



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



SUBCOMITÉ SOBRE LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO

18.ª sesión, 8-9 de febrero de 1999

Punto 6 del orden del día provisional

MSD18/6 (Esp.)
30 diciembre 1999
ORIGINAL: ESPAÑOL

LAS NECESIDADES DE LAS MUJERES Y LAS RESPUESTAS DE LA REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD: EXPERIENCIA EN EL ECUADOR

LA APLICACIÓN DE LA LEY REFORMATORIA DE MATERNIDAD GRATUITA COMO UN APOORTE A LA REFORMA DEL SECTOR SALUD¹

La Ley Reformatoria de Maternidad Gratuita (LRMG) del Ecuador, en sí misma, es un planteamiento de un nuevo modelo de atención de salud cuyos principales propósitos son mejorar el acceso de las mujeres y los niños; disminuir la mortalidad materna; garantizar una atención integral de salud reproductiva; diversificar los proveedores de servicios, incluyendo además del Ministerio de Salud Pública (MSP) a las instituciones sin fines de lucro y a las parteras tradicionales; integrar en el nivel local a los servicios, los municipios y las organizaciones comunitarias en la gestión de recursos, y fortalecer la participación de la sociedad civil en la toma de decisiones y el control social sobre la calidad de los servicios.

Se ensayó una forma de gestión de la coordinación y cooperación inter-institucional para desarrollar el proceso de formulación y aprobación de la LRMG. Participaron diferentes instituciones como: la Comisión de Salud del Congreso Nacional, el Consejo Nacional de Salud, el Ministerio de Salud Pública, el proyecto del Banco Mundial de Modernización de los Servicios de Salud, el Centro de Promoción de la Paternidad Responsable, el Consejo Nacional de las Mujeres y el destacado asesoramiento técnico de la Representación de la OPS/OMS en el Ecuador.

El Consejo Nacional de las Mujeres canalizó las expectativas del movimiento de mujeres mediante permanentes consultas sobre el contenido de la Ley. Actualmente se está en un proceso de armonización entre la LRMG, la nueva Constitución, las políticas de salud del actual Gobierno y la población beneficiaria del Bono de Solidaridad.

¹ Presentado por la Sra. Lola Villaquirán, Directora Ejecutiva del Consejo Nacional de Mujeres (CONAMU), Ecuador.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
1. Antecedentes.....	3
2. Contexto y análisis situacional en que se formuló la Ley	4
3. Aspectos conceptuales relevantes que se defendieron en la formulación de la Ley.....	7
4. Discusión de las alternativas y evolución de los planteamientos iniciales a la propuesta definitiva	9
5. Organización y participación de las instituciones para la formulación y aprobación de la Ley	13
6. El movimiento de mujeres y la Ley	17
7. Perspectivas sobre la futura aplicación de la Ley	17
8. Conclusiones.....	19

Anexo A: Ley Reformatoria a la Ley de Maternidad Gratuita, 1998.

Anexo B: Nueva Constitución de 1998, Título I, Secciones cuarta, quinta y
sexta, sobre Salud.

1. Antecedentes

El Consejo Nacional de las Mujeres (CONAMU) fue creado mediante Decreto Ejecutivo el 24 de octubre de 1997, sobre la base de la Dirección Nacional de la Mujer (DINAMU), perteneciente al Ministerio de Bienestar Social, que cumplía las funciones de la oficina estatal encargada de los asuntos de las mujeres, cuyo principal ámbito de acción fue ejecutar proyectos productivos, la violencia contra las mujeres y una educación no sexista, entre otros.

El decreto de creación del CONAMU le define como: *“Órgano rector de las políticas públicas, que norma y regula la inserción del enfoque de género en los planes, programas, proyectos y su obligatoria aplicación en todos los organismos del sector público”*.

Para el desarrollo de su trabajo, la DINAMU elaboró en el año 1995 el Plan de Igualdad de Oportunidades (PIO), que se convirtió en el referente de las políticas estatales en beneficio de las mujeres hasta la presente fecha.

Oficialmente en el CONAMU se iniciaron actividades del área técnica de salud en enero de 1998, pero el tema de salud estuvo considerado en el PIO y en el año 1997, siendo aún DINAMU, se participó en el Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna.

Entre las primeras actividades del área técnica en salud estuvo la elaboración del plan operativo anual (POA), con cuatro ejes de trabajo:

- Género y reforma del Sector Salud.
- Género, promoción de la salud y participación de las mujeres en los municipios.
- Género, información, estadísticas e investigación.
- Género y formación de recursos humanos en salud.

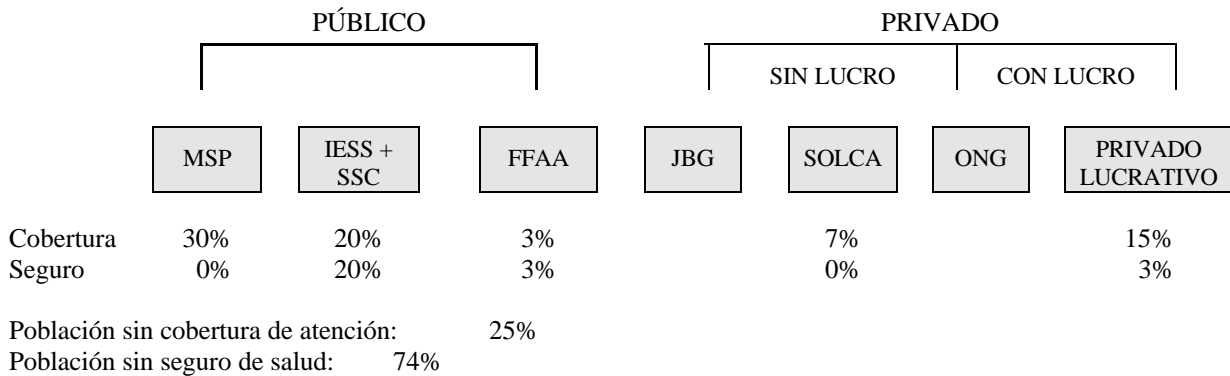
De todos ellos, se seleccionó como prioritario el tema de la reforma del sector salud, con el planteamiento de un Seguro Femenino e Infantil de Salud (SEGFEIS). Esta propuesta se la realizó tomando en cuenta las atribuciones legales del CONAMU, los lineamientos del PIO, las agendas políticas del movimiento de mujeres y la información sobre los temas de mayor importancia y discusión al interior del sector salud.

2. Contexto y análisis situacional en que se formuló la Ley

Estudios realizados en el país reflejaban problemas importantes relacionados tanto con la salud de la población como de los servicios; algunos datos se presentan a continuación de una manera reducida:

- Elevada mortalidad materna, que ha permanecido sin modificaciones desde hace más de 10 años y corresponde a 1,5 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, que en otras palabras equivale a 450 mujeres muertas cada año por causas relacionadas a su maternidad. (Informe del Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna, MSP. Quito, 1997)
- En promedio, en el país el 30% de los partos no reciben atención profesional, pero en el área rural éste porcentaje sube al 44%. (Retrato de mujeres. Secretaría Técnica del Frente Social. Quito, 1998)
- Entre el 74% y 80% de las mujeres ecuatorianas no tienen acceso a un seguro de salud. (Retrato de mujeres. Secretaría Técnica del Frente Social. Quito, 1998)
- Existencia de una ley de Maternidad Gratuita que financiaba las atenciones en el Ministerio de Salud Pública, para todas las mujeres embarazadas y parturientas del país, que a pesar de tener cuatro años de vigencia no disponía de reglamento y que los montos asignados para su aplicación fueron determinados sin fundamentos técnicos, ni cálculos de costos, coberturas, etc. (Registro Oficial N° 523 del 9 de septiembre de 1994)
- Sondeos de opinión en establecimientos de salud, señalaban que ese dinero extra presupuestario se destinaba a cubrir los déficits crónicos de equipamiento, suministros, remodelación, comedores para personal, guardianía, etc. y casi nunca en beneficio directo de las mujeres que acudían a los servicios.
- El 58% de la población opina que la calidad de atención de los servicios públicos de salud es entre regular y mala. (Retrato de mujeres. Secretaría Técnica del Frente Social. Quito, 1998.)
- La red de proveedores de servicios de salud ha sido definida como desarticulada y fragmentada y ha constituido uno de los principales problemas estructurales que ha determinado la cadena de ineficiencias, duplicaciones y dispendio de recursos. En el siguiente gráfico se demuestra las principales características de la red de servicios.

Gráfico No.1 Composición de la red de servicios de salud por instituciones, cobertura y aseguramiento. Ecuador, 1998.



Fuente: MSP

Elaboración: Area de Salud del CONAMU

Esta información reflejaba que la salud para las mujeres era un problema de incertidumbre por la falta de seguro, un número importante de mujeres no accedían a los servicios de salud, eran mal atendidas, muchas veces mal tratadas y además se cobraba, a pesar de la Ley de Maternidad Gratuita, por una atención de baja calidad.

También significaba que las mujeres tenían menores oportunidades para ejercer sus derechos a la salud durante el período de maternidad que, paradójicamente, la sociedad reconoce como una de las funciones más sublimes de las mujeres.

Por otro lado, al inicio de 1998, estuvo en la agenda pública las reformas a la Constitución que debía efectuar la Asamblea Constituyente. El área técnica de salud se centró en la discusión sobre las propuestas planteadas por el movimiento de mujeres sobre salud sexual y reproductiva y las del MSP sobre la creación del capítulo de salud.

El CONAMU generó mesas de trabajo alrededor de los dos temas y las conclusiones y recomendaciones fueron llevadas al Consejo Nacional de Salud (CONASA) que en ese entonces, junto con el MSP, hacían de cabeza de las propuestas para la nueva Constitución y sobre la reforma del sector salud (RSS).

Los planteamientos principales hechos por el MSP a la Asamblea eran:

1. La división de las funciones del MSP de rectoría y control, de aquellas de financiamiento y prestación de servicios.

2. La creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) que articule la red de proveedores y permita aplicar los principios de universalidad, equidad, calidad, eficiencia y solidaridad.
3. Un seguro universal de base pública, financiado con los aportes del Estado y de la contribución de los /as usuarios /as de acuerdo a su capacidad económica.
4. Desarrollo de un paquete básico de atención que se incrementaría tanto en la cobertura como en las prestaciones hasta que en un plazo aproximado de 15 años cubriría a toda la población en todos los problemas de salud, esto se haría con la participación de los subsectores público y privado.
5. Subsidio a la demanda y no a la oferta como venía ocurriendo.
6. Aseguramiento de que el presupuesto de salud sea estable y no inferior al 8% del PIB.
7. Declaración que las acciones de salud pública serán gratuitas.
8. Señalar que el financiamiento de las entidades públicas del sistema nacional de salud provendrá del presupuesto general del Estado, de personas que ocupen sus servicios y que tengan capacidad de contribución económica.

Finalmente fueron aprobados los numerales 2, 6, 7, 8 y parcialmente el uno, en el que se especificó que el MSP es el órgano rector del sector.

Dentro de los grupos que venían reflexionando y haciendo propuestas para la RSS, se consideró que era importante el planteamiento del seguro universal y que la mejor estrategia para mantenerlo con posibilidades de que se haga realidad era plantearlo con segmentos progresivos de población.

De esta manera, se fortaleció el planteamiento de trabajar la aprobación de una Ley de Seguro Femenino e Infantil de Salud (SEGFEIS) como un avance del seguro universal ya que había la certeza que nadie se opondría a que la población más vulnerable—las mujeres y los niños—disfrutaran de este beneficio.

La existencia de la Ley de Maternidad Gratuita aprobada en 1994, la experiencia exitosa del seguro maternoinfantil boliviano y el interés del Perú en desarrollar una experiencia similar, fueron los argumentos que también fortalecieron y apoyaron la propuesta del SEGFEIS.

Por otro lado, la Comisión de Salud del Congreso Nacional había planteado en su agenda de trabajo la modificación de la Ley de Maternidad Gratuita en el marco del convenio entre esta instancia y la OPS.

El CONAMU inició un proceso de sondeo de opiniones entre diferentes actores como la OPS, el Consejo Nacional de Salud, el MSP, el proyecto del Banco Mundial en el MSP sobre Modernización de los Servicios de Salud (MODERSA), el proyecto de Análisis y Promoción de Políticas Públicas, (financiado por la USAID y ejecutado por el CEPAR que es una ONG privada), para indagar la viabilidad de la propuesta al menos en términos técnicos, recibiendo de todas partes el apoyo.

En esta fase, el CONAMU se enteró, mediante la OPS, que la Comisión de Salud tenía en su agenda la reformulación de la Ley y puso en contacto a las dos instancias para iniciar diálogos y armonizar entre las dos propuestas que inicialmente planteaban cosas distintas.

3. Aspectos conceptuales relevantes que se defendieron en la formulación de la Ley

A continuación se presentan los temas que fueron vitales para el CONAMU, alrededor de los cuales se desarrollaron tesis que no podían ser negociadas y se convirtieron en ejes de los planteamientos de la Ley, la que se anexa a este documento.

- La Ley debía ser para organizar un sistema que garantizara la atención de salud de calidad para las mujeres y niños.
- Se debe definir un paquete básico de atención no solo para mujeres sino también para niños menores, que contenga atenciones relacionadas con la maternidad, la salud reproductiva y la violencia:
 - a) *Maternidad:* Se asegura a las mujeres la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad para control prenatal y, en las enfermedades de transmisión sexual, los esquemas básicos de tratamiento (excepto SIDA), atención del parto normal y de riesgo, cesárea, puerperio, emergencias obstétricas, incluidas las derivadas de violencia intrafamiliar, toxemia, hemorragias y sepsis del embarazo, parto y postparto, así como la dotación de sangre y hemo derivados. Dentro de los programas de salud sexual y reproductiva se cubre la detección oportuna de cáncer cérvico-uterino y el acceso a métodos de regulación de la fecundidad, todos ellos según normas vigentes del MSP.
 - b) *Recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de cinco años de edad:* Se asegura la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad

a los recién nacidos o nacidas y sanos o sanas, prematuros-prematuras de bajo peso, y/o con patologías (asfixia perinatal, ictericia, sufrimiento fetal y sepsis), a los niños o niñas menores de cinco años en las enfermedades comprendidas en la estrategia de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) y sus complicaciones, todo ello según normas vigentes del MSP.

En este sentido, se procuró que estén contemplados en el paquete básico, además de la atención del embarazo, parto, puerperio normales, la atención de los riesgos causantes de la mortalidad materna y de la mayoría de problemas de salud de las mujeres y de los/as niños/as. Se consideró que era una necesidad estratégica de las mujeres tener en consideración las atenciones antes descritas, así como la cobertura hacia los/as niños/as.

- El subsidio debe responder a la demanda y no a la oferta como ha sido hasta ahora, para que las mujeres tengan la oportunidad de acudir a los servicios que crean más convenientes y se sientan tratadas digna y eficientemente.
- Se debe considerar dentro de los/as prestadores/as de servicios a las parteras tradicionales acreditadas, habida cuenta que aproximadamente el 30% de los partos son atendidos por ellas y el Estado ecuatoriano no reconoce su trabajo oficialmente y en la mayoría de los servicios se las subestima o contrapone.

El MSP capacita a las parteras tradicionales procurando que apliquen la lógica de la medicina oficial, sus sistemas de valores, significados, técnicas y procedimientos que les son ajenos.

- El financiamiento debía ser suficiente para cubrir el paquete básico de atención a las mujeres que están bajo la línea de pobreza (60%) y no solamente a las indigentes (25%); esto se justificó porque el 30% de los partos estaban siendo atendidos por el MSP y había un 35% adicional que no acudía a ningún tipo de servicio y que presumiblemente lo estaban haciendo a las parteras tradicionales.
- La incorporación de los gobiernos locales como corresponsables en la promoción y prevención de la salud de las mujeres, en especial con el transporte de las emergencias obstétricas y pediátricas desde zonas dispersas ya que la mayoría de muertes son causadas por la falta de oportunidad en el traslado de las mismas y la participación en la administración de los fondos destinados para el cumplimiento de la Ley.
- La presencia del CONAMU junto con otras instancias estatales para el apoyo y seguimiento de la aplicación de la Ley.

- La creación de comités de usuarias que a la vez tengan correponsabilidad en el cuidado de la salud, y que puedan emitir un certificado de satisfacción, que sea uno de los instrumentos de acreditación desde los/as ciudadanos para la entrega de fondos a las unidades prestadoras de servicios.

Esto permitiría la institucionalización de la participación de las mujeres y el avance desde una participación utilitaria que han hecho los servicios de los Comités de Madres hacia la posibilidad del control social de los servicios e incentivar la participación ciudadana de las mujeres para la exigencia de derechos y sin la intermediación de organizaciones políticas o de otro tipo.

Muchos de estos planteamientos no fueron solamente iniciativa del CONAMU, sino que se venían compartiendo en los diferentes núcleos de reflexión sobre la RSS y las instituciones participantes.

De lo antes descrito, principalmente no se logró que la Ley tuviera disposiciones definitivas respecto al subsidio a la demanda, manteniéndose el subsidio a la oferta pero entran a participar no solo las unidades operativas del MSP sino las instituciones sin fines de lucro y las parteras tradicionales, todas condicionadas al certificado de acreditación emitido por las Direcciones Provinciales de Salud.

Otro punto importante que no se logró fue que conste en la Ley que los comités de usuarias tengan la facultad de emitir el certificado de satisfacción con un valor equivalente al de acreditación conferido por las dependencias provinciales, pero que se espera que esta atribución conste en el reglamento.

4. Discusión de las alternativas y evolución de los planteamientos iniciales a la propuesta definitiva

El primer escenario fue la aprobación de una Ley de Seguro Femenino e Infantil de Salud.

El segundo escenario fue la aprobación de una reformativa de la Ley de Maternidad Gratuita, que tuviera elementos de las propuestas de reforma del sector salud y que cubriera las expectativas de las mujeres.

El tercer escenario fue que no se aprobara nada y que se esperara que se de una reforma total del sector salud en la que se dieran algunos espacios para solucionar los problemas de salud de las mujeres.

Se trabajó en el segundo escenario por consideraciones políticas, debido a que en el Parlamento anterior había la mayoría social-cristiana que fue el partido que aprobó la

Ley de Maternidad Gratuita en 1994 y en el proceso de negociaciones no estaban dispuestos a que esa Ley sea reemplazada o anulada.

Otra consideración importante fue el criterio del grupo de economistas que asesoraron al equipo técnico, quienes indicaron que en el país era necesario subsidiar al menos al 60% de la población por sus condiciones de pobreza y las experiencias de recuperación de costos en el país era en un bajo porcentaje y tenían un alto costo político.

Otro criterio importante fue la facilidad para la aplicación de la Ley, pues si se establecía un seguro público no vinculado a la seguridad social, implicaría la creación de un aparato administrativo complejo encargado de hacer las recaudaciones de las contribuciones para el seguro, los contratos de prestación de servicios, etc.

Una de las discusiones más sostenidas al interior de la comisión de coordinación interinstitucional fue la referente a si debía o no ser planteado como seguro femenino e infantil de salud. La información existente refería que las familias bajo los niveles de pobreza gastaban alrededor del 17% de su ingreso en salud lo cual es elevado comparado con estándares internacionales. Más de la mitad de este porcentaje correspondía al gasto en medicamentos.

Por otro lado la experiencia en el país era que se podía recuperar los costos de la atención médica en un máximo del 15% (más frecuente en el país era una recuperación de alrededor del 5%). Esto significaba que la mayoría del financiamiento debía basarse en el subsidio del Estado antes que en una base contributiva de la población; por lo tanto sería insostenible técnicamente los argumentos para que se formule una ley de seguro.

Además, la estructura administrativa necesaria para el manejo de fondos era inexistente en el país y no se habían logrado acuerdos más generales dentro de la discusión de la reforma entre el Seguro Social y el MSP para un trabajo conjunto.

Por otro lado el partido político que logró la aprobación de la Ley de Maternidad Gratuita en 1994, que en el momento de la presentación de la Ley era mayoría en el Congreso, no estaba dispuesto a aprobar una ley de remplazo a la suya.

Estos fueron los principales argumentos que influyeron para que el CONAMU cediera posiciones en su demanda de que el planteamiento central de la Ley sea alrededor del seguro.

El segundo tema ampliamente discutido fue el contenido del paquete básico de atención. Nuevamente los argumentos de los economistas pesaron mucho al momento de decidir las prestaciones que quedarían en el paquete excluyéndose el tratamiento del SIDA por ser una enfermedad catastrófica altamente costosa y que podía desfinanciar

fácilmente el paquete. El tratamiento de todos los casos de violencia, también se excluyó porque el país carecía de información para calcular la frecuencia y los costos de las prestaciones, quedando el tratamiento de las emergencias producidas por violencia intrafamiliar.

El tercer tema fue la gratuidad de las prestaciones médicas. Aquí la discusión se centró en si el CONAMU, en representación de los intereses de las mujeres, consideraba que los servicios contemplados en la Ley debían ser gratuitos o no; para esto se argumentó que si bien es cierto en la Constitución nueva se planteaba la gratuidad para las atenciones de salud pública.

En el país no había ni hay una definición de cuáles son las atenciones de salud pública y además en el acuerdo ministerial del MSP de febrero de 1998, se consideraba que la mortalidad materna era un problema de salud pública; en segundo lugar, en otro acápite de la Constitución nueva se mencionaba que el financiamiento de salud se realizaría con fondos del Estado y con las contribuciones de las personas que pudieran hacerlo, al respecto tampoco el país contaba con una definición de cuáles son las personas que podían contribuir y dónde estaban.

Por lo tanto el CONAMU se pronunció en el sentido de la gratuidad de las prestaciones contempladas en el paquete básico y hubo coincidencia con la OPS, la Comisión de Salud y el CEPAR, quedando por fuera el eje MSP-CONASA-MODERSA.

El equipo que asesoraba a la Comisión de Salud del Congreso y los diputados que la integraban opinaron fuertemente que los beneficios de la Ley deberían ser gratuitos.

El cuarto tema de debate fue el subsidio a la demanda y la participación del sector privado dentro de la red de prestadores. El CONAMU se pronunció favorablemente por el apoyo a estos dos planteamientos en coincidencia con el MSP-CONASA-MODERSA.

Diversos estudios reflejaban que la calidad de los servicios era una queja permanente de los/as pacientes y era uno de los motivos para el incremento del uso de servicios privados bajo la modalidad de pago directo por servicios que es una de las formas más inequitativas porque no permite la solidaridad ni asegura la reinversión en salud, tecnología, investigación o bienestar de los usuarios ni ampliación de coberturas etc.

Se consideró que al existir el subsidio a la demanda sería uno de los elementos que obligaría a los prestadores de servicios a mejorar la calidad debido a la competencia por captar usuarios/as y fondos.

El quinto tema fue el financiamiento, que estando claro que los fondos provendrían del Estado y existiendo como base lo señalado en la Ley de 1994, se debía ampliar para cubrir los costos de las obligaciones de la nueva Ley, es así como se presentó una propuesta de agrupación de los financiamientos para salud contemplados en diferentes fondos y leyes dedicados a los mismos grupos poblacionales mujeres y niños.

Esto significaba el mantenimiento del 3% del impuesto a los consumos especiales en la antigua Ley, los fondos del FONIN para la nutrición infantil, los fondos teóricamente señalados en la Ley del fondo de solidaridad para la salud de las mujeres y los niños y los fondos del INNFA para iguales fines; además se propuso la creación del impuesto del 1% a las transacciones en moneda extranjera.

Este último planteamiento fue rechazado por los parlamentarios del partido de mayoría que manejaban como principio el no aumento de impuestos y a cambio se estableció la cantidad obligatoria de dos millones de UVC del fondo de solidaridad.

Al Ministerio no le agradó que en la Ley se condicionara el uso de los fondos del Fondo para la Nutrición Infantil (FONIN) y de la Ley de Maternidad Gratuita que los venía manejando arbitrariamente desde hace 10 años en contratación de personal administrativo no relacionado con los objetivos de su creación y para cubrir el déficit de la baja del presupuesto de la salud en los últimos años.

Finalmente, se logró que del monto inicial que constaba en la antigua Ley—10.000'000.000—se multiplicara por 10 y ascendiera a 100.000'000.000 de sucres.

El último tema de intenso debate fue la participación de las mujeres en el comité de usuarias y no de usuarios, y en el Comité de Gestión del Fondo Solidario Local de Salud; en este asunto no hubo comprensión del grupo que redactó la propuesta de Ley sobre la importancia de fomentar la participación de las mujeres.

Se planteó como un comité integrado por el alcalde, el jefe de Área de salud del MSP y tres representantes de organizaciones comunitarias: un representante de la comunidad organizada, una representante de las organizaciones de mujeres y, en el área rural, un representante de las organizaciones de campesinos o indígenas.

Como se aprecia, en estas denominaciones no se logró que explícitamente sean las mujeres representantes de cualquiera de las organizaciones de la sociedad civil.

Para el CONAMU queda la posibilidad de definir en el reglamento de la Ley que de preferencia sean mujeres las que representen a organizaciones y a sí mismas y que el comité de usuarias emita el certificado de satisfacción como uno de los requisitos para la

entrega de los fondos a los prestadores, con igual validez que el certificado de acreditación.

5. Organización y participación de las instituciones para la formulación y aprobación de la Ley

A comienzos del año 1998, el CONAMU formó el Grupo Consultivo de Salud y Género (CONGESA) como una estrategia para dar cumplimiento a los cuatro ejes de trabajo establecidos en el POA, para lo que igualmente se formaron las respectivas comisiones.

Inicialmente la comisión de género y reforma convocó a las reuniones para trabajar alrededor del SEGFEIS y posteriormente se conformó como una comisión de trabajo y coordinación interinstitucional con la participación de: MSP, Consejo Nacional de Salud, Proyecto MODERSA, (los tres representados por una sola persona), OPS, CEPAR, CONAMU, y Comisión de Salud del Congreso Nacional.

La comisión de trabajo se reunió regularmente una vez por semana y se nombró al CONAMU como coordinador y encargado de llevar adelante las convocatorias y las memorias de cada sesión.

En cumplimiento de una de las resoluciones de la mesa, el CONAMU elaboró un perfil de proyecto para la elaboración del SEGFEIS, que se constituyó en el instrumento de coalición entre las diferentes instituciones participantes y también en el referente de los compromisos adquiridos y la direccionalidad que debía tener la propuesta.

Posteriormente se añadió al perfil un adendum elaborado por OPS y el CONASA sobre la estructura de la comisión, estableciéndose tres niveles:

- Nivel político donde estarían los máximos representantes de las instituciones participantes.
- Nivel de coordinación inter-institucional, donde estarían los/as técnicos responsables de cada institución encargados de la orientación técnica del proceso y del trabajo del nivel técnico.
- Nivel técnico formado por los consultores contratados para estudios específicos y los asesores técnicos de la Comisión de Salud del Congreso Nacional, encargados de recopilar información y estructurar los contenidos técnicos de la propuesta.

Es así como las instituciones participantes se dividieron responsabilidades para la ejecución y financiamiento de las diferentes actividades del proyecto, siendo las más

importantes la contratación de consultorías para estudios de apoyo a la formulación de la Ley.

De esta manera, la OPS contrataría una consultoría internacional para la estructuración integral de la Ley, en base a la experiencia generada en Bolivia con el seguro maternoinfantil y una consultoría nacional para explorar las fuentes de financiamiento. El CONAMU por su parte contrataría una consultoría sobre costos y protocolos de atención. La Comisión de Salud del Congreso además de la asesora existente, contrataría un técnico para apoyo en la recopilación de la información epidemiológica y el paquete básico.

El MSP, CONASA, MODERSA, contribuyeron sobre todo con los conocimientos y orientación sobre los contenidos de la RSS y la armonización con los contenidos que se formulaban para la Ley.

El CEPAR también tenía un conocimiento acumulado sobre la RSS, un equipo técnico que trabajaba en la reforma desde hace poco más de dos años y una base de datos importante.

La Comisión de Salud del Congreso, a quien correspondía presentar y lograr la aprobación en los debates del plenario.

El CONAMU, en el marco de la comisión inter-institucional, jugó el papel de mantener el interés y ritmo de trabajo apropiados para lograr el propósito acordado, el monitoreo del cumplimiento de los acuerdos y compromisos que se iban estableciendo, así como la vigilancia de que los planteamientos y necesidades sentidas de las mujeres no fueran desviados hacia una propuesta sin enfoque de género. Además estableció un puente de consultas permanentes al movimiento de mujeres.

Durante cuatro meses el nivel de coordinación inter-institucional realizó sesiones cada semana en las que se desarrollaron profundos debates sobre la orientación y contenidos de la propuesta e identificar las posiciones de cada institución.

También ayudó para la definición clara de los términos de referencia de las consultorías y la búsqueda de información que sirviera de base para la elaboración de la Ley.

En este tiempo, el nivel de coordinación inter-institucional tuvo un desempeño apropiado, lo que motivó el reconocimiento de los mismos integrantes y de las instituciones participantes, pero también el deseo de tener la conducción de la misma. Al cuarto mes, se cambió de coordinación argumentando que éste era un tema de interés

general del sector salud que debía ser llevado adelante por el CONASA, que era la institución con rango elevado en el sector.

A partir de ese momento, los buenos hábitos de trabajo como las convocatorias y las memorias de cada reunión no se volvieron a realizar, quedando en la improvisación las iniciativas para las reuniones y los temas de discusión.

En los tres meses subsiguientes, el nivel técnico, conducido por la Comisión de Salud del Congreso Nacional y la OPS, fue el que más trabajó porque estaba presionado por los tiempos políticos ya que el período legislativo terminaba en el próximo mes de julio de 1998.

En este lapso hubieron algunas reuniones en que el nivel técnico consultó al nivel de coordinación inter-institucional. El documento final de la propuesta fue realizado por el consultor contratado por OPS y los asesores de la Comisión de Salud del Congreso.

Aquí, es importante recordar que desde hace dos años se habían desarrollado posiciones divergentes entre algunos organismos de cooperación internacional respecto a ciertos temas de la RSS, como por ejemplo los énfasis, la orientación, el cobro por servicios, la administración financiera por entidades privadas, mantenimiento del subsidio a la oferta, etc.

Frente al documento final, las instituciones participantes estuvieron de acuerdo indistintamente con el contenido de la Ley y en unos casos coincidían para unos aspectos entre el CONAMU, Comisión de Salud y OPS y en otros CONAMU, MSP, CONASA, MODERSA.

Posiblemente estos hechos motivaron que el MSP, CONASA y MODERSA se aislaran y al final del proceso de formulación enviaran comentarios y desacuerdos.

El CONAMU, una vez que el nivel de coordinación inter-institucional funcionó desordenadamente, de forma permanente mandaba documentos con argumentaciones alrededor de la participación de las mujeres y el subsidio a la demanda para que sean consideradas en los contenidos de la Ley.

Finalmente el MSP-CONASA-MODERSA quedaron insatisfechos de algunos contenidos de la Ley, argumentando principalmente que no se había respetado los consensos que durante años se habían construido alrededor de la discusión de la reforma, como, por ejemplo, el subsidio a la demanda, la participación del sector privado en la prestación de servicios y/o administración del financiamiento, el cobro por servicios.

Posteriormente se añadió un argumento más que estaba lejos del proceso que se desarrolló y se refería a que era más conveniente para el país hacer un paquete básico para toda la población y no parcialmente para las mujeres y niños.

El CONAMU también quedó insatisfecho con los contenidos, especialmente en lo referente a continuar con el subsidio a la oferta y con respecto a que la Ley no explicitaba que debían ser las mujeres campesinas, las mujeres de organizaciones populares, que debían participar en los comités de gestión local de fondos. Lo mismo ocurrió respecto a los *comités de usuarias* y no de usuarios, encargadas de emitir un certificado de satisfacción de calidad de los servicios como un requisito previo a la entrega de fondos, puesto que la Ley estaba dedicada a las mujeres y sus hijos y ellas no necesitaban intermediarios para su participación. (Finalmente, se logró que constara "usuarias", pero el secretario del Congreso no respetó este término y en el documento enviado para la aprobación del Presidente, por sí solo creyó más conveniente que fueran los "usuarios".)

Durante las negociaciones para la aprobación de la Ley, el CONAMU jugó un papel importante y se hicieron acercamientos con varias diputadas que tuvieron una participación destacada en conseguir votos, en los debates y en la aprobación. Por su lado, la Comisión de Salud del Congreso Nacional también buscó acuerdos con diputados para la aprobación de la Ley.

En el primer debate, la sesión del plenario del Congreso recibió en comisión especial al CONAMU y se presentó un discurso que produjo un efecto favorable en los diputados y se aprobó por unanimidad.

En el segundo debate, que ocurrió 15 días antes del cambio de gobierno y término de período de los diputados, el partido del actual gobierno condicionó su voto a la aprobación del futuro Ministro de Salud, que se lo consiguió luego de una llamada de larga distancia. Cabe destacar que anteriormente el CONAMU había contactado con los diputados y horas antes se contabilizó los votos necesarios para la aprobación.

Como anécdota cabe señalar que al inicio de la sesión el Presidente pidió un minuto de silencio por el fallecimiento de un ex diputado, ocasión que fue aprovechada por las diputadas aliadas del CONAMU para pedir tres minutos de silencio por que ese día, en algún lugar del país, murieron al menos una mujer y tres niños.

En esta fase de negociación política, el CONAMU tuvo un papel preponderante, incluso por encima de la misma Comisión de Salud del Parlamento, de igual manera en la promulgación de la Ley por parte del Presidente que es la última ratificación para la publicación en el Registro Oficial y vigencia de cualquier ley.

6. El movimiento de mujeres y la Ley

En diferentes etapas de la formulación de la Ley se realizaron talleres de discusión de los contenidos de la misma con el Movimiento de Mujeres. Los requerimientos formulados por el movimiento se centraron en:

- El CONAMU no debía bajar las expectativas de plantear el seguro femenino e infantil de salud dado que en el país el porcentaje de mujeres sin seguro es alto.
- La Ley debía contemplar la atención a todos los casos de violencia producidos en cualquier momento de la vida de las mujeres.
- El paquete de atención debía incluir el tratamiento del SIDA.
- El paquete y el financiamiento debían cubrir todos los problemas de salud de todas las mujeres del Ecuador.

Estos planteamientos fueron llevados al interior de la comisión de trabajo inter-institucional y la definición de la incorporación o no de estas demandas se la realizó luego del análisis económico de costos y reales posibilidades de lograr consensos políticos en el Parlamento para que se apruebe la Ley con estos contenidos.

Una vez aprobada la Ley, casi todos los sectores del movimiento de mujeres han expresaron su satisfacción por los contenidos de la misma.

El CONAMU ha considerado que una vez aprobada la Ley, esta debe ser apropiada por el movimiento de mujeres para conjuntamente vigilar su aplicación como una conquista más de derechos para las mujeres del país. Es por esta razón que en la fase posterior a la aprobación se han reactivado las actividades de coordinación para la difusión de la Ley y la organización de las mujeres.

7. Perspectivas sobre la futura aplicación de la Ley

A continuación se mencionarán algunos hechos que condicionarán la aplicación de la Ley en el futuro:

Un recuento histórico de la RSS en el Ecuador señala que el tratamiento del tema bajo el concepto definido por la OPS está siendo discutido desde hace tres años, aproximadamente, y durante este lapso se ha avanzado en el diseño de algunas propuestas y la generación de experiencias piloto que puedan aleccionar sobre los defectos o virtudes de los modelos para que puedan ser generalizados en el país.

En el Ecuador, el proceso de la RSS, no se asemeja a las experiencias seguidas por otros países de la Región donde se marca su inicio con una ley o con una declaración pública de las autoridades o con una normativa.

Si debe existir un momento o un punto de partida para señalar el inicio de una RSS, en el Ecuador aún no ha ocurrido; sin embargo, el MSP no ha dejado de trabajar en éste propósito apoyado por el Comité Inter-agencial de Apoyo a la Reforma, presidida por la Representación de la OPS/OMS y el proyecto de Modernización de los Servicios de Salud (MODERSA), financiado por el Banco Mundial.

Los principales avances que este proceso ha alcanzado son las reformas en la nueva Constitución en el campo de la salud, y los debates amplios que se dieron respecto a la orientación y contenido de la reforma, en los que se tomó en cuenta el aprendizaje de las experiencias en otros países.

Actualmente la RSS se ha circunscrito más bien a la reforma del MSP, y debe ser considerada en muchos aspectos que está en una fase de formulación. El MSP ha publicado las políticas de salud durante la presente gestión.

En septiembre, el nuevo Gobierno tomó medidas económicas importantes, pero paralelamente creó como medida compensatoria el “Bono de Solidaridad” para las mujeres que tuvieran hijos menores de 18 años, con ingresos menores de 1.000,000 de sucres mensuales (US\$ 130), que no estén afiliadas al Seguro Social y para las personas de la tercera edad, que tuvieran la mitad de dicho ingreso.

Se han inscrito hasta el momento 800.000 personas, de las cuales aproximadamente son 500.000. La mayoría de ellas están ubicadas en zonas urbano–marginales. Se espera que el número se amplíe con la zona rural.

El MSP ha propuesto que se debe cambiar la Ley para que haya concordancia con la interpretación de la Constitución, que se cree obliga al cobro por servicios para las atenciones señaladas en la Ley.

El Bono de Solidaridad ha abierto la posibilidad de un acuerdo de que las personas que accedan a él sean las beneficiarias de la Ley Reformativa de Maternidad Gratuita. Este ha sido el inicio de la apertura de los canales de negociación para la aplicación de la Ley.

Mientras tanto, informaciones periodísticas han dado cuenta de que con el auspicio de las autoridades de salud y del Gobierno Nacional se ha inaugurado la aplicación de la nueva Ley en la Provincia del Guayas.

En el resto del país, las unidades operativas del MSP continúan recibiendo fondos de la antigua Ley y no hay cambios en su forma de administración. Casos excepcionales son algunas provincias como la de Loja donde hay un proyecto de la OPS sobre espacios

saludables y enfoque de género, donde se están iniciando el proceso para la aplicación total de la nueva Ley. Muchas otras provincias le han manifestado al CONAMU el interés de iniciar igualmente este proceso.

8. Conclusiones

El contenido de esta Ley, en sí misma, es un planteamiento de un nuevo modelo de atención de salud, cuyos principales propósitos son mejorar el acceso de las mujeres y los niños, disminuir la mortalidad materna, garantizar una atención integral de salud reproductiva, diversificar los proveedores de servicios, incluyendo además del MSP a las instituciones sin fines de lucro y a los proveedores de medicina tradicional, entre ellos a las parteras; integrar a nivel local a los servicios, los municipios y las organizaciones comunitarias en la gestión de recursos y fortalecer la participación de la sociedad en la toma de decisiones y el control social sobre la calidad de los servicios.

Además de esto se puede señalar como conclusiones que:

- La cooperación inter-institucional es difícil pero posible si se mantienen los objetivos claros, la motivación permanente, una conducción apropiada y transparencia en el proceso.
- La conducción del proceso se puede realizar siempre y cuando se mantenga un buen nivel de información y tesis claras.
- En una relación interinstitucional es necesario tener abiertos siempre los canales de diálogo y negociación, dentro de lo que debe preverse concesiones.
- La Ley está aprobada, pero hay dificultades para la aplicación, por lo que habría sido recomendable tener en cuenta una mayor participación del MSP, que en la segunda fase iba a ser el principal protagonista en la ejecución.
- Se debió procurar un mayor involucramiento en todos los procesos de la elaboración y aprobación de la Ley al movimiento de mujeres y no solo en talleres de consulta.

Mientras que para las otras instituciones la aprobación de la LRMG pudo haber sido el cumplimiento de un trabajo o actividad, para cada miembro del personal en el CONAMU, es un asunto vital porque representó una plataforma de lucha para mejorar las condiciones de salud de las mujeres.

N° 129

CONGRESO NACIONAL

EL PLENARIO DE LAS COMISIONES
LEGISLATIVAS

Considerando:

Que en la República del Ecuador se registran tasas elevadas de mortalidad materno e infantil y que es función del Estado cuidar y velar por la salud de la población en todo el territorio nacional:

Que la Constitución Política del Estado reconoce la creación del Sistema Nacional de Salud integrado por todos los prestadores de salud del país, regidos por los principios de equidad, universalidad, eficiencia, calidad y solidaridad en las políticas de salud;

Que el Estado Ecuatoriano ha suscrito las metas de la cumbre mundial de la Infancia y además es signatario de las resoluciones de la Cumbre de las Américas de Miami, la Convención Internacional para la eliminación de toda forma de discriminación a la mujer, la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de Viena, la Conferencia sobre Población y Desarrollo del Cairo, la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer "Acción para la igualdad, el Desarrollo y la Paz" de Beijing y otras;

Que existen leyes vigentes orientadas a asegurar financiamiento oportuno y suficiente para atender a las mujeres embarazadas y a los niños o niñas, como la Ley de Maternidad Gratuita, la Ley de Creación del Fondo Nacional para la Nutrición y Protección de la Población Infantil, Ley de Creación del Instituto Nacional del Niño y la Familia y otras;

Que el Ministerio de Salud ha emitido el Acuerdo Ministerial 1804 de febrero de 1998, en el que declara de máxima prioridad la ejecución del Plan de Reducción de la Mortalidad Materna;

Que es necesario actualizar el instrumento legal vigente, que asegure la coordinación de los recursos financieros del sector público dispersos para atender adecuada y oportunamente a las mujeres embarazadas y a los niños o niñas; y,

En ejercicio de las facultades constitucionales y legales, expide la siguiente:

LEY REFORMATIVA A LA LEY DE
MATERNIDAD GRATUITA

Art. 1. En la denominación de la Ley de Maternidad Gratuita, publicada en el Registro Oficial N° 523 del 9 de septiembre de 1994, después de la palabra "Gratuita" agréguese "y atención a la infancia".

Art. 2. Sustitúyase el artículo 1, por el siguiente:

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

Art. 3. Sustitúyase el artículo 2 por el siguiente:

La presente Ley tiene como una de sus finalidades el financiamiento para cubrir los gastos por medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios para la atención de las mujeres embarazadas, recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de cinco años de edad en las siguientes prestaciones:

a) **Maternidad:** Se asegura a las mujeres, la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad para control prenatal y, en las enfermedades de transmisión sexual los esquemas básicos de tratamiento (excepto SIDA), atención del parto normal y de riesgo, cesárea, puerperio, emergencias obstétricas, incluidas las derivadas de violencia intrafamiliar, tóxemia, hemorragias y sepsis del embarazo, parto y post parto, así como la dotación de sangre y hemo derivados.

Dentro de los programas de salud sexual y reproductiva se cubre la detección oportuna de cáncer cérvico uterino y el acceso a métodos de regulación de la fecundidad, todos ellos según normas vigentes del Ministerio de Salud Pública; y,

b) **Recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de 5 años de edad:** Se asegura la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad a los recién nacidos o nacidas y sanos o sanas, prematuros-prematuros de bajo peso, y/o con patologías (asfixia perinatal, ictericia, sufrimiento fetal y sepsis), a los niños o niñas menores de 5 años en las enfermedades comprendidas en la estrategia de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) y, sus complicaciones todo ello según normas vigentes del Ministerio de Salud Pública.

Art. 4. Después del artículo 2. agréguese uno que diga:

"Art... Las disposiciones de esta Ley se aplicarán con carácter obligatorio, en todos los establecimientos de salud dependientes del Ministerio de Salud Pública.

Las otras entidades del sector público de salud aplicarán la presente Ley, según sus regímenes internos y utilizando sus propios recursos.

Podrán participar además, previa acreditación por el Ministerio de Salud Pública y suscripción de convenios de gestión, entidades prestadoras de servicios de salud sin fines de lucro, incluyendo las de la medicina tradicional".

Art. 5. Sustitúyase el artículo 3 por el siguiente: "Incrementanse en el tres por ciento (3%), las tarifas del impuesto a los consumos especiales señaladas en el artículo 78 de la Ley de Régimen Tributario Interno, publicada en el Registro Oficial N° 341 del 22 de diciembre de 1989".

"De los rendimientos del Fondo de Solidaridad para el Desarrollo Humano de la población ecuatoriana, creado mediante la Ley publicada en el Registro Oficial N° 661 de marzo de 1995, asígnase inicialmente el valor correspondiente a 2'321.062 UVC.

Los recursos asignados al Ministerio de Salud Pública por la Ley de Creación del Fondo Nacional para la Nutrición y Protección a la población infantil ecuatoriana, publicada en el Registro Oficial N° 132 del 20 de febrero de 1981) y, los recursos que el INNFA destine a programas de reducción de

mortalidad materna e infantil y/o salud reproductiva, se utilizarán preferentemente para el financiamiento de lo previsto en la presente Ley.

Los recursos financieros de la cooperación internacional y, los contratados a través de créditos externos para el sector salud, priorizarán la inversión en áreas relacionadas directa o indirectamente a la aplicación de esta Ley.

Los valores producto de la aplicación de lo dispuesto en los incisos anteriores serán uunsefiidos mensualmente por - el Ministerio de Finanzas a una cuenta especial del Ministerio de Salud Pública, denominada Fondo Solidario de Salud, el que los destinará en su totalidad para financiar única v exclusivamente lo establecido en la presente Ley".

Art. 6 A continuación del artículo 3, agréganse los siguientes artículos innumerados:

"Art. . . En coordinación con el Ministerio de Salud Pública, los municipios podrán desarrollar programas de educación, promoción, información y comunicación que favorezca la aplicación de esta Ley y generar e implementar en zonas rurales dispersas, mecanismos que garanticen el transporte oportuno de las emergencias obstétricas, neonatales y pediátricas a centros de mayor complejidad de atención, todo ello según normas establecidas por el Ministerio de Salud".

Art. ... Para el cumplimiento y aplicación de lo estipulado en la presente Ley se establece:

- a) El Ministerio de Salud Pública en sus diferentes niveles de gestión, es el responsable de la ejecución de la presente Ley, en el marco de lo establecido en el Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna y otros planes y programas relacionados con el objeto de la misma;

El Ministerio de Salud Pública, definirá las normas nacionales que garanticen la aplicación de esta Ley y, los criterios para la acreditación de los servicios de salud de conformidad con lo establecido en la Ley de Descentralización del Estado y de Participación Social y con la creación del Sistema Nacional de Salud.

Créase el Comité de Apoyo y Seguimiento a la aplicación de la Ley constituido por el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA), el Consejo Nacional de Mujeres (CONAMU) y el Consejo Nacional de Salud (CONASA).

El Consejo Nacional de las Mujeres participará como organismo encargado de garantizar la equidad y el enfoque de género y de promover la participación de las organizaciones de mujeres.

El Instituto Nacional del Niño y la Familia garantizará la integralidad de las acciones orientadas a la mujer embarazada y a los niños o niñas.

El Consejo Nacional de Salud será el encargado de la coordinación interinstitucional en el Sector Salud para la adecuada aplicación de la presente Ley.

- b) La Dirección Provincial de Salud es el organismo responsable de hacer cumplir en su jurisdicción, los instrumentos normativos diseñados por el Ministerio de Salud Pública; y,

- c) Créase en cada Municipio, los Fondos Solidarios Locales de Salud, que recibirán los recursos financieros del Fondo Solidario de Salud, para garantizar la aplicación de la Ley.

Confórmase el Comité de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud, que estará constituido por el Alcalde o su representante legal, el o los Jefes de Area de Salud correspondientes en representación del Director Provincial de Salud; un representante de la comunidad organizada, una representante de las organizaciones de mujeres; y, en el área rural, un representante de las organizaciones de campesinos o indígenas. Para la utilización de los recursos se requerirán dos firmas registradas, la del Alcalde y la del Jefe de Area de Salud.

Se conformarán Comités de Usuarios encargados de fomentar la corresponsabilidad ciudadana en la promoción de la salud materno infantil, del seguimiento y vigilancia en la aplicación de la Ley".

DISPOSICIONES GENERALES

Art. 7. Deróganse todas las normas que se opongan a la presente Ley.

Art. 8. En la aplicación de esta Ley se priorizarán las áreas geográficas con mayores tasas de mortalidad materna e infantil y las más deprimidas económicamente.

Art. 9. Los fondos solidarios locales de salud, quedan en la libertad de agregar prestaciones de salud, requeridas por el análisis epidemiológico de la Dirección Provincial de Salud y socio-económico local, en el marco que determine el Sistema Nacional de Salud, identificando fuentes adicionales de financiamiento que no incluyan las asignadas por esta Ley.

Art. 10. En los municipios cuya capacidad operativa dificulte o impida la aplicación de lo dispuesto en la presente Ley, la misma podrá viabilizarse a través de Consorcios o mancomunidades municipales.

Dada en la ciudad de San Francisco de Quito, Distrito Metropolitano, en la Sala de Sesiones del Plenario de las Comisiones Legislativas del Congreso Nacional del Ecuador, a los veinte y tres días del mes de julio de mil novecientos noventa y ocho.

f.) Ing. Estuardo Gavilánez Ramos, Presidente del Congreso Nacional, (E).

f.) Jaime Dávila de la Rosa, Secretario General del Congreso Nacional, (E).

Palacio Nacional, en Quito, a siete de agosto de mil novecientos noventa y ocho.

PROMULGUESE.

f.) Fabián Alarcón Rivera, Presidente Constitucional Interino de la República.

Es fiel copia del original, LO CERTIFICO:

f.) Dr. Wilson Merino M., Secretario General de la Administración Pública.

ANEXO B

**NUEVA CONSTITUCIÓN DE 1998, TÍTULO I,
SECCIONES CUARTA, QUINTA Y SEXTA SOBRE SALUD**

Para obtener una copia del documento, diríjase a:

Sra. Lola Villaquirán
Directora Ejecutiva,
Consejo Nacional de Mujeres (CONAMU)
Presidencia de la República
Quito, Ecuador

Internet: conamu@uio.satnet.net