUE CUMPLE LA
MEDICINA EN EL ECUADOR"**

Lic. Enf. Mónica Villalobos

1993 - 1994

INDICE

<u>CONTENIDO</u>	<u>PAGINA</u>
INTRODUCCION	
CAPITULO I	
1. <u>RESEÑA HISTORICA DE LA MEDICINA EN EL ECUADOR</u>	1
CAPITULO II	
2. <u>LA PRACTICA MEDICA ECUATORIANA</u>	20
CAPITULO III	
3. <u>LEGISLACION MEDICA ECUATORIANA</u>	32
3.1 CODIGO MORAL MEDICO	37
3.2 LA LEGISLACION MEDICA ECUATORIANA	37
3.3 LA DECLARACION DE GINEBRA	39
3.4 CODIGO DE HONOR DEL MEDICO DE LAS FAMILIAS	41
3.5 LEGISLACION LABORAL, DEMANDA DE LOS TRABAJADORES Y SALUD	45
3.6 FORTALECIMIENTO Y MODERNIZACION DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y DEL SECTOR SALUD.	50

CONTENIDO

PAGINA

CAPITULO IV

4.	<u>INSTITUCIONES QUE SE DEDICAN A CUMPLIR FUNCIONES SOCIALES EN SALUD</u>	57
4.1	MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	61
4.2	FUERZAS ARMADAS	68
4.3	INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL	69
4.4	POLICIA NACIONAL	72
4.5	MINISTERIO DE AGRICULTURA	73
4.6	JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL	74
4.7	INTENDENCIA DE POLICIA	74
4.8	ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD Y ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD	75
4.9	FAO	77
4.10	CRUZ ROJA ECUATORIANA	78
4.11	OTROS	79

<u>CONTENIDO</u>	<u>PAGINA</u>
CAPITULO V	
5. <u>FUNCION SOCIAL; HUMANIZACION, AUTOPSIAS, ETICA Y MORAL, PRIVACIDAD, PARO CARDIO-RESPIRATORIO, MUERTE CEREBRAL, ENTORNO FAMILIAR, EUTANASIA</u>	81
5.1 FUNCION SOCIAL	81
5.2 HUMANIZACION	91
5.3 AUTOPSIAS	92
5.4 ETICA Y MORAL	102
5.5 PRIVACIDAD	108
5.6 PARO CARDIO-RESPIRATORIO	110
5.7 MUERTE CEREBRAL	116
5.8 ENTORNO FAMILIAR	119
5.9 EUTANASIA	120
CAPITULO VI	
6. <u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u>	121
6.1 CONCLUSIONES	121
6.2 RECOMENDACIONES	125
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	129

El presente trabajo de investigación nos permite adentrarnos en un espacio de la crítica médica, medicina en general, servicios de salud y sus factores sociales, para conocer algunas de las facetas que las mismas encierran.

La función social que cumple la medicina en el Ecuador se fue desarrollando desde sus orígenes con un fin social, humanitario y de servicio cumpliendo con todos los valores ético-morales, conservando la medicina milénica tradicionalista. La que ha ido avanzando, cobrando tintes materialistas, tecnificándose, haciéndose netamente investigativa y perdiendo o dejando de lado aspectos de suma importancia para los seres humanos como la caridad, el compadecerse del dolor ajeno, la cultura e idiosincrasia de las personas, el entorno familiar, los efectos de muchos procedimientos, hasta llegar a comercializarse y dar un giro totalmente distinto al de su origen. Los centros de formación no contemplan estos acápites y producto de ello tenemos profesionales eminentemente tecnificados con los adelantos de la ciencia y en su mayor a vacíos de sentimientos y profundidad para el trato con sus semejantes. Actualmente se pregonan el cambio de modelo de atención del eminentemente curativo al preventivo con la participación comunitaria y concientización de varios principios que se rescatarán de la comunidad y formarán dentro de ella, para incursionar en una nueva práctica de salud, con el fin de basar la vida cotidiana de los servicios de salud en la comunidad, para que se pueda realizar la función social que debe cumplir la medicina.

El título del libro es:

siguiente temática:

En el Capítulo I el concepto de salud y enfermedad ha cambiado a través de la historia, dependiendo de la estructura social imperante y los mecanismos de la salud, han variado en concordancia con esas concepciones. En las sociedades primitivas compartieron la propiedad, medios de producción y los productos comunitarios, así, tuvieron como elementos fundamentales de su ordenamiento a los lazos de parentesco, la lengua, las costumbres, la agricultura, ganadería, la artesanía.

8 El hombre primitivo tuvo un contacto muy directo con su entorno natural, al que trató de explicarlo sobrenaturalmente con una idea mágico-religiosa, que luego al entender o apropiarse mejor de ella, avocó en un conocimiento empírico. En este contexto, la enfermedad, era considerada como un daño o mal causado al individuo por otra persona. La medicina primitiva tuvo un carácter complejo, los pequeños males se curaban en casa, las grandes enfermedades requerían explicaciones prácticas mágico-religiosas el médico era al mismo tiempo sacerdote y brujo poseía un status especial.

Posteriormente, sociedades tributarias como la de los incas por ejemplo, fueron comunidades dedicadas a la conquista de otros pueblos, lo que dio origen a sociedades de clases bien definidas, tenían como principal medio de producción la agricultura que era la unidad superior guía de sus actividades en sus días estrechamente ligado a la madre natural, que era religiosamente representado por un huaca o dios.

no permitieron el desarrollo de un orden que permitiera reproducir esas categorías conceptuales con los que concibieron el mundo y su organización social.

En el Capítulo II analiza a esta sociedad de clases, la medicina era de clases; los aristócratas se atendían con el médico aristócrata y los pobres con el médico de pobres. La enfermedad tenía una explicación sobrenatural el tratamiento era mágico-empírico. La ideología mágico-religiosa aborígen es desplazada con imposición por las ideas de la Religión Católica, así se adoctrina que lo bueno viene de Dios, del grupo dominante y lo malo de los pensamientos mágico-religiosos arcaicos. La práctica médica fue mixta, con el ingreso de la medicina formal o científica y la persistencia de la medicina aborígen. Es una medicina de clases, donde el médico cobra honorarios compite por la clientela. Se origina la medicina asistencial. El capitalismo, produce una práctica médica estrechamente vinculada al proceso de producción económica y a la salud se la conceptúa como el mejor estado de la fuerza de trabajo. En este contexto, es que el médico debe: proteger, conservar y adaptar esa fuerza de trabajo.

Continuando el III Capítulo dentro de la Legislación Médica tenemos varios cuerpos legales que rigen tanto el ejercicio de la profesión médica sus afines, cuanto los deberes y derechos de las personas, usuarios y pacientes que reciben los efectos de la práctica y ejercicio del medio, los cuerpos legales son:

- La Constitución de la República del Ecuador

- El Código de Moral Médica
- El Código de Moral Médica
 - La Ley de Federación Médica Ecuatoriana.
 - La Ley de Federación Ecuatoriana de Enfermeras
 - La Ley de Federación Odontológica Ecuatoriana
 - La Ley de Federación Ecuatoriana de Trabajadores Sociales.
 - La Ley de Federación de Obstetrices del Ecuador.
 - La Ley de Federación de Tecnólogos Médicos.

Los mismos que han permitido regular la marcha de los servicios de salud con la Dirección del Ministerio de Salud Pública, a partir de su creación.

Estas leyes a través de los años se han ido perfeccionando, renovando acorde con los avances de la ciencia y cada vez creando respaldo para los sectores interesados cuando el caso lo requiera. En el país no existen muchas leyes que penalicen la mala práctica médica de salud, sin embargo la pena moral que imponen los organismos gremiales y la sociedad es considerada una de las más duras en el ejercicio de las profesiones médicas y afines.

La ética y la moral tanto de médicos, enfermeras, obstetrices, odontólogos, tecnólogo, trabajadoras sociales y otros, obligan a los mismos a realizar juramentos, promesas y declaraciones sobre el ejercicio adecuado de la profesión, así tenemos la "Declaración de Ginebra".

El Capítulo IV observa que dada la incapacidad del Estado para cubrir todas las demandas del país...

que se dedican sus recursos humanos, económicos y materiales para pelear en algo la crisis en la que se encuentra la salud en el país y estas son: Cruz Roja, Junta de Beneficencia de Guayaquil, SOLCA, Policía, IBSS, Fuerzas Armadas, INMFA, OPS, OMS, ONG, Organismos internacionales que están regidos por las normas y leyes del Ministerio de Salud Pública cuya finalidad es coordinar y encabezar todas y cada una de estas ayudas para sacar adelante la salud del país. El aporte que estas instituciones han dado a la salud del país es fundamental dado que su funcionamiento depende de esa ayuda económica. 110

En el V Capítulo se analiza que por varios de los aspectos que se mencionan anteriormente, entre los que podemos citar: La inadecuada distribución de los recursos humanos, la falta de capacitación de los mismos, el poco presupuesto financiero para salud, el exceso de demanda en las unidades operativas, etc. han hecho que la práctica médica haya perdido la humanización, los valores éticos y morales, la confianza de la población sumada a la inadecuada legislación se crean protocolos, normas, reglamentos transitorios en base a situaciones como, las descerebraciones, paros cardíacos, autopsias, eutanasias y el papel que debe jugar el entorno familiar.

El último capítulo concluye el trabajo de investigación con las conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I

1. RESERVA HISTORICA DE LA MEDICINA EN EL ECUADOR

La Medicina, por su propia naturaleza, implica para quien opta por ella, un compromiso político e ideológico, puesto que su accionar se centra principalmente en la problemática social de los sectores explotados.

Existe una interrelación de la Medicina con el Estado en donde se hace notar evidentemente que el Estado en una sociedad de clases, se constituye en instrumento de la clase dominante; su función principal es la reproducción del sistema, sin embargo, su autonomía relativa permite expresar los intereses de las distintas fracciones de la burguesía y a veces las presiones del pueblo y de la clase trabajadora organizada.

La historia de la Medicina se remonta a la época incásica.

Al hablar del embarazo, parto y crianza de los hijos se dice "Sin regalo ninguno, nos explica que la mujer pariría sin partera, si alguna hacía oficio de partera, más era hechicera que partera. Esta era la común costumbre que las indias del Perú tenían en parir y criar sus hijos, hecha y a naturaleza sin distinción de ricos o pobres ni de nobles o plebeyas".

En la época de la colonia según el Padre Juan de Velasco, Pedro Fermín Cevallos y el Doctor Federico González Suárez, el auge de la medicina brilló por su existencia en esos remotos tiempos, aún cuando hubo universidades durante tiempos ajenos y hasta dos en la misma capital, la que hizo sentir el peso de la Cruz. En las Quilichaco y en el Puyo, se fundaron "Escuelas de Medicina" por haber en ellas una "Escuela de Medicina".

reputación de médico, doctor y profesor, ya que había estudiado en la Universidad de Alcalá. Había llegado a la ciudad de Guayaquil en el Hospital de San Juan. Al lado de la medicina que enseñaba, también se dedicó a servir a su patria, el Padre José del Rosario hasta que este falleció.

El padre del Rosario, era español de nacimiento, médico muy acreditado y además farmacéutico; llegó a una edad muy avanzada y murió ciego en Quito.

Espejo murió atacado por la disentería en la prisión en abril de 1786, se le permitía salir de prisión solamente cuando debía recetar a un enfermo, se lo mantenía incomunicado y sobre todo desprovisto de libros y recado para escribir.

En 1805 llegó a Quito la expedición para propagar las vacunas de la viruela en América, con Don José Salvany.

En 1589 invade por primera vez la peste de viruela en Guayaquil, muriendo miles de aborígenes Huancavilcas.

En 1740 aparece la fiebre amarilla en Guayaquil.

En la época de la independencia Período Histórico, que ha sido en los últimos años de los más maltratados y peor interpretados, se ha querido negarle hasta su propia esencia; la medicina al igual que su tiempo, estaba en franca decadencia en manos de barchilones y sangradores a ella como producto del enfermizo agonizante siglo, también le había caído la polilla; la medicina estaba en manos de empíricos y siete médicos titulados que más que atender clientes se pasaban dirigiendo quejas al Cabildo sobre los abusos de empíricos y boticarios. El protomedicato de

Quito no pasaba de cuatro profesionales, la menor parte criollos, esto a fines de la colonia, ya que en los inicios de la independencia, el fue inmenso, parecía que los médicos se hubieran esfumado.

El médico tenía la típica imagen del médico heroico más héroe que médico y más humanitario que cientista.

En 1821 se da una especie de golpe de gracia a nuestra medicina con las tropas llegadas con Sucre a Guayaquil desembarcaron cinco profesionales, exponentes del momento científico mundial.

En 1820 la veintena de médicos que vieran desfilar nuestros trópicos, nuestros parmos, solo el 20% eran nacionales, otro 20% eran de ingleses, otro 20% formaban españoles y panameños, y el resto lo suplían médicos peruanos, venezolanos, colombianos, irlandeses e italianos. Se destacó el humanitarismo obsequiando las medicinas o dándoles fiadoea.

En otro países de latinoamérica, en esta época la situación era similar, el número de médicos, los índices de mortalidad, el panorama era parecido escasez de médico y heroicidad.

En la post-independencia, la independencia dejó muchas huellas médicas, sociales e históricas como para que puedan ser olvidadas.

En 1827 se creó la nueva Facultad de Medicina en Quito en aquellos tiempos post-heróicos, las barreras geográficas tendían a desaparecer, como expresamos que un día lo hizo por la vía aérea de Guayaquil al quito, cuando se intentó trasladar a un médico que estaba en el barco al quito.

lo fue el francés Esteban Gayraud.

En la época contemporánea las ciencias médicas entre las que cuenta principalmente la medicina propiamente dicha, la Cirugía y la Higiene, han dado en este siglo un paso tan grande que, alguna de ellas, como la Cirugía domina ya los umbrales de la puerta de entrada a su perfección. A esto han contribuido en gran parte el descubrimiento del Cloroformo, que abolía la sensibilidad, por su prudente aplicación ha podido el Cirujano penetrar en las diversas cavidades y regiones del cuerpo humano; el descubrimiento de los anestésicos, de los micro-organismos por el inmortal Pasteur y la manera de extinguirlos en el campo operatorio propuesta por el sabio Inglés Lister, cuya idea fue fomentada a expensas de constantes estudios e investigaciones fuctuosas.

El gran descubrimiento de los Rayos X por el famoso ^{Röntgen} Röntgen y su aplicación al arte de diagnóstico ha marcado la época más gloriosa de la Conquista y progreso material de las Ciencias Médicas.

Comenzamos el Siglo XX maravillados de su esplendor, lo determinarán los que alcancen a su fin con la satisfacción de ver morir al hombre de senectud y no de enfermedad.

La enseñanza de la medicina después de nuestra emancipación política comenzará con un solo profesor, que el Dr. Juan Manuel de la Gala de origen peruano.

Aparecen más tarde como profesores de la universidad, los doctores José Manuel Espinosa, Miguel Vergara y Juan Acevedo de este último se afirmó que se dedicó preferencia a la práctica de la cirugía.

Como entonces no había facultades en la Universidad, el rector o vicerrector presidía los grados académicos, pero el título de médico que habilita para el ejercicio de la profesión, pero el título de médico que habilita para el ejercicio de la profesión, / lo confería al graduado de Doctor, el Tribunal de la Facultad Médica, compuesto del Director, Vice-director, Fiscal, Tesorero, Secretario, cuatro vocales que eran los demás médicos, cuatro cirujanos residentes en la capital. Los textos de aquella época eran manuscritos, eran extractos de obras raras que con gran diligencia habían podido conseguir los profesores. Se comprende fácilmente que, tanto la enseñanza como práctica de la medicina en la media centuria que va desde la emancipación hasta 1861 en que se organizaron las facultades fueron del todo insuficientes. Por tal motivo, quien quería ilustrar sus descubrimientos en la ciencia de curar, tenía que hacerlo privadamente a esfuerzos propios, consiguiendo el mismo libro e instrumentos adecuados para poder desempeñar con algún crédito el ejercicio profesional. Reinaba el empirismo, sobre todo en las provincias donde unos por iniciativa propia y otros herando de las viejas curanderas las lecciones de la experiencia, podían alguna vez hacer una adecuada prescripción. En las boticas apenas se confeccionaban unguentos, emplastos, tinturas, aguas destiladas.

La cirugía propiamente no existía y si alguno operaba alguna vez, lo hacía de atrevido, más no con conocimiento de lo anatómico y manos de medicina operatoria.

Los barberos (plumeros) ocupaban el oficio de flebotómicos y practicaban la cauterización.

La medicina de la época era puramente empírica y se basaba en la experiencia.

y XVIII la población es atacada por enfermedades que azotan con la vida de las personas.

La presencia de la tuberculosis, el cólera, la peste fueron lecciones que impulsaron la necesidad de prepararse científicamente o acudir a otros países en busca de técnicas de conocimiento, de productos de investigación para poder salvar la vida de muchos seres.

Se vuelve imperante la necesidad de organizar en el país centros de educación y preparación para conservar la vida y la vida en menores condiciones de salud.

No podemos dejar de lado la función social, ya que las comunidades rurales en nuestro país se caracterizan, fundamentalmente por su aislamiento económico y cultural. Hay poca comunicación con los centros urbanos y con las poblaciones cercanas, la rivalidad entre pueblos vecinos es tradicional. Todo esto refuerza el apego del campesino a lo suyo, a lo conocido y su resistencia y temor a lo nuevo, a lo extraño. Lo que el campesino, el indígena ha recibido de fuera, generalmente ha llegado bajo un signo de conquista de agresión, de explotación, de ruptura, de la tradición; la identificación de un miembro de la familia o del grupo social como portador de un poder que hace daño y conduce a su mentalización.

La histórica reunión de Punta del Este (Uruguay), en 1962, ante la poca alentadora situación de salud de los países en desarrollo de América, adoptó una resolución exhortando a los Gobiernos a planificar y desarrollar apropiados programas de salud.

Intentos parecidos se realizaron también en otras regiones del planeta y en 1977, la Asamblea Mundial de la Salud

propuso una meta en virtud de la cual se consideraba que los gobiernos y naciones miembros de la Organización, deberían comprometerse a "alcanzar para todos los ciudadanos del mundo, en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva", meta conocida con una expresión simplificada de "Salud para todos en el año 2000".

Para alcanzar la meta propuesta era indispensable diseñar una estrategia que sirva de referencia a todas las naciones de la orbe.

- Al año siguiente, en 1978, en Alma-Ata (URSS) se aprobó la estrategia aconsejable bajo el nombre de Atención Primaria de Salud (APS), de la cual se expresó que "Es la clave para alcanzar la meta de Salud para todos en el año 2000, como parte del desarrollo general conforme al espíritu de justicia social".

La Asamblea Mundial de la Salud, resolvió demandar a todos los gobiernos miembros a adoptar la estrategia de la Atención Primaria de Salud adaptándola a las realidades nacionales, regionales y globales, en un esfuerzo común por asegurar mejores condiciones de vida para los habitantes de todo el planeta.

LA ESTRATEGIA DE LA APS

Etimológicamente "primario" significa principal o primero en el orden. Atención primaria significa pues, lo principal y en términos epidemiológicos, lo prioritario.

Frente a la imposibilidad real de resolver simultáneamente todos los problemas de salud, en un orden de prioridad de acciones, resulta necesario adoptar una estrategia que priorice

a los más importantes o trascendentales, para mejorar las condiciones de la salud de las colectividades. Era así mismo indispensable que se establezcan las prioridades.

En la Declaración de Alma-Ata, que reproducimos a continuación, en el punto IV se dice "La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial".

En primer lugar, es conveniente aclarar que el término "sanitaria" no hace referencia solo al abastecimiento de agua y eliminación de excretas, sino por el contrario, a acciones de salud integrales. En segundo lugar, la APS no se restringe a acciones médicas, sino que expresamente, postula el desarrollo social y económico global de la comunidad, lo cual aspira a alcanzar un estado de equidad y justicia social.

El desarrollo de la APS plantea la necesidad de formular en cada país un Plan Nacional de Salud, con clara definición de políticas, la reordenación del sistema de salud, por niveles de complejidad creciente, el desarrollo de mecanismos de referencia y contra referencia, la regionalización funcional y el desarrollo de sistemas locales de atención.

Entre los componentes básicos de la estrategia hay que destacar:

- El desarrollo de servicios al alcance del individuo, la familia y la comunidad.
- La organización y participación activa de la comunidad.
- El incremento de la capacidad operativa de los

sistemas y servicios que implica: planificación, programación, acción y evaluación.

- Programación de la extensión de la capacidad instalada, con énfasis en las acciones preventivas.
- Regionalización funcional y descentralización administrativa.
- Extensión de la cobertura con servicios de salud y mejoramiento ambiental.
- Desarrollo de sistemas de información.

Adicionalmente la estrategia abarca algunos otros aspectos entre ellos:

- 1.1 Desarrollo de la cooperación y planificación intrasectorial e intersectorial.
- 1.2 Desarrollo de investigaciones especialmente operativas y tecnologías apropiadas.
- 1.3 Producción, abastecimiento y distribución de insumos médicos y equipos básicos.
- 1.4 Formación y utilización de los recursos humanos.
- 1.5 Reorientación de la educación de los recursos humanos, a la realidad del país y al desarrollo de la estrategia de la APS.

En base a estos antecedentes generales de la APS, la mayoría de los países del mundo, han desarrollado sus

propias estrategias y han adaptado sus sistemas de salud a los objetivos de mejorar la calidad de la vida y el bienestar individual, familiar y social.

Precisamente dentro de este contexto, se inscribe el Plan Nacional de Salud (1988-1992) del actual Gobierno del Ecuador y dentro de él, adaptado a las realidades del país en estos años, el desarrollo del modelo de Salud Familiar y Comunitaria Integral.

Las comunidades indígenas siempre han cumplido con funciones sociales, han trabajado para el bien común; de allí su nombre, las mingas, las construcciones, los priostagos hasta los deportes y, conflictos los llevan consigo como un rol social.

En las dos últimas décadas personajes dedicados a la investigación, a la experimentación, a los grandes descubrimientos. Se logran trasplantes, hemos llegado a la Tomografía Axial Computarizada, a la Resonancia Magnética, Control de Enfermedad por medio de las vacunas, prevención de enfermedades ^{transmisibles} infecto-contagiosas, medicinas y tratamientos que detienen el cáncer, la fecundación In Vitro, la inseminación artificial humana; los avances de la Ciencia Médica en los aspectos sociales, políticos, económicos y de desarrollo de nuestros pueblos.

El control de la natalidad, la determinación del sexo de los hijos que deseamos tener, los compuestos químicos y fármacos específicos. Tenemos grandes maestros y científicos que permiten que la medicina en el Ecuador esté al nivel del resto del mundo.

De esta manera la medicina, se ha elaborado desde postulados pre-científicos, a los científicos y el

constituirse en ciencia ha utilizado los principios de las Ciencias Naturales cuando estudia al ser biológico y los de las Ciencias Sociales cuando estudió al ser psicológico y social.

La medicina ecuatoriana que se inició con la llegada de la medicina española (Siglo VI), se oficializa con la creación de la Facultad de Medicina en Quito en 1693 y tiene luego un desarrollo caracterizado por la dependencia científico-cultural de la Medicina Europea en el Siglo XVIII y XIX y norteamericano en el presente siglo. El modelo médico-científico concibe la enfermedad como ruptura de mecanismos de regulación biológica, psicológica o social; la etiología como una relación analítica causa-efecto; el diagnóstico como fruto del análisis de la anamnesis, exámenes y pruebas; el tratamiento y prevención como una acción racional a nivel sintomático y etiológico. Los agentes de salud son los médicos y su equipo organizado funcionariamente; los servicios de salud están diseñados jerárquicamente en hospitales, centros, subcentros, puestos de salud, consultorios; la formación del personal está masivamente institucionalizada en escuelas universitarias y técnicas, por lo que la medicina se separa de otros aspectos integradores de la cultura como religión, arte, música, costumbres, etc.

El saber médico aborigen puede asimilarse a las categorías medicina folclórica o medicina tradicional, es decir a ideas y creencias y prácticas mantenidas por la tradición popular, aparte y en contra de la aceptada por la cultura dominante en el medio actual. Esta medicina se desarrolla y mantiene fundamentalmente en el campo, en todas las comunidades rurales. Es un modelo propio del indígena, pero es también utilizado por la población mestiza y de hecho muchas veces se confunde con la medicina. Hay una

importante gradiente en la relación entre mestizos e indígenas.

Para que los hospitales que existen actualmente lleguen a convertirse en docentes, hace exactamente doscientos años en 1785 se implantó en Francia la obligación de los Médicos de Hospital de confrontar sus registros con los de sus colegas, para analizar la incidencia y prevalencia de las enfermedades, el curso de las mismas, el resultado de los tratamientos etc. Esta disposición transforma a la Institución Hospitalaria de lo que fue durante toda la Edad Media: un asilo de indigentes y enfermos que acudían al hospital para bien morir, en una institución en la que lo empezó a acumular información en los registros médicos, información médica susceptible de ser transmitido.

Nació entonces el Hospital como escuela. El saber médico que hasta el Siglo XVIII había estado restringido exclusivamente a los grandes textos clásicos de la medicina, empezó a ocupar su lugar no solamente los libros sino también en el trabajo vivo y activo de Hospital.

El nombre de Interno proviene de una designación que se había empezado a utilizar en Francia a comienzos del siglo pasado para los licenciados en medicina que eran admitidos a hospitales calificados con el fin de ejercer la medicina bajo la supervisión de un Jefe de Servicio. La asignación de "Interno de los Hospitales de Paris" se había constituido en un título de orgullo, una exteriorización de haber completado un período de aprendizaje fundamentalmente teórico, constituía un galardón de prestigio ante la comunidad, que aseguraba una buena clientela entre los niveles pudientes de la sociedad francesa.

En los Estados Unidos de Norteamérica, los egresados de las Escuelas Médicas durante el siglo pasado sintiendo la necesidad de una mayor formación práctica acudieron por sí mismos a los hospitales en calidad de asistentes, los que se constituyeron en mano de obra barata para los trabajos menores que demandaban los servicios.

La Sociedad Médica Americana admitió la necesidad del internado para redondear la educación teórica de las Escuelas de Medicina y calificarán los hospitales para docentes.

En América Latina alrededor de 1930 se incorporó la enseñanza intra-hospitalaria clínica en los últimos años de la carrera, (5to y 6to) en forma análoga al externado francés y a partir de la mitad del siglo. En 1964 se formalizó el internado como requisito previo a la graduación con la modalidad actual.

Durante el último cuarto de siglo se ha insistido en la necesidad de incorporar precozmente a los estudiantes a partir del tercer año de la carrera médica a la vida hospitalaria; se ha dejado de hablar estrictamente de la vida hospitalaria y se ha extendido al de red de servicio, se ha privilegiado la necesidad de utilizar las consultas privadas y los centros de consulta genera para pasar a la coparticipación con la comunidad, con las poblaciones rurales y urbano-marginales, en el marco de metas mundiales que aspiran a ofrecer salud para todos en quince años más.

050

↓ ?

La mayor parte de pacientes que solicitan individualmente atención en los centros hospitalarios, inician su peregrinaje en los interminables trámites administrativos para conseguir una ficha de inscripción que a veces demora

semanas. Cuando por fin se pueden enfrentar al "todo poderoso y omnipotente doctor", son tratados como un objeto, un caso clínico, un número de historia clínica, que no tiene derecho a exigir ser oído, ser atendido, ser aclarado e informado de sus males, sino más bien que debe prestarse sumisamente a la ceremonia del examen clínico, los exámenes complementarios, el estudio de caso, conformándose al final con recibir un papel garabateado e inentendible, donde le indican los recursos terapéuticos, casi siempre inaccesibles a su economía.

Es mucho más trágico cuando este paciente debe ingresar a las casas de salud, pues, éstas, con su concepción carcelaria, establecen una dicotomía entre su medio social y la práctica de la atención hospitalaria. Desde el momento del ingreso se rompen todas las consideraciones del ámbito social del paciente, para pasar al engranaje de la atención hospitalaria con sus propias reglas de juego. La agresión cultural se inicia con la brusca separación de su familia, con el cambio abrupto de su costumbre en el vestido, la alimentación, los hábitos de higiene, el horario para el descanso y sueño, la administración de medicamentos y tratamiento inusuales en su realidad local campesina o barrial.

Todos los niveles de formación de los agentes de la salud contribuyen de manera directa a que esta situación se mantenga. Si bien reconocemos que existen esfuerzos a nivel académico por remodelar la práctica médica, como no van acompañados de espacios que permitan desarrollarlos, lamentablemente se quedan en el simple enunciado.

El reconocimiento de la conflictiva situación que mantienen los trabajadores de la salud por la privación de sus derechos laborales, sometidos a un fructuoso trabajo

cotidiano, no ha cambiado la miopía con que sus dirigentes enfocan la lucha reivindicativa, la misma que se mantiene alrededor del economicismo. Por tanto, el debate y la discusión, la crítica del papel que están jugando en la conservación de una injusta prestación de servicios a la población, se ha dejado en el olvido.

Imbricados en esta situación se encuentran las personas o equipos que por su opción social, implementan proyectos de trabajo conjuntamente con organizaciones populares. Si bien este movimiento democratizador de la práctica médica es todavía, marginal, poco a poco va adquiriendo fuerza y representatividad. Está buscando cambiar la práctica médica, pero sus respuestas limitadas aún, se han proyectado en dos vertientes:

- La de desconocer en la atención curativa, un potencial educativo-organizativo.
- Acoger la atención curativa dándole ciertos matices de reforma, pero encerrándose en la réplica del modelo estatal.

Estas prácticas en lo fundamental no enfrentan el problema, ni contribuyen para permitir el pleno rol de la población, en la transformación de acciones de salud al interior de las unidades operativas.

En 1967 se incrementa mediante Decreto Ministerial el año de Salud Rural obligatorio para los profesionales de la salud: Médicos, odontólogos, enfermeras, obstetrikas quienes están obligados a realizar un año de salud comunitaria en áreas urbano-marginales de la República mediante sorteo y de acuerdo a las necesidades del Ministerio de Salud Pública, previa a la obtención de la

licencia para poder ejercer la profesión legalmente.

En 1917 adscrita a la Facultad de Medicina se crea la Escuela Nacional de Enfermería, la primera en el país que se encargaba de formar profesionales Licenciadas en Enfermería y Enfermeras Generales. En 1967, las Hijas de la Caridad crean en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador la Facultad de Enfermería, que actualmente realiza cursos de post-grado, no solamente para enfermeras sino también para médicos de todo el país en cuidados intensivos, en salud familiar y en administración hospitalaria.

Actualmente el país cuenta con facultades y escuelas tanto de medicina, odontología, enfermería y obstetricia en la mayoría de provincias de la Costa y Sierra.

La organización de los servicios de salud en nuestro país es anárquica. Existe predominio de fuerzas centrífugas sobre la convergencia que debe existir entre las entidades que imparten este bien social; esto conlleva la atomización de una parte y la duplicación de actividades y el consecuente derroche de recursos, de otra. No puede concebirse la existencia de unidades operativas juntas sin coordinación política e institucional en gran parte de localidades del país. El cuadro es más alarmante si consideramos que dentro de una misma institución existen varios sistemas de prestación médica sin ninguna relación orgánico-política.

Cabe señalar también que casi no existe relación entre los sectores público y privado de la salud, circunstancia que alimenta la existencia de áreas discontinuas y también se gravitan el asunto en la atención nacional y regional.

Nuestra comunidad clama por el ordenamiento lógico de las instituciones oficiales de la salud, hecho que será la garantía de la organización racional, que sea el motor del aparato conductor de la política unitaria en salud, que sintetice las modalidades diversas que adopta la sociedad en sus partes y en su totalidad. Aquello será posible mediante la constitución del Sistema Nacional de Salud, sustentado en la Reforma Sanitaria Nacional, reforma que implica cambios fundamentales en los siguientes aspectos:

- Estructura jurídica vía parlamentaria y ejecutiva.
- Reforma administrativa mediante la integración de los organismos componentes del sector salud y la incorporación del sector privado en forma progresiva.
- Reforma financiera que apunte básicamente al financiamiento por parte de fuentes internas y externas y a dotar de racionalidad al manejo presupuestario mediante el aporte porcentual de los organismos competentes.
- Reforma en el sistema de atención, otorgando prioridad al componente preventivo de saneamiento ambiental, así como también impulsando el desarrollo tecnológico y científico de la atención curativa asistencial.

Este proceso se cimienta en la más amplia participación social que vaya desde el ámbito de la planificación, ejecución y evaluación del impacto de este proceso compartido.

La reorganización en el proceso sanitario implica transición al método administrativo de conducción y

éste debe ser la gerencia de la actividad sanitaria, es decir, echar a andar la empresa pública desde la mirada gerencial, lo cual conlleva a desarrollar lineamientos que a más de gerenciar las instituciones para el manejo de la enfermedad en términos de aumentar los rendimientos económicos, disminuir los costos de egresos y consultas, incrementar la productividad de la hora médica o de la cama hospitalaria, hacer planificación estratégica, descentralizar los servicios, etc. Deben aplicarse las modernas ciencias gerenciales a la producción de la salud, actuando sobre los factores de riesgo conocidos, para superarlos o reducirlos, a fin de evitar muertes, enfermedades e incapacidades prevenibles en grupos poblacionales específicos.

Existen dos campos de aplicación de la Gerencia de Salud:

- Los hospitales, que son instituciones cerradas que ejecutan acciones curativas; y,
- Los sistemas comunitarios que tienen como objetivo el mantenimiento y mejoramiento de la salud.

El producto final de los dos es salud con sus respectivas implicaciones, en el primer caso, recuperación y en el segundo, prevención.

2. LA PRACTICA MEDICA ECUATORIANA

Ecuador con más de 10 y medio millones de habitantes para 1994, presenta un evidente perfil de deterioro en sus condiciones de vida y de salud, agravado por la persistencia de la crisis económica, social y política de la última década, como lo demuestran sus indicadores básicos.

De modo particular, las condiciones de salud que habían experimentado un importante decrecimiento de sus indicadores negativos (morbi-mortalidad) en la década 75-85 ha disminuido su ritmo de mejoramiento entre el período 85-90 y tiende a estancarse a comienzos de la presente década, ampliando de este modo la brecha o deuda sanitaria con las futuras generaciones.

Entretanto, el sistema de servicios de salud tradicionalmente fragmentado, centralizado, excluyente y pobremente administrado, no ha podido aun satisfacer en cantidad ni calidad las necesidades y demandas básicas de atención en salud de la población, especialmente de aquella en mayor riesgo bio-social.

La carencia de políticas basadas en las demandas populares y estrategias coherentes de largo plazo unida a la aún ínfima valoración social y política y consecuente escasa asignación de recursos, entre otras razones, explican que las alternativas puestas en marcha en las dos últimas décadas han sido muy débiles para enfrentar los graves problemas de salud del país y cuando más han tenido efectos parcialmente paliativos a la situación de crisis, por lo que aún está por definirse la misión del sector salud en el contexto del desarrollo socioeconómico

nacional.

Inmerso como tal en un determinado contexto demográfico, económico, socio-político y ecológico, a continuación se ofrece una rápida visión de estas distintas dimensiones de la realidad, resaltando las variables que afectan directa o indirectamente el proceso de producción de bienes y servicios de salud o que modifican las condiciones de vida y salud de la población.

Respecto a la población ecuatoriana, ésta ha crecido a un ritmo elevado, a una tasa promedio de 2.8% entre 1950 y 1990, el mayor crecimiento se dio en el período 1950-70 con tasas alrededor de 3%, en el siguiente período 1970-90 se reduce al 2.6% en promedio anual. En la actualidad la tasa de crecimiento es de 2.3%, continúa siendo una de las mayores de América Latina cuyo promedio es de 2%

Es decir que el total de la población se ha triplicado en los últimos 40 años, pasando de 3.2 millones de habitantes en 1950 a los 9.7 millones según el último Censo de 1990. Esta población se encuentra ubicada: el 49.7% en la Costa, el 45.6% en la Sierra, en la Región Amazónica el 3.9%, en Galápagos el 0.1% y el 0.7% en las zonas no delimitadas.

La tasa bruta de mortalidad, ha disminuido de 19 por mil en 1950 al 7 por mil en 1990. Los mayores descensos se dieron en el período 1950-70. Esta mejora se ha manifestado en aumento de 17 años en la esperanza de vida, la misma que para el quinquenio 1985-90 subió a 69.4 años para los hombres y 67.6 para las mujeres, no obstante, esta ganancia debe ser considerada como leve si se la compara con los demás países latinoamericanos.

La mortalidad infantil ha disminuido de 139 por mil que se registraba en el quinquenio 1950-55, a 95 por mil en 1970-75 y a 63 por mil en el quinquenio 1985-90, es decir una reducción del 35.3% en 40 años, pero que igualmente ubica al Ecuador por encima del promedio de América Latina. En 1990 se estima que la tasa de mortalidad infantil para Ecuador es de 54 por mil nacidos vivos, cifras que son mayores que el promedio latinoamericano de 51 por mil.

La tasa global de fecundidad pasará de 4.1 a 2.6 hijos por mujer entre 1990 y el año 2010, entreñando una disminución en el nivel de fecundidad del orden de 36.6%

Asimismo la tasa bruta de mortalidad descenderá en un 18%, registrándose una ganancia en la esperanza de vida de 4.33 años, que equivale a un aumento de apenas 0.22 años en el promedio anual.

La tasa de mortalidad infantil presentará también una leve declinación, llegando en el año 2010 a un valor que, aunque no es bajo, se acerca a un nivel razonable en el contexto latinoamericano (42 por mil).

Como resultado de los cambios en los componentes demográficos, se podría esperar que la población ecuatoriana bordee los 15.6 millones de habitantes al finalizar la primera década del próximo siglo, registrando un aumento de 5 millones 68 mil habitantes respecto de la población estimada para 1990; esto es, un incremento promedio anual de 253 mil personas aproximadamente.

Asimismo los principales indicadores sociales evidencian un deterioro de las condiciones de vida de la población: 6.7% de la PEA en situación de desempleo y 42.8% en el subempleo; desnutrición global que afecta al 50% de la

población pre-escolar.

Desde el punto de vista económico, la década de los ochenta, a la que se la ha llamado la "década perdida", se caracteriza por el deterioro económico y la crisis, fenómenos que tienen su origen por lo menos en cuatro causas inmediatas: la caída de los precios del petróleo en el mercado mundial; la crisis financiera internacional que encareció el pago del servicio de la deuda; la aplicación de políticas económicas restrictivas; y, las pérdidas de la producción ocasionadas en los desastres naturales de 1983 y 1987.

Estos factores fundamentales y otros de menor importancia, determinaron que el crecimiento anual promedio del PIB en los años ochenta sea de alrededor del 2.3% indicador que apenas bordea la tasa de crecimiento poblacional que para los años ochenta se estimaba en un promedio anual del 2.27%

En cuanto al salario, si bien en términos nominales ha subido de 5.500 sucres mensuales en 1980 a 66.000 sucres en 1994; en términos reales ha caído de un equivalente a USD 202 dólares en 1980, a USD 31 en 1994, clara manifestación de la crisis socioeconómica y del deterioro de la calidad de vida a niveles de subsistencia en la que se debaten las mayorías nacionales.

Dentro de este panorama general, la participación de los gastos de los sectores sociales en el PIB es de 5,05% promedio en el período 1980-1990 con una tendencia hacia una disminución, puesto que esta participación es de 5,82% en 1980, mientras que en 1990 es de 4,7%.

Por su lado, los gastos estatales en salud y desarrollo

comunal (que son una parte de los gastos de los sectores sociales), comparado con el PIB en el período que estamos analizando, en promedio apenas alcanza el 1.15%.

El conjunto de los sectores sociales, esto, educación, bienestar social, trabajo, salud, agua potable y saneamiento ambiental, en la década de los ochenta (período 1980-90), han tenido una participación promedio en el presupuesto del Estado (excluyendo del presupuesto total el pago de la deuda) del 40.58%. Y el sector de la salud, así mismo en promedio alcanza apenas una participación del 7.42% en el mismo período. Para 1994 se ha reducido drásticamente a menos del 5%.

Por otro lado, la sociedad ecuatoriana se caracteriza no solo por la existencia de una rígida estratificación social, producto de la división social del trabajo y la distribución del ingreso, sino también por su diversidad étnico-cultural dada la presencia histórica de distintas nacionalidades indígenas a lo largo del territorio nacional.¹

La crisis de los años 80 y la creciente deuda externa afectaron el presupuesto fiscal. El gasto público y particularmente el gasto social se vieron afectados, pero en general el Estado ha mantenido sus niveles y funciones reguladoras e intervencionistas en la economía. Hoy se discute ese modelo de desarrollo histórico, ese estilo de desarrollo sustentado en un fuerte apoyo estatal.

¹La Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador CONAIE ha insistido en su demanda de plurinacionalidad del Estado ecuatoriano. Otros sectores oficiales y/o gremiales plantean la existencia de diversos "pueblos indígenas" o "grupos étnicos" y rechazan la tesis de plurinacionalidad.

Bien se puede afirmar que hay dos grandes tendencias o posiciones frente a esta situación. Una que plantea "reducir el tamaño del Estado" (privatizando o suprimiendo instituciones), sus niveles y áreas de regulación, dejando la mayor libertad posible a las fuerzas del mercado como mecanismos de autoregulación del sistema.

La otra posición, reconociendo la necesidad del intervencionismo del Estado, plantea una reforma modernizadora de la administración pública, a través de la cual se pueda tecnificar, elevar la eficiencia y eficacia de las instituciones estatales, fortalecer los gobiernos seccionales para descentralizar funciones y focalizar la acción social del Estado.

De lo expuesto se deduce que dentro del manejo de la política económica y en particular de la política fiscal no se priorizó el desarrollo social frente al desarrollo económico, en la medida que su participación presupuestaria fue siempre decreciente. (Pachecho, L. "Análisis Sectorial en Salud". OPS, Quito, 1992).

En síntesis, según últimos estudios (CONADE, INEM, OIT, UNICEF, FRENTE SOCIAL) el índice de pobreza aumenta significativamente en el país. De un 48% registrado en 1982 se pasa a un 65% de la población que para 1993 se encuentra en situación de pobreza, esto es que no logra satisfacer las necesidades básicas de alimentación, vivienda, educación, salud, empleo dada la precariedad de los ingresos familiares.

El paciente moderno también necesita al médico de la familia antes que a los especialistas, por motivos económicos y de confianza. La propia necesidad del paciente es la que garantiza hoy día la sobrevivencia del

médico de cabecera, por lo que se llega a la conclusión opuesta, a la tendencia de suponer que en los tiempos modernos el especialista será él.

Es un hecho conocido que el enfermo al acudir al médico no busca principalmente a quien le cure sus males sino a quien le comprenda, le de orientación y le ayude.

Por más que los propios médicos de cabecera aconsejan a sus pacientes que acudan al especialista, muchos se resisten, a veces lo que pasa es que temen gastar mucho tiempo y dinero acudiendo a los especialistas.

Otro de los factores más importantes que ha hecho posible la sobrevivencia del médico de cabecera es que se refiere a la parte emotiva y humana del paciente, el factor confianza es apuntado por casi todos los pacientes que se mantienen fieles a su médico. Las familias siempre tardan un poco en elegir a su médico porque siempre van a exigirle dos cosas: idoneidad y seriedad; que posea los conocimientos necesarios, que dé prueba de ello y que al mismo tiempo no los defraude y no busque ninguna ventaja en su situación; muchos pacientes se dirigen a otros lugares, pero finalmente vuelven a su médico convencidos de que éste les proporciona más confianza.

Todo esto si consideramos a las familias del área urbana de clase media y media baja, no así en pacientes de clase baja del área rural en las que juega un papel determinante la presencia de un médico rural o del médico del pueblo más aldeaño.

Con enfermería sucede lo propio, el paciente o el usuario confía más en la enfermera que le demuestra conocimiento, interés y cariño. La práctica médica actual no permite

mayor acercamiento tanto del equipo de salud, familiares y pacientes. Las especialidades y las super-especialidades están olvidando el aspecto humano, de conciencia, de moral y el entorno que rodea a las personas. Ocupa la mayoría de su tiempo en la investigación y el perfeccionamiento de cada una de las áreas convirtiéndose en un total desconocedor del resto de aspectos de medicina general.

Es determinante la influencia exterior de la tecnología, descubrimientos científicos, drogas, tratamiento, etc., las que obligan al médico ecuatoriano a mantenerse a la par con el mundo en el que nos desarrollamos.

En los últimos días a través de los medios de comunicación colectiva se ha establecido un debate en relación al Proyecto de Ley de "Mala Práctica Médica" circunstancia que ha motivado la expresión de todos los sectores involucrado en ella y va desde el campo del derecho hasta el ejercicio de la medicina en todas sus implicaciones.

No dudamos en sostener que existe una intencionalidad orientada por sectores interesados en sobredimensionar las catalogadas fallas, que no deben ocurrir por la supuesta condición de infalible del médico, lejos de los imponderables del ser humano, dando la imagen de hombres que no pueden equivocarse, y, de hacerlo incurrirán en hechos dolosos o culpados objetos de la suprema represión que los vuelve reos de la culpa por acción u omisión de actos inherentes a la profesión.

Ya en los albores de la Medicina se crearon Códigos Punitivos que castigaron hasta con la propia vida los desaciertos de los médicos de entonces, bajo formas sociales coercitivas como el esclavismo y el feudalismo,

Paradójicamente, mientras las sociedades progresan, se democratizan, se lucha por la vida, se opone a las tiranías, existen seres que se vanaglorían de su verticalidad y dureza, es decir, retroceder la historia varios siglos para cumplir consignas de las empresas aseguradoras.

Desafortunadamente, este intento de dogal a la clase médica encuentra a los gremios sin la fuerza de convocatoria y movilización necesarios para enfrentar esta realidad, situación que desde ya creemos debe superarse con la conciencia colectiva de los médicos por la total oposición a este equívoco jurídico, tanto por el desconocimiento de la práctica médica como por su inaplicabilidad.

No obstante reconocer el hecho cotidiano de la deshumanización y mercantilización de la Práctica Médica como manifestaciones sistémicas de la estructura societal, creemos que los únicos llamados a normatizar la Práctica Profesional de los Médicos, son los propios actores sociales, utilizando instrumentos idóneos de evaluación tanto de la práctica individual como de la eficiencia de los servicios de salud, mediante la auditoría médica vigente, pero de escasa aplicación modernizando la Ley de la Federación Médica en lo que concierne a: relación de dependencia laboral, incrementos salariales de acuerdo al escalafón, libre ejercicio, rol de los Tribunales de Honor, de las sanciones a la práctica defectuosa.

En el país ha prevalecido un modelo de atención curativo; en lo que a acciones de prevención y fomento se refiere ha generado una producción y cobertura limitada. El nuevo modelo que el Ministerio de Salud; actualmente ha puesto en función, viene venciendo las resistencias que los

cambios generan, por tanto tiene delante de sí una ardua tarea de doble vertiente: demostrar en los campos que otros modelos no lo hicieron, sus virtudes y potencialidades, con resultados concretos, medibles en el corto plazo y de otro lado, concomitante sentar las bases para un sostenido proceso de reformas sanitarias que prevalezcan, se consolide y desarrolle a través del tiempo para constituirse en el referente a una Política Sanitaria Nacional, que marque el derrotero de la salud en el Ecuador hacia el futuro.

Se cree que Salud Familiar y Comunitaria Integral constituye, pues, una estrategia alternativa de concepción, organización y prestación de servicios de salud que incluye dentro de sí, en tanto integral, iniciativas, actividades y programas en respuesta que perfiles epidemiológicos locales, en busca de su solución. Si esta estrategia se cumpliera con la filosofía para la que fue creada tal vez mejoraría el sistema de salud del país.

Para que exista un verdadero cambio se requiere el concurso amplio y decidido de todos quienes estamos en el campo de salud, cualquiera sea el área. Se requiere una voluntad colectiva comprometida de cambio que, superando discusiones a veces superficiales y epidérmicas centre su acción, su revisar métodos, procedimientos que autocriticamente deben ser superados, que dirija sus esfuerzos hacia el análisis en función de beneficios generales por sobre consideraciones, que por particulares, deben pasar a lugares secundarios.

Se tomaría en cuenta la integralidad en términos de favorecer a la prevención, sin olvidar la recuperación y sin olvidar la rehabilitación. Integralidad en términos de

propender a una atención que tome en consideración al niño, al adolescente, al hombre, la mujer, al anciano, integralidad, direccionar y articular correctamente, tanto acciones y programas, como establecimientos y niveles en función de necesidades y aspiraciones poblacionales.

En la actualidad los monopolios farmacéuticos realizan desesperados intentos por salvar esta industria que siente la crisis del capitalismo. Las transnacionales utilizan a las poblaciones de los países dependientes como animales de experimentación con los consiguientes riesgos que esto significará. El capitalismo ha puesto la ciencia al servicio del lucro de sus intereses económicos y no al servicio de las auténticas necesidades de los pueblos. Los monopolios aumentan sus ganancias subiendo el precio de sus productos de acuerdo al país en que los venden. Las fuentes más importantes de utilidad para las empresas farmacéuticas son dos: la sobre facturación o sobre precio de las materias primas importadas y la explotación brutal a los obreros productores de las medicinas.

No hay duda que la ciencia no tiene razón de existir si no es divulgado para beneficio de la humanidad. Los conocimientos y experiencias de los investigadores deben ser compartidos y transmitidos, ajenos a fronteras o distingos políticos, más aún cuando el objetivo tiene que ver con vidas humanas.

En medicina, aquellos conocimientos y experiencias de los galenos en cada una de sus especialidades, se han adquirido los más en centros extranjeros, bien dotados técnicamente y dirigidos por eminentes profesores. Luego de su retorno es labor del médico ecuatoriano aplicarlos en nuestra población y adaptarlos a nuestra realidad económica y social.

Los eventos científicos serían entonces el mejor termómetro para evaluar el servicio de nuestras experiencias adquiridas en otros horizontes. Si bien es cierto que los Congresos Internacionales son elementos valiosos que aportan con nuestra actualización académica, pues distinguidos maestros nos imparten sus experiencias no es menos verdad que en muchos de estos encuentros se encuentran ausentes contribuciones nacionales.

La política actual que regula la práctica médica en general por parte del Gobierno Nacional tiende a mejorar la salud del pueblo ecuatoriano a través de que existan medicamentos a precios populares.

El Programa de Medicamentos Genéricos, el Plan de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud, entrega de medicamentos gratuitos a menores de 14 años, el Programa de PAACMI, control y prevención de enfermedades por el desarrollo de campañas de vacunación, fumigación y vigilancia epidemiológica y en especial labores de medicina preventiva, educación, capacitación.

Lo importante es que la actual práctica médica ecuatoriana, no se ha quedado rezagada con el adelanto de la medicina a nivel mundial, ya sea por esfuerzos individuales, de ONGs, de instituciones interesadas en la ciencia se realizan muchos mecanismos por transmitir tecnología, equipos, descubrimientos y aplicarlos en el país adaptándolas a las condiciones de vida en las que nos desarrollamos actualmente.

Muchas de las personas que antiguamente viajaban fuera del Ecuador para realizarse tratamientos o cirugías en otros países al más alto costo, en la actualidad lo pueden hacer.

CAPÍTULO IV

3. LEGISLACION MEDICA Y DE SALUD

El carácter legal de las acciones de salud y de las instituciones que las realizan, proviene de actos de legislación (leyes, decretos, acuerdos, etc), que el Estado y sus instituciones han ido estableciendo de conformidad con los requerimientos impuestos por la dinámica de la relación oferta-demanda de servicios de salud, sin llegar a solventarlos en muchos casos. Las modificaciones sufridas en la base legal han pretendido ampliar el ámbito de acción institucional en lo referente a cobertura poblacional, incorporación de avances tecnológicos y científicos, cambios administrativos, en orientación de las acciones hacia el fomento, protección, recuperación o rehabilitación de la salud, de acuerdo a sus objetivos.

La Constitución de la República especifica el derecho de todo ecuatoriano, a "un nivel de vida que asegure la salud, la alimentación, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios" (Artículo 19 numeral 14). Tal disposición jurídica traduce una forma de comprensión de la salud que la ubica en una parcela muy limitada a e incómoda con los demás elementos mencionados en esta definición y con otros que en ella no se toman en cuenta y que conforman la salud como un todo.

Esta generalizada concepción, es en muchos casos, causa de los restringidos espacios de acción en salud, que la base legal permite a las instituciones del sector.

El Código de Salud, elaborado en 1971 y, que con algunas modificaciones sigue vigente, sustituyó a anteriores leyes

obsoletas y dispersas y representa la intención de centralizar en el Ministerio de Salud Pública, creado cuatro años antes, el control del sector.

Este instrumento jurídico, que parte del reconocimiento de que es responsabilidad del Estado el velar por la salud individual y colectiva, como uno de sus principales deberes, obliga a que todas las acciones de salud sean reguladas por sus disposiciones o por leyes especiales y reconoce como organismos competentes en salud al Ministerio de Salud Pública en el orden político, económico y social, y la Dirección Nacional de Salud en el orden técnico administrativo, normativo, directivo, ejecutivo y evaluador.

Sus disposiciones regulan las acciones en los siguientes campos:

- Protección de la salud:

- . Saneamiento ambiental
- . Epidemiología y medicina preventiva
- . Fomento y promoción de la salud
- . Registro sanitario
- . Alimentos
- . Medicamentos en general
- . Drogas y dispositivos médicos
- . Cosméticos, productos higiénicos y perfumes
- . Plaguicidas
- . Establecimientos farmacéuticos
- . Atención médica de la recuperación de la salud y de la rehabilitación del paciente.
- . Ejercicio de las profesiones médicas, odontológicas y veterinarias.
- . Servicios clínicos generales

- . Muerte e injertos
- . Relaciones de la autoridad de salud con las municipalidades.

- Jurisdicción, competencia, procedimiento y penas

. En esta sección se definen las autoridades en materia de salud, su campo de acción, los procedimientos y penas ante infracciones a las normas señaladas por el código.

En general las instituciones se caracterizan por ejecutar actividades de diversa índole que aparentemente serían complementarias como: planificación, prestación de servicios, formación de recursos y de apoyo a las anteriores, elementos definidos previamente por este estudio.

El Ministerio de Salud Pública es por Ley el órgano rector del sector salud y planifica las acciones que el Estado brindará a la población en ese ámbito.

Antes de la creación del Ministerio de Salud Pública eran las Juntas Centrales y Provinciales de Asistencia Social las que legalmente tenían la responsabilidad de la recuperación de la salud, que basaban su accionar básicamente en principios filantrópicos.

Por Decreto Legislativo No.084 se crea en 1962 el Ministerio de Salud Pública "para atender las ramas de sanidad, asistencia social y los más que se relacionan con la salud en general". (Registro Oficial No.149, 1967). La base legal otorga al Ministerio de Salud Pública una amplia competencia en salud que va desde acciones planificadoras o ejecutoras, como son: velar por el

mejoramiento del nivel de salud de la población; establecer las políticas estrategias; desarrollar los programas de atención integral a personas y medio ambiente; coordinar, normalizar y controlar las actividades de salud de otras instituciones públicas o privadas, intrasectoriales y extrasectoriales, nacionales e internacionales; fortalecer y fomentar la participación comunitaria; fortalecer la coordinación y cooperación intra e intersectoriales; promover y desarrollar la investigación.

Los cambios que ha tenido la base legal del Ministerio de Salud Pública han respondido, en cierta medida, a las modificaciones de su dinámica técnica, administrativa, financiera y política y de su estructura orgánica.

En 1975 respondiendo a la ampliación del campo ministerial se crea por Decreto Supremo la Subsecretaría de Saneamiento Ambiental y Obras Sanitarias (Registro Oficial No.738 de la Ley). En ese mismo año del Ministerio de Salud Pública, para afrontar la problemática de medicamentos que sufría el país, con la conformación de una comisión interinstitucional revisora del cuadro de medicamentos (Acuerdo Ministerial No.4520). El Ministerio de Salud Pública forma parte de un Comité Biministerial con el Ministerio de Industrias, Comercio e Integración con la finalidad de revisar los precios de los medicamentos de consumo humano. El marco legal en el ámbito de los medicamentos se caracteriza por continuas reformas que modifican los precios y otorgan tratamiento especial a la industria farmacéutica para la importación de fármacos e insumos para su fabricación.

Después de quince años de la creación del Ministerio de Salud Pública se estableció su reglamento técnico

funcional para normar su estructura y funcionamiento (Registro Oficial No.754 de 1979).

En 1980 se crea el Consejo Nacional de Salud con la finalidad esencial y privativa de coordinar las instituciones del sector, asesorar y orientar las políticas de salud y procurar la creación del Servicio Nacional de Salud, por el escaso apoyo político; tales funciones se han visto limitadas.

En 1981 se decreta la gratuidad de los servicios pretendiendo redistribuir la riqueza nacional en beneficio de la mayoría popular. Un año más tarde correspondiente a un nuevo enfoque administrativo que pretendió iniciar un proceso de descentralización, se crea la Subsecretaría de Salud de la Región II con sede en la ciudad de Guayaquil, de la cual dependerán las direcciones provinciales de salud del Guayas, Manabí, Los Ríos, El Oro, Loja, Zamora Chinchipe y Galápagos.

Dentro de la Legislación Médica tenemos varios cuerpos legales, que rigen tanto el ejercicio de la profesión médica y sus afines, cuanto los deberes y derechos de las personas usuarios y pacientes que reciben los efectos de la práctica y ejercicio del mismo.

Los cuerpos legales mencionados son:

- Código de Salud
- Código de Moral Médica
- Ley de Federación Médica
- Ley de Federación de Enfermera
- Ley de Federación Odontológica
- Ley de Federación de Trabajo Social
- Ley de Federación de Obstétricas

- Ley de Federación de Tecnólogos Médicos

Todos estos en base a la Constitución de la República del Ecuador han permitido regular la marcha de los servicios de salud con la Dirección del Ministerio de Salud Pública, a partir de su creación.

Estas leyes a través de los años se han ido perfeccionando y renovando acorde con los avances de la ciencia y cada vez creando respaldo para los sectores interesados cuando el caso lo requiera.

En nuestro país no existen muchas leyes que penalicen la mala práctica médica y de salud sin embargo la pena moral que imponen los organismos gremiales y la sociedad es considerada una de las más duras en el ejercicio de las profesiones médicas y afines.

3.1. CODIGO DE MORAL MEDICO

Fue publicado por la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas, Guayaquil noviembre de 1972, como criterio de los Miembros de la Comisión de Deontología del Círculo Médico Nacional, que fue aprobado por el VI Congreso Médico Latinoamericano y adoptado por el Sindicato de Médicos de la República Argentina.

3.2. LA LEGISLACION MEDICA ECUATORIANA

Exige una permanente revisión de nuestras Leyes y con ello mejorar nuestras propias acciones en beneficio directo de los médicos ecuatorianos y las instituciones de salud.

El Código de Salud no ha sido revisado desde 1960 que se

crea el Ministerio de Salud Pública, sin olvidar mediante acuerdos ministeriales transitorias, normas y reglamentos se ha tratado de viabilizar su aplicación en todos los campos. Solo un cabal conocimiento de nuestros instrumentos jurídicos, permitirá un mejor cumplimiento de las obligaciones propias del médico, que repercutirá en una mayor confianza y respetabilidad de nuestra máxima institución gremial.

Dentro de los principales documentos legales vigentes, la Comisión Ejecutiva Nacional entrega a los médicos del país, a través de los diferentes Colegios Provinciales como un aporte positivo para un mejor conocimiento y organización nacional de la misma forma se procede con las profesiones afines.

El Registro Oficial No.876, Decreto 3576-A.

El Consejo Supremo de Gobierno.

Que entre los deberes fundamentales del Estado, está el velar por la salud individual y colectiva de los habitantes del territorio nacional.

Que la clase médica, es el factor fundamental para cumplir esta elevada y noble misión.

Que es necesario contar con un ordenamiento jurídico acorde con la realidad del momento.

Que las disposiciones que reglan la estructura y el funcionamiento de la Federación Médica Paraguaya, a lo largo del tiempo han sufrido modificaciones que han permitido la incorporación de nuevos miembros y la adaptación a las necesidades de la clase médica paraguaya, lo que permite un mejor cumplimiento de sus deberes y obligaciones.

calidad de que se halla investido, expide las respectivas leyes.

La reformada y codificada de la Federación Médica Ecuatoriana para el ejercicio;

- Reglamento a la Ley de Federación Médica Ecuatoriana.
- Código de Etica Médico.
- Reglamento Unico de Concurso para la provisión de cargos médicos a nivel nacional.
- Reglamentos internos de la Asamblea Nacional y sesiones de directorio.
- Reglamento del Ministerio de Salud Pública para auspicio de los certámenes de carácter científico que se realizarán en el Ecuador a través de la Federación Médica Ecuatoriana.
- Federación Médica Ecuatoriana, Reglamento de Pases Administrativos en una misma institución.

3.3. LA DECLARACION DE GINEBRA

Es una declaración que realizan todos los médicos al ser investidos de su título que les permite ejercer la profesión y dice lo siguiente:

Yo, el doctor en Medicina, he sido investido de mi título y he jurado cumplir con el deber de mi profesión.

Ótorgue a mis colegas los respetos, gratitud y consideraciones que merecen;

Ejercer mi profesión dignamente y a conciencia;

- Velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente.
- Guardar y respetar los secretos a mi confiados;
- Mantener incolume por todos los conceptos y medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica.
- Considerar como hermanos a mis colegas;
- Hacer caso omiso de credos políticos y religiosos, nacionalidad, razas, rangos sociales, evitando que éstos se impongan entre mis servicios profesionales y mi paciente.
- Velar con sumo respeto e interés por la vida humana desde el momento de la concepción y aún bajo amenaza, no emplear mis conocimientos para contravenir leyes humanas;
- Solamente y espontáneamente, bajo mi palabra de honor, procurar cumplir con lo antedicho;

Procuraré que cumpliré las obligaciones que me imponen la Constitución y la Leyenda de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

3.1. CÓDIGO DE HONOR DEL MEDICO DE LAS FAMILIAS

Los médicos y enfermeras que trabajan en el modelo de atención a 120 familias deben observar estrictamente los principios de la ética médica vigente en nuestro país para todo el personal de salud.

Las particularidades que caracterizan su trabajo, que se desarrolla fundamentalmente en el terreno, necesaria y convenientemente deben promover amistad, confianza y respeto entre el médico y la población por cuya salud debe velar. Esto a la vez determina que los principios de la ética médica tengan que ser cuidadosamente observados y algunos ampliados.

Su función esencial, ser guardián de la salud, implica que debe estar en estrecho contacto con las familias que atiende, visitar sus hogares, familiarizarse con sus hábitos de vida, higiene, cultura y todos los aspectos que directa o indirectamente influyen en la salud.

Es su primer deber detectar lo que en la vida diaria puede incidir negativamente en la salud, y con paciencia, sencillez y perseverancia, esforzarse por producir los cambios necesarios, tendientes a alcanzar un modo de vida más sano.

Debe ser un observador perspicaz y aprender a escuchar atentamente y sin prisa todo lo que le refieren, mostrando un gran interés por las preocupaciones o interrogamientos que le planteen, las que deben tener una respuesta adecuada.

Debe lograr que sus sugerencias sean acogidas libremente que en forma de colaboración y los aplicarlos en forma adecuada. Deben ser de carácter permanente y estar en constante actualización.

- Hacer la coordinación con el médico o personal responsabilizado con la realización del procedimiento, fijando día y hora en que éste debe hacerse.

- Explicar cuidadosamente al paciente la necesidad del procedimiento y si este es el caso, las reacciones biológicas o riesgos que el mismo implica. Responder, como se señaló anteriormente, todas las preguntas que se formulen.

- Siempre que se considere necesario y sea posible, estar al lado del paciente en el momento de realizarse el procedimiento y tratar de inculcarle tranquilidad y confianza. Si se trata de una interconsulta, se obtendrá del especialista interconsultante toda la información que se requiera para asegurar la calidad del seguimiento médico ulterior.

- Explicar al paciente, de forma comprensible, los resultados obtenidos y el significado diagnóstico, pronóstico y terapéutico de los mismos. Cuando se estime que los resultados total o parcialmente no deben ser del conocimiento del paciente, se seleccionará un familiar para hacerle la información completa, aclarando en la medida de las posibilidades todas las dudas que al respecto se planteen.

Todo paciente asistido en el hogar o en la consulta que se piense debe ser seguido médicamente, se visitará o irá a la consulta cuantas veces se crea conveniente, sin esperar por sus llamadas. Si es necesario deben hacerse las coordinaciones pertinentes que posibilite una interconsulta o derivación, juntamente con el personal pertinente.

Hacer la coordinación con el médico o personal responsabilizado con la realización del procedimiento, fijando día y hora en que éste debe hacerse.

- Explicar cuidadosamente al paciente la necesidad del procedimiento y si este es el caso, las reacciones biológicas o riesgos que el mismo implica. Responder, como se señaló anteriormente, todas las preguntas que se formulen.

- Siempre que se considere necesario y sea posible, estar al lado del paciente en el momento de realizarse el procedimiento y tratar de inculcarle tranquilidad y confianza. Si se trata de una interconsulta, se obtendrá del especialista interconsultante toda la información que se requiera para asegurar la calidad del seguimiento médico ulterior.

- Explicar al paciente, de forma comprensible, los resultados obtenidos y el significado diagnóstico, pronóstico y terapéutico de los mismos. Cuando se estime que los resultados total o parcialmente no deben ser del conocimiento del paciente, se seleccionará un familiar para hacerle la información completa, aclarando en la medida de las posibilidades todas las dudas que al respecto se planteen.

Todo paciente asistido en el hogar o en la consulta que se piense debe ser seguido médicamente, se visitará o citará a la consulta cuantas veces se crea conveniente, sin esperar por sus llamadas. Si es necesario deben hacerse las coordinaciones pertinentes que permitan una interconsulta o derivación, justasente en el sistema que funcione.

falta
pag # 114

atiende, no divulgará aspectos que sean parte de la vida privada de los pacientes o de personas con ellos relacionados.

Cuidará su aspecto personal, tanto en lo físico como en el vestir, evitando todo tipo de extravagancias.

Debe convertir en necesidad el estudio diario de manera que se mantenga actualizado permanentemente.

Se esforzará porque su trabajo tenga una alta calidad técnica y sea a la vez realizado con sencillez, afabilidad y dedicación, lo que le ganará el afecto y reconocimiento de la población que atiende.

Por su trascendencia, esta idea de nuestro Comandante en Jefe, basada en la mejor tradición del trabajo médico y en un infinito amor por el hombre, dará a la práctica de la Medicina una nueva dimensión más universal y humana. El contribuir al éxito de la misma es a la vez que un alto honor, un sagrado compromiso.

3.5. LEGISLACION LABORAL, DEMANDA DE LOS TRABAJADORES Y SALUD.

El derecho laboral surge en Ecuador en julio de 1925, teniendo como antecedente influyente tanto situaciones nacionales e internacionales; entre las primeras se destaca el desarrollo industrial que determina la existencia de una clase obrera que reclama sus derechos haciéndose presente en el escenario político en el año 1932.

Entre los sucesos internacionales tenemos la toma del poder por la clase obrera en 1917, la creación de la

atiende, no divulgará aspectos que sean parte de la vida privada de los pacientes o de personas con ellos relacionados.

Cuidará su aspecto personal, tanto en lo físico como en el vestir, evitando todo tipo de extravagancias.

Debe convertir en necesidad el estudio diario de manera que se mantenga actualizado permanentemente.

Se esforzará porque su trabajo tenga una alta calidad técnica y sea a la vez realizado con sencillez, afabilidad y dedicación, lo que le ganará el afecto y reconocimiento de la población que atiende.

Por su trascendencia, esta idea de nuestro Comandante en Jefe, basada en la mejor tradición del trabajo médico y en un infinito amor por el hombre, dará a la práctica de la Medicina una nueva dimensión más universal y humana. El contribuir al éxito de la misma es a la vez que un alto honor, un sagrado compromiso.

3.5. LEGISLACION LABORAL, DEMANDA DE LOS TRABAJADORES Y SALUD.

El derecho laboral surge en Ecuador en julio de 1925, teniendo como antecedente influyente tanto situaciones nacionales e internacionales; entre las primeras se destaca el desarrollo industrial que determina la existencia de una clase obrera que reclama sus derechos haciéndose presente en el escenario político en el año 1922.

Entre los sucesos internacionales tenemos la toma del poder por la clase obrera en la URSS, la creación de la

- El capítulo cinco trata de la prevención de riesgos, de las medidas de seguridad e higiene, de los puestos de auxilio, y de la disminución por la capacidad para el trabajo.³

Por otro lado, basados en el literal 27 del artículo 5 del Código del Trabajo, el IESS promulga el reglamento de seguridad e higiene del trabajo.

El reglamento en mención, que ha sufrido modificaciones y ampliaciones cuya última actualización data de diciembre de 1982, teniendo como objetivo básico: La prevención de riesgos laborales sean estos provenientes de accidentes de trabajo o de enfermedades profesionales en su estructura, en lo sustancial comprende:

- Señalar actos y condiciones potencialmente peligrosas.
- Servir de guía para que en cada empresa se elaboren los reglamentos internos de seguridad e higiene.
- Establecer sanciones por la inobservancia de las disposiciones de este reglamento y de la Ley Institucional.⁴

Todos estos aspectos puntualizados de alguna manera influirán en la siguiente situación de salud física y psíquica de los trabajadores.

3 CÓDIGO DEL TRABAJO, con las últimas reformas, Circular de Justicia del Ecuador. Imprenta Bolívar 1984. Quito.

4 REGLAMENTO DE SEGURIDAD E HIGIENE DEL TRABAJO. IESS, S.A. Circular No. 1822. Circular de Justicia del Ecuador de Organización y Recopilación de la Ley y Decretos. Quito, 1982.

En general tanto el Código del Trabajo y los Reglamentos de Seguridad e Higiene del Trabajo, sintetizan las políticas del Estado hacia el sector laboral del país que indiscutiblemente son la expresión de la situación social, económica y política que por una parte demuestran el desarrollo y consolidación de un capitalismo de corte moderno que pone el ritmo del modo de producción actual, por otra parte es consecuencia de la organización de la clase obrera y sus conquistas a través de la historia, siempre en ascenso y creando cada día conciencia de su rol socio-político frente a la sociedad.

Las conquistas alcanzadas en lo referente a la salud ocupacional depende directamente de la capacidad de presión de los trabajadores y, esto lo evidencian las condiciones bajo las cuales se promulgaron las leyes laborales como el código, reglamentos y las instituciones encargadas de hacer cumplir los postulados de esta legislación. Las primeras décadas del presente siglo (1910-1920) se constituyen en hitos para lograr mejoras en las condiciones del ambiente laboral y en general de los derechos de los trabajadores.

Esto quiere decir que fueron necesarias las jornadas de noviembre de 1922 y su entorno histórico para que se aprueben Decretos, Leyes y finalmente el Código de Trabajo y sus entes institucionales que las ejecuten. Luego, la aplicación o no de esta legislación será el resultado de la fuerza de las demandas obreras, las mismas que dependerán de la prioridad que se las dé, ya sean compensaciones monetarias por riesgos o por la eliminación de los mismos a través de la implementación de medidas de saneamiento laboral.

Hoy en día la demanda más común de los sindicatos es la de

la compensación monetaria por condiciones de trabajo que representa riesgo para la salud y no por la eliminación del mismo, este problema tiene una dosis ideológica que le hace pensar al obrero con criterio empresarial de fuerza laboral restituible a un precio "X" y no como un ser humano que cada día desgasta y repone su vida.

En lo que se refiere a nuevas políticas y la legislación actual de salud tenemos que:

El Ministerio de Salud Pública ha determinado y legalizado la regionalización del país en 197 áreas locales de salud, que constituyen unidades geográficas poblacionales dotadas de una red de servicios integrados de salud, que desarrolla la prestación de servicios, según el nuevo modelo de atención.

Cada área local de salud para cubrir a la población respectiva, tiene una red de unidades que brindan:

- Atención básica (subcentros, hospitales cantonales y centros de salud urbanos).
- Atención complementaria (exclusiva en los hospitales cantonales y centros de salud).

El personal, equipamiento y planta física de atención básica permiten resolver un 80% de los problemas de salud más frecuentes y que no requieren especialización u hospitalización. El restante 20% se refiere a los centros de salud u hospitales cantonales.

Para la atención complementaria, se cuenta con personal especializado y equipamiento que eleva la capacidad de diagnóstico y tratamiento. Pueden resolver aproximadamente un 80% de los problemas referidos desde los subcentros.

Considerando criterios de diversidad geográfica y cultural, así como de densidad poblacional, se han diseñado 4 diferentes tipos de áreas de salud que, a su vez varía en cuanto a su conformación, según las características de la población.

CUADRO No.1

TIPO DE AREA	RED DE UNIDADES	POBLACION TOTAL A CUBRIR
Rural	5 a 6 subcentros 1 hospital cantonal	30.000 a 50.000 habitantes
Urbana Pequeña	2 a 3 subcentros 1 Hospital Cantonal o Provincial*	15.000 a 30.000 habitantes
Urbana Intermedia	4 a 5 subcentros 1 Centro de Salud*	25.000 a 40.000 habitantes
Metropolitana	6 a 7 subcentros 1 Centro de Salud*	63.000 a 70.000 habitantes

* Jefaturas de área (coordinación técnico-administrativa)

3.6 FORTALECIMIENTO Y MODERNIZACION DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y DEL SECTOR SALUD.

El componente está orientado a fortalecer la capacidad de gestión del Ministerio de Salud Pública y de

las más importantes instituciones del sector, así como a propiciar una efectiva coordinación de los recursos sectoriales disponibles, a fin de optimizar su uso.

3.6.1 El problema

Es posible constatar que, históricamente, un contexto organizacional inadecuado ha impedido una administración eficiente y eficaz de los proyectos de beneficio social que han llevado adelante las instituciones de salud pública, más allá de la consistencia y coherencia que dichos proyectos hayan tenido.

De ahí que se necesite, de manera imperiosa, contar con una competencia institucional que garantice el logro de los resultados esperados.

3.6.2 El objetivo

Desarrollar y sostener un proceso de optimización de la eficiencia y eficacia del manejo -en todos los niveles de la institución- de los recursos humanos, físicos y financieros, mediante el diseño o actualización de sistemas y subsistemas técnicos, administrativos y jurídicos orientados a sustentar la implantación -a nivel nacional- del modelo de atención alternativo que impulsa el proyecto.

3.6.3 Los contenidos generales

El proceso de fortalecimiento y modernización del Ministerio de Salud Pública comprende los siguientes elementos:

3.6.3.1 La gestión

Se entiende como el conjunto de decisiones que permiten la ejecución de acciones confluyentes al logro de la "misión" definida para cada uno de los niveles del sistema institucional de servicios de salud.

El desarrollo de nuevas metodologías y tecnologías, especialmente en los ámbitos de la información y de la gestión de los recursos humanos, constituye el elemento clave del proceso que posibilite cambios importantes en la productividad, eficacia y eficiencia de la organización.

3.6.3.2 Los comportamientos organizativos.

El cambio se enfoca en la acción sobre tres frentes: estructura y sistemas, recursos humanos y, tecnologías de apoyo a la gestión. La integración y sostenimiento de las acciones diseñadas requieren de un marco legal propicio, pero sobre todo de una voluntad política perseverante.

La producción de cambios significativos en la "Cultura Organizacional" es otro elemento clave de un desarrollo institucional propicio para llevar adelante un proyecto.

Una "cultura" de lentitud, ineficiencia y falta de compromiso será reemplazada por otra de motivación, y entusiasmo por el cumplimiento de objetivos claros, en base al desarrollo tecnológico y organizativos de los recursos humanos.

3.6.3.3 La descentralización

La eficiencia de organizaciones grandes y complejas, como el Ministerio de Salud Pública, requiere cada día más de respuestas rápidas de gran agilidad adaptativa en los diferentes niveles de la institución. Este es el sustento de la propuesta de descentralización para una institución de salud que se distingue especialmente por sistemas administrativos convencionales.

Para un desarrollo exitoso de la descentralización del Ministerio de Salud Pública se requiere de una modernización tecnológica y organizacional, que le permita monitorear estrechamente tanto la calidad de los servicios brindados como los procesos administrativos-financieros que los sustentan; esto está ligado a la introducción y desarrollo de tecnologías en información y a la capacitación permanente de los recursos humanos, especialmente.

3.6.4 Las líneas de acción

Las líneas de acción fundamentales son:

- El desarrollo intensivo y sostenido de los recursos humanos con particular énfasis en la motivación y en la capacitación del personal para la administración, gestión, trabajo en equipo y liderazgo.

- El desarrollo y actualización de sistemas automatizados de información para la gestión administrativa.

- La adecuación de las estructuras organizacionales en concordancia con los esquemas descentralizados de manejo administrativo-financiero, en apoyo a la implantación del nuevo modelo de atención.

El proyecto FASBASE para llevar adelante las líneas propuestas, apoya la implantación y el desarrollo nacionales de:

3.6.4.1 Sistema de programación local.

*Provee criterios e instrumentos para la definición del volumen y tipo de actividades según las necesidades y problemas de la comunidad.

Incluye mecanismos e instrumentos de diagnóstico, planificación y monitoreo de actividades.

3.6.4.2 Sistema de información e informática.

*Asegura la disponibilidad de datos relevante y confiables para la adecuada toma de decisiones especialmente en los niveles locales. El proyecto apoya su automatización adecuada a las necesidades de la red. El sistema incluye aspectos gerenciales, financieros y de producción de servicios.

3.6.4.3 Sistema de supervisión y evaluación.

*Contribuye a la planificación y actualización de la gestión de los servicios médicos.

evaluación de los procesos, recursos y resultados, en torno a la búsqueda de un mejor nivel de salud para la población ecuatoriana. Se pondrá énfasis en la supervisión de la calidad de los procesos y su impacto antes que en la sola apreciación cuantitativa.

3.6.4.4 Educación permanente

*Ejecución del programa de educación permanente con todo el personal del área y en los diversos aspectos del desempeño (gerencial-administrativo, financiero, informático, epidemiológico, clínico, etc.)

3.6.4.5 Adecuaciones organizativas el Ministerio de Salud Pública.

*Fortalecimiento de la Dirección General de Salud y consolidación de la Dirección Nacional de Areas de Salud y Servicios Ambulatorios, a fin de que impulsen con vigor el desarrollo de la estrategia de atención primaria de salud y la construcción de los sistemas locales de salud en el país.

Adecuación y/o conformación de una instancia central que aglutine las actividades de administración, gestión y educación permanente de recursos humanos, fundamentada en los principios de eficacia, eficiencia, desconcentración y descentralización.

Vinculación entre las instancias de planificación y ejecución de la salud pública y el establecimiento de una estructura de gestión que fluya desde unidades locales descentralizadas a las Direcciones

Provinciales y el nivel central del Ministerio de Salud Pública.

3.6.4.6 Coordinación interinstitucional.

*Sentar las bases para un proceso de coordinación entre el Ministerio de Salud Pública y los esfuerzos y recursos del IESS y otras instituciones, sobre todo a nivel de área de salud. Avanzar progresivamente en estos mecanismos de coordinación en los niveles provincial y nacional.

4. INSTITUCIONES QUE SE DEDICAN A CUMPLIR FUNCIONES SOCIALES EN SALUD.

Es muy conocido, que en el Ecuador la atención de salud está a cargo de múltiples organizaciones de carácter formal, tanto públicas como privadas, así como de redes de atención informal, basadas en prácticas aborígenes y populares.

En el ámbito público, destaca el Ministerio de Salud Pública, como organismo rector de la política gubernamental en salud, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Junta de Beneficencia de Guayaquil entre las principales instituciones.

También, aunque con menor presencia, se cuenta las actividades y servicios de salud de las entidades fiscomisionales, algunos Municipios y Consejos Provinciales y de otros Ministerios (Ministerio de Gobierno, Ministerio de Relaciones Exteriores, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Educación, Ministerio de Bienestar Social, etc.)

En el subsector privado, se distingue aquel con fines de lucro, que comprende a los hospitales, clínicas y consultorios que proveen utilidades particulares y aquellas entidades privadas sin fines de lucro o con finalidad social como Fundaciones, Misiones Religiosas, Organizaciones de Voluntarios, etc.

En el campo no formal, en cambio, se incluyen a los agentes de la medicina tradicional como curanderos,

hierbateros, sobadores, etc., como a las prácticas populares vecinales (comadronas, tenderos, boticarios, etc.) e intrafamiliares (ejemplo: consejo de abuelas, madres u otros miembros de la familia).

En cuanto a la cobertura para la atención de morbilidad, globalmente se estima que cerca del 60% de la población utiliza al sistema formal y el 40% al informal (1). Un detalle por tipo de sistema y agentes utilizados puede ser visto en el siguiente cuadro:

CUADRO No.2

TIPO DE SERVICIO UTILIZADO EN EL ULTIMO CASO DE ENFERMEDAD
ECUADOR 1986

SISTEMA	SERVICIO O INSTITUCION UTILIZADA	PORCENTAJE
FORMAL	Ministerio de Salud Pública	18.0
	IESS	6.8
	Sanidad de Fuerzas Armadas	0.5
	Junta de Beneficencia de Guayaquil	1.6
	Otros públicos	2.2
	Servicios privados con fines lucro	25.9
	Servicios privados sin fines lucro	1.6
	SUBTOTAL	58.3
INFORMAL	Diversos agentes de la red informal (curanderos, boticarios, etc.)	4.1
	Atención intra-familiar	36.6
	Otros	1.0
	SUBTOTAL	41.7
	TOTAL DEMANDA DEL SECTOR	100.0

Fuente: Fundación Eugenio Espejo-Consejo Nacional de Salud; Estudio Oferta y Demanda de Servicios de Salud en el Ecuador. Quito, 1986.

Por lo visto, la variedad de sectores institucionales por si mismo no sería problema contando que Ecuador es un país con alta heterogeneidad social y cultural.

Más, este conjunto de organismos y formas de atención, en la práctica no mantienen ningún nexo de cooperación o articulación funcional alrededor de un Plan Común Atención en Salud. Por ello, la diversidad de oferentes más bien es una expresión discriminatoria para los usuarios, no solo por el acceso diferencial que ello representa sino por las diferencias de calidad de los servicios que proveen al actuar con políticas, normas y recursos diferentes entre sí.

Aunque se anotan significativas diferencias entre el sector público y privado, en general en el Ecuador, la gestión institucional puede ser calificada en su conjunto de centralizada, cuya base histórica se sustenta en el modelo global de administración pública y gobierno.

De este modo, en el sector salud, como en otros sectores del país, las instituciones presentan estructuras organizacionales de carácter tradicional, compartamentalizadas y fuertemente jerarquizadas y con prácticas de trabajo rutinarias, individualistas y con poca flexibilidad creativa.

Estas formas organizativas han condicionado el desarrollo de procedimientos administrativos rigidizados, lentos, burocratizados y sin duda de bajo rendimiento y eficacia institucional y que se reproducen en todos los niveles del sistema y que incluso son mantenidos por el reciclaje de recursos humanos capacitados bajo este mismo modelo.

De hecho, esta baja calidad funcional que experimenta el

sector, por una parte tiene que ver con el rasgo de centralización y por otra, con la poca eficiencia en sus niveles de desempeño. En otras palabras aparece no solo como un problema de organización sino también de funcionamiento.

En los niveles de conducción central se expresa en la forma como se adoptan las políticas y diseñan los planes institucionales, prácticamente sin contar con la participación de los clientes o beneficiarios. Ello ha conducido a que se hayan estructurado modelos de atención desde la oferta, por tanto con grandes desfases en la realidad operativa.

De allí que una propuesta de descentralización (vg. los sistemas locales de salud, SILOS) que no cambie la modalidad de las estructura organizacionales puede reproducir el modelo centralizado aún a nivel local.

Asimismo, a nivel operativo de los servicios de salud, la dirección de las unidades de producción de servicios, especialmente las de mayor complejidad como las hospitalarias, adolecen de las falencias descritas, en donde un volumen muy alto de decisiones técnicas y administrativas pasan por la cúpula directiva o requieren para su gestión de instancias dependientes de la conducción central.

En suma, la carencia de mecanismos de relación y comunicación ágiles y eficientes en las instituciones del sector han acentuado con la crisis un "burocrático enfermizo", que ha perdido la misión institucional, desmotivando el personal y agudizando la crisis del sector.

4.1 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Se crea en 1967, siendo uno de los últimos en crearse en América Latina; varios años más tarde se organiza administrativa y estructuralmente sobre la infraestructura de la Sanidad y la Asistencia Pública existente. Su creación responde a las políticas diseñadas por los países que atraviezan situaciones difíciles y que se enmarcan en programas de desarrollo social que en salud se explicitan; en la Declaración de Punta del Este y más tarde en el Plan Decenal de Salud de las Américas de 1972. Con este marco referencial el Ecuador arriba a una política de salud que dirige las líneas de acción y que se inspira en las políticas continentales. Un hecho fundamental en los primeros años de vida del Ministerio de Salud Pública, es la expedición del Código de Salud en 1971 que consagra al Estado la protección de la salud.

El Ministerio de Salud es el organismo rector de todas y cada una de las actividades que con relación a salud se desarrollan en el Estado ecuatoriano, a través de sus normas, reglamentos, decretos, acuerdos, haciendo cumplir sus políticas mediante estrategias, que acumulan proyectos y programas, muchos de los cuales he desarrollado en los ítems anteriores. El sistema de salud es considerado como el conjunto de unidades administrativas, productivas y de servicios responsables de responder a las necesidades de salud de toda la población. Su ámbito se circunscribe a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud individual y colectiva, formando unidades de acuerdo a la complejidad y ubicación territorial, con el propósito de brindar la mayor accesibilidad posible a la población según sus necesidades y de lograr la óptima utilización de los recursos y medios asignados.

El Ministerio de Salud Pública mediante Decreto Ministerial, a través del programa ampliado de alimentación materno-infantil PAACMI crea su propia procesadora de alimentos, los mismos que son preparados, almacenados y distribuidos a nivel nacional con su propio parque automotor. Dentro de los productos se encuentran: leche, soya, aceite, arroz, fréjol, harina, avena y quinua.

La política de salud para el período 1993-1996, señala lineamientos básicos como los siguientes:

- Reforma en la organización de los servicios de salud.
- Reforma en el financiamiento de los servicios de salud.
- Reforma para el desarrollo de los recursos humanos en salud.
- Reforma en la administración de los fármacos y de los programas de medicamentos en el Ecuador.
- Acción intersectorial para la salud y participación de la sociedad civil.
- Programa de alimentación y nutrición con énfasis en la prevención y control de la desnutrición de los niños menores de 5 años.
- Programa de agua potable básico. La autoabastecimiento de agua.

- Programa Nacional de Medicamentos Genéricos.
- Fortalecimiento y desarrollo de las áreas locales de salud.

El Ministro de Salud Pública ha definido como línea prioritaria de acción el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud y el desarrollo de las áreas de salud, como ejes vertebradores de la acción de servicios integrados, para una acción racionalizada que contribuya a mejorar la calidad y eficiencia de las prestaciones y a una plena optimización de los recursos. La implantación progresiva de las áreas de salud constituye la expresión concreta de una profunda reforma, en la organización de los servicios a través del cambio en el modelo de atención tradicional para proyectar otro que asegure una protección efectiva a la población. El modelo participativo, integral e intersectorial, preventivo sin descuidar lo curativo y lo rehabilitador con capacidad de resolución de los problemas locales de salud más frecuentes.

El año de rural de los profesionales de la salud en el Ecuador, se ha constituido en un verdadero problema ya que partiendo de la falta de coordinación entre las entidades formadoras de recursos en medicina y afines y el Ministerio de Salud Pública no permiten continuidad en la prestación de servicios; especialmente en las áreas rurales más apartadas existe un desfase de 2 a 3 meses, entre el profesional que inicia y el que termina este requisito y deja su área de trabajo. Otros problemas son los conocidos palanquitos por las condiciones de vida y expectativas del nuevo profesional y el incremento cada vez mayor de profesionales y la demanda que implica para

el Ministerio de Salud Pública su remuneración. Se han realizado reformas en el último año 1993 para el sorteo de los profesionales; dentro de las prioridades se considera a los alumnos que obtengan los mejores puntajes, diez de los primeros en su vida estudiantil para que puedan acoger los sitios de su preferencia. En el Congreso Nacional se estudia la posibilidad de reformar la Ley de Salud Rural y considerar un beneficio que se encuentra en estudio; lo perjudicaría y favorecería a muchos.

En lo que se refiere a recursos humanos, las cifras se mantienen inalterables ya que mediante el programa de Salud Familiar Integral y Comunitaria se incorporó en 1993 a 1500 profesionales de la salud a la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa, a médicos, enfermeras, odontólogos, trabajadoras sociales, obstetrices y por otro lado salieron de la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa 1.500 profesionales mediante la compra de renunciaciones.

Gracias a los Fondos de Fonin, partidas extrapresupuestarias concedida al Ministerio de Salud Pública han permitido contratar a personal no profesional como: auxiliares de enfermería, varios servicios, guardianes, choferes, camilleros, mensajeros; los mismos que en algo contribuyen al mejoramiento de la prestación de servicios.

Hasta 1992 los contratos colectivos y sindicatos constituían una fuerza que manipulaba las organizaciones de salud, imponiendo su voluntad y tratando de cambiar las decisiones de las autoridades. La presencia de estas organizaciones y de los supuestos líderes causaron mucho daño al Ministerio de Salud Pública, pues su mal entendida ideología fue la base para la falta de cumplimiento de

trabajo; el apareamiento de inmoralidades, robos, injusticias, deshumanización y falta de buena atención a los usuarios y pacientes. Gracias a la política de los ministros Viteri y Abad se han cortado las irregularidades, las organizaciones han perdido fuerza y poder y permiten el cumplimiento de los objetivos del Ministerio de Salud Pública.

La identificación de necesidades de recursos humanos, derivada del funcionamiento de la red integrada de servicios y la capacidad resolutive diferencial en el establecimiento de la salud de distinto nivel, constituye la base lógica de la relación entre el Ministerio de Salud Pública y las entidades formadoras de recursos.

Las modificaciones en el actual sistema fuertemente centralizado de administración de recursos humanos, incorporando conceptos y acciones de desconcentración y descentralización de estímulos e incentivos para el personal según su producción y cumplimiento de metas, así como el establecimiento de un sistema de carrera funcionaria, constituyen aspectos de indudable trascendencia para obtener recursos humanos motivados y comprometidos en su misión.

En el programa de SIDA lucha contra el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida se continúa cumpliendo la contraparte nacional, enfatizando en la educación y profilaxis de dicha patología en coordinación con organismos internacionales y ONGs.

El Cólera, a finales del año 1993 y los primeros meses de 1994 se observa un significativo descenso de la curva epidemiológica y ningún reapareamiento de brotes. El Ministerio de Salud Pública se encontraba y se encuentra

preparado para actuar contra la epidemia; sin embargo, satisfactoriamente se demostró que las campañas de educación y prevención surtieron su efecto positivo en la población ecuatoriana.

Una de las metas más ambiciosas del Ministerio de Salud Pública es erradicar la poliomielitis y se encuentra trabajando en ello desde hace tres años, lo que esperamos dos años más y nuestro país se verá libre de dicha enfermedad, la cobertura de inmunización para la poliomielitis en la actualidad es del 98%.

El Ecuador se encuentra viviendo una emergencia epidemiológica que no es una epidemia; es un brote en la provincia de Pichincha, dado que es una de las enfermedades infecto-contagiosas más peligrosas, la Difteria cuyo desenlace es la muerte. El país vivió una verdadera zozobra en el mes de septiembre, que aparece el primer caso de difteria, en un adulto de 32 años; se realiza la protección de posibles focos y la población susceptible, pero la vacuna se agota, hasta que se realizan las campañas que no fueron suficientes para cubrir las expectativas y la demanda de la población. Al mes de marzo del 94 tenemos 20 casos de difteria de los cuales 3 fallecieron. El 10. de marzo llegó al Ministerio de Salud Pública mediante esfuerzos de ese portafolio, la suficiente cantidad de biológicos para inmunizar a la población ecuatoriana.

El Ministerio de Salud Pública a través de la capacitación formal ha tratado de rescatar los valores culturales y de conocimiento positivos de las comunidades indígenas y mestizas para encaminarla de mejor forma y revertirla en beneficio de las poblaciones que más lo necesitan, dentro de estos temas la función de: CVRS, con la

colaboradoras voluntarias rurales mujeres conocidas como las comadronas a quienes se les da las normas básicas de asepsia y anticepsia, se les proporciona el instrumental necesario para atender un parto, los materiales y medicamentos de uso superficial de tal modo que se garantice una adecuada atención del parto en buenas condiciones de higiene y cuando el caso lo amerite la respectiva transferencia y contrarreferencia de la unidad de salud más cercana convirtiéndose en un nexo entre el sistema formal y no formal de salud y mejorando la institucionalización de la atención del parto en el país. Los P.S. los promotores de salud o líderes comunitarios que realizan labores de salud en las comunidades son capacitados en las propias comunidades y elegidos por ellas para realizar educación para la salud, organización de la comunidad, problemas leves de morbilidad, educación alimentaria y nutricional, educación sanitaria y nexo entre los sistemas de salud. Los CVS, los colaboradores voluntarios de salud, son capacitados en las comunidades para difundir y acompañar al médico rural o de salud familiar promocionando y colaborando en todos los programas que el MSP aplica en las áreas respectivas. Las auxiliares de enfermería comu-auxiliares de enfermería comunitarias, capacitadas en las universidades del país, miembros de las comunidades realizan un curso de 9 meses y forman parte del sistema formal; su papel es la colaboración directa con la enfermera y el médico. De esta forma se adiestra también a brujos, shamanes y otros como hierbateros y sobadores evitando que continúe la práctica empírica sin ninguna orientación y causen daño a las poblaciones.

El Ministerio de Salud consideró importante instituir una política para legislar los programas de nutrición del país. Así: El Ministro de Salud Pública considerando que

la Constitución de la República garantiza el derecho a la salud de todos los ecuatorianos y especialmente de la madre y del niño, que el Código de la Salud en el Artículo 63 establece que la autoridad de salud dictará las normas que defiendan la salud de los individuos o de la colectividad. Que la Dirección Nacional de Fomento y Protección de la Salud ha reformado y actualizado las normas de nutrición y formularios de la Historia Clínica Unica, para lo que ha contado con la participación de expertos nacionales e internacionales con responsabilidad en las áreas de docencia, asistencia médica e investigación y administración de los servicios. Por lo que queda aprobado el manual de normas y reglamentos del programa de nutrición a nivel nacional. Otra de las políticas fue el adquirir la planta procesadora de alimentos para el respectivo proceso de productos para la distribución en la canasta básica que se entrega. La adquisición de un parque automotor para la distribución del producto en todo el país. La ampliación del programa PAMI por el PAACMI con más productos y más beneficiarios, tratando así de elevar los niveles de nutrición del país, con el respectivo control médico y la educación adecuada.

El bienestar nutricional de una población determinada es un indicador del desarrollo nacional, y como tal refleja la situación de los sectores económico, agrícola y sanitario. La nutrición es asimismo un insumo fundamental para el desarrollo nacional ya que una población sana, bien nutrida y educada es la mejor base para fomentar el desarrollo.

4.2 FUERZAS ARMADAS

En las recepciones de la época republicana la debilidad estatal permitió la autonomía municipal que se

afiliados generales, pero se brinda atención a todo el grupo familiar.

Todas estas instituciones van delineando un modelo de atención basado principalmente en lo curativo, para lo cual era necesario incrementar la infraestructura sanitaria y el empleo de tecnología importada, lo que marca una alta penetración extranjera, sobre todo por la dependencia tecnológica y los intereses económicos transnacionales.

El IESS protege a los trabajadores afiliados contra los riesgos de: enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

4.3.1 Enfermedad común

Con un mínimo de seis meses de imposiciones: asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica necesarias y un subsidio en dinero que paga la Dirección Nacional Médico Social hasta por 26 semanas. El tiempo subsidiado es tiempo de afiliación efectivo. La Dirección Nacional Médico Social paga este subsidio a partir del cuarto día de incapacidad para el trabajo.

4.3.2 Maternidad

Se concede durante el embarazo, parto y puerperio asistencia obstétrica necesaria, subsidio en dinero durante las tres semanas anteriores y las cuatro posteriores al parto equivalente al 75% de la remuneración, servicio de canastillo antenatal y atención médica al niño durante el primer año de vida, comprendido

afiliados generales, pero se brinda atención a todo el grupo familiar.

Todas estas instituciones van delineando un modelo de atención basado principalmente en lo curativo, para lo cual era necesario incrementar la infraestructura sanitaria y el empleo de tecnología importada, lo que marca una alta penetración extranjera, sobre todo por la dependencia tecnológica y los intereses económicos transnacionales.

El IESS protege a los trabajadores afiliados contra los riesgos de: enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

4.3.1 Enfermedad común

Con un mínimo de seis meses de imposiciones: asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica necesarias y un subsidio en dinero que paga la Dirección Nacional Médico Social hasta por 26 semanas. El tiempo subsidiado es tiempo de afiliación efectivo. La Dirección Nacional Médico Social paga este subsidio a partir del cuarto día de incapacidad para el trabajo.

4.3.2 Maternidad

Se concede durante el embarazo, parto y puerperio asistencia obstétrica necesaria, subsidio en dinero durante las tres semanas anteriores y las cuatro posteriores al parto equivalente al 75% de la remuneración, servicio de canastilla maternal y atención médica al niño durante el primer año de vida, exceptuando

contados desde que dejó de estar sujeto al régimen del Seguro Obligatorio.

El IESS cuenta con hospitales, centros de salud, dispensarios, consultorios de seguro campesino en las diferentes provincias, cantones, parroquias tanto urbanas como rurales del país.

También cuenta con dispensarios atendidos mediante convenios con otras instituciones. Da una prestación y atención en unidades operativas particulares y de alta calidad a los afiliados y presta atención médica de emergencia y de especialidad a personas que no son afiliados y que se acogen a los convenios que mantiene especialmente del Ministerio de Salud Pública como es: cirugías de corazón abierto, trasplante renal, resonancia magnética, tomografía, diálisis. La utilización de la Unidad de Cuidados Intensivos tanto de adultos como de niños.

Para solicitar la atención médica se debe solicitar al patrono el aviso de enfermedad y el carnet en la Dirección Nacional Médico Social que corresponda al lugar de su trabajo, con la distribución de dichas oficinas.

4.4 POLICIA NACIONAL

La Policía Nacional del Ecuador presta atención de salud a la comunidad tanto civil como de Policía, no solo en actividades curativas y de primeros auxilios sino además de educación y prevención de las enfermedades; a través de sus instalaciones distribuidas en todo el país brindan atención y control básico y de especialidad en algunos casos. Se encuentra trabajando coordinadamente con el Ministerio de Salud Pública en las campañas de

contados desde que dejó de estar sujeto al régimen del Seguro Obligatorio.

El IESS cuenta con hospitales, centros de salud, dispensarios, consultorios de seguro campesino en las diferentes provincias, cantones, parroquias tanto urbanas como rurales del país.

También cuenta con dispensarios atendidos mediante convenios con otras instituciones. Da una prestación y atención en unidades operativas particulares y de alta calidad a los afiliados y presta atención médica de emergencia y de especialidad a personas que no son afiliados y que se acogen a los convenios que mantiene especialmente del Ministerio de Salud Pública como es: cirugías de corazón abierto, trasplante renal, resonancia magnética, tomografía, diálisis. La utilización de la Unidad de Cuidados Intensivos tanto de adultos como de niños.

Para solicitar la atención médica se debe solicitar al patrono el aviso de enfermedad y el carnet en la Dirección Nacional Médico Social que corresponda al lugar de su trabajo, con la distribución de dichas oficinas.

4.4 POLICIA NACIONAL

La Policía Nacional del Ecuador presta atención de salud a la comunidad tanto civil como de Policía, no solo en actividades curativas y de primeros auxilios sino además de educación y prevención de las enfermedades; a través de sus instalaciones distribuidas en todo el país brindan atención y control básico y de especialidad en algunos casos. Se encuentra trabajando coordinadamente con el Ministerio de Salud Pública en las campañas de

vacunación, en la protección del medio ambiente, en la eliminación de excretas y basura, en la continua protección de la salud tanto del Policía como de su familia, la población y comunidad del área geográfica. La labor que desempeña la Policía en sus policlínicos y hospitales es reconocida por sus beneficiarios, por la calidad de atención que reciben no solo por el personal que brinda los cuidados sino también por los equipos modernos y a la par con la tecnología de otros países, ha constituido para un país un gran logro, fruto del esfuerzo de la Policía Nacional, muchos de sus centros especializados entre los que se puede mencionar el Hospital "Quito" de la ciudad de Quito, cuya reciente inauguración y funcionamiento ha constituido una gran ayuda para los centros que se encuentran en provincia y requieren ayuda de especialidad.

4.5 MINISTERIO DE AGRICULTURA

Este Ministerio se encarga con relación a salud de influir directamente en la alimentación de la población, la motivación que la población recibe por parte de esta Institución para cultivar y consumir los productos adecuados depende de lo que el MAG haga por ellos. Juega un papel importante en el trabajo que el MSP realiza con el club de madres, grupos de comunidad en la formación de huertos familiares, ellos se encargan de la preparación de la tierra, del adiestramiento para el cultivo de la tierra y el consumo de los productos que gracias a la entrega gratuita de semillas pueden tener hasta en los jardines de sus casas. Las facilidades que el MAG proporcione a salud en las diferentes coordinaciones, serán definitivas para disminuir los índices de desnutrición del país. El principal aliado del MSP con relación a productos que producen la demanda básica del programa PAACMI es el MSP.

para proporcionar a la población que más lo necesita. La situación alimentaria también se vio afectada por la crisis como efecto de la deformación de la producción agrícola hacia aquellos productos exportables, causando desabastecimiento de alimentos básicos que sumados a la baja capacidad de compra de los estratos medio y bajos llevan a la desnutrición.

4.6 JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL

En 1887 se crea por Ordenanza Municipal la Junta de Beneficencia de Guayaquil, con la que institucionaliza la práctica médica de caridad y se canaliza la necesidad de legitimación de la oligarquía guayaquileña. La oferta de servicios es diferenciada por grupos sociales, la Junta es de beneficio público y se crea en 1908 aglutinando a la Junta de Quito, Babahoyo, Latacunga y Cuenca; la función es eminentemente curativa y se financia con las rentas de la lotería, que pasaron a manos del Estado por el anticlericalismo liberal. La actividad que realiza es netamente en la zona urbana y actualmente se centra a la provincia del Guayas; se crean hospitales, casa de ancianos, casa cunas, maternidades, boticas, proporcionando caridad y asistencia pública a las personas de escasos recursos; la coordinación para desplegar cualquier actividad de este tipo la realizan con el MSP.

4.7 INTENDENCIA DE POLICIA

Es una Institución cuyas principales funciones con relación a salud y que viene coordinadas a partir del Código de la Salud son las siguientes:

1. Control de la atención de enfermos y heridos.
2. Atención pública de urgencia.

- Control y funcionamiento de bares, centros nocturnos, discotecas.
- Permisos de funcionamiento de farmacias, centros médicos, clínicas.
- Control de consumo de drogas, estupefacientes y sustancias sicotrópicas.
- Control de sitios en los que deben restringir la presencia de menores de edad.
- Mantenimiento y vigilancia de que todo producto mantenga en sitios visibles el número de código del control sanitario.
- Control y vigilancia de las enfermedades de transmisión sexual y sus posibles contactos.
- Vigilancia epidemiológica.

4.8 ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) Y LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)

Tanto la Organización Mundial de la Salud como la Organización Panamericana para la Salud, son agencias internacionales de salud pública con más de 55 años de experiencia en la prestación de cooperación técnica a los países de las Américas. La OPS funciona como la Agencia especializada de Salud en el Sistema Interamericano, también actúa como la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud y como tal, es parte integrante de las Naciones Unidas. La OPS

está en Washington D.C. donde se reúnen las autoridades de salud de los 38 países miembros, para fijar las políticas, técnicas y administrativas por intermedio de sus cuerpos directivos. La OPS colabora con los Ministerios de Salud, las Agencias del Seguro Social, otras instituciones y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, universidades, grupos de la comunidad y otros sectores para establecer los sistemas nacionales y locales de salud y mejorar la salud de todos los pueblos de las Américas. emplea a expertos técnicos y científicos estacionados en la sede en una red de 27 oficinas que se ocupan de los problemas prioritarios de salud. Dentro de sus principales actividades están las siguientes:

- Promover la estrategia de atención primaria de salud como una forma de extender los servicios de salud.
- Dirigir los esfuerzos para mejorar la salud de los grupos más vulnerables.
- Ayuda a trabajar a los países en conjunto para alcanzar metas comunes.
- Asiste a los países en la lucha contra la epidemia del SIDA.
- Ayuda a promover agua potable y saneamiento adecuado a comunidades pobres.
- Colabora con los gobiernos para identificar los principales problemas nutricionales.
- Ayudar a los niños a sobrevivir por medio de la inmunización. La campaña de inmunización oral, en

tratamiento de infecciones respiratorias agudas.

- Adiestra a los trabajadores de salud en todos los niveles.
- Selecciona y difunde información técnica y científica por intermedio de su programa de publicaciones.
- Trabaja para mejorar la salud de la mujer y promueve su mayor integración a la sociedad.
- Ejecuta proyectos para otros organismos de las Naciones Unidas.
- Busca nuevos recursos financieros para ayudar a los países a establecer programas especiales para responder a prioridades únicas de salud.
- Dirección de programas y políticas.

4.9 FAO

Es una Organización Internacional que se encarga de la agricultura y la alimentación en nuestro país, regula con sus fondos y organiza programaciones en coordinación con el MAG y el MSP proporcionando fondos económicos, ayuda técnica para estimular los proyectos de beneficio con relación a la agricultura y a la alimentación, importando nuevas tecnologías e incentivando la educación a todo nivel con relación a este aspecto.

Actualmente los fondos de la FAO que se encuentran proporcionalmente asignados para los programas

estatales que lo requieren. Obviamente, no se encuentra muy motivada la labor que brinda dicho organismo a nuestro país.

4.10 LA CRUZ ROJA ECUATORIANA

Es una institución neutral, procura que reciban atención, protección y asistencia las víctimas militares y civiles de los conflictos y de sus secuelas. Para ello remite donativos en efectivo y en especie, a todas partes del mundo, la Cruz Roja Ecuatoriana es parte de la Cruz Roja Internacional.

La Cruz Roja Internacional está integrada por:

- El Comité Internacional de la Cruz Roja, fundado en 1863.
- La Liga de Sociedades Nacionales de la Cruz Roja.
- Las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja, Media Luna Roja, León y Sol Rojos.

El principio fundamental que cumple en Ecuador es la humanización, nace por preocupación y necesidad de prestar auxilio, sin discriminación, a todos los heridos en los campos de batalla, se esfuerza, bajo su aspecto internacional y nacional, en prevenir y aliviar el sufrimiento de los hombres en todas las circunstancias. Tiende a proteger la vida y la salud, así como hacer respetar a la persona humana. Favorece la comprensión mutua, la amistad, la cooperación y una paz duradera entre todos los pueblos. No hace distinción de nacionalidad, raza, religión, condición social o credo político. No

dedica únicamente a socorrer a los individuos en proporción con los sufrimientos, remediando sus necesidades y dando prioridad a las más urgentes. Se abstiene de tomar parte en las hostilidades en todo tiempo en las controversias de orden político, racial, religioso o filosófico.

La Cruz Roja es independiente, auxiliar del poder público en sus actividades humanitarias y sometidas a las leyes que rigen al país.

Es una Institución de Socorro Voluntaria y desinteresada, es accesible a todos y extiende su acción humanitaria a la totalidad del territorio. Es una institución universal, en cuyo seno todas las sociedades tienen los mismos derechos y el deber de ayudarse mutuamente. Mantiene protocolos adicionales y convenios que parten de Ginebra desde 1949. Está en el derecho de tomar toda iniciativa humanitaria de conformidad con su cometido de institución específicamente neutral e independiente.

4.11 OTROS

Dentro de otras instituciones que coordinan y cumplen labores de salud tenemos las siguientes:

- Instituto de Higiene y Medicina Leopoldo Izquieta Pérez.
- Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SENEM).

Instituto de la Salud del Niño y la Familia.

- Sociedad Ecuatoriana de Lucha Contra el Cáncer.
- Organismo Técnico Interinstitucional entre Educación y Salud.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos.
- Organizaciones No Gubernamentales ONGs.
- Organizaciones Internacionales.

CONTENIDO

5. FUNCION SOCIAL: HUMANIZACION, AUTOPSIAS, ETICA Y MORAL, PRIVACIDAD, PARO CARDIO-RESPIRATORIO, MUERTE CEREBRAL, ENTORNO FAMILIAR, EUTANASIA.

5.1 FUNCION SOCIAL

América Latina constituye la principal área periférica de desarrollo del capitalismo norteamericano. La articulación de la estructura agraria al proceso de industrialización capitalista "dependiente" provoca una situación extrema en la que la pauperización del sector campesino arroja a gran parte de la población a las grandes ciudades, que tampoco cuentan con la estructura básica, social y productiva para dar cabida a las masivas migraciones, formándose así cinturones de miseria en torno a los centros urbanos. Las desigualdades sociales en el continente están marcadas por extremos, unos pocos que acumulan y cuyos ingresos equiparan a niveles de vida de países altamente desarrollados y otras inmensas mayorías de desempleados y subempleados sin posibilidades de satisfacer las más elementales necesidades.

El Estado y la Iglesia son los principales poderes que tratarán de velar por el mantenimiento del sistema. El Estado como organización representa a la burguesía y la Iglesia como aliada de dicho poder. Siendo la salud un derecho de todos y así lo expresa la Constitución Política del Estado Ecuatoriano, ésta conforma una de estas políticas sociales, pues además no se trata de un fenómeno individual sino colectivo de carácter social que depende de la estructura social de que haya empleo, capacidad de compra; conocimiento sobre normas de higiene). Sin embargo, las situaciones por las que atraviesa la población

es lo más importante. La atención de salud es deficiente además por la escasa asignación presupuestaria por parte del Estado. Pero el problema no radica simplemente en lo económico ni en la falta de prevención en forma aislada, es efecto de carácter estructural y coyuntural de nuestra sociedad. La tendencia de enfermedades de tipo frecuente, que a la vez producen impacto social como la tuberculosis (consecuencia de la deficiencia nutricional, inapropiadas condiciones de trabajo y situaciones ambientales de riesgo) están en ascenso. Al igual que enfermedades infecto-contagiosas, las cardíacas, accidentes, violencia, drogas, de transmisión sexual, cerebrovasculares, tumores.

Como institución de carácter estatal contamos con el Ministerio de Salud Pública fundado en 1967 que tiene a su cargo el fomento, prevención, curación, rehabilitación de salud a través de los subcentros de salud, centros de salud, hospitales, desde donde se rige social y gratuitamente los diferentes servicios a la comunidad.

La participación social constituye un elemento básico para el desarrollo de los sistemas de salud y por ello, forma parte del nuevo modelo de atención que impulsa el Ministerio de Salud Pública.

Las unidades de salud multiplican su eficacia e incrementan el impacto de su acción cuando en la identificación, priorización, programación y ejecución de las actividades de salud está presente la comunidad y cuando ella puede deliberar y decidir (conjuntamente con el personal de salud) los horarios, días y formas de atención, en función de su realidad y necesidades.

El voluntariado comunitario de salud es una de las formas de impulsar la participación de la comunidad y por tanto es

es lo más importante. La atención de salud es deficiente además por la escasa asignación presupuestaria por parte del Estado. Pero el problema no radica simplemente en lo económico ni en la falta de prevención en forma aislada, es efecto de carácter estructural y coyuntural de nuestra sociedad. La tendencia de enfermedades de tipo frecuente, que a la vez producen impacto social como la tuberculosis (consecuencia de la deficiencia nutricional, inapropiadas condiciones de trabajo y situaciones ambientales de riesgo) están en ascenso. Al igual que enfermedades infecto-contagiosas, las cardíacas, accidentes, violencia, drogas, de transmisión sexual, cerebrovasculares, tumores.

Como institución de carácter estatal contamos con el Ministerio de Salud Pública fundado en 1967 que tiene a su cargo el fomento, prevención, curación, rehabilitación de salud a través de los subcentros de salud, centros de salud, hospitales, desde donde se rige social y gratuitamente los diferentes servicios a la comunidad.

La participación social constituye un elemento básico para el desarrollo de los sistemas de salud y por ello, forma parte del nuevo modelo de atención que impulsa el Ministerio de Salud Pública.

Las unidades de salud multiplican su eficacia e incrementan el impacto de su acción cuando en la identificación, priorización, programación y ejecución de las actividades de salud está presente la comunidad y cuando ella puede deliberar y decidir (conjuntamente con el personal de salud) los horarios, días y forma de atención, en función de su realidad y necesidades.

El voluntariado comunitario de salud es una de las formas de impulsar la participación de la comunidad y...

pertinente examinar mejor sus características.

Este documento pretende impulsar en el mayor número de personas vinculadas a los servicios del Ministerio de Salud Pública, la búsqueda de una efectiva participación social y en especial la promoción del Voluntariado Comunitario de Salud, VCS.

La utilización de este manual por parte de los equipos de salud de los subcentros, hospitales cantonales y centros de salud, unidades de atención básica que deben mantener un estrecho contacto con la población y sus problemas, contribuirá a modificaciones conceptuales y operativas del nuevo modelo de atención, para ajustarlos mejor a la realidad de nuestro país.

5.1.1 Qué es la participación social

A lo largo de la historia, la población ecuatoriana ha buscado la manera de satisfacer sus necesidades y hacer realidad sus aspiraciones sociales, culturales y económicas. Para ello ha conformado agrupaciones sociales, organizaciones barriales, comunales, de diferente índole: deportivas, religiosas, cooperativistas, culturales, de salud, etc.; las cuales en mayor o menor grado, vienen desarrollando acciones al respecto.

En cuanto a la representatividad de los diferentes sectores sociales, es posible distinguir organizaciones locales (de primer grado), regionales o provinciales (de segundo grado) o nacionales (de tercer grado). Con ellas, y de acuerdo al ámbito de trabajo, el personal de salud debe establecer relaciones de colaboración, entendimiento y coordinación de actividades.

Como ejemplos de estas organizaciones pueden citarse la Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE), La Confederación de Nacionalidades Indígenas de la Amazonia (CONFENIAE), la Federación Interprovincial de Centros Shuar y Achuar (FISCSHA), la Federación Indígena y Campesina de Imbabura (FICI), la Federación de Organizaciones Indígenas de Napo (FOIN), la Organización de Pueblos Indígenas de Pastaza (OPIP).

La práctica del modelo de atención de salud que impulsa el Ministerio de Salud (con enfoque epidemiológico, integral, familiar y comunitario) se respalda en la potencialidad social de las organizaciones comunitarias, pues busca constituir las en los más idóneos portavoces de las necesidades y problemas de los "usuarios" de los servicios.

Es importante reconocer que el sistema de salud predominante en el país ha sido tradicionalmente impermeable -en lo que atañe al desenvolvimiento de los servicios y a la programación de actividades de salud- a la presencia activa y deliberante de la comunidad.

Además se debe reconocer que es un derecho democrático de la comunidad intervenir de forma directa en lo que tiene que ver con su vida y su salud; ello implica también asumir la responsabilidad e involucración en la formulación y ejecución de las actividades de salud.

La población de las zonas suburbanas, igual que toda colectividad, tiene un marco cultural propio, que surge de su inserción en el mundo comercial, industrial o de servicios en las grandes ciudades. Las propuestas del servicio y el accionar del equipo de salud deben ajustarse a esta visión para lograr un real impacto en el

condiciones de salud y en el nivel de cultura sanitaria de los pobladores.

El marco cultural de los pueblos rurales es muy diferente al de las ciudades pues, tanto las actividades productivas como su contacto con la naturaleza y cosmovisión, son otros. Los rasgos indígenas, en lo histórico y colectivo, se mantienen y es indispensable que su saber y prácticas de atención a la salud sean conocidos y valorados, y que exista una adecuada interrelación con el saber y práctica formales.

La participación social en salud es la presencia deliberante, decisoria y actuante de la población en la organización y el funcionamiento de los servicios, en la programación y la ejecución de acciones de salud, con una real coordinación interinstitucional.

5.1.2 La participación social como proceso

Es importante advertir que, generalmente, un equipo de salud llega a comunidades que han tenido experiencias anteriores en su relación con los servicios y que, en consecuencia, su actitud puede ser positiva o negativa.

En otras palabras, según el tiempo de funcionamiento de la unidad y de acuerdo al desempeño del personal de salud que haya trabajado allí, la relación entre la comunidad y el servicio puede estar matizada por algunas de las siguientes características:

5.1.2.1 Confianza

Quando el personal es

mantenido niveles de trabajo y responsabilidad por los cuales la población accede al servicio de manera regular y significativa en relación al universo de cobertura.

5.1.2.2 Coordinación

Se da cuando junto al acceso y confianza de la población, se ha llegado a planteamientos de trabajo conjunto entre la unidad de salud y la comunidad y sus organizaciones. La coordinación puede ser esporádica o en base a planes de mediano o largo plazo.

5.1.2.3 Enfrentamiento

Cuando existe un claro desentendimiento entre la población -o en un sector significativo de ella- y el servicio. Por lo general, se debe a rivalidades políticas, por manejo de recursos o por falta de funcionamiento de la unidad de salud.

Una situación similar al enfrentamiento puede presentarse cuando existe un desencuentro cultural entre el personal de salud y la comunidad. Es el caso de zonas indígenas cuya población tiene lengua y cultura diferentes. Lo ideal es que el equipo de salud conozca y maneje los idiomas mayoritarios de la zona; sin embargo, cuando esto no es posible, debe existir una actitud de respeto y valoración de la comunidad, lo cual generalmente es suficiente para iniciar un proceso de entendimiento y confianza.

5.1.2.4 Desconfianza o indiferencia

La población accede a la

unidad de salud solo por emergencias más o menos graves o por ciertos "beneficios" (complemento alimentario, certificados o vacunas), pero no hay más relaciones; existe demanda escasa de los otros servicios que brindan las unidades. Se propicia este tipo de relación cuando por ejemplo, el médico, enfermera o auxiliar descuidaron el cumplimiento puntual de sus responsabilidades o no realizaron acciones de acercamiento concreto a la comunidad. Puede también surgir por la falta o deficiencia de importantes elementos para la atención: medicamentos, materiales, etc., lo cual provoca una imagen de limitada utilidad de los servicios.

Ante las situaciones negativas, el equipo debe reconocer qué tipo de relación se ha entablado anteriormente. El proceso de participación social, su inicio o su continuidad según los casos, es una oportunidad para afirmar relaciones de confianza o para rectificar actitudes que generen enfrentamiento o apatía.

5.1.3 Orientaciones básicas

Para desarrollar relaciones armónicas y valederas, para forjar confianza y coordinación entre la unidad de salud y la comunidad, se sugiere que el personal de salud tome en cuenta los siguientes elementos:

- No esperar que la población, las autoridades locales o sus dirigentes acudan al subcentro para conocerlos. El personal, apenas llega a la comunidad, debe preguntar por ellos y presentarse con la finalidad de iniciar una relación constructiva. Este primer encuentro es de vital importancia pues demuestra una actitud de apertura, servicio y compromiso por parte del personal.

- Proponer una primera reunión de trabajo con todos los delegados de los grupos comunitario, autoridades civiles y eclesiásticas, maestros de escuela y funcionarios de otras instituciones locales. En esta reunión el equipo de salud debe exponer los objetivos en cuanto a la atención de salud, al funcionamiento de la unidad y a la participación de la comunidad en ello.

- Cumplir a cabalidad los horarios y responsabilidades de trabajo. De ninguna manera se debe rechazar o diferir la atención de un paciente ni rehusar la atención en los domicilios. El personal de salud debe hacer lo posible por acudir a todas las reuniones de los grupos que soliciten su presencia con el fin de coordinar o determinar actividades relacionadas con la salud.

- La población, funcionarios y autoridades locales esperan del médico y de todo el equipo de salud apoyo técnico y trabajo para encontrar alternativas a sus problemas de salud. En este sentido, "acostúmbrese a escuchar antes de hablar". No siempre es fácil comprender "a la primera", sin distorsión, lo que la gente piensa y espera.

- En los encuentros sucesivos programados o eventuales, en la Unidad de Salud o en los ámbitos comunitarios, el personal debe mantener siempre una actitud de respeto y consideración que fomente un clima de confianza y abra las puertas a un trabajo coordinado.

- Una vez conocidas las organizaciones, funcionarios locales, autoridades civiles

y eclesiásticas, y abiertas las relaciones en un nivel óptimo, el equipo de salud debe promover, proponer y estimular la implantación de los mecanismos de participación social.

La primera actividad del equipo de salud es establecer relaciones armónicas, respetuosas, fraternas e igualitarias con la población, sus familias y organizaciones, lo cual posteriormente garantiza, un trabajo coordinado.

5.1.4 Débil participación social en el proceso de atención.

La participación social en el desarrollo socioeconómico, se considera como eje fundamental para lograr una mayor efectividad e impacto de las políticas y programas tendientes a la satisfacción de las necesidades básicas. Sin embargo en el Ecuador, ésta aún es muy limitada en cualquier campo del desarrollo, por restricciones que se estiman tienen raíces estructurales.

En consecuencia, la participación en el campo de la atención de salud es aun muy declarativa y poco efectiva, de tal modo que se reproduce el modelo general anotado. Así, los usuarios de los servicios de salud públicos o privados, formales e informales, en la práctica no son agentes deliberantes y activos tanto en el diseño como en el proceso de implantación de los sistemas de información, programación o evaluación de dichos servicios.

Por ello es que, subsisten desajustes amplísimos entre los modelos de oferta y demanda de servicios, no se consulta la opinión de los usuarios y los mecanismos de

participación existentes (vg. Comités de Salud) son rígidos y manipulan la participación social. De este modo, no se ha podido aún desarrollar las propuestas teóricas de democratización de los servicios de salud, ni el fortalecimiento de las capacidades locales auto-gestionarias.

5.2 HUMANIZACION

Como parte de la historia nace la humanización a lo largo de los tiempos, a través del conocer cómo el ser humano un ser bio-sico-social, requiere satisfacer sus necesidades en los momentos de mayor dolor, angustia y necesidad, ya que es impotente en determinados momentos especialmente cuando se ve imposibilitado total o parcialmente para conseguir el completo bienestar tanto físico como psíquico.

Aspectos tales como: falta de personas, exceso de trabajo, mecanización de funciones, falta de estímulos, poca capacitación, malas relaciones humanas, falta de vocación, mala orientación y formación en las universidades han provocado que en los sistemas de salud, casas de asistencia, instituciones que trabajan con salud hayan perdido la mística, la devoción y la humanización con la que deben prestar sus servicios y se limiten a cumplir en forma superficial sus labores por un sueldo. En vista de la pérdida de este gran valor que en décadas pasadas caracterizaban a los servicios de salud, el Ministerio de Salud Pública, las ONGs y otras instituciones que prestan atención de salud; han creído conveniente rescatar los mismos a través de campañas en los medios de comunicación, crear apoyos incentivos para sus trabajadores, reafirmación de los valores y derechos humanos, campañas de sensibilización, mejorar las

relaciones humanas intra y extra sectorial.

Muchas personas que trabajan en salud han sido estimuladas y se han convertido en agentes multiplicadores de la importancia que tiene la humanización con la que se debe trabajar y recordar la responsabilidad que significa el manejar vidas humanas, cuyo entorno familiar es un mundo diferente y del cual dependen directa o indirectamente varias otras personas. (Sin dejar de lado que cada ente biosicosocial, trae consigo todo esto cuando no está en uso y plena posesión de sus facultades).

No se debe olvidar que para que no se dé o se produzca la violación de los derechos humanos o la mala práctica, utilizando al paciente o usuario como conejillo de indias, existen los consentimientos o autorizaciones que son documentos legales que llevan dos firmas de responsabilidad tanto del paciente o familiar y un testigo. Documentos que facultan al equipo de salud a realizar cambios en el tratamiento o actuar de acuerdo a las circunstancias en beneficio y para salvar la vida de las personas que se encuentran en peligro.

El control de calidad aplicado a la Salud Pública obligará a mejorar el nivel de atención, coadyuvará a poner esmero, cariño, buenas relaciones humanas, solucionando los problemas de base que han llevado a la salud pública a la crisis de valores humanos y sociales que se verán eliminados y no se podrán solucionar ni rescatar sino con mayor empeño.

5.3 AUTOPSIAS

No hay ley que prohíba la necropsia ni necropsión

que se oponga a ella, pero algunos profesionales se sienten cohibidos al pedirlo, aunque existen formas de obtener permiso.

La primera reacción de la familia o parientes del paciente puede ser abrupta a consecuencia de su conmoción y del halo lúgubre y macabro de la palabra autopsia. En cambio, no es difícil dirigirse a los deudos con el objeto de pedirles una simple operación en el cadáver a fin de corroborar un diagnóstico.

Existen varios criterios sobre la autopsia, algunas personas creen que no es decisivamente importante con excepción de los casos forenses; en vista de estas discrepantes opiniones, se ha pensado en la necesidad de una legislación. Legislación a la cual se llegó después de apelación a la razón, acuerdo previo, intersecciones, vulgarización de idea, recursos dialécticos y otros medios.

Pese a esta legislación hay profesionales que logran las autorizaciones legales apelando:

- A la razón de los familiares con un interés profiláctico, el de la curiosidad y el aspecto humanitario. El aspecto profiláctico a través de indicar a los deudos de que puede ser una enfermedad contagiosa o de carácter hereditario y es indispensable persuadiéndolos de esa manera. El segundo está dirigido a reforzar el primero aprovechando la curiosidad de los pacientes que tienen interés en saber con seguridad el motivo real del fallecimiento. Y el tercero, acudiendo a los sentimientos humanitarios del familiar del difunto, destacando la importancia de salvar muchas otras vidas mediante el examen completo del cuerpo fallecido.

- También se realiza el Acuerdo Previo, se establece un acuerdo tácito en virtud del cual los deudos de los enfermos que fallecen allí autorizan su autopsia; de esa forma se ha corroborado para muchos diagnósticos que le han servido tanto para reafirmar sus conocimientos como para comprobar y enmendar errores. Los deudos saben reconocer la necesidad de la autopsia cuando se les dice que lo investigado puede ser útil para salvar otras vidas; esta medida general justifica a que la experiencia le indica que muchos casos únicamente la necropsia pudo decirnos la verdad.

- La intercesión de una enfermera, auxiliar o intermediario, en los casos en que la autopsia es imprescindible, pero la familia del paciente se resiste a atender las razones del médico, algunos facultativos han acudido a la ayuda de la enfermera, con la que por el contacto diario es persona de mayor confianza y gratitud por los familiares, la misma que puede cooperar sensibilizando a la familia con otras motivaciones, propias del ser mujer, madre y amiga; habla de que los restos serían respetados, bien tratados y se cuidará de ellos. También otros miembros del equipo de salud pueden intervenir y ayudar a convencer a la familia. Es importante la educación de la gente que trabaja en salud, acerca de la actitud que debe adoptar frente a los paciente de un difunto para no obstaculizar la misión del profesional.

- La vulgarización de la idea por parte de algunos profesionales que sostienen que vulgarizar la idea de la necesidad de las autopsias puede ser una forma eficaz de facilitar al facultativo la tarea de obtener el permiso para efectuarla; se piensa que vulgarizando entre el público la verdad sobre las autopsias se reducirían las

objeciones contra ellas, los deudos suponen generalmente que después del muerto ya no queda nada más que hacer y por lo tanto consideran inútil la autopsia; sin embargo se emprendiera una campaña de esclarecimiento en torno a la utilidad de la autopsia, los deudos accederían con mayor facilidad ante los argumentos. Las familias de los autopsiados pueden tener el consuelo de haber hecho todo lo humanamente posible en favor del pariente perdido y quizás de algunos otros, permitiendo la ejecución de la autopsia. Las estadísticas de nuestros países registran como raras, aparecen con mayor frecuencia en los países donde se hacen más autopsias, no obstante muchos facultativos señalan que una campaña de popularización de la autopsia representa una solución a largo plazo.

- La legislación: en vista de la resistencia que muchos pacientes y hasta algunos facultativos se oponen a la generalización de la autopsia, varios profesionales han pensado en una nueva y actual legislación al respecto. En consecuencia, se opina que si se llegase a sancionar una ley haciendo obligatoria la autopsia, en determinados casos, quizás el sentimiento popular cambiaría automáticamente.

No hay religión que se oponga a la autopsia, ninguna de las religiones e iglesias más representativas por el gran número de sus fieles se opone a la práctica regular de la Autopsia. Sin embargo algunos profesionales aducen o atribuyen a los deudos motivos religiosos para oponerse a tal práctica.

- Los recursos dialécticos, se ha ideado otra forma de abordar a los deudos en solicitud de una autopsia, emplear maneras adecuadas de plantear las cuestiones. En general se acostumbra a asegurar a los

parientes del difunto que no se va a destrozarse el cadáver y que los restos no serán profanados. En algunos lugares la autopsia se la realiza siguiendo la técnica que no deja huellas visibles en el cuerpo del autopsiado, pero en ocasiones se recurre a otros recursos más sofisticados, en términos de embalsamiento, examen post-mortem y otros parecidos, rara vez se utiliza la palabra autopsia según las observaciones de la mayoría de los facultativos consultados porque suena muy lúgubre y macabra a los oídos de los familiares, se cree que no es difícil acercarse a los familiares y pedirles una autorización para realizar una operación en el cadáver.

- Otros medios utilizados en algunos países es el ofrecer a los parientes del enfermo fallecido un servicio adicional gratuito que consiste en un informe completo de los resultados de la autopsia, alagados los parientes por la perspectiva de recibir el documento especificando, las causas reales del fallecimiento, se sienten más inclinados a consentir que se realice la autopsia. El examen post-mortem es reglamentario en algunas clínicas de diversos países iberoamericanos donde el paciente ya al ingresar acepta la cláusula que autoriza el examen de todas las opiniones recogidas se deduce que la manera de pedir autorización, para una autopsia depende en gran parte de las convicciones al respecto tanto del facultativo como de los deudos. Pero en cualquier caso, los profesionales entrevistados van encontrando una manera de solicitar la autopsia de acuerdo a las circunstancias de cada uno.

En nuestro país no todos los médicos están autorizados a formalizar cadáveres y a realizar autopsias, deben realizar un trámite en el Ministerio de Salud Pública y retirar una licencia y los respectivos formularios, que le

solicita además el Colegio Médico de cada provincia. Existe otro grupo de galenos, los médicos forenses que su actividad se centra a especializarse en esta área.

El Ministerio de Salud Pública coordina directamente con la Policía Nacional cuando existen situaciones que así lo ameritan los casos.

5.3.1 Casos

Recientemente me tuve que cometer a una pequeña intervención quirúrgica. Aunque durante la intervención no hubo complicaciones, mi organismo reaccionó mal ante la anestesia general: mientras seguía en el quirófano, recuperé la conciencia y me encontré aquejado de parálisis.

No podía abrir los ojos ni mover más que un dedo o un pie. Podía, no obstante, oír cada palabra que se decía y sentir todo aquello que se ponía en contacto con mi cuerpo.

Introdujeron un tubo en mi tráquea. Parecía que el personal de quirófano no sabía que yo estaba consciente. Sentí que colocaban un instrumento en mi piel, en el borde externo del ojo. Dolía pero no consiguió que yo reaccionase con un movimiento convincente. Una persona dijo que le parecía que había hecho una ligera contracción, y otros no estaban seguros.

Yo quería decir: "¡Maldición, me hubiera movido de haber podido!", pero no podía decir nada. Yo me preguntaba: ¿Qué harán si no consiguen que yo me mueva? ¿Meterme en una caja?

Ahí estaba yo: totalmente dependiente, lleno de

incertidumbre, sufriendo considerables molestias a consecuencia del tubo colocado en mi garganta, y totalmente incapaz de comunicarme.

Lo peor era sentirme tan solo. En la misma medida en que necesitaba la ayuda médica, necesitaba entrar en contacto con otras personas. Y conseguí comunicarme con una enfermera.

Antes de que pudiese saber a ciencia cierta si estaba o no consciente, me habló tranquilizándome y dirigiéndose a mí por mi nombre propio.

De forma casi constante, me tocaba, principalmente cogiéndome la mano. Las pocas veces que tuvo que dejar de tocarme por un breve espacio de tiempo me dijo que seguiría cerca de mí, que no me dejaría solo.

Mientras me conducían del quirófano a la UVI, ella se mantuvo a mi lado para manejar el ambú. Me hablaba constantemente explicándome lo que estaba sucediendo.

Estaba decidido a mover alguna parte de mi cuerpo: una ceja, una mano, un dedo, quizás un pie. Esto no supondría solo un primer paso para salir de la parálisis, sino que también enviaría un mensaje a la enfermera de que estaba despierto, que podía sentir, y que me daba cuenta de lo que me decía.

Mis pies tocaban una barandilla que atravesaba el final de la camilla. Yo enviaba repetidamente un mensaje a mi pie derecho para que aumentase su presión contra la barandilla. Al principio no pasó nada, pero finalmente noté una diferencia en la presión.

le dan mucho más de lo que se imaginan.

Tras pasar nueve horas en la unidad del hospicio me dirigía a mi casa. Mientras conducía, por mi cabeza pasaban los acontecimientos del día: especialmente la charla de una hora de duración que mantuve esta tarde con un paciente oncológico, su familia y un médico residente de psiquiatría.

Alicia Bello tenía 40 años y se estaba muriendo por un cáncer de mama.

Unos días atrás nos había pedido al residente y a mí que la acompañásemos mientras intentaba despedirse de su familia.

Aunque Alicia aceptaba la proximidad de su muerte, parecía que tanto su marido como sus hijos adolescentes estuviesen determinados a ignorar la cuestión. Entraban y salían de su habitación sin ni siquiera toparla, ni mucho menos expresar sus sentimientos.

Todo lo que le dijeron fue lo difícil que resultaba la vida en casa sin ella.

Pero Alicia quería saber si era querida, no solo que le hechaban de menos.

Sin saberlo, le estaban privando del acercamiento que tanto necesitaba en sus últimos días.

La charla estuvo bastante bien, aunque no fue un éxito completo. Alicia fue capaz de decirle a su marido e hijos que necesitaba su cariño y cuál era la calidad de vida

le dan mucho más de lo que se imaginan.

Tras pasar nueve horas en la unidad del hospicio me dirigía a mi casa. Mientras conducía, por mi cabeza pasaban los acontecimientos del día: especialmente la charla de una hora de duración que mantuve esta tarde con un paciente oncológico, su familia y un médico residente de psiquiatría.

Alicia Bello tenía 40 años y se estaba muriendo por un cáncer de mama.

Unos días atrás nos había pedido al residente y a mí que la acompañásemos mientras intentaba despedirse de su familia.

Aunque Alicia aceptaba la proximidad de su muerte, parecía que tanto su marido como sus hijos adolescentes estuviesen determinados a ignorar la cuestión. Entraban y salían de su habitación sin ni siquiera toparla, ni mucho menos expresar sus sentimientos.

Todo lo que le dijeron fue lo difícil que resultaba la vida en casa sin ella.

Pero Alicia quería saber si era querida, no solo que le hechaban de menos.

Sin saberlo, le estaban privando del acercamiento que tanto necesitaba en sus últimos días.

La charla estuvo bastante bien, aunque no fue un éxito completo. Alicia fue capaz de decirle a su marido e hijos que necesitaba su cariño y cuál era la calidad de cada

uno de ellos que les hacía especiales para ella. Ella lloraba, y yo tuve que controlar mis lágrimas.

Su marido e hijos no lloraron, pero se les notaba especialmente incómodos. Parecía que por fin empezaban a reconocer la inminencia de la muerte de Alicia. El residente sugirió que nos volviésemos a reunir la semana siguiente, para que ellos intentasen expresar sus sentimientos y se despidieron.

¿Cómo podría yo afrontar tal despedida?, me preguntaba mientras conducía por una carretera estrecha y con curvas. ¿Cómo le diría yo a mi marido e hijos -que me estaba muriendo, que nos les vería crecer y vivir?

Frente a mí, en la oscuridad, un coche se me acercaba. De repente se desvió hacia mi carril. Giré bruscamente el volante, esquivando por poco el coche que se me abalanzaba, y terminé de lado. Temblando me quedé sentada así un rato. No paraba de pensar en que me podría haber matado. Lentamente volví a la carretera.

Por el impacto de lo que había sucedido me lo llevé cuando volví a ponerme en camino: podría no haber llegado a casa. Podría incluso no haber tenido la oportunidad de despedirme.

Pensé como la familia Bello, aunque afrontando una terrible tragedia estaba teniendo una oportunidad de compartir sus últimos días como familia, y me prometí a mi misma intentar aún con más ahínco estimularlos a expresar sus sentimientos. Me preguntaba porqué la mayoría de nosotros esperábamos a que nuestros seres queridos se estén muriendo. Incluso peor: ¿Por qué la mayoría de nosotros esperamos hasta que ya es demasiado tarde?

Después andaba hacia casa, donde mi marido e hijos
estaban, me invadió un sentimiento de bienestar y
seguridad. No solo estaba yo a salvo, sino que ellos
también lo estaban.

Mientras en la habitación de mis hijos; inclinándome en la
cama hacia cada uno de ellos, los besé en la mejilla
y murmuré "te quiero".

En la cama, me acerqué a mi marido y le susurré lo mismo.

La familia Bello, como otras familias que he conocido
trabajando en la enfermería, me había mostrado la necesidad
de expresar el cariño y los sentimientos. Lo que me
motivó el accidente es la necesidad de hacerlo ahora.

5.4 LA ETICA Y LA MORAL

5.4.1 Etica

"Es una ciencia normativa por la cual
establece las reglas que han de aplicarse a la conducta
humana, de acuerdo a la naturaleza del hombre, en relación
con fines, reglas que fundamentan la obligación moral,
entendiendo como conducta humana, los actos humanos
voluntarios y libre, que son los que se entiende como
éticos, diferenciándose de otros actos humanos"⁵.

La ética tuvo su origen en la especulación sobre la vida
humana y fue convertida en una parte de la Filosofía que
los griegos llamaron Etica; a partir de la palabra que
significa costumbre. Pero ésta solamente trata de la

⁵ Enciclopedia de la Psicología, Editorial Trilce, S.A., Lima, 1980.

costumbre que implica la idea de lo que está bien y de lo que está mal, esto es la moral. El objeto de la Etica es estudiar el hecho de la experiencia que el hombre distingue el bien del mal y tiene el sentimiento del bien y el mal. La materia de estudio de la Etica es la conducta humana y su punto de vista es el de lo que está bien y de lo que está mal, esto es, de lo que debe ser.

La Etica se relaciona con todas las ciencias humanas y sociales pero se distingue siempre de ellas por su punto de vista único de lo que debe ser, la Etica es una ciencia práctica y normativa, es también un arte que ha de ponerse en práctica en la vida propia de cada uno.

Algunos creen que el estudio de la moral corresponde a tal punto a la religión. Una Etica filosófica trataría de un hombre hipotético que jamás ha existido.

5.4.2 Valor moral y Etica

Valor moral es lo que es bueno para la realización plena de la persona en convivencia dentro de la sociedad y comunidad.

Acto moral es lo que se procura de lo que es bueno para la realización plena de la persona en convivencia.

Moral o Etica es la ciencia que indica los principios y normas para la realización plena del hombre en convivencia.

Para ver si una decisión de un acto, una conducta, es moral o inmoral, se debe preguntar si esa decisión, acto o conducta procura la realización plena de la persona en convivencia, o si al contrario, la impide, o si no

llama criterio de moralidad.

5.4.3 Importancia de la Etica en Enfermería

La enfermera en su profesión "es una persona en convivencia". Ella se frustrará a sí mismo y hará daño a los demás si desempeña sus funciones solamente para ganar dinero, satisfacer sus necesidades materiales o para servir de instrumento técnico.

La enfermera, como persona en convivencia, en el ejercicio de su profesión pone en juego su inteligencia, sus sentimientos. En su trabajo ella se realiza totalmente como persona; en su presente y futuro, en su propia persona, en su relación con los demás y con Dios.

La Etica o Moral es precisamente la ciencia que indica los principios y las normas para realizarnos como personas totales, en convivencia.

El paciente tampoco es solamente un cuerpo para examinar, medicar, operar, no es una simple oportunidad de hacer dinero. Es una persona con inteligencia, amor, sentimientos, relaciones familiares y sociales, con Dios, con obligaciones y derechos.

5.4.4 El secreto: concepto

"Es un conocimiento que el poseedor tiene el derecho o deber de esconder.

Hablando en sentido de comunicación sería: lo que se dice ha de ser verdad; pero hay ocasiones en que se puede hablar y otras en que debemos agarrarnos a hacerlo, para no revelar la verdad ni la otra parte tiene derecho a

saberlo, pero no se debe revelar cuando se trata de un secreto estricto. La persona puede estar obligada a mantener el secreto a causa de:

- El conocimiento es privado por su carácter mismo;
- Ha prometido no revelarlo.

El primero es un secreto natural, porque la materia de que se trata es privada por su propia naturaleza, lo que pertenece a la vida privada de las personas, una familia, a la situación de las empresas, a asuntos militares, etc., que puedan ventilarse en público. Aquellos que participan en semejantes asuntos están obligados a guardar el secreto.

Los que llegan a enterarse de ellos por casualidad, están también obligados a mantener el secreto, pero no hasta el punto de poner en peligro sus propios intereses legítimos.

El segundo comprende, los secretos de promesa, en los que uno tiene ya el conocimiento y promete luego no divulgarlo; secreto de confianza, aquí el conocimiento le es confiado bajo condición, expresa o implícita de que el asunto es confidencial y no debe revelarse, obteniéndose la promesa previa de guardar secretos.

El ocultamiento de la verdad está permitido en determinadas ocasiones y condiciones, y es obligatorio en otras.

Los secretos profesionales, son ejemplos típicos de secretos de confianza, siendo por lo regular naturales, un secreto de confianza es la forma más estricta de secreto,

y obliga en justicia, porque se basa en un contacto expreso e implícito.

El que el hombre esté autorizado en algunas ocasiones a esconder la verdad, es evidente a partir de la naturaleza misma del hombre, puesto que a más de ser un miembro de la sociedad, el hombre es también un individuo que tiene derecho a su propia dignidad e independencia total y personal, el derecho de que nadie se entrometa en su privacidad.

5.5 PRIVACIDAD

5.5.1 Escuche

Una niña de 14 años de edad fue ingresada recientemente en nuestra unidad pediátrica con un traumatismo craneal producido a consecuencia de una caída en la escuela. Ella facilitó varias explicaciones de su caída, pero yo sospeché que estaba escondiendo alguna cosa. De tal forma que, cuando algunas de sus amigas la visitaron, escuchaba por el sistema de intercomunicación. Hablaban libremente respecto al consumo de drogas, y la paciente decía que había fumado marihuana antes del accidente.

Registré lo que oí (incluyendo el hecho de que ellas no sabía que yo las oía. Aunque me sintiese culpable por escuchar a escondidas, creo que debía decirles a sus padres que su hija se drogaba. ¿Qué piensa usted respecto a esto? -R.A., Ontario

Sus intenciones fueron buenas, pero el escuchar por el sistema de interfono viola la intimidad del paciente y es difícil de justificar. Si les dice a sus padres que usted

oyó por casualidad podría perjudicar la relación de la niña con sus padres y con usted.

Recuerde que usted no tiene pruebas de que la paciente se drogase. Si usted se enfrenta a sus padres con la sospecha basada en la información obtenida de forma deshonestamente, éstos pueden cuestionar su credibilidad y profesionalidad.

Antes de actuar sola, dígame a su supervisora lo que ha hecho y consiga su apoyo. Ella probablemente deseará comentar la situación con el médico de la paciente, quien puede decidir tratar el tema privadamente con la paciente y sus padres.

En el futuro, elabore, junto con su supervisora, un protocolo a seguir cuando sospeche que un paciente menor de edad está drogándose. Incluya las normas concretas para obtener y registrar la información y un protocolo para informar a los padres.

5.5.2 Guardar un secreto

Hace tres años que empecé a trabajar en una residencia de ancianos. Cuando la supervisora me presentó a mis compañeros, una de las enfermeras aparentó no conocerme, aunque habíamos estado haciendo prácticas juntas. ¿Cuál era la razón? Que ella había suspendido. Yo supuse que temía que dijera a alguien que no tenía el título.

Ella era muy inteligente, y yo no quería arruinar su vida. Pero me sentía culpable de guardar este secreto. ¿Qué debería hacer?- L.M., FLA.

Es peligroso guardar este secreto. Contratar a una enfermera no diplomada -sabiéndolo o no- es ilegal. En la mayoría de países, las enfermeras que trabajan sin título, que han vendido u obtenido un diploma o título ilegal, y han persuadido o colaborado en estas prácticas incurren en un grave delito.

El American Nurses' Association Code for Nurses controla la protección de los pacientes que han sido amenazados por prácticas incompetentes, ilegales. Actúe rápidamente: no sólo es la residencia de ancianos la que está arriesgando su acreditación, sino que también puede comprometer el cuidado del paciente al permitir que una persona no calificada trabaje de enfermera.

Para asegurarse de que actúa bien, hable primero con su compañera. Evite el tono acusador -después de todo, ella no puede tener nada que esconder-. Puede ser que se diplomara en otra escuela. O podría ser que trabajase como auxiliar de enfermería, no como enfermera.

Naturalmente, puede que no le diga la verdad. Podría negarse a hablar con usted. Pídale que notifique su sospecha a los administradores, para que ellos puedan investigar su curriculum vitae.

5.5.3 En el medio

Algunas veces me encuentro entre las órdenes médicas y los deseos del paciente. Por ejemplo, hace unos días, la hija de un paciente oncológico me dijo que su padre, de edad avanzada, no quería recibir más quimioterapia y que ella estaba de acuerdo con esta decisión. También se lo dijo al médico. Pero éste me dijo que no quería dejar por escrito ninguna orden de

interrumpir el tratamiento.

No sabía qué hacer. La hija aún no sabía que el médico no quería escribir la orden. ¿Debía decirle a ella lo que pasaba y sugerirle que hiciera una consulta a un abogado o fuese a otro médico? ¿O debía callar? Yo quiero ayudar a mi paciente y a su familia, pero también quiero conservar mi trabajo.- J.M., WASH.

Tiene el deber de proteger el derecho del paciente a rehusar el tratamiento. Pero no cierre definitivamente la comunicación.

Para ayudar al paciente sin crear conflictos innecesarios entre él y su médico, registre todas las manifestaciones específicas que hace respecto a sus deseos de tratamiento. Asegúrese de que sus notas son objetivas y no emiten juicio. Por ejemplo, podría registrar: El paciente me dijo: "Ya tengo bastante. Quiero interrumpir la quimioterapia".

Seguidamente, solicite ayuda de su supervisora. Haga que ella participe en su registro, y explíquele por qué usted cree que debería procederse de acuerdo a esto. Después, hable con el médico para que respete los deseos del paciente. Si es necesario, pida también apoyo al jefe de servicio, al sacerdote, o al responsable de ética del hospital.

Finalmente, podría sugerir que el paciente firmara un testamento de vida que le permitiera expresar su preferencia respecto al tratamiento que desea. Esto le permitiría también nombrar a un procurador para llevar a cabo sus deseos en caso de estar inconsciente o incompetente. Si el paciente firma un testamento de vida,

no olvide incorporarlo a su historia clínica.

5.6 PARO CARDIO-RESPIRATORIO

Paro cardio-respiratorio significa cuando una persona ha dejado de realizar las funciones vitales de respiración y función cardíaca, considerándose al paciente clínicamente muerto, el paro puede ser cardíaco o respiratorio y puede existir muerte cardíaca o muerte cerebral.

Cuando se produce una situación de estas, en cualquier lugar que no sea un centro hospitalario y no se cuente con los debidos medios para proceder, se suministrarán los primeros auxilios por parte de una persona que conozca, de inmediato se llamará a un médico o profesional de la salud y si las circunstancias lo permiten se trasladará a la víctima hasta un centro asistencial.

Razón por la cual todos estamos en capacidad de conocer y practicar algo sobre primeros auxilios, los mismos que pueden ayudarnos a salvar vidas en cualquier lugar que nos encontremos.

Debemos tomar en cuenta qué beneficio le prestará al paciente el hecho de reanimarlo si su cerebro ya sufrió daños irreversibles por el tiempo que tardó en recibir los primeros auxilios.

En las diferentes instituciones de tipo público y privado se manejan políticas y protocolos específicos para estos casos los mismos que deben ser aplicados con seguridad, serenidad y rapidez, esto constituye una emergencia de gran magnitud en la que se pone en juego la vida de un paciente y no solamente una vida mediocre, sino con todas

sus capacidades vitales funcionando óptimamente.

Todos los pacientes que ingresan a un hospital y sufran un paro cardio-respiratorio deben ser sometidos al RCP resucitación cardio pulmonar, a excepción de aquellos casos de pacientes con enfermedades irreversibles, en estado terminal, que tengan la indicación médica por escrito de no aplicar el procedimiento. La persona que encuentre un paciente que no responde al llamarle por su nombre, solicitará urgente ayuda por el timbre o a voz alta. Colocará la cabeza del paciente en hipertensión, acercará su oído a la boca o nariz del paciente, para comprobar si existe o no respiración espontánea y pulsará pulso femoral o carotideo, si el paciente no respira, ocluirá la nariz del enfermo y dará 4 respiraciones seguida boca a boca. Sino hay pulso ni respiración, solicitará el coche de RCP y comenzará la reanimación. Si la o el reanimador está solo continuará el RCP por 4 ciclos interrumpiendo 5 segundos para pedir ayuda y continuará hasta reanimarlo completamente. En todas las instituciones debe haber:

- Un equipo de RCP con 8 personas.
- Una clave y un sistema adecuado y eficiente de comunicación (universal).
- Un carro de paro uniforme, fácil de manejar y que guarde las normas internacionales.
- Definición y ejecución exacta de las funciones de cada uno de los miembros del equipo (simulacros).
- Reuniones y actividades de actualización y

capacitación.

5.6.1 Responsabilidades de los miembros del equipo de R.C.P.

5.6.1.1 Líder de R.C.P.

- Concurrir de inmediato a la llamada del código azul.
- Dirigir las actividades del grupo.
- Tomar decisiones con respecto a :
Medicación, desfibrilación, soluciones intravenosas, interrupción de las maniobras de R.C.P. de acuerdo al algoritmo del R.C.P.
- Iniciar maniobras de resuscitación (vías aéreas y ventilación).
- Intubar al paciente en caso de ser necesitado.
- Extraer muestras de sangre para gasometría.
- Revisar el récord de R.C.P., un resumen de los procedimientos ejecutados y condición del paciente antes de salir de la unidad y firmar.

5.6.1.2 Residente de especialidad

- Concurrir de inmediato a la llamada del R.C.P.
- Iniciar y/o continuar con las maniobras de R.C.P., según indicación del líder.
- Auscultar ruidos cardíacos, chequear pulso y encargarse del masaje cardíaco.

5.6.1.3 Enfermera 1

- Iniciar las maniobras de R.C.P. y comunicar de inmediato.
- Solicitar el coche de R.C.P. al lugar de los hechos.
- Preparar material para la canalización de vía, y tomar muestras para el laboratorio.
- Ayuda a controlar signos vitales.
- Administrar la medicación.

5.6.1.4 Enfermera 2

- Monitorizar al paciente
- Preparar la medicación
- Preparar el desfibrilador.
- Llenar la hija de medicación.
- Llenar la tarjeta de cargos

5.6.1.5 Terapeuta respiratorio

- Preparar la succión y el material para intubación endotraqueal.
- Preparar el material para la ventilación mecánica.
- En caso necesario ayuda en la ventilación (Ambu).

5.6.1.6 Supervisora general

- Proporcionar la información a los familiares del

paciente.

- C o o r d i n a r l a información con médicos de la especialidad.
- Asegurar que los coches queden equipados después de cada R. C.P.

5.6.2 Realización de la R.C.P. a los lactantes.

Pocas urgencias pueden acelerar su pulso como la de un lactante que no respira o la de uno al que se le ha parado la circulación.

Usted puede haber practicado la reanimación cardiopulmonar (RCP) a muchos adultos en el hospital, pero no es lo mismo cuando tiene que reanimar a un lactante, y en particular fuera del hospital.

Lo diferente no es precisamente el tamaño de la víctima, sino las técnicas que utilizará para reanimarlo. La American Heart Association (AHA) considera a una víctima de menos de 1 año de edad como a un lactante y recomienda la utilización de unas técnicas específicas para restablecer su respiración y circulación. Por ejemplo, cuando administre compresiones torácicas a un lactante, utilizará solamente los dedos medio y anular, y las compresiones serán más superficiales que en un adulto o en un niño.

La profundidad de la compresión recomendada un adulto, la

profundidad es de 3,75 a para los bebés es de 1,3 a 2,5 cm. En mientras que en un niño es de 2,5 a 3,75 cm. Igualmente, un bebé puede recibir más insuflaciones (20 por minuto) que un adulto o un niño.

Extraer un objeto de la vía aérea. Algunas veces el distrés respiratorio de un bebé será resultado de una obstrucción de las vías aéreas. Igual que en el caso de un niño debe determinar si la causa es un cuerpo extraño en la vía aérea o una epiglotitis. Si el lactante presenta una epiglotitis, llame al servicio médico de urgencias (SMU) inmediatamente.

Si hay un cuerpo extraño en la vía aérea, realícele la RCP. No realice compresiones abdominales a un lactante, pues existe el riesgo de provoca lesiones intra-abdominales a un lactante. El lugar de esto, utilizará una combinación de golpecitos en la espalda y compresiones torácicas. Esto aumentará la presión intratorácica lo suficiente para provocar una tos artificial, forzando el aire y el cuerpo extraño que causa la obstrucción fuera de la vía aérea.

Esta es una visión general rápida de las diferencias clave en la técnica de RCP en el caso de un lactante.

5.7 MUERTE CEREBRAL

5.7.1 Daño cerebral y desarrollo intelectual

5.7.1.1 Daño cerebral

Las hormonas tiroideas, cumplen funciones básicas en la economía humana. Así, al facilitar el incremento de la utilización de oxígeno,

regulan el metabolismo corporal, provocan un aumento de la síntesis proteica y estimulan la diferenciación tisular. La presencia de las hormonas tiroideas es indispensable para mantener la temperatura corporal, la función cardiovascular, la motilidad gastro-intestinal y los reflejos neurológicos. (La Franci, 1979) Durante la vida prenatal y los primeros años de la infancia, las hormonas tiroideas son imprescindibles para el desarrollo del sistema nervioso central, la formación de sistemas enzimáticos neuronales y la mielinización de las fibras nerviosas.

Dada la importancia de estas funciones, el normal desarrollo y funcionamiento de la glándula tiroidea, es condición indispensable para la adquisición y mantenimiento de una vida sana. Cualquier alteración, especialmente la que provoca deficiencias en la producción hormonal, puede traer graves trastornos tanto a nivel general, como en el sistema nervioso central.

5.7.1.1.1 Manifestaciones

físicas y
neurológicas del
daño cerebral.

La actividad psíquica se empobrece, pueden aparecer trastornos de conducta y del pensamiento. El paciente tiene limitada conciencia de sí mismo. Su actividad motórica es mínima. La demencia puede ser una secuela importante. En los casos fatales, puede aparecer somnolencia, estupor creciente, estado de coma profundo y muerte consecuente, marcha titubeante, incoordinación motora, hablar de amplias oscilaciones, movimientos espasmódicos, espasticidad, hiperreflexia. La gravedad de las anomalías

motóricas, está en relación con la profundidad de la afectación intelectual y generalmente no se observan en los casos benignos.

- Disociación

La Disociación es uno de los trastornos más evidentes en el paciente con lesión cerebral. Se trata de una incapacidad para percibir las cosas como un todo (como una Gestal). El paciente es capaz de ver únicamente partes de las cosas, pero con frecuencia no comprende la noción de totalidad.

En síntesis, la Disociación es la dificultad para conceptualizar elementos separados en una unidad significativa. Este trastorno, representa una grave desventaja para la buena evolución del lenguaje hablado y para el aprendizaje de la lectura y la escritura.

- Inmadurez motora e incoordinación.

Como consecuencia del daño cerebral, se cree que la orientación psicológica del paciente respecto de sí mismo, la conciencia de las partes y localizaciones del cuerpo y la incoordinación motora, son elementos característicamente deficientes. Problemas graves en el desarrollo neuro-integrativo, han sido reportados también en el caso de lesiones cerebrales provocadas por mala nutrición calórico-proteica.

5.8 ENTORNO FAMILIAR

La familia es el prototipo de los conjuntos humanos, en ella el individuo es ante todo producto de las interacciones que se producen entre todos aquellos que la componen. Todo individuo se sitúa en un punto particular de esta red de intercambio, que a su vez se ligán con el contexto social, y particularmente, con los elementos culturales y económicos. Por lo tanto, los intercambios familiares, están en relación dialéctica con el conjunto de los intercambios sociales que condicionan y a la vez son condicionados, por las normas y valores de la sociedad en que se desarrollan.

En la familia, como en todas las estructuras sociales, existe cierta variación de organización y funciones, que de alguna manera determinan distintos tipos de familia. Además, el tipo de estructura familiar va cambiando de acuerdo a la movilidad de sus miembros, siendo entonces un grupo orgánico y viviente, que se desarrolla bajo el influjo permanente de factores endógenos y exógenos.

En lo que se refiere al grupo familiar, notamos en muchos casos, la existencia de familias disgregadas inestables, con un funcionamiento exterior, aparente, donde las relaciones interpersonales son insatisfactorias.

La familia no es feliz, el rol de los esposos no está definido, la atmósfera de tensión e inseguridad, invade todo el hogar. En general no hay un verdadero vínculo afectivo. Y si bien en muchos hogares no hay una separación de hecho, la relación es más bien superficial, tensa, la comunicación es limitada y las relaciones sexuales son insatisfactorias.

5.9 LA EUTANASIA

Muerte por piedad, en conocimiento de los familiares directos o más allegados al paciente.

- Ayudar a una "muerte decente"
- Acelerar la terminación de la vida
- Provocar la muerte por vías no dolorosas
- Según la Iglesia es un acto reñido con la moral y que se contrapone a los mandamientos bíblicos, que proclaman el derecho a la vida.

CAPITULO VI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

- La práctica de la medicina es un tipo de atención generada por el propio Estado, cuyo objetivo es la realización de actividades preventivas, promocionales, curativas y de rehabilitación; recibe poco apoyo y tiene un débil soporte formativo en las universidades formadoras de recursos en salud, pese a que se reconoce su importancia.

- La medicina institucional dependiente del Ministerio de Salud Pública, tiene una connotación afectiva de ayuda o caridad y un rol político explícito o implícito que mediante la aplicación de la cobertura, el mejoramiento técnico, el incremento de recursos humanos y materiales, tiende hacer evidente la preocupación del Estado por la salud de sus habitantes. Así como se retienen sectores poblacionales en sus núcleos de origen y se mediatizan los conflictos sociales.

- La falta de operatividad de la medicina privada o institucional para llegar a los sectores rurales y urbanos-marginales, por las necesidades de salud de estos sectores, las luchas estudiantiles y de grupos médicos por dar un contenido social a la práctica.

- La relación terapeuta-paciente, es un elemento valioso del modelo aborigen, ya que se establece sobre una base de comunicación social, que une dos personas, no solo para diagnosticar y tratar una enfermedad, sino para reforzar la existencia del grupo

y del propio conocimiento médico, y recrear así una parte de la vida de la comunidad.

- El hecho cotidiano de la deshumanización y mercantilización de la práctica médica como manifestaciones sistemática de la estructura societal; creo que los únicos llamados a normatizar la práctica profesional de los médicos son los propios factores sociales, utilizando instrumentos idóneos de evaluación, tanto de la práctica individual como de la eficiencia de los servidores de salud.

- La producción de la medicina social desde sus inicios hasta el presente, guarda correspondencia con los rasgos propios de un campo intelectual, en la búsqueda de una mayor coherencia e identidad.

- No hay religión que se oponga a la autopsia, ninguna de las iglesias más representativas, por el gran número de sus fieles, se opone a la práctica regular de la autopsia, sin embargo algunos profesionales aducen o atribuyen a los deudos motivos religiosos para oponerse a tal práctica.

- En la actualidad, la población, los sistemas de salud y los organismos internacionales de salud están invirtiendo fondos cuantiosos en atención primaria de salud.

- No se gasta relativamente casi nada en investigación sobre sistemas de salud lo que no permiten tener una gran efectividad por relación al costo, pues permitiría aumentar la efectividad, la eficiencia y la equidad de todo el sistema de salud.

- Las posibilidades como país de acceder al desarrollo para alcanzar el pleno bienestar social, necesitan sustentarse en el nivel de salud de su recurso fundamental, el ser humano, por lo tanto la política de salud pasa a ser la columna vertebral de un plan nacional de desarrollo social. ✓

- La medicina social latinoamericana, antes de ser representativa por ser institución lo fue por la publicación de trabajos que expresaban sus posturas. ?

- La medicina social latinoamericana, como campo intelectual creativo-crítico, imaginativo, puede vivir estas condiciones como el germen de una nueva etapa de mayor expansión y de ampliación de quienes comparten el interés de lograr sociedades más sanas, pero también más justas y democráticas.

- La función médica del médico es la que conocemos, como el resultado de la actividad, como para la que ha sido formada en el medio académico; curar enfermos, prevenir enfermedades, promover la salud, que es el resultado de su trabajo concreto, la función social del médico es también resultado de su práctica cotidiana, pero la diferencia que existe con la anterior, es que el médico no ha recibido formación de ningún tipo para realizarla, es una función que el médico cumple como resultado de su trabajo abstracto. ?

- Solo una tercera parte de la población tiene acceso a algún tipo de sistema de protección social IESS, SP, BG, SOLCA, Cruz Roja, Fuerzas Armadas, Policía Nacional u otros; el otro porcentaje de

la población no tiene oportunidad ni posibilidad de acceder a ninguna prestación de éstas.

- La deficiencia del sistema administrativo y gerencial con relación a los medicamentos del sector público, son insuficientes e inoportunos, con un inadecuado sistema de fijación de precios y control de los mismos.

- La medicina, la enfermería, odontología, servicio social, nacen como una función netamente social de tradición de las grandes clases sociales de la humanidad, regentada por personas nobles cuyo fin fue el de apoyar, ayudar sin lucro ni beneficio personal.

- Actualmente se ha convertido la medicina y la salud en una práctica científica rentable con fines de lucro, llegando en ocasiones a la explotación de lo que se ha hecho un modus vivendi para algunos ciudadanos que la hacen a través de otros.

- La legislación que rige actualmente la medicina y salud, no se compadece a la realidad, nace en la Constitución Política del Ecuador, sin embargo, el Código de Salud es tan obsoleto como las mismas leyes que la regulan; las organizaciones gremiales se han preocupado de elaborar leyes, reglamentos, transitorias y varios cuerpos legales, los mismos que carecen de aspectos importantes como una adecuada legislación a la mala práctica médica y en otros campos en los que la justicia se limita por falta de un respaldo jurídico y un amplio marco legal.

- Por ser ley de la república y decreto presidencial del abogado Jaime Roldós Aguilera, las instituciones públicas de salud no pueden mejorar sus ingresos dada la gratitud de los servicios, la misma que se encuentra en actual polémica porque se ha implantado la autogestión de los servicios de salud, con lo que se mejorará las condiciones de prestación de servicios.

6.2 RECOMENDACIONES

- A las instituciones superiores formadoras de recursos en salud, que se retome en la formación del personal aspectos básicos de función social, humanización, concientización de valores éticos y morales, aspectos que se dejan fuera siendo como es una práctica netamente humanitaria la medicina. ✓

- A las diferentes federaciones, colegios y organizaciones gremiales en salud, que realicen las diferentes gestiones, a través del Ministerio de Trabajo y CONADE, para que realice, evalúe y estudie los salarios del personal de salud con relación a su preparación y responsabilidad, con relación al ejercicio de su responsabilidad. ✓

- Al ejecutivo que a través del Ministerio de Finanzas sitúe los respectivos fondos presupuestarios con la debida oportunidad para evitar que los pocos programas de beneficencia social que se llevan a cabo no se vean interrumpidos. ✓

- Al Ministerio de Salud Pública que a través de sus organismos competentes, supervise,

controle, sancione a los profesionales que no cumplen con el marco legal existente en todos los campos del ejercicio profesional.

- Al Ministerio de Salud Pública y todos los organismos gremiales en salud, se estudie, analice y actualice el obsoleto Código de la Salud, las leyes de federaciones, colegios, especialmente en los acápite que existen falencias y vacíos, los mismos que no permiten una inadecuada legislación.

- Al Ministerio de Salud Pública que siga adelante con los programas de fortalecimiento de los sistemas locales de salud. SILOS ampliación de cobertura de la atención, la reforma sanitaria, capacitación de los recursos humanos, atención de bajo costo y calidad total, en especial que se acentúe la autogestión de los servicios de salud y se aplique la Ley de Modernización.

- Al Ministerio de Salud Pública que continúe con su gestión y coordinación con los organismos internacionales, ONGs, entidades de ayuda, para que sus recursos sigan siendo encaminados en beneficio de las clases sociales urbano-marginales que son las más necesitadas en salud.

- Al Consejo Nacional de Salud, para mejorar la coordinación interinstitucional, establecer comisiones interinstitucionales permanentes para elaborar un Plan Nacional de Salud y determinar acciones y compromisos conjuntos.

- Fortalecer el proceso de desarrollo en las áreas de salud mejorando su coordinación.

alentando la autogestión, profundización de los programas de medicación rural con participación de la comunidad.

- Desarrollar sistemas de financiamiento alternativo para el Ministerio de Salud Pública mediante el cobro de los servicios en función del nivel de ingreso de los beneficiarios, de suerte que se mejore el nivel de autogestión en los hospitales.

- Promover el incremento de cobertura de las unidades operativas mediante un programa de comunicación y proyección del hospital a la comunidad, estos programas deben poner especial énfasis en la mujer y racionalizar el uso de los recursos humanos al interior de las áreas de salud.

- Incentivar la capacitación y participación de la comunidad en general, de la programación, ejecución y evaluación de los programas y proyectos en salud.

- Al Ministerio de Salud Pública, que fortalezca la participación de la ONGs en el diseño de políticas y programas de salud, especialmente en el nivel de atención primaria, mediante convenios de cooperación.

- Al Ministro de Salud Pública que enfatice la orientación vigente hacia una concepción y práctica basada en la promoción y prevención considerando a la familia como la unidad básica de acción.

- Al Ministerio de Salud Pública, que coordine esfuerzos y recursos de las instituciones públicas y privadas para el desarrollo de un

Plan Común de Capacitación que permita la preparación de recursos humanos aptos en el manejo de técnicas gerenciales y de planteamiento estratégico.

BIBLIOGRAFIA

- Colegio Médico de Pichincha, Panorama Médico. Salud en el Ecuador y el Mundo, Schering-Ecuador, tomos 1 al 72, Quito-Ecuador.
- Estrella Eduardo, Medicina Aborigen, Editorial Epoca 1977, Quito-Ecuador.
- Federación Médica Ecuatoriana, Ley de Federación Médica Ecuatoriana, Quito-Ecuador 1990.
- Federación Médica Ecuatoriana de Enfermeras, Ley de Federación Médica Ecuatoriana de Enfermeras, Quito-Ecuador 1991.
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Manual para Afiliados y Patronos, impreso en el IESS, octubre 1990, Quito-Ecuador.
- Larco Noboa Nicolás, Historia de la Medicina Ecuatoriana, Editorial Arte Gráfica, tomo I 1990, Quito-Ecuador.
- Layton Dorit, La Humanización de la Práctica de Enfermería, Editorial Interamericana, México 1993.
- Lichtensten Bernardo, La Práctica Humana de la Medicina, Editorial Interamericana, Israel-Tel Aviv 1993.
- Ministerio de Salud Pública, OPS-OMS, Participación Social y Voluntariado Comunitario en Salud, impreso Ministerio de Salud Pública 1993, tomos 1 al 8, Quito-

Ecuador.

- Navas Tovar Gladys, Iniciación al Trabajo Social, Ediciones Aby Ayala 1990, Quito-Ecuador.
- Organización Panamericana de la Salud, Análisis de las Organizaciones de Salud, OMS, España 1992, Washington, D.C.
- Organización Panamericana de la Salud, La Participación Social. Estudios de Caso, OMS, 1993. Washington D.C. USA, tomos del 1 al 16.
- Yépez Rodrigo, Crisis en la Universidad, ALAFEM, Quito-Ecuador, 1988.

INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1

DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

ANEXO 2

CODIGO DE MORAL MEDICO

ANEXO 3

HOJA DE REGISTRO DE R.C.P.

ANEXO No. 1

DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

FUNCION: Acción propia de un órgano o aparato de los seres vivos o de una máquina, ejercicio o empleo de un oficio, acto público diversión o espectáculo.

SOCIAL: Relativo a la sociedad o a las relaciones entre unas y otras clases, relativo a una compañía o sociedad a los socios aliados o confederados.

HUMANITARIA: Condición de ser humano, género humano, bienhechor de la benignidad, benevolencia, compasión, que se interesa el bien de la humanidad.

COMUNIDAD: Reunión de personas que viven juntas y bajo ciertas reglas, con ideas de origen común, realizan levantamientos populares.

VOLUNTARIADO: Que nace de la voluntad, que se hace sin estar obligado a ello, que se presta voluntariamente a hacer algo.

MISION: Poder que se da a un enviado para desempeñar algún cometido, deber moral que a cada hombre le impone su condición o estado.

VOCACION: Inspiración con que Dios llamó a algún estado, llamamiento espiritual, inclinación a cualquier estado, profesión o carrera.

ORIGEN: Aquella que de alguna cosa procede o arranca momento de su nacimiento, país donde uno ha nacido o tuvo principio de familia.

C.V.R.: Colaboradoras Voluntarias Rurales dedicadas a la atención de la embarazada, parto y puerperio, entrenadas por el Ministerio de Salud Pública.

C.V.S.: Colaboradoras Voluntarias Sociales entrenadas por el Ministerio de Salud Pública, para ejercer funciones de educación y preparación, liderando la salud.

P.S.: Promotores de Salud Líderes Comunitarios, entrenados por el Ministerio de Salud Pública, para cumplir y organización de la Comunidad, cuidados mínimos de aseo, primeros auxilios, nutrición.

SALUD PUBLICA: Estado de ser orgánico que ejerce normalmente todas las funciones, sin costo alguno y para

las poblaciones grandes.

EUTANANSIA, MUERTE: Muerte suave, sin sufrimientos físicos pero provocada para evitar a toda costa el dolor o prolongar la vida.

TRASPLANTE: Pone a una persona o cosa en lugar de otro transponer, sembrar una cosa en el lugar de otra y arreglar, desaparecer alguna persona o cosa.

MUERTE CEREBRAL: Cesación de la vida, separación del cuerpo y del alma, falta de funcionamiento del cerebro.

FECUNDIDAD INVITRO: Produce o se reproduce por medio de médicos no naturales si no artificiales como inseminación artificial.

IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

IEOS: Instituto de Obras Sanitarias.

U.C.I.: Unidad de Cuidados Intensivos, área restringida de especialidad para pacientes críticos con potencial peligro de muerte.

RESPIRADOR: Equipo médico de asistencia ventilatoria con la que permite que la persona pueda respirar a través de la presión que ejerce.

NECESIDADES: Todo aquello de lo que uno no puede prescindir, tanto en lo espiritual como lo biológico que exige pronto auxilio.

CANCER: Destrucción maligna de tejidos circundantes que nace en el epitelio y continua con las células aledañas, lleva a la muerte, no tiene cura.

MALIGNO: Nociva para la salud, destruye el organismo, no hay posibilidad de salvación de un órgano o tejido.

PSICOSOCIAL: Que trata de los aspectos psicológicos y sociales que se relacionan con la medicina e influyen en la salud de las personas.

VIRUS: Humor maligno, agente infeccioso, comúnmente invisible y filtrable, de naturaleza, origen de contagio.

BACTERIA: Microorganismo unicelular, vive en el aire y en el agua, en la tierra, en el cuerpo de los seres vivos produciendo enfermedad.

LA MUERTE: Cesación de la vida, separación del cuerpo y del alma, que deja de cumplir las funciones de la vida.

DESCEREBRACION: Dícese de la falta de una de las funciones centrales del cerebro que produce la muerte por falta de actividad del mismo.

AUTOPSIA: Disección de un cadáver para investigar la causa que le llevó a la muerte.

SHOCK: Estado de profunda depresión nerviosa y circulatoria sin pérdida de la conciencia, que se produce después de intensas conmociones.

A.C.V.: Cuando el ser humano es víctima de un accidente cerebro vascular, cuyas secuelas son observables.

MUERTE CEREBRAL: Falta de funcionamiento del cerebro, deja de cumplir su funcionalidad y el ECG denota ondas planas.

INFARTO: Hinchazón u obstrucción, disminución de su función fisiológica y hasta muerte de un órgano del cuerpo humano.

NARCOTICO: Droga o medicamento, alcaloide que produce sopor.

ADICTO: Persona que depende que está apegada, acostumbrado a consumir determinada sustancia y si no lo hace sufre trastornos orgánicos.

ANALGESICO: Medicamento que actúa directamente sobre las terminaciones nerviosas calmando el umbral del dolor.

SOMNIFERO: Que causa pesadez y torpeza de los sentidos motivada por el sueño profundo.

HIPNOTICO: Medicamento que produce hipnosis, sueño y letargo.

ETICA: Disciplina filosófica que tiene por objeto los juicios de valor cuando se aplican a la distinción entre el bien y el mal.

MORAL: Cualidad de las acciones humanas que las hace buenas.

BIENESTAR: Completo estado de satisfacción y equilibrio tanto físico como mental.

INFRAESTRUCTURA: Capacidad física para soportar una determinada acción de funcionalidad.

INSTITUCIONALIZACION: Colección metódica de los principios de una ciencia o arte, basada en una Ley u

Organización fundamental.

PRIVATIZACION: Acción de pasar a manos de un custodio personal, algo que sea del estado o de uso público.

EVOLUCION: Acción y efecto de desarrollarse o de transformarse, las cosas pasando gradualmente de un estado a otro.

TERMINAL: Que se encuentra en última fase de una enfermedad, que concluye en la muerte inmediata.

CONTROVERTIDO: Que se discute extensa y detenidamente sobre algún asunto.

PRIVACIDAD: Acción que se ejecuta a vista de pocos, familiar y doméesticamente, sin formalidad ni ceremonia alguna.

LEGISLACION: Acción de legislar, conjunto de leyes de un Estado o relativas una materia determinada.

POLITICA: Ciencia y arte de gobernar, que trata de la organización y administración de un estado en sus asuntos interiores y exteriores.

PROTOCOLO: Ordenada serie de escrituras matrices y otros documentos que un notario o un escribano autoriza.

E.E.G.: Electroencefalograma.

E.C.: Electrocardiograma.

SEPSIS: Alteración en el organismos por introducción en él de gérmenes patógenos o igual a putrefacción.

ESTRATEGIA: Es el arte de organizar o dirigir un asunto, caminos que traza para conseguir algo.

OPORTUNA: Acción que se realiza en tiempos y conveniente pronto en el momento adecuado.

ESICOTICA: Enfermedad mental, obsesión, pertinaz y constante de algo.

IRREVERSIBLE: Que no puede mejorar, que no tiene remedio, daño definitivo, lesión terminal.

REVERSIBLE: Que puede mejorar que no es irreversible que puede mejorar y curarse.

AGUDA: Enfermedad grave rápida y repentina, suele

decirse de cuando se agrava.

CRISIS: Mutación considerable que acaece en una enfermedad, ya sea para mejorarse; ya para agravarse el enfermo.

ANEXO No. 2

CODIGO MORAL MEDICO

CAPITULO PRIMERO

De los deberes de los Médicos para con los enfermos:

Artículo 1º: La obligación del médico de atender a un llamamiento, en el ejercicio de su profesión, se limita a los casos siguientes:

- 1.- Cuando es otro Médico quien requiere su colaboración profesional;
- 2.- Cuando hay otro facultativo en la localidad en la cual ejerce la profesión; y,
- 3.- En los casos de urgencia o peligro inmediato.

Artículo 2º: Si en la primera visita hecha a un enfermo comprueba el Médico que la enfermedad de aquel es contagiosa, puede rehusar la continuación de su asistencia en los casos siguientes de inminente peligro de transmisión a un tercero:

- 1.- Si es un cirujano que se dispone a practicar una operación aséptica;
- 2.- Si es un partero que está comprometido a asistir a una señora en su alumbramiento cercano; y
- 3.- Si asiste en la ocasión a niños a quienes puede comunicar la enfermedad.

Artículo 3º: El Médico prestará sus servicios profesionales atendiendo más a las dificultades y exigencias de la enfermedad, que al rango social de sus clientes o a los recursos pecunarios de que estos dispongan.

Artículo 4º: El Médico, en su trato con el enfermo, procurará tolerar sus caprichos y flaquezas mientras no se opongan a las exigencias del tratamiento, ni ejerzan una influencia nociva en el curso de la afección.

Artículo 5º: Aunque el carácter, curso o gravedad de cierta enfermedad exigen que el enfermo sea visitado con frecuencia, el médico evitará las visitas innecesarias, por cuanto tienden a hacerla sospechosos de nil

interesadas.

Artículo 6º: El Médico evitará en sus actos, gestos y palabras todo lo que pueda obrar desfavorablemente el ánimo del enfermo y deprimirlo o alarmarlo sin necesidad; pero si la enfermedad es grave y se teme un desenlace fatal, o se esperan complicaciones capaces de ocasionarlos, la notificación oportuna es de regla y el médico la hará a quienes a su juicio corresponda saberlo.

Artículo 7º: El Médico debe respetar las creencias religiosas de sus olientes, no oponiéndose en ningún caso ni por ningún motivo, al cumplimiento de los preceptos religiosos.

Artículo 8º: El Médico no debe abandonar nunca los casos crónicos incurables, y en los difíciles o prolongados es conveniente y aún necesario provocar juntas con otros colegas.

Artículo 9º: Es un deber moral del médico aconsejar a sus clientes y excitarlos a la enmienda, cuando las enfermedades que padecen provienen de hábitos viviosos o de frecuentes transgresiones de la higiene.

Artículo 10º: Las visitas de amistad o sociales de un médico en ejercicio a un enfermo asistido por otro médico, deben evitarse o hacerse en condiciones que anulen toda sospecha de miras interesadas o perjudiciales al buen nombre del médico de cabecera.

Artículo 11º: El gabinete privado del Médico es un terreno neutral donde pueden ser recibidos y tratados los enfermos, cualquiera que sean sus médicos ordinarios y las circunstancias que hayan precedido a la consulta.

Artículo 12º: El Médico no debe examinar a la mujer casada sino en presencia de su marido, o de una persona de su familia debidamente autorizada.

Artículo 13º: Salvo caso de urgencia, la anestesia general no se hará sin presencia de dos médicos titulares por lo menos.

Artículo 14º: El cirujano no hará ninguna operación mutilante (amputación, castración, etc), sin la previa autorización del enfermo hecha en presencia de testigos hábiles.

Artículo 15º: El cirujano no practicará ninguna operación en menores de edad, sin la previa autorización de los padres o tutores del niño enfermo.

Artículo 16º: El cirujano no podrá hacer ninguna

operación destinada a esterilizar a la mujer sin una indicación terapéutica determinada y después de haber agotado todos los recursos conservadores de los órganos de la reproducción.

CAPITULO II

DE LOS DEBERES RELACIONADOS CON EL MANTENIMIENTO DE LA DIGNIDAD PROFESIONAL

Artículo 17º: Así como la profesión médica inviste a quienes la abrazan, de ciertos privilegios e inmunidades que le acompaña, también les impone el deber de ejercerla con estricto sometimiento a las reglas que la deontología médica ha instituido para el gobierno y la disciplina del gremio médico (médicos, cirujanos, farmacéuticos, dentistas, parteras, practicantes, enfermeros y enfermeras).

Artículo 18º: Los médicos y los profesores de las escuelas médicas no suscribirán ni expedirán, ni contribuirán a que se expidan títulos, licencias o certificados de idoneidad en obsequio de personas incompetentes o que no hayan cursado estudios universitarios, ni para favorecer a los que visiblemente tengan el propósito de ejercer la medicina en conformidad con sistemas exclusivos, arbitrarios u opuestos a los principios verdaderos de la ciencia médica.

Artículo 19º: El médico debe ajustar siempre su conducta a las reglas de la circunspección de la probidad y del honor, será un hombre honrado en el ejercicio de su profesión como en los demás actos de su vida.

La pureza de costumbres y los hábitos de templanza son asimismo indispensable al médico, por cuanto sin un entendimiento claro y vigoroso no puede ejercer acertadamente su ministerio, ni menos estar apercebido por los accidentes que tan a menudo exigen la rápida y oportuna intervención del arte.

Artículo 20º: Son actos contrarios a la honradez profesional y en consecuencia condenados por la deontología médica, los siguientes:

1. Solicitar la atención pública por medio de avisos, tarjetas privadas o circulares en que se ofrezca la pronta e infalible curación de determinadas enfermedades;
2. Exhibir, publicar o permitir que se publiquen en diarios o revistas no consagrados a la medicina, el

relato de casos clínicos, operaciones o tratamientos especiales;

3. Anunciar o publicar en alguna norma que se prestan servicios o se da medicamentos gratuitos a los pobres;
4. Exhibir o publicar certificados de habilidad o competencia y vanagloriarse públicamente del éxito obtenido con sistemas, curas o remedios especiales;
5. Invitar para actos operatorios a personas extrañas a la medicina.
6. Obtener privilegio para la fabricación y venta exclusiva de instrumentos quirúrgicos y medicinas secretas.
7. Prescribir remedios secretos propios o de otras personas y expedir certificados en que se atestigüe la eficacia de medicinas secretas o contribuir de alguna manera a recomendar su uso.
8. Reemplazar a los médicos de cabecera sin antes haber cumplido con las reglas prescritas en el presente código.
9. Constituirse en la casa del enfermo para observar la marcha de la afección, cuando no se esperan complicaciones graves y prestar a los pacientes servicios que solo incumben a los practicantes, asistentes y enfermos;
10. Establecer gabinetes de consulta o clínica en el mismo edificio ocupado por una botica o droguería.

Artículo 21q: Los médicos están en el deber de combatir el industrilismo y el charlatanismo médico, cualquiera que sea su forma y oponerse por todos los medios legales a la preparación, venta, propagación y uso de medicinas secretas, así como a las prácticas absurdas y groseras con que suelen explotar al público los charlatanes e impostores. Igual conducta observarán con respecto al ejercicio ilegal de la profesión y a los métodos o sistemas que no descansan sobre ninguna base científica o se hallan en abierta oposición con los hechos demostrados con la observación y la experiencia.

Artículo 22q: Los médicos al ofrecer al público sus servicios por medio de anuncios en los periódicos, se limitarán a indicar su nombre, apellido, sus títulos científicos, la especialidad de que se dedican, los días y horas de consulta y la dirección de su domicilio o gabinete. Todo otro ofrecimiento se considera como acto

de charlatanismo o de industrialismo contrario a la dignidad profesional.

Artículo 23o: El médico se abstinirá de toda recomendación pública o privada que tienda a favorecer a determinado farmacéutico o establecimiento de farmacia; pero si puede impedir que sus fórmulas sean despachadas en boticas cuya dirección esté a cargo de personas moralmente descreditadas o que por cualquier otro motivo se hagan indignas de la confianza pública.

Artículo 24o: Los facultativos deben abstenerse de asistir gratuitamente a las personas pudientes, sin causas justificables para no lesionar intereses de los demás compañeros.

CAPITULO III

DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES ENTRE MEDICOS

Artículo 25o: El médico, su mujer, así como sus hijos, mientras se encuentran sometidos a la patria potestad, tienen derecho a los servicios gratuitos de los médicos residentes en la localidad y cuya asistencia soliciten. Gozan de igual privilegio el padre, la madre y otros deudos, siempre que residan en la misma casa y se hallen visiblemente bajo la inmediata protección del médico.

Artículo 26o: Si el médico que solicita la asistencia de un colega reside en un lugar distante y dispone de suficientes recursos pecuniarios, su deber es remunerar al profesor cuyos servicios utiliza, en proporción al tiempo invertido y a las pérdidas que haya podido ocasionarle el abandono momentáneo de su clientela.

Artículo 27o: Quedan excluidos de los beneficios a que se refieren los artículos anteriores, los médicos que no ejerzan la profesión o que se hayan dedicado por completo a otras ocupaciones o negocios.

CAPITULO IV

DE LOS DEBERES DE LOS MEDICOS AL SUSTITUIRSE ENTRE SI

Artículo 28o: Cuando un médico se aparte accidentalmente del ejercicio de la profesión por motivos justificados y encomienda sus enfermos a los cuidados de un colega, éste debe aceptar el cargo sin reserva de ningún linaje y desempeñarlo con el mayor miramiento a los intereses y al nombre del reemplazado.

Artículo 29o: Si la asistencia es de corta duración, los honorarios se entregarán íntegros al sustituido; en caso

contrario, o cuando el abandono de la clientela es motivado por placeres o por ocupaciones y negocios permanentes extraños a la medicina, el comprofesor ausente no tiene derecho a los beneficios de la confraternidad y otorgará al sustituto la remuneración que debidamente le corresponde por sus servicios. En casos obstétricos y en los quirúrgicos de importancia, que implican fatigas y responsabilidades no comunes, los honorarios pertenecen al sustituto cualesquiera que sean las circunstancias.

CAPITULO V

DE LAS JUNTAS O CONSULTAS MEDICAS

Artículo 30º: La rivalidad, los celos y la intolerancia en materia de opiniones, no deben tener cabida en las juntas; al contrario, la buena fe, la probidad, el respeto y la cultura se imponen como un deber en el trato profesional de los médicos consultores entre sí y con el de cabecera.

Artículo 31º: Las juntas médicas se dividen en dos categorías; las que exigen el enfermo o sus deudos.

Artículo 32º: El médico de cabecera no debe provocar juntas sino en los casos siguientes:

1. Cuando no ha logrado un diagnóstico firme;
2. Cuando no obtiene resultados satisfactorios con el tratamiento empleado;
3. Cuando necesite los auxilios de un especialista;
4. Cuando por naturaleza del pronóstico necesita compartir su responsabilidad con otros colegas.

Artículo 33º: El enfermo o sus deudos pueden solicitar la reunión de una junta médica cuando estén satisfechos de los resultados del tratamiento empleado por el médico de cabecera, o cuando deseen la confirmación de lo opinado por éste.

Artículo 34º: Cuando es el médico de cabecera quien provoca la Junta, corresponde a él la designación del o de los colegas que considere capaces de ayudarlo en la solución del problema clínico o de compartir con él la responsabilidad del caso; pero el enfermo o sus deudos pueden exigir la presencia de médicos de su confianza en la junta.

Artículo 35º: Cuando es el enfermo o sus deudos quienes

colocitan la Junta, el médico de cabecera podrá dejarlos en libertad de escoger los consultores siempre que todos sean médicos titulares de una facultad nacional pero también puede exigir en la Junta la presencia de colegas escogidos por él.

Artículo 36º: Reunida la junta, el médico de cabecera hará la relación clínica del caso sin precisar ni diagnóstico, ni pronóstico; pero si lo creyere conveniente o necesario entregará su opinión por escrito en sobre cerrado. Acto continuo, los médicos consultores examinarán libremente al enfermo. Reunida de nuevo, la Junta los consultores emitirán su opinión, principiando por el de menor de edad y terminando por el de cabecera, quien en este momento abrirá el sobre que contiene su opinión escrita, o la emitirá de palabra, si no la hubiere escrito antes.

Corresponde al de cabecera resumir la opinión de sus colegas y formular las opiniones de las decisiones de la junta. El resultado final de la Junta lo comunicará el médico de cabecera a sus deudos.

Artículo 37º: La discusión del caso no debe efectuarse jamás ante el enfermo ni ante sus deudos, a menos que sea con el consentimiento de todos sus facultativos y en presencia de todos ellos. En aquel caso, no se emitirá opinión alguna tocante al diagnóstico, pronóstico y tratamiento que no sea el resultado de las liberaciones y de la junta.

Artículo 38º: Las decisiones de la Junta pueden ser modificadas por el médico de cabecera, si así lo exige algún cambio en el carácter o curso de la enfermedad; pero ante las modificaciones como las causas que las motivan deben ser expuestas y explicadas en la junta subsiguiente. Idéntico privilegio y con idénticas reservas son aplicables a cualquiera de los consultores, si es llamado de urgencia en alguna circunstancia, por hallarse ausente el de cabecera o imposibilitado para acudir.

Artículo 39º: Los médicos están en el deber de concurrir puntualmente a las juntas para las cuales han sido convocados. Si son varios los médicos y alguno se retarde, no siendo el de cabecera, los demás esperarán al ausente un cuarto de hora, terminado el cual, procederán a examinar al enfermo. Si son dos únicamente y el primero en concurrir es el de cabecera. Este podrá naturalmente ver al enfermo y prescribir, pero si es el consultor que llega primero su deber es esperar un cuarto de hora y si no llegare el de cabecera retirarse sin visitar al enfermo. Sin embargo, si el caso es de urgencia, si el consultor está autorizado por el de

cabecera, o si no lo es fácil volver por la distancia, y otras causas justificadas, éste podrá examinar al enfermo y antes de retirarse, dejar su opinión por escrito y bajo sobre cerrado, para ser transmitida al médico de cabecera.

Artículo 40o: En las juntas se evitarán las disertaciones profusas sobre temas doctrinarios especulativos y se concretará la atención a resolver el problema clínico presente.

Artículo 41o: Las discusiones que tengan efectos en las juntas, serán de carácter secreto y confidencial. La responsabilidad en tales casos es colectiva, y no le está permitiendo a ninguno de los médicos eximirse por medio de juicios críticos o censuras encaminadas a desvirtuar la opinión de sus compañeros o a la legitimidad científica del tratamiento acordado por la Junta.

Artículo 42o: Si la divergencia de opiniones entre los facultativos fuere irreconciliable, se considerará decisivo el voto de la mayoría; los médicos que estén en minoría podrán consignar su opinión por escrito y entregarla al médico de cabecera, quien está en el deber de comunicarla al enfermo o a sus deudos, si hubiere empate de opiniones, tocará al de cabecera resolver lo que crea más conveniente a los intereses del enfermo.

Artículo 43o: Si los consultores están de acuerdo, pero diferente de la opinión del de cabecera, el deber de este es comunicarlo así al enfermo o a sus deudos, para que estos decidan si quieren continuar con su antiguo médico o llamar otro.

Artículo 44o: Si la junta la componen únicamente el de cabecera y un consultor, y no logran ponerse de acuerdo, el deber de ambos es llamar un tercero o varios colegas y proceder del modo que esta sustituido para las juntas de mas de dos médicos. Si esto no es posible, porque no hay más médicos en la localidad, se someterá la cuestión a la decisión del enfermo o de sus deudos, quienes entonces quedarán en libertad de decidir.

DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES ENTRE MEDICOS

Artículo 45: El médico de cabecera está autorizado para levantar y conservar un acta de las opiniones emitidas, que con el firmarán todos los consultores, cada vez que, por razones de orden privado u otras relacionadas con la decisión de la junta crea necesario poner su responsabilidad a cubierto de falsas interpretaciones o resguardar su crédito por ante el enfermo, sus deudos o el público.

Artículo 46: A los médicos consultores les está

terminantemente prohibido volver a la casa del enfermo después de terminada la junta, salvo el caso de suprema urgencia o autorización expresa del médico de cabecera, con ausencia del enfermo o de sus deudos.

Artículo 47: Ningún médico consultor puede convertirse en médico de cabecera del mismo paciente, durante la enfermedad para la cual fue consultado. Esta regla tiene las excepciones siguientes:

1. Cuando el médico de cabecera cede al consultor voluntariamente la dirección del tratamiento.
2. Cuando se trata de un cirujano o de un especialista a quienes el médico de cabecera debe ceder libremente la dirección de la asistencia ulterior del enfermo, con todas sus responsabilidades.
3. En las circunstancias previstas en la parte final del artículo 44, es decir, cuando no hay médico en la localidad.

Artículo 48: El médico consultor observará honrada; escrupulosa en lo que respecta a la reputación moral y científica del de cabecera, cuya conducta debe justificar siempre que no coincida con la verdad de los hechos o con los principios fundamentales de la ciencia, en todo caso, la obligación del consultor es atenuar al error cuando realmente se ha cometido, y abstenerse de juicios e insinuaciones capaces de afectar el crédito del médico de cabecera y la confianza de que es objeto por parte del enfermo y de sus deudos. El consultor evitará asimismo las atenciones extraordinarias los saludos indirectos y las oficiosidades de diverso género a que suelen entregarse las personas de mala fe, con el propósito indigno de adquirir notoriedad o de congraciarse con los enfermos y sus familias.

Artículo 49: Ningún facultativo debe concurrir a juntas que no hayan sido promovidas por el médico de cabecera, o por el enfermo o sus deudos, de acuerdo con el médico de cabecera.

Artículo 50: No está autorizado para promover juntas el facultativo que es llamado accidentalmente en reemplazo del médico de cabecera, salvo casos de suprema urgencia.

Artículo 51: Incumbe al médico de cabecera fijar el día y la hora en que debe reunirse la junta, a menos que por circunstancias especiales consientan a aceptar los indicados por uno de sus colegas.

Artículo 52: Los honorarios profesionales correspondientes a los médicos consultores, deben ser

atendidos inmediatamente después de terminada la consulta y en la propia casa del enfermo, toca al médico de cabecera recordar esta obligación al enfermo o a sus deudos, antes de proceder a las citaciones de los consultores.

CAPITULO VI

DE LOS CASOS ACCIDENTALES Y DEL REEMPLAZO MEDICO

Artículo 53: Los que se consagran a la medicina deben acogerse a sus propios méritos y aptitudes para ejercerla con provecho y adquirir clientela, por que la medicina no es una industria, sino una profesión liberal.

Artículo 54: El médico observará la más estricta discreción en sus relaciones con los enfermos a quienes asiste otro facultativo. Su deber es abastecer de toda pregunta y observación tocante a la enfermedad de que padece o el tratamiento que sigan, y evitar cuando directa o indirectamente tienda a disminuir la confianza depositada en el médico de cabecera.

Artículo 55: El facultativo que es llamado para un caso de urgencia, por hallarse distante el médico ordinario o el de cabecera, se retirará al llegar éste, a menos que se le exija acompañarle en la asistencia.

Artículo 56: Cuando varios médicos son llamados simultáneamente para un caso de enfermedad repentina o un accidente, el enfermo quedará al cuidado del que llegó primero, salvo decisión contraria del enfermo o de sus deudos. El que queda encargado de la dirección de la asistencia, podrá elegir entre los restantes aquel o aquellos cuyo concurso estime útil o necesario. El deber de dicho médico es exigir que se llame al médico ordinario de la familia, siempre es exigir que se llame al médico ordinario de la familia, siempre que no se le envíe a continuar la asistencia, solo en unión del ordinario.

Artículo 57: El médico que es llamado para asistir a una persona la ausencia o enfermedad del médico ordinario de la familia, se retirará al regresar este o restablecerse, si el enfermo mismo o sus deudos no deciden lo contrario.

Artículo 58: Se entiende por médico ordinario de una familia o de un enfermo, aquel a quien generalmente consulta dicha familia o dicho enfermo.

Artículo 59: El médico que es llamado para asistir un enfermo que está tratado por otro médico. Debe ajustar su conducta a las reglas siguientes:

1. Debe poner una consulta con el médico anterior y debe insistir en la necesidad de esta consulta;
2. Si fracasa en su intento, debe procurar justificar la conducta de su colega y reconquistarse la confianza del enfermo y de sus deudos.
3. Cumplidos estos deberes, puede encargarse de la asistencia del enfermo, después de informar de todo lo sucedido al compañero a quien va a reemplazar; y
4. Debe insistir en que se le abonen sus honorarios al médico anterior.

Artículo 60: Si un médico que visita sus enfermos fuera de la ciudad, es llamado para ver otro enfermo que presenta algún cambio o agravación en los mismos síntomas y cuyo médico ordinario está ausente, su deber es limitarse a llenar las indicaciones del momento y no alterar sino lo estrictamente necesario del plan general.

Artículo 61: El médico llamado para atender un caso de parto, por ausencia del facultativo a quien antes se había elegido con este objeto, está en el deber de dirigir el trabajo y tiene derecho a los honorarios si el parto se verifica bajo su dirección; pero terminada la asistencia, su deber es retirarse después de haber entregado el caso al médico previamente escogido.

CAPITULO VII

DE LOS ESPECIALISTAS

Artículo 62: Se entiende por especialista al médico que además de poseer la ilustración general indispensable, se ha consagrado particularmente al estudio y a la práctica de una de las ramas de la ciencia médica.

Artículo 63: El especialista que es llamado en consulta para examinar un enfermo y dar su opinión sobre síntomas, fenómenos o complicaciones sobrevenidas en el curso de una enfermedad, concurrirá a la casa, el día y la hora fijados por el médico de cabecera; terminada su misión, no hará nuevas visitas sin la anuencia de dicho médico, debidamente autorizado por el enfermo o sus deudos.

Artículo 64: El médico ordinario que diagnostica o sospecha en su enfermo una afección que en su concepto exige los recursos de la cirugía general o de alguna especialidad, indicará al cliente mismo o a sus deudos el cirujano o el especialista que debe ser consultado. Si el enfermo o sus deudos, no aceptan el candidato presentado por el ordinario, éste los dejará en libertad de elegir, pero no puede eximirse de toda responsabilidad

ulterior en los resultados del tratamiento que se emplee.

Artículo 65: El especialista que se encarga de un enfermo, con anuencia del médico ordinario, asume la dirección del tratamiento en lo relativo a la especialidad; pero obrará siempre de acuerdo con aquel y suspenderá su intervención facultativa tan pronto como cese la necesidad de sus servicios especiales.

Artículo 66: Al cirujano elegido como operador corresponde dirigir el tratamiento desde el momento en que se decida la intervención quirúrgica; pero nunca prescindirá de la indispensable y útil colaboración del médico ordinario del enfermo, quien está en el deber de cooperar al restablecimiento de la salud de su cliente.

Artículo 67: Cuando son dos o más los cirujanos o especialistas consultados, corresponde al médico ordinario indicar cuál debe encargarse del tratamiento, poniéndose antes de acuerdo con el enfermo o sus deudos y observando lo dispuesto en la parte final del artículo 58 cuando lo considere necesario a sus intereses.

Artículo 77: El secreto se puede recibir bajo dos formas: el secreto explícito formal y textualmente confiado por el cliente y el secreto implícito que resulta de la naturaleza de las cosas, que nadie impone y que preside las relaciones de los clientes con los profesionales de la medicina. Ambas formas del secreto médico son inviolables, con excepción de los casos especificados por la Ley.

Artículo 78: A los profesionales de la medicina les está prohibido revelar el secreto profesional fuera de los casos establecidos por la deontología médica. La revelación es el acto que hace pasar el hecho revelado del estado de hecho secreto al de hecho conocido. No es necesario publicar el hecho para que exista la revelación, hasta la confidencia de una persona aislada.

Artículo 79: El secreto profesional pertenece al cliente. Los profesionales no incurren en responsabilidad si revelan el secreto de que son depositarios cuando están autorizados para ellos, en completa libertad y conocimiento de sus consecuencias, por la o las personas que le han confiado el secreto y siempre que dicha revelación no cause perjuicio a terceros.

Artículo 80: El médico no incurre en responsabilidad cuando revela el secreto en los casos siguientes:

1. Cuando en su calidad de médico experto actúa como

médico de una compañía de seguros, al rendir informe sobre la salud de los candidatos que le han sido enviados para su examen; cuando está comisionado por la autoridad competente para reconocer el estado físico o mental de una persona; cuando ha sido designado para practicas autopsias o experticias médico-legales de cualquier género, así en lo civil como en lo criminal; cuando actúa como médico de salida o de ciudad, y en general cuando desempeña funciones de médico experto.

2. Cuando en su calidad de médico tratante hace la declaración de enfermedades infecto-contagiosas ante la autoridad sanitaria, y cuando expide certificaciones de defunción.

En cualquiera de los casos comprendidos en el número primero, el médico puede eximirse del cargo si la persona objeto de exámenes cliente suyo en el momento de ser reconocida, o si la declaración ha de versar sobre estados anteriores para los cuales fue consultado privadamente el mismo médico.

Artículo 81: El médico guardará el más absoluto secreto si llega a comprobar una enfermedad venérea en una mujer casada. No solo se abstendrá de hacerla sabedora de la naturaleza de la enfermedad, sino que se guardará muy bien de hacer recaer sobre el marido la sospecha de ser el autor del contagio. En consecuencia, no extenderá ninguna certificación ni hará desposición alguna sobre esto, aún cuando presente su consentimiento el marido.

Artículo 82: Si el médico sabe que uno de sus clientes en período contagioso de una enfermedad venérea proyecta casarse, tomará empeño en disuadirlo de su intento, valiéndose de todos los medios posibles. Si el cliente se muestra sordo a sus consejos e insiste en llevar a cabo su propósito, el médico está autorizado, sin incurrir en responsabilidad no solo para responder a los informes que le pida la familia de la novia, sino también para prevenirla, sin previa consulta o autorización del novio.

Artículo 83: El médico que sabe que una nodriza sana está criando a un niño sifilítico, debe advertir a los padres del niño que están en la obligación de hacerlo saber a la nodriza. Si se rehúsan hacerlo, el médico, sin nombrar la enfermedad, impondrá a la nodriza de la necesidad de despachar al niño inmediatamente, procurando que permanezca en la casa el tiempo necesario para cerciorarse de que no ha sido contagiada. Si los padres no prestan su asentimiento e insisten en que la nodriza continúe la crianza del niño, el médico les hará las reflexiones necesarias; y si no obstante estos

insistieren, el médico debe informar a la nodriza el riesgo que corre, contrayendo una enfermedad contagiosa, si continúa la crianza.

Artículo 84: El médico puede, sin faltar a su deber, delatar los delitos de que tenga conocimiento en el ejercicio de su profesión, de acuerdo con lo dispuesto en el Código Penal.

Artículo 85: Cuando se trata de denuncia para enviar que se cometa un error judicial, también es permitido la revelación del secreto.

Artículo 86: Cuando un médico es citado ante un tribunal como testigo para declarar sobre hechos que ha conocido en el ejercicio de su profesión, debe escudarse con el secreto profesional y contestar que considera como confidenciales los hechos sobre los cuales se le interroga.

Artículo 87: Cuando un médico se vea obligado a reclamar judicialmente sus honorarios, se limitará a indicar el número de visitas y consultas, especificando las diurnas y nocturnas; el número de operaciones que haya practicado, especificando las de cirugía mayor y las de cirugía menor, el número de viajes que haya hecho fuera de la ciudad para atender al enfermo, especificando la distancia y el tiempo invertido en cada una etc.; pero en ningún caso le está permitido revelar, ni la naturaleza de la enfermedad, ni la clase de operaciones practicadas, ni los cuidados íntimos que haya prestado al enfermo. Estas últimas circunstancias las reservará el facultativo para exponerlas, en caso necesario ante los peritos-médicos que pueden ser designados para informar al Tribunal.

Artículo 88: El médico no debe contestar a las preguntas que se le hagan sobre la naturaleza o carácter de la enfermedad de su oliente; pero está autorizado no solo para decir el pronóstico del caso ante los allegados más inmediatos al paciente, sino también el diagnóstico, si alguna vez lo considera necesario, en resguardo de su responsabilidad profesional o para la mejor dirección del tratamiento.

CAPITULO X

DE LOS HONORARIOS PROFESIONALES

Artículo 89: Las visitas médicas se dividen en tres categorías:

a) La visita ordinaria, que es la que hace el médico libremente a la hora que a su juicio convenga a los

intereses del paciente.

- b) La visita de urgencia, que es la que exige el enfermo inmediatamente o en ausencia de un colega impedido.
- c) La visita a hora fija, que es la que el enfermo exige para su comodidad personal.

Artículo 90: Las visitas de urgencia y la hora fija se dividen en:

- Diurnas, de 8 am. a 9 pm.
- Nocturnas, de 9 pm. a 6 am.
- Matinales, de 6 am. a 8 am.
- Dominicales, las que se hacen los domingos y días feriados.

Artículo 91: La visita médica no tendrá valor uniforme, sino que variará según la naturaleza de la enfermedad, la distancia que media entre el domicilio del enfermo y el del médico, la posición social del paciente y la jerarquía del médico derivada de su edad, sus títulos y el puesto que hubiere conquistado en el concepto público.

Artículo 92: Las visitas de urgencia y las visitas a hora fija tendrán un valor superior al de la visita ordinaria y sus valores según la hora y el día en que se hagan.

Artículo 93: Los honorarios de los cirujanos por intervención de alta cirugía se fijarán por convenios especiales en cada caso entre el facultativo y el cliente, pudiendo el cirujano exigir el pago anticipado de una parte o de la totalidad de sus honorarios.

Artículo 94: En las juntas médicas el médico de cabecera devengará honorarios iguales a los de cada uno de sus consultores.

Artículo 95: Los directores de Casas de Salud, Clínicas, Sanatorios, Consultorios y Laboratorios, están autorizados para establecer tarifas especiales para las consultas, aplicación de aparatos e instrumentos especiales, operaciones quirúrgicas, asistencia de partos, análisis químicos y bacteriológicos, investigaciones, hospitalización de enfermos, etc.

Artículo 96: La Dicotomía, o sea la participación de honorarios hecha sin conocimiento del enfermo o de sus deudos, entre el médico de cabecera y el cirujano, el especialista o el consultor, es un acto contrario a la dignidad profesional y expresamente condenado por la deontología. Cuando en la asistencia de un enfermo.

Artículo 96: En el Código de Procedimientos, han sido designados los cirujanos, especialistas o consultores, los honorarios se pagarán al paciente o a sus deudos separadamente o en conjunto; pero en este último caso se especializarán los honorarios correspondientes a cada facultativo.

Artículo 97: Los profesionales de la medicina, al pasar sus cuentas por cobro de honorarios, no especificarán las visitas, consultas, operaciones, etc., sino únicamente cuando así lo exija el cliente o sus deudos, o cuando el cobro se haga judicialmente siguiendo las reglas establecidas en el Artículo 79 de este Código.

Artículo 98: Los clientes que, sin razón justificada, se niegue a cumplir sus compromisos pecuniarios, pueden ser demandados ante los tribunales ordinarios de justicia por pago de honorarios profesionales, sin que este procedimiento afecte en manera alguna el nombre, crédito o concepto público de que goce el facultativo demandante.

CAPITULO XI

DEL CONSEJO DE DISCIPLINA PROFESIONAL

Artículo 99: Para conocer, juzgar y sentenciar sobre cualquiera infracción a las disposiciones del presente Código, se establece el Consejo de Disciplina Profesional, cuya jurisdicción se extiende a toda la República.

Artículo 100: Este Consejo se compondrá de cinco miembros elegidos por la Academia de Medicina cada dos años, por votación secreta y por mayoría absoluta de votos, en una sesión extraordinaria convocada con este solo objeto, en los primeros quince días después de haber principiado el período bienal reglamentario, entrando a comprometerlo tres individuos de la Academia y dos doctores en medicina y cirugía extraños a la Academia, pero todos domiciliados en la misma ciudad.

En la misma sesión se elegirán cinco suplentes, con las mismas condiciones de los principales, para suplir, en el orden de su elección, las faltas absolutas o temporales de los principales. Si llegaran a faltar dos suplentes, se procederá a la elección en una sesión extraordinaria de la Academia reunida con ese solo objeto.

Artículo 101: Las penas que puede aplicar el Consejo de Disciplina profesional varían según el grado de la falta o su insistencia y son las siguientes:

1. La advertencia privada por escrito al infractor;

2. La suspensión, que consiste en excluir al culpable de la práctica de su profesión en la presencia del Consejo.

3. La interdecepción, que consiste en excluir al culpable de las juntas médicas por un tiempo que fijará el Consejo en su sentencia, pero que en ningún caso podrá ser mayor de cuatro meses al imponerse por primera vez. En caso de reincidencia, esta pena se irá duplicando.

Artículo 102: Cualquier individuo del gremio médico, (médicos, cirujanos, farmacéuticos, dentistas, parteras, practicantes, enfermeros y enfermeras) es hábil para denunciar ante la Academia de Medicina, las infracciones al presente Código de Moral Médica, siempre que la denuncia vaya escrita, formada y acompañada de pruebas fehacientes, también la Academia de medicina podrá someter de oficio al Consejo los casos de falta a la deontología médica de que tuviere conocimiento.

Artículo 103: Inmediatamente que el Consejo reciba una denuncia dirigida por la Academia de Medicina con todos sus comprobantes, lo avisará al denunciado, comunicándole las razones o causas en que se funda la acusación y fijándole un plazo racional para presentar la palabra o por escrito las razones que excuse o justifique el hecho denunciado.

Artículo 104: Fenecido el plazo a que se refiere el artículo anterior, el Presidente del Consejo fijará día y hora para constituirse y proceder. Las sanciones del Consejo siempre serán privadas y sus decisiones definitivas e irreformables.

Artículo 105: Todas las decisiones del Consejo serán comunicadas con carácter estrictamente confidencial a todos los individuos del gremio médico de la localidad en donde resida el acusado, a la Academia de Medicina y a las Facultades Nacionales de Ciencias Médicas.

Artículo 106: El Consejo de Disciplina Profesional dictará su Reglamento Interno y lo someterá a la aprobación de la Academia de Medicina.

CAPITULO XII

PRECEPTOS QUE SE RECOMIENDAN AL PÚBLICO SIGUIENDO EN BENEFICIO DE LOS ENFERMOS Y DE LA ARGENTINA QUE DEBE REFINAR SU NIVEL PROFESIONAL

1. Si son tantos y tan diversos los beneficios que el público deriva de la caridad médica, tan efectivamente ejercida, que la profesión, es sólo para el gremio.

tiene legítimo derecho a la consideración y al respeto de la comunidad. Esta debe apreciar en todo su valor los títulos, méritos y labores del médico; discernir entre la verdadera ciencia y las pretensiones de la ignorancia, entre los médicos honrados y los industriales de la medicina.

2. El público debe favorecer y estimular por todos los medios el estudio de las ciencias médicas y no perseguir jamás, ni permitir que se persiga judicialmente a los que, ejerciendo su profesión con legítimos títulos y perfecta honorabilidad, cometan algún error involuntario de graves consecuencias, o sean objeto de imputaciones malévolas, por accidentes sobrevenidos en algún acto operatorio o en el curso de un tratamiento cualquiera, racionalmente concebido y correctamente aplicado.
3. Todo enfermo debe elegir como médico de cabecera al que ha recibido una educación científica, regular y completa, pues no debe suponerse que en medicina, ciencia difícil y complicada como ninguna, los conocimientos sean intuitivos o se adquieren con más facilidad que en otra cualquiera.
4. En relación de médico conviene dar la preferencia a aquel cuyos hábitos de vida sean regulares y que no manifiesta inclinación excesiva a los placeres, ni a ocupaciones incompatibles con el ejercicio de sus obligaciones profesionales. Se evitarán aquellos que practiquen el industrialismo médico o empleen métodos o sistemas terapéuticos exclusivos, arbitrarios u opuestos a los principios fundamentales de la ciencia médica, o no cumplan los preceptos de la moral médica.
5. Elegido al médico, conviene no cambiarlo, pues el facultativo que se familiariza, por una experiencia continuada, con la constitución, los hábitos, las disposiciones hereditarias y las idiosincrasias de sus clientes, tiene más probabilidades que cualquier otro de tratarlos con inteligencia y acierto.
6. Los enfermos, cualquiera que sea su sexo, comunicarán al médico con toda precisión y claridad las causas a que creen atribuir el padecimiento para el cual solicitan los auxilios del arte. La reserva, en estos casos, es siempre perjudicial. La vergüenza, el poder o la delicadeza no son admisibles cuando se trata del asiento y de los síntomas y causas de las enfermedades.

7. Los enfermos no deben acudir al médico con narraciones de circunstancias y sucesos no relacionados con la afección. Por lo tanto, a este respecto, se limitarán a contestar términos precisos las preguntas que se les dirijan, sin extenderse en explicaciones, o comentarios de su propio dictamen, que lejos de ilustrar, tienden más bien a oscurecer el juicio del médico.
8. El enfermo debe implícita obediencia a las prescripciones del médico, que no le es permitido alterar de manera alguna. Igual regla es aplicable al régimen dietético, al ejercicio y a cualesquiera otras indicaciones higiénicas que el facultativo haya creído necesario imponerle.
9. El enfermo debe evitar las visitas, aun las simplemente sociales o amistosas de todo médico que no sean aquel a cuyo cargo se encuentra; y si no le fuere dable eludir las, se abstendrá de todo tema de conversación relativo a su enfermedad o al tratamiento y régimen que le hayan sido prescritos.
10. Ni el enfermo, ni sus deudos y amigos deben en ningún caso llamar en consulta otros médicos; sin expreso consentimiento del médico de cabecera. Semejante conducta, además de ser ofensiva para el médico de cabecera, es siempre altamente perjudicial a los intereses del enfermo.
11. El paciente o sus deudos tienen el derecho de retirar al médico de cabecera cuando no están satisfechos con el tratamiento empleado por este o hayan mediado otras circunstancias; pero antes de retirar o sustituir al médico de cabecera, es indispensable satisfacerle los honorarios devengados y manifestarle cortésmente las causas que motivan esta resolución.
12. El enfermo debe estar siempre preparado para recibir al médico, a fin de no ocasionarle demoras perjudiciales; procurará llamarlo en la mañana, antes de su salida, y evitará importunarlo innecesariamente a las horas que se destinan de ordinario a las comidas y al sueño.
13. El enfermo, una vez reestablecido, no debe olvidar las obligaciones de orden moral que ha contraído con el médico, pues los servicios de éste son de tal naturaleza, que no bastan algunas remuneraciones pecuniarias para ser tributados.

4. Preguntar a un facultativo cuál es la enfermedad que sufre un paciente que él ha visto, como médico de cabecera o como médico consultor, es una indiscreción que pugna con el deber del secreto médico que obliga a los profesionales de la medicina.

FORMULARIO N.º 1000 DE 1970

MOMENTO DEL R.C.P.

HORA DE INICIO DE R.C.P.

EDAD:

HORA DE FINALIZACION:

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:

ASISTENCIA RESPIRATORIA: SI () NO () BOCA A BOCA ()
 MASCARILLA ()
 MECANICA ()

MASAJE CARDIACO: SI () NO ()
 INTUBACION OROTRAQUEAL: SI () NO () No. TUBO ()
 RESPIRACION: ESPONTANEA () ASISTIDA ()

RITMO AL INGRESO: _____

RITMO POST-MANIOBRAS: SINUSAL () ARRITMIA () BLOQUEO ()

DEFIBRILACION: SI () NO () 50 () 100 () 150 () 200 () 250 () 300 () 360 ()

NUMERO DE DESCARGAS: ()

MARCAPASO: SI () NO ()
 VIA COLOCADA: CENTRAL: SI () TIPO: _____ POR: _____
 PERIFERICA: SI () TIPO: _____ POR: _____

MEDICACION

ADRENALINA ATROPINA BICARBONATO XILOCAINA GLUCONATO OTROS

HORA	DOSES	HORA	DOSES	HORA	DOSES	HORA	DOSES	HORA	DOSES	HORA	DOSES	

INTRAVENOSOS

SOLUCION	HORA	VOLUMEN	DOSES/HORA	

UBICACION POST-R.C.P. TUBO () CABLE ()
 TEMPERATURA: _____ ALTA: _____ BAJO: _____

OBSERVACIONES

AUTORIZACION DE PUBLICACION

Autorizo al Instituto de Altos Estudios Nacionales la publicación de este Trabajo, de su bibliografía y anexos, como artículo de la Revista o como artículos para lectura seleccionada.

Quito, julio 15, 1994



LIC. ENF. MONICA VILLALOBOS