

**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SEDE ECUADOR
PROGRAMA DE POLÍTICAS PÚBLICAS
CONVOCATORIA 2006-2008**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS
SOCIALES CON MENCIÓN EN DESARROLLO LOCAL Y TERRITORIO**

**LA DESCONCENTRACIÓN INSTITUCIONAL COMO MECANISMO DE
ACERCAMIENTO DEL ESTADO AL TERRITORIO Y A LA SOCIEDAD A
NIVEL LOCAL.**

EL CASO DEL SECTOR SALUD EN EL PERIODO 1992-2009

MARÍA ALEJANDRA PEÑA LÓPEZ

SEPTIEMBRE 2011

**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SEDE ECUADOR
PROGRAMA DE POLÍTICAS PÚBLICAS
CONVOCATORIA 2006-2008**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS
SOCIALES CON MENCIÓN EN DESARROLLO LOCAL**

**LA DESCONCENTRACIÓN INSTITUCIONAL COMO MECANISMO DE
ACERCAMIENTO DEL ESTADO AL TERRITORIO Y A LA SOCIEDAD A
NIVEL LOCAL.**

EL CASO DEL SECTOR SALUD EN EL PERIODO 1992-2009

MARÍA ALEJANDRA PEÑA LÓPEZ

**ASESOR DE TESIS: ANDREA CARRIÓN
LECTORES/AS: GONZALO ORTIZ
ALISON VÁSCONEZ**

QUITO, FEBRERO 2011

ÍNDICE

Capítulo I: Marco Teórico	1
1.1 Introducción.....	1
1.2 Neoinstitucionalismo	1
1.3 Gobernanza.....	5
1.4 La gestión territorial del Estado.....	11
Capítulo II: El marco normativo de la desconcentración y la descentralización estatal en el Ecuador (1994 – 2010)	24
2.1 Introducción.....	24
2.2 Ley de Modernización del Estado, privatizaciones y prestación de servicios públicos por parte de la iniciativa privada.....	27
2.3 El marco constitucional de la descentralización y la desconcentración	29
Capítulo III: Desconcentración institucional sectorial, el caso del sector salud.....	49
3.1 Introducción.....	49
3.2 El Estado y la salud	52
3.3 Los procesos de reforma del sector salud	55
3.4 La institucionalidad de salud	86
Capítulo IV: Conclusiones	116
Bibliografía.....	130
Anexos.....	134

ÍNDICE DE CUADROS, ESQUEMAS, MAPAS Y ANEXOS

CUADROS

<i>Cuadro 1: El concepto de institución y los distintos enfoques neoinstitucionalistas</i>	4
<i>Cuadro 2: Definiciones de Gobernanza según la vertiente normativa y descriptiva</i>	6
<i>Cuadro 3: La descentralización, ejes conceptuales</i>	13
<i>Cuadro 4: Elementos de las propuestas neoliberal y democratizadora de la descentralización</i>	18
<i>Cuadro 5: Competencias por nivel de gobierno según la Constitución del 2008</i>	38
<i>Cuadro 6: Créditos y Proyectos de Organismos Multilaterales al Ecuador</i>	59
<i>Cuadro 7: Integrantes del Sistema Nacional de Salud</i>	72
<i>Cuadro 8: La salud en el Plan Nacional de Desarrollo 2009 - 2013</i>	78
<i>Cuadro 9: Presupuesto del Ministerio de Salud 1980 - 2000</i>	79
<i>Cuadro 10: Mapeo institucional del Sistema de Salud, 2008</i>	88
<i>Cuadro 11: Descripción de los niveles de salud</i>	91
<i>Cuadro 12: Capacidad resolutive técnica Áreas de Salud</i>	92
<i>Cuadro 13: Ejecución en el sectorial salud, por unidad ejecutora UE, 2007-2008</i>	100
<i>Cuadro 14: Esperanza de vida al nacer. Ecuador 1985 - 2010</i>	10013
<i>Cuadro 15: Indicadores de mortalidad 2001 - 2007</i>	10015

ESQUEMAS

<i>Esquema 1: Opciones de organización territorial estatal</i>	23
<i>Esquema 2: La desconcentración y descentralización en el Plan Nacional de Desarrollo</i>	44
<i>Esquema 3: Comparativo de las estructuras organizativas según tipo y modelo de gestión</i>	47
<i>Esquema 4: Cronología Presidentes del Ecuador / Principales hitos normativos de la reforma del sector salud</i>	63
<i>Esquema 5: Flujo de Fondos Asignados a la LMGYAI</i>	66
<i>Esquema 6: Relaciones entre Municipalidades y Comités Locales de Gestión de la LMGYAI</i>	67
<i>Esquema 7: Resultados del Decreto de Emergencia Sanitaria, Abril 06 – Sep 07</i>	75
<i>Esquema 8: Presupuesto Ministerio de Salud 1980 -2001</i>	79
<i>Esquema 9: Evolución del presupuesto de Salud, 1998 - 2008</i>	80
<i>Esquema 10: Monto de capital e inversión en sector salud, 2000-2010</i>	81
<i>Esquema 11: Relación Inversión Social sobre el servicio de la Deuda Pública, 2001-2008</i>	82
<i>Esquema 12: Inversión Municipal en salud, 90-04</i>	83
<i>Esquema 13: Inversión en salud de Consejos Provinciales</i>	83
<i>Esquema 14: Participación de los Servicios Públicos de Salud, 2008</i>	87
<i>Esquema 15: Estructura de las Jefaturas de Áreas de Salud</i>	95
<i>Esquema 16: Consultas totales y de emergencia, MSP, 97-09</i>	102
<i>Esquema 17: Total consultas por provincia, MSP, 97-09</i>	104
<i>Esquema 18: Tasa de mortalidad materna, Ecuador, 1990 - 2007</i>	1114

<i>Esquema 19: Tasa de mortalidad neonatal, neonatal precoz y post neonatal 1990 - 2005</i>	1115
<i>Esquema 20: Sistema de Competencias de Salud</i>	111
<i>Esquema 21: Modelo de Gestión Ministerio de Salud Pública</i>	112
<i>Esquema 22: Productos y servicios por niveles, Ministerio de Salud Pública</i>	113
<i>Esquema 23: Estructuras desconcentradas a nivel distrital, Ministerio de Salud Pública</i>	114

MAPAS

<i>Mapa 1: Zonas de Planificación</i>	35
<i>Mapa 2: Consejos Cantonales de Salud, 2007</i>	73
<i>Mapa 3: Hospitales públicos MSP, IESS, FFAA, Policía y Municipios, 2007</i>	86
<i>Mapa 4: Áreas de Salud del Ministerio de Salud Pública</i>	96

ANEXOS

<i>Anexo 1: Desconcentración por espacio homogéneo transprovincial</i>	137
<i>Anexo 2: Cuadro Comparativo la Desconcentración y Descentralización en la Constitución 1979- Reformas 1996</i>	138
<i>Anexo 3: Esquema de la institucionalidad de participación ciudadana</i>	144
<i>Anexo 4: Estrategias del Plan Nacional de Desarrollo</i>	145
<i>Anexo 5: Cronología del Ministerio De Salud Pública</i>	146
<i>Anexo 6: Ficha Institucional Consejo Nacional de Salud (CONASA)</i>	150
<i>Anexo 7: Prestaciones de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia</i>	152
<i>Anexo 9: Cronología De Ministros De Salud</i>	154

Resumen

El objetivo del presente trabajo es realizar un análisis de los procesos de desconcentración con una aproximación más cercana a las discusiones acerca de las relaciones del Estado, los territorios y la sociedad civil local. Para ello se optó, en el marco conceptual, por una entrada analítica que tomará en cuenta ciertos elementos provenientes de la teoría neo institucional, de la gobernanza y del debate sobre la territorialización del Estado y sus intervenciones.

A lo largo del documento se intentará demostrar que los procesos de desconcentración, entendidos en el marco de nuevas formas de hacer gobierno combinados con la gestión pública participativa, pueden generar un diálogo cercano y abierto con las demandas y necesidades locales sin olvidar una acción estatal integral a escala territorial.

El proceso de desconcentración del Estado en el Ecuador ha tenido diferentes momentos e hitos políticos. Por ello se ha seleccionado, para el análisis del marco normativo de los procesos de desconcentración estatal, partir de la revisión de la Ley de Modernización del Estado, tomando en cuenta que es en el marco de los procesos de modernización estatal, que se determinan la descentralización y la desconcentración como políticas de Estado.

La variación de intensidad de las políticas de desconcentración institucional también ha encontrado sus matices en cada uno de los sectores y sus correspondientes instituciones públicas; diferencias determinadas por el tipo de servicios públicos que prestan, el universo poblacional al que atienden y los actores políticos y sociales que se encuentran relacionados con el sector. Para el análisis se seleccionó al sector salud debido a algunos criterios relacionados con la organización institucional territorial de las intervenciones del Ministerio de Salud Pública (a través de la implementación de las áreas de salud) que se han puesto en marcha desde 1992.

Para el presente trabajo se ha considerado necesario hacer un breve recuento de los procesos de reforma que se han impulsado en el sector salud, evidenciando los principales hitos en base a un análisis cronológico, para posteriormente describir concretamente la implementación de la desconcentración del Ministerio de Salud Pública. Esta consideración se basa, principalmente, en el hecho de que tanto el diseño, como la implementación y la intensidad de las reformas institucionales del Ministerio de Salud Pública han estado influenciadas por contextos políticos y agendas de política más estructurales que de alguna manera han provocado las acciones, tendencias, tensiones y resultados de la iniciativa de desconcentración del sector salud.

La evaluación del proceso de desconcentración institucional del Ministerio de Salud Pública se efectuará en base a información secundaria y la realización de entrevistas a algunos actores del sector. Se resaltarán los beneficios encontrados a partir de la investigación en la gestión misma de la institución, en los servicios públicos hacia las y los ciudadanas/os, y en la relación de la entidad nacional con la sociedad civil local. A su vez se han identificado las principales dificultades del proceso de desconcentración sectorial que la experiencia del Ministerio de Salud Pública arroja y que permiten llegar a ciertas conclusiones y recomendaciones para iniciativas similares a futuro.

Capítulo I

Marco Teórico

Introducción

El abordaje de la problemática de la desconcentración de las instituciones del Estado puede plantearse desde una serie de acercamientos conceptuales y de corrientes analíticas.

Existen entradas conceptuales hacia la desconcentración estatal que se enmarcan en las teorías del derecho administrativo, en las teorías de la administración pública, en el trabajo desarrollado sobre las relaciones intergubernamentales, y en los elementos desarrollados sobre la organización interna de las instituciones¹ en el marco de las ciencias administrativas.

El objetivo de este trabajo es realizar un análisis de los procesos de desconcentración con una aproximación más cercana a las discusiones acerca de las relaciones del Estado y los territorios.

Con este objetivo se ha optado por una entrada analítica que plantee algunos preceptos conceptuales acerca del Estado y sus instituciones, en base a ciertos elementos de la teoría neoinstitucional.

Posteriormente, se buscará vincular los criterios sobre la relación entre el Estado en sus diferentes niveles de gobierno, con la sociedad civil, y el funcionamiento de las instituciones públicas, recurriendo a los aportes de los avances en la discusión de la gobernanza.

Finalmente, con el objetivo de aterrizar la acción de las instituciones en los territorios y abordar los debates conceptuales sobre la centralidad del poder y sus diversas alternativas (no excluyentes) como son la descentralización y la desconcentración se recogerán algunos de los ejes de discusión sobre la territorialización del Estado y sus modalidades de gestión.

Neoinstitucionalismo

Cuando se inicia un análisis acerca del rol y las características de las instituciones públicas, no se puede pasar por alto la discusión acerca del Estado y sus relaciones con

¹ Existe una serie de documentos que analizan a detalle los procesos de desconcentración funcional y espacial de las instituciones desde la lógica de la “Ciencia de la Administración”, véase por ejemplo: “Un Criterio Organizatorio Polémico: La Desconcentración”, Carrasco Canals Carlos, s.f.

la sociedad y el mercado. Para ello se intentará brevemente ubicar la corriente del neoinstitucionalismo enmarcándola en la discusión acerca de ciertas teorías del Estado.

La teoría liberal clásica del Estado “entiende al Estado como un árbitro neutral entre los grupos e individuos que rivalizan entre sí en la sociedad, que tiene la capacidad de proteger a cada ciudadano de los abusos y violencia que otros ciudadanos intentan ejercer en su contra. El Estado es, para esta perspectiva, una entidad moralmente neutral, que actúa en interés de todos y representa así lo que puede llamarse el interés público”².

Posteriormente, desde la década de los 70, la teoría de la elección pública o elección racional, relacionada con el liberalismo económico y basada en los fundamentos liberales clásicos, interpreta la presencia e intervención del Estado como una amenaza tanto a la libertad individual como a la seguridad económica³, descartando así su rol de árbitro imparcial.

Según esta perspectiva los individuos en general únicamente actúan según sus preferencias en búsqueda de la maximización de su beneficio o ganancia individual, por lo que los actos inspirados en la solidaridad, la generosidad o el compromiso con la sociedad no caben en su concepción.

De la misma manera, desde esta visión del comportamiento humano, las actividades y acciones de los funcionarios públicos únicamente buscan expandir sus beneficios laborales y sociales.

La economía política neoclásica, la cual formaba la base teórica de los programas de ajuste estructural impulsados por el Consenso de Washington, plantea la disminución de la presencia estatal y sus instituciones públicas restringiendo su accionar a la protección de los derechos de propiedad privada. Es así como las recomendaciones de política económica se concentraron en la privatización de las empresas públicas, la disciplina fiscal, la liberalización de regímenes comerciales y financieros⁴.

Como respuesta a los enunciados de la economía política neoclásica surge en el debate una corriente crítica conocida como la “Nueva Economía Institucional”, la cual resalta el rol que debe cumplir el Estado para promover el crecimiento económico como

² Ferraro, Agustín, Reinventando el Estado: por una administración pública democrática y profesional en Iberoamérica, INAP, 2009.

³ Ibid, pág. 52.

⁴ Ibid, pag. 82.

es el de establecer las regulaciones necesarias y mantener seguridad jurídica que asegure la existencia de estructuras competitivas en el mercado⁵.

Según Agustín Ferraro, la nueva economía institucional se encuentra estrechamente relacionada con un movimiento teórico de las ciencias sociales: el neoinstitucionalismo, el cual nace con los aportes de March y Olsen en 1984 y que se convierte en palabras de Ferraro “en una de las corrientes metodológicas más influyentes en la Ciencia Política y en las ciencias sociales en general” (Ferraro, 85).

El surgimiento del neoinstitucionalismo dentro de las ciencias sociales tiene su propia trayectoria y se lo identifica como una crítica al individualismo metodológico y a la escuela de la elección racional, la cual comprende a las preferencias como una variable externa respecto al proceso de acción colectiva e independientes del proceso social.

Para el neoinstitucionalismo, las preferencias de los individuos son comprendidas en las instituciones; se desarrolla un sentido de “comportamiento apropiado” según criterios como una variable endógena de las propias instituciones, es a través de la participación de los individuos normativos como se influye en las acciones de las instituciones.

Para el neoinstitucionalismo, la acción social debe explicarse fundamentalmente por medio del sentido de lo normativamente apropiado, mientras que la maximización individual del beneficio resulta secundaria. Pues tanto las preferencias individuales como los intereses son configurados, para el neoinstitucionalismo, por los ordenamientos institucionales, que mantienen su posición dominante mediante procesos de socialización y cooptación. Para el enfoque neoinstitucional, las instituciones determinan la definición de los posibles cursos de acción e influyen, a la vez, sobre la percepción de la realidad en la que la acción política tiene lugar (March y Olsen, 1995, 29).

Las instituciones son consideradas por esta corriente, de este modo, como actores políticos autónomos y colectivos (March y Olsen, 1984, 738)⁶. La corriente neoinstitucionalista rescata y reelabora las tesis de Max Weber sobre la importancia de las instituciones y la existencia de una burocracia pública profesional y eficiente. Establece también, que el marco institucional tiene que ser diseñado, implementado y adaptado de manera constante acorde a los cambios producidos en el proceso económico y en las sociedades.

⁵ Ibid, la referencia realizada por el autor nos dirige al texto de North, Instituciones, cambio institucional y comportamiento económico, 1990.

⁶ Ibid, pág. 85

Dentro del neoinstitucionalismo, existen a su vez varios enfoques que difieren entre ellos por la forma en la que conciben a las instituciones. Carles Ramió y Miquel Salvador ⁷identifican cuatro enfoques dentro del neoinstitucionalismo: a) el enfoque normativo, b) el de la elección racional, c) el histórico, y d) el de la teoría de la organización. Dichos enfoques se visualizan de mejor manera en el siguiente esquema elaborado por los autores mencionados:

Cuadro 1

El concepto de institución y los distintos enfoques neoinstitucionalistas				
Enfoques neoinstitucionalistas	Normativo	Rational choice	Histórico	Teoría de la organización
Se define la institución en términos de	normas, reglas, esquemas mentales y rutinas	reglas que prescriben, proscriben y permiten	reglas, estructuras, procesos, prácticas	estructuras cognitivas, normativas y regulatorias
Las preferencias de los actores, respecto a las institución son	endógenas	exógenas	endógenas	endógenas
Elementos destacados en el enfoque	lógica de lo apropiado	costes de transacción	ideas (como corrientes de pensamiento), punctuated equilibrium	símbolos, significados, cultura, procesos y rutinas
Fuente: Tomado de Ramió Carles y Salvado Miquel, "Instituciones y Nueva Gestión Pública en América Latina", pág. 44, Fundació CIDOB, España, 2005. Nota del autor: Elaboración a partir de Scott (1995), Immergut (1998), Peters (1999).				

Los autores citados realizan a su vez una segunda clasificación tomando en cuenta las diferencias sobre el carácter de las preferencias de los actores con relación a la institución, que reduce las orientaciones neoinstitucionales a dos claramente diferenciadas: a) una más próxima al “racional choice”, denominada calculus y b) otra denominada “interpretación” o cultural approach (que englobaría a los enfoques normativo, histórico y teoría de la organización). En este sentido las relaciones institución–actor difieren de acuerdo a las dos orientaciones: en la primera el actor calcula los costos y beneficios de las opciones de acción y maximiza su función de utilidad; en la segunda, la “lógica de lo apropiado” incide en el comportamiento de los actores que interactúan con la institución a través de los procesos de socialización.

Para el análisis del presente estudio, el enfoque u orientación neoinstitucionalista que se aplica es justamente el de “interpretación”, en el cual el comportamiento de los actores es considerado una variable endógena del quehacer institucional, haciendo

⁷ Ramió Carles y Salvador, Miquel, “Instituciones y nueva gestión pública en América Latina”, Fundació CIDOB, 2005, Barcelona, España.

énfasis en la importancia que esta corriente le otorga a la interacción entre las instituciones y los actores, considerando el marco regulatorio y normativo existente.

En este sentido, como apunta Theda Skocpol, el Estado se entendería como una institución con una lógica intrínseca que tendría la capacidad de afectar los procesos políticos de las unidades nacionales y de los actores locales que en ella se desenvuelven. De esta manera se podría plantear a los Estados como “actores y como estructuras institucionales y autónomas configuradoras de la sociedad” (Skocpol, 1989:82)⁸.

¿Cuál es la articulación entonces de los procesos de desconcentración institucional en los territorios con los aportes conceptuales del neoinstitucionalismo? Lo que se quiere resaltar en este apartado es la concepción misma del Estado y su estructura institucional como actores políticos que interactúan con la sociedad civil organizada y no organizada, abriendo la posibilidad para que en esta relación e intercambio las instituciones sean permeadas, adaptadas, transformadas por la realidad y las necesidades de los actores en su accionar público.

Es en este momento en el que se requiere complementar el concepto de Estado expuesto con algunos aportes que surgen del debate sobre la gobernanza y la discusión acerca de las redes de políticas públicas que inciden en la definición de la agenda pública a través de diversos mecanismos institucionales.

Gobernanza

El concepto de gobernanza se encuentra desde sus orígenes en discusión. Los primeros en desarrollar una conceptualización al respecto fueron los colaboradores del Banco Mundial, acercando la definición de gobernanza a la de buen gobierno en términos de eficiencia y eficacia, poniendo especial énfasis en los resultados obtenidos de la aplicación de la política pública que promueve el desarrollo económico de los países.

Dicha definición se ha visto criticada desde diferentes corrientes por la directa relación que ha tenido con lo que la banca multilateral ha entendido como “buen gobierno” y desarrollo vinculado únicamente con el crecimiento económico, dejando de lado ámbitos redistributivos y de consecución de bienestar colectivo.

⁸ En Ramírez Gallegos, Franklin, “Técnicos y políticos, ¿cómo dialogan? Tecnocracia y configuración política en la Modernización del Estado ecuatoriano”, CLACSO, Argentina, 2000, pág. 5.

Para el desarrollo en esta sección de los elementos conceptuales sobre la gobernanza, en base a la necesidad de comprender de manera alternativa las formas de “hacer gobierno” y por lo tanto el funcionamiento de las instituciones públicas y su relacionamiento con la sociedad civil y los territorios (ahí reside su importancia para el análisis de la desconcentración institucional), se realizará un breve recorrido por diferentes definiciones y caracterizaciones del término gobernanza⁹.

Existen dos tendencias en la conceptualización de la gobernanza, una centrada principalmente en los resultados del proceso, y otra que presta mayor atención a los procesos y formas de hacer gobierno en sí mismos. La corriente que brinda mayor énfasis a los resultados es denominada “normativa” por Rodríguez, mientras que el enfoque que analiza los procesos es nombrada “descriptiva”.

El autor realiza un interesante recorrido por las diferentes aproximaciones conceptuales hacia el término gobernanza, clasificándolas en estas dos perspectivas. A continuación se presenta un esquema que recoge esta recopilación de significaciones.

Cuadro 2

Definiciones de Gobernanza según la vertiente normativa y descriptiva

Vertiente normativa	Vertiente descriptiva
Preponderancia: Resultados	Preponderancia: Procesos
El mejor gobierno es aquel donde reina el imperio de la ley, se combate la corrupción, hay una rendición de cuentas, existe transparencia en las transacciones, se asegura la capacidad de los gobiernos para gestionar los recursos para lograr un efectivo desarrollo social. Fragmento de Banco Mundial, El Africa Subsahariana: de la crisis al desarrollo sustentable. Una perspectiva a largo plazo", BM, Washington, 1989, recogido en Aguilar, 2006: 73	El término "gobernanza" corresponde a la así llamada forma postmoderna de las organizaciones políticas y económicas. (...) las reglas, procesos y comportamientos que afectan la forma en la que los poderes ejercidos en el nivel Europeo, particularmente como reconocimiento, apertura, participación rendición de cuentas, efectividad y coherencia. Estos cinco "principios de buena gobernanza" reposicionan aquellos de subsidiariedad y proporcionalidad. EU (2005): "Governance", en Europa, a Gateway to the European Union, en http://europa.eu.int/comm/governance/index_en.htm#1 , recuperado el 05-04-05

⁹ Con este fin se hará referencia a elementos del trabajo de exploración conceptual desarrollado por el Soc. Héctor Rodríguez en su Tesis de maestría “Gobernanza local en Ecuador, Un proceso visto desde la comunidad.”, FLACSO México, 2008.

<p>...la distribución, tanto interna como externa, del poder político y económico (...) las estructuras de las relaciones políticas y, fundamentalmente, económicas, y a las reglas por las cuales se gobierna la vida productiva y distributiva de una sociedad. En resumen, se refiere a un sistema de relaciones políticas y socioeconómicas, o, en términos generales, a un régimen. (Leftwich, 1994)</p>	<p>El proceso estructurado, institucional, gerencial y políticamente directivo de la sociedad post gubernamental (descentrada del estado) (...) que asocia los poderes del gobierno con la sociedad civil y el mercado. (...) Modo de generar gobierno: coordinando-cooperando y creando interdependencias asociativas con sentido público, cuya validez va estar dada por cinco momentos: a) Diseño institucional, que procura una democracia de calidad. b) Gestión financiera fiscal de no déficit, con tres características: justicia impositiva, justicia conmutativa (criterio de universalidad en la distribución de bienes y servicios públicos con calidad), y eficiencia en el gasto (más productos con menos recursos). c) Desarrollo de Políticas Públicas en su deber ser; d) Gestión pública como gerencia de calidad de los operadores de las decisiones públicas. e) El desarrollo de políticas con transparencia, cooperación e incentivos para la negociación y liderazgo. (Aguilar, 2006)</p>
<p>El conjunto de tradiciones e instituciones formales e informales que determinan cómo la autoridad es ejercida para el bien común en un país particular, de tal manera que se acompañen: 1) el proceso de selección, monitoreo y reemplazo de gobiernos; 2) la capacidad de formular e implementar políticas sólidas y entregar servicios públicos; y 3) el respeto de los ciudadanos y el estado por las instituciones que gobiernan las interacciones económicas y sociales entre ellos (Kauffman 2003).</p>	<p>El proceso cuyos elementos en la sociedad otorgan poder y autoridad; donde a través de la influencia se establecen políticas y decisiones relacionadas con la vida pública y el desarrollo económico y social. El desarrollo económico y social de un pueblo es en parte resultado de una buena gobernabilidad que incorpora principios de participación democrática, la institucionalización legítima del poder y el ejercicio de la ley. Gobernanza, entonces, es una noción más amplia que la de gobierno y la de gobernabilidad, ya que involucra la interacción entre las instituciones formales y aquellas informales, immanentes a la sociedad (Marshall, Wray, Epstein y Grifel, 1999: 5)</p>

<p>La gobernanza “articula el establecimiento de instituciones; siendo las instituciones las reglas de juego que permiten prescribir o prohibir ciertas acciones”. (Prakah y Jefrey 1999: 2)</p>	<p>La gobernanza puede verse como la pauta o estructura que emerge en un sistema sociopolítico como el resultado conjunto de los esfuerzos de interacción de todos los actores intervinientes. Esta pauta emergente conforma las reglas del juego en un sistema específico o, en otras palabras, el medio a través del cual los actores pueden actuar e intentar utilizar estas reglas de acuerdo con sus propios intereses y objetivos. (Catala, 2001: 117)</p>
<p>Pierre (2004: 14), ve a la Gobernanza como la estructura “de las instituciones políticas y económicas que han sido creadas o que, a su vez, evolucionaron para concertar soluciones a problemas de gobernabilidad entre los actores”.</p>	<p>Prakah y Jefrey, que miran a la Gobernanza como un proceso participativo de hechura de políticas públicas y que lo identifican expresamente como democrático, consideran pertinente distinguir varios niveles relativos al alcance territorial del término; siendo aquellos de distinción más comunes: el local, el nacional y el internacional.</p>
<p>Gobernanza, mínimamente, tiene que ver con la provisión de un estado de derecho simétrico, mismo que los miembros de una comunidad política acuerdan mantener y someterse. Donde el débil y el fuerte, simétricamente, están sujetos a las mismas reglas. (Desai, 1995, pp.19-20).</p>	<p>Comprende un número de aspectos importantes que se añaden a la participación y la rendición de cuentas: el desempeño en la entrega de servicios, la localización y movilización de recursos, y el grado de entrega de competencias de parte del Gobierno. (Blair, 2000)</p>
<p>“Un estado democrático con instituciones de alta calidad, efectivamente libres de corrupción, burocracia auditable y una próspera (floreciente) sociedad” (Bonaglia 2001)</p>	<p>Gobernanza de, para y en las sociedades modernas es una mezcla de los esfuerzos por gobernar, de múltiples maneras, de parte de actores sociales-políticos, públicos y privados; ocurriendo entre ellos diferentes formas de orden y de generar gobierno (Kooiman 2003)</p>

<p>Gobernanza es un concepto multifacético que rodea todos los aspectos del ejercicio de la autoridad a través de instituciones formales e informales en el manejo de recursos del estado. La calidad de la gobernanza es entonces determinada por el impacto de estos ejercicios de poder en la calidad de vida disfrutada por sus ciudadanos (...). Por consiguiente, el índice de gobernanza que hemos compuesto integra cuatro índices compuestos que han sido escogidos para proveer una señal de la capacidades del gobierno para: 1) asegurar la transparencia política y voz a todos los ciudadanos; 2) proveer servicios públicos eficaces y eficientes; 3) promover la salud y el bienestar de sus ciudadanos; y 4) crear un clima favorable para el crecimiento económico. (Huther, 1998: s/p)</p>	<p>“Proceso político-social más o menos formalizado de gobernar (se) o conducir (se) a (de) una sociedad, tal como ocurre en un determinado tiempo social y en el que el gobierno es un actor con mayor o menor capacidad de decisión e influencia directiva” (Aguilar 2006: 87)</p>
<p>“Aquel sistema de coordinación del riesgo de la interacción entre formas de racionalidad limitada y las modalidades de conducta oportunista que por definición caracterizan a los actores políticos” (Williamson, 1996: s/p)</p>	<p>...la coherencia de la acción pública (la definición de problemas, la toma de decisiones y su ejecución) no pasa por una acción aislada de las elites político-administrativas relativamente homogéneas y centralizadas, sino por la adopción de formas de coordinación a distintos niveles y multiactorial, cuyo resultado, siempre incierto, depende de la capacidad de los actores públicos y privados para definir un espacio común, de su capacidad para movilizar expertos de orígenes diversos y de implantar modos de responsabilizar y de legitimar las decisiones públicas...(Galés, 2000; en Ruano de la Fuente, 2002).</p>
<p>Donde se entiende a la Gobernanza, como “proceso de gobierno de la comunidad política, que es conducida por y a través de las estructuras verticales del estado” (Anttiroiko, 2004:15)</p>	<p>Eduardo Feldman (2001), la gobernanza tiene que ver con la articulación de redes complejas de actores sociales y políticos que confluyen, democráticamente, en los procesos de gobierno (en un sentido amplio). Tales redes comprenden una amplia variedad de actores (instituciones estatales, intereses organizados, etc.) en un sector dado de política.</p>

<p>Las condiciones financieras y administrativas para transformar en realidad las decisiones que adopta el estado. En América Latina la búsqueda de expansión de la capacidad gerencial de la administración pública implica esencialmente la difícil tarea de sustitución de la administración patrimonialista y clientelística (Méndez, 2000: 4)</p>	<p>Parsons (2008: s/p) en que se debe asumir a la gobernanza como “un proceso permanente de participación inter y trans gubernamental, pero que durante todo el ciclo de políticas públicas, incorporando los aportes de los actores no gubernamentales en las decisiones públicas”.</p>
<p>La capacidad de gobernar, la cual debe ser evaluada a través de indicadores tales como: eficiencia, eficacia, honestidad, transparencia, responsabilidad, con los que debe operar la administración pública para mejorar su actuación y, en consecuencia, la calidad de vida de las ciudades” (Ziccardi, 2001: 297)</p>	<p>Proceso estructurado, institucional y políticamente directivo particular a cada sociedad, en tanto comunidad política singular, donde los distintos niveles e instituciones del estado interactúan cooperativa e interdependiente con actores individuales y colectivos no estatales para generar auto gobierno, de manera tal que los intereses de los miembros de ésta comunidad se coordinen con tendencia hacia la horizontalidad y con sentido público en la elaboración de políticas. Siendo tal vinculación permanente durante a todo el ciclo de las políticas públicas. RODRIGUEZ, 2008</p>
<p>Las actividades respaldadas por objetivos compartidos que pueden o no derivar de normas formalmente prescritas, lo cual hace innecesario involucrar a los poderes policíacos para superar desafíos y lograr en conformidad. De tal forma que gobernanza es un sistema de reglas que es tan dependiente de significados intersubjetivos como formalmente sancionados y con fuero constitucional (Rosenau, 1992)</p>	
<p>Fuente: Héctor Rodríguez en su Tesis de maestría “Gobernanza local en Ecuador, Un proceso visto desde la comunidad.”, FLACSO México, 2008</p>	
<p>Elaboración propia.</p>	

En este sentido el autor resalta la importancia de la aproximación conceptual a la gobernanza de manera descriptiva por su reconocimiento a las nuevas formas de gobierno y al proceso de elaboración de la política pública.

Para el presente trabajo, y como complemento a los aportes teóricos del neoinstitucionalismo mencionados anteriormente, se tomarán elementos para entender a la gobernanza del concepto desarrollado por Parsons: “como un proceso permanente de participación inter y trans gubernamental, que durante todo el ciclo de políticas públicas, va incorporando los aportes de los actores no gubernamentales en las decisiones públicas” (2008: s/p).

La definición que construye Rodríguez complementa la definición de Parsons y amplía sus alcances, señalando que la gobernanza es “un proceso estructurado, institucional y políticamente directivo particular a cada sociedad, en tanto comunidad política singular, donde los distintos niveles e instituciones del estado interactúan cooperativa e interdependiente con actores individuales y colectivos no estatales para generar auto gobierno, de manera tal que los intereses de los miembros de esta comunidad se coordinen con tendencia hacia la horizontalidad y con sentido público en la elaboración de políticas. Siendo tal vinculación permanente durante a todo el ciclo de las políticas públicas” (Rodríguez, 2008).

La razón de optar por un concepto de gobernanza que haga énfasis en la participación inter y trans gubernamental y a la participación de actores sociales y políticos, responde a una necesidad de construir distintas formas de hacer gobierno, entendiendo al gobierno como “un proceso dinámico de construcción colectiva no sujeto a los resultados; de diálogo entre los miembros de la comunidad; donde los actores estatales no son el centro absoluto de la red política; en el cual existe interdependencia” (Ramírez, 2001).

La construcción de un nuevo Estado y de nuevas formas de gestión de las instituciones públicas requiere de una concepción más horizontal y abierta de su accionar, posibilitando la generación de espacios de diálogo y de elaboración de política pública participativa en los ámbitos locales y nacionales. Esta concepción corresponde un punto de llegada y requiere un proceso permanente de construcción y aplicación.

La gestión territorial del Estado

Una vez que se han recogido ciertos aportes conceptuales para comprender a las instituciones, el rol que cumplen en la sociedad y su relacionamiento con los actores, y por otro lado, la necesidad de construir nuevas formas de hacer gobierno que incorporen la visión y propuestas de la ciudadanía en la construcción de la política pública, se debe

aterrizar conceptualmente en los temas relacionados con la gestión estatal en los territorios.

En los análisis sobre los Estados nacionales se encuentra cada vez más presente la necesidad de repensar las relaciones de los mismos con las realidades territoriales particulares de sus jurisdicciones, se da entonces una revalorización de lo territorial en la organización del Estado y en el desarrollo socioeconómico¹⁰. Como menciona Moncayo:

Por la vía de las nuevas teorías sobre el crecimiento, los análisis de la transformación del Estado nacional, los enfoques del neoinstitucionalismo y las perspectivas del desarrollo sostenible, se está llegando a una visión integral del territorio como factor causal del desarrollo. (Moncayo, 2002)

Como este autor menciona, nos encontramos en un momento en el que la generación de políticas considera a los territorios como un actor que toma la iniciativa para impulsar activamente su desarrollo; adicionalmente, los aspectos territoriales y geográficos se han convertido en referentes de los procesos socioeconómicos de los países.

Esto se relaciona con lo que menciona Lira¹¹, sobre cómo el territorio, como construcción social, reproduce las desigualdades sociales y los intereses del poder a nivel nacional; y por lo tanto requiere de una mayor atención en cuanto a políticas públicas específicas desde los proyectos políticos nacionales y la gestión gubernamental en general.

Las políticas públicas territoriales han apuntado a resolver diferentes problemas en diversos momentos, buscando generalmente modificar la organización territorial en función de objetivos de crecimiento, equidad y sustentabilidad. De esta manera las políticas públicas territoriales pueden ser explícitas, (políticas regionales, de desarrollo económico local o descentralización) o implícitas a través de políticas públicas que tienen impactos territoriales (Lira, 2008).

Una de las políticas públicas territoriales explícitas que ha tenido un gran impulso en América Latina es la descentralización. Como establece Lira,

La crisis del Estado-nación ha motivado la búsqueda de un nuevo contrato social entre el Estado y un conjunto de organizaciones desconcentradas y/o descentralizadas que buscan dar un nuevo impulso a la acción estatal. (Lira, 2008).

¹⁰ Nuevos enfoques teóricos, evolución de las políticas regionales e impacto territorial de la globalización, CEPAL, Edgar Moncayo, 2002.

¹¹ Políticas Públicas y Desarrollo Territorial en América Latina, Luis A. Lira, 2008.

Es así como los procesos de elaboración de políticas de arriba hacia abajo promovidas por los gobiernos nacionales desde sus estructuras concentradas, se encuentran con formulaciones de políticas públicas complementarias producidas de abajo hacia arriba originadas en los gobiernos subnacionales y en la sociedad civil local.

Existe una discusión política y conceptual desde hace décadas sobre la centralización-descentralización del poder político, los recursos económicos, las competencias, las responsabilidades y en general la gestión pública.

En este sentido la descentralización es muchas veces asociada con la participación ciudadana, la iniciativa y la rapidez, mientras que la centralización y concentración son relacionadas con la lentitud, la burocracia y la pérdida de libertades y de atribuciones locales (Lira, 2008).

Algunos autores miran a la organización territorial del Estado con una visión dicotómica entre el centralismo y la descentralización que puede perder de vista los grises y complejas combinaciones de gestión estatal que pueden resultar complementarias.

Arocena, por ejemplo, realiza una esquematización de los opuestos entre estas dos apuestas de gestión territorial del Estado analizando cuatro ejes conceptuales: el modelo de acumulación, el agente de desarrollo, el sistema de decisión y la organización territorial.

Cuadro 3

La descentralización: ejes conceptuales		
Eje Conceptual	Cultura de la centralización	Cultura de la descentralización
Modelo de acumulación	Estructuralista	Microdesarrollista
Agente de desarrollo	Estatista	Privatista
Sistema de decisión	Elitista	Basista
Organización del territorio	Centralista	Localista

Fuente: Arocena, José, “El desarrollo local, un desafío contemporáneo”, Nueva Sociedad, Caracas, 1995, págs. 19-55

Como se puede observar en este ejercicio de ubicar las posiciones extremas de las discusiones conceptuales entre la centralización y la descentralización, se relaciona a la “cultura de la centralización” con un modelo de acumulación estructuralista en el sentido de replicar las lógicas dominantes de la macroestructura a nivel micro, limitando las posibilidades del surgimiento de actores locales que promuevan sus propias iniciativas de desarrollo local. Adicionalmente, se entiende de esta manera que

el único actor del cambio que puede posibilitar un desarrollo igualitario es el Estado (entiéndase gobierno central), como expresión máxima de la voluntad general y por lo tanto sujeto de procesos de fortalecimiento¹². En cuanto al sistema de decisiones la centralización se caracterizaría por confiar las decisiones a un grupo pequeño de personas o de grupos, que forman parte de una élite, entendiendo que la organización de la sociedad requiere una estructura jerárquica vertical dentro de una planificación centralizada. Por último, en relación a la organización territorial se entendería que los centralistas consideran como única opción de asegurar la integridad del territorio la existencia de una fuerte y concentrada organización del poder político administrativo.

En el otro lado del análisis, se encontraría la “cultura de la descentralización” la que abarcaría un modelo de acumulación microdesarrollista, que potencia e impulsa el desarrollo local a través de procesos de construcción de actores locales y dinamización del tejido social. Esta microdesarrollismo apuesta por la constitución de una sociedad civil fuerte y una concepción “privatista”, que propone que algunas de las áreas hasta ahora encargadas al Estado pasen a ser gestionadas por la iniciativa privada. En lo que respecta al sistema de decisiones, los descentralizadores, según este esquema, apuestan por sistemas participativos y de construcción de bases sociales, liberando los potenciales organizativos de las localidades y cristalizando estos esfuerzos en la planificación local. Los localistas o autonomistas en relación al cuarto eje conceptual, el de la organización del territorio, consideran la necesidad de afirmar identidades locales y recuperar la capacidad de autodeterminación de las localidades a través de la creación de formas político administrativas que se adapten a sociedades con capacidad para autogobernarse¹³.

Al analizar las posiciones opuestas extremas en estos cuatro ejes conceptuales, el autor topa tangencialmente ciertas discusiones que atraviesan debates existentes alrededor de las formas de organización del Estado y su expresión territorial, que parten de visiones ideológico políticas bastante distantes.

El eje conceptual llamado “agente de desarrollo”, por ejemplo, tiene como telón de fondo una discusión fundamental relacionada con el origen de las propuestas de descentralización en América Latina: el debilitamiento del Estado y la minimización de

¹² Arocena, pag 10.

¹³ Ibid.

su intervención propuesto por las políticas de ajuste estructural de corte neoliberal implementadas en la región a partir del Consenso de Washington¹⁴.

En cuanto al eje de análisis del sistema de decisiones el debate que atraviesa este componente se centra en las discusiones alrededor de la democracia y las combinaciones de democracia participativa y representativa en los sistemas políticos de toma de decisiones, así como la diversidad de formas de relacionamiento del Estado con la sociedad civil y el mercado.

Adicionalmente, el último eje de análisis, el de la organización territorial, está atravesado por las discusiones que giran alrededor de las autonomías y la capacidad de autodeterminación y autogobierno de las localidades, más aún en contextos de diversidad étnica y cultural, así como en países que han optado por determinarse como plurinacionales, como es el caso del Ecuador.

A pesar de los aportes que el análisis de Arocena brinda para la comprensión de lo que se encuentra en discusión cuando se habla de centralización vs descentralización en sus versiones extremas, se dejan a un lado una serie de posibilidades mixtas de gestión estatal en los territorios que pueden comprender características de una y otra “cultura” y que son las que en la práctica se pueden observar en las experiencias latinoamericanas.

De esta manera se invisibiliza la posibilidad de una organización administrativa y territorialmente distribuida del “centro” que permita otras formas de interacción con la sociedad civil local y con los mismos gobiernos subnacionales a través de nuevas formas de construir gobierno desconcentrado. Así mismo, las oportunidades de construir sistemas de planificación que combinen y complementen la visión local y la nacional de una manera bidireccional no se identifican en este análisis dicotómico y generalizado.

A continuación se realizará un breve recorrido conceptual acerca de los procesos de descentralización y desconcentración estatal, entendidos como procesos no excluyentes, que permitan comprender la opción conceptual del presente trabajo.

Descentralización

Aunque el objeto de estudio de este trabajo de investigación no son los procesos de descentralización en sí mismos, los debates sobre el centralismo del poder y la gestión territorializada del Estado generalmente ponen en discusión dos modos de organización

¹⁴ Posteriormente en este capítulo se hará mayor referencia a dichas políticas.

y políticas estructurales de acercamiento del Estado a las localidades: la descentralización y la desconcentración.

Debido a esta particularidad, e insistiendo en que no se entienden los dos procesos como excluyentes sino más bien como complementarios e interdependientes, se realizará un brevísimo análisis conceptual sobre la descentralización y las discusiones que se han desarrollado alrededor del tema.

La definición del proceso de descentralización como transferencia de competencias, recursos, poder y toma de decisiones a los niveles subnacionales es ampliamente reconocida por la mayoría de autores; más bien son los objetivos de la descentralización y sus bondades los que han generado un campo de discusión sobre si este proceso es en realidad la respuesta a los problemas que se han detectado en el funcionamiento del Estado y su administración.

Para Jordi Borja, la descentralización consiste en una respuesta frente a un Estado cada vez más complejo e intervencionista y a su vez mucho más centralizado y por lo tanto poco eficiente desde el punto de vista económico global. La centralización para Borja,

multiplica los costos sociales, los desequilibrios territoriales y las deseconomías de aglomeración; socialmente es injusta pues contribuye a aumentar las desigualdades entre los grupos y las áreas territoriales; políticamente es inaceptable, puesto que conduce a un modelo tecno-burocrático, estrechamente vinculado a las oligarquías económico sociales, y significa una verdadera expropiación política de las clases populares (así como de las clases medias) que contemplan impotentes el modo en que los derechos formales, las organizaciones sociales y los representantes elegidos en los niveles locales e intermedios sirven de muy poco frente a centros de poder inaccesibles que toman sus decisiones en forma inapelable sin contar con ellas. (Borja, 1987).

En este sentido el autor entiende a la descentralización político administrativa como un mecanismo para promover la socialización política de las clases populares, el desarrollo de las libertades individuales, así como las transformaciones socio económicas de tendencia igualitaria.

Para José Luis Coraggio, la descentralización se debe entender como un instrumento para la democratización de la sociedad en el ámbito local y no como un objetivo en sí mismo.¹⁵(Coraggio, 1997, p.41)

El origen de la importancia que ha cobrado la descentralización en América Latina está principalmente en el cuestionamiento del Estado centralizado o centralizador.

¹⁵ Coraggio, José Luis, "Descentralización, el día después", Universidad de Buenos Aires, Oficina de Publicaciones CBC, Buenos Aires, 1997

Muchas son las críticas al Estado y su funcionamiento, pero no debemos olvidar, como menciona Coraggio, que “ese Estado es el que se constituyó junto con nuestra identidad nacional, con el desarrollo de la ciudadanía y la institucionalidad democrática” y “que el establecimiento del Estado de derecho permitió o fue cristalizando las pequeñas y grandes conquistas sociales y políticas de las mayorías en nuestras sociedades (...) ese Estado, que fue efectivamente centralizador de recursos, fuerzas e iniciativas, es del Estado del que nos estamos alejando”. (Coraggio, 1997, p. 43)

Adicionalmente Coraggio identifica dos grandes corrientes contrapuestas que impulsan la descentralización: la propuesta neoliberal y la propuesta democratizante.

La propuesta neoliberal de descentralización ha tenido como principales agentes impulsores a los organismos internacionales, en el marco de las definiciones del Consenso de Washington, para los cuales la descentralización formaba parte de la receta “sugerida” a los países de América Latina como medida para la disminución de la presencia del Estado a través de procesos de privatización: “descentralización término que puede intercambiarse con desestatización” (Coraggio, 1997, p. 5).

La actitud de los defensores de la descentralización desde la corriente neoliberal se inscribe en los cambios que han afectado al capitalismo mundial, principalmente la acentuación de la discrepancia estructural existente entre los procesos controlados por el valor (capitales individuales, obedeciendo exclusivamente al imperativo de la ganancia) y los controlados por el poder (actividades estatales orientadas a mantener el orden social capitalista por encima de los intereses individuales), discrepancia que ha producido que se observe a los aparatos estatales como un obstáculo para la dinámica de acumulación.¹⁶

La propuesta democratizadora, en cambio, centra su apuesta en el eje político, reflexionando sobre el Estado y sus funciones:

Una reforma profunda, tanto de este como de la sociedad política y una lucha en el terreno de los valores dentro del mismo campo popular. Esto implica poner al clientelismo en la mira, luchando en el mismo campo popular contra el imperativo de la necesidad inmediata y la mercantilización de la política. El efectivo ejercicio de la soberanía popular, la defensa de los derechos humanos privilegiando el derecho a la vida y a la autodeterminación, el control del Estado combinando las instituciones de la democracia representativa con formas más directas de participación y gestión... (Coraggio, 1997, p. 7).

¹⁶ Offe, Claus, tomado de De Matto, Carlos A., “Falsas expectativas ante la descentralización: localistas y neoliberales en contradicción”, Nueva Sociedad No 104, 1989.

En el siguiente esquema se recogen algunos de los elementos diferenciadores entre estas dos propuestas identificados por José Luis Coraggio.

Cuadro 4

Elementos de las propuestas neoliberal y democratizadora de la descentralización

Propuesta neoliberal	Propuesta democratizadora
– Priman ejes administrativos y económicos	– Prima eje político
– Reducción de las funciones sociales para la satisfacción de las necesidades de las mayorías	– Multiplicación de escenas de gestión local para la <u>lucha cultural</u>
– Reducción de las funciones regulativas frente al mercado mundial y el desarrollo de un capitalismo nacional	– Descentralización como mecanismo de participación y control del poder estatal
– Se privilegia el nivel local del Estado	– Incorporar la dimensión de la autogestión y diseño de políticas particulares locales
– Cambio de calidad de políticas estatales y un traspaso de recursos públicos sector privado (transnacional y nacional), privatización	– Incorporar mecanismos solidarios alternativos que busquen la calidad de los servicios y su equitativa distribución
– Gobernabilidad, expresión teórica de la imposibilidad de ejecutar programas con procesos participativos y democráticos	– Impulsar sin ambigüedad la participación extendida de la población en la discusión y solución de los problemas nacionales y locales
Fuente: Coraggio, José Luis, “Descentralización, el día después”, Universidad de Buenos Aires, Oficina de Publicaciones CBC, Buenos Aires, 1997	
Elaboración propia	

Algunos de los objetivos que se persiguen generalmente con la descentralización, según De Mattos, consisten en la democratización de los procesos sociales, aumentar la participación popular, reducir la injusticia social y promover el desarrollo en las colectividades locales involucradas; aunque sostiene que tales transformaciones no se

pueden lograr únicamente a través de una reforma político-administrativa en sistemas donde ciertos condicionamientos estructurales han gravitado hasta ahora en otra dirección. (De Mattos, 1989, p.119)

Se identifican también, modalidades de implementación de la descentralización:

- a) privatización y venta de las empresas estratégicas estatales al sector privado,
- b) de carácter autonómico, creación de organismos locales fuera de la estructura central,
- c) transferencia de funciones, competencias y responsabilidades a los gobiernos locales,
- d) centralidad controlada con la desconcentración administrativa, y delegación de funciones a los niveles inferiores y subordinados del aparato gubernamental, y
- e) descentralización y cogestión pública a través de la cesión de espacios de decisión a las organizaciones de la sociedad civil.¹⁷

La descentralización en este sentido, es entendida como una posibilidad de fomento del desarrollo local, en la que las mencionadas formas de implementación se combinan de diversos modos.

De esta manera se pueden observar también mixturas entre procesos de descentralización del Estado, y de desconcentración de los gobiernos centrales que incluso pueden promover mayores niveles de descentralización con una mirada progresiva en el tiempo.

Cualquier Estado, en cualquier momento de su historia será centralizado y descentralizado, simultáneamente, cuyo punto de equilibrio será inestable y frágil, en la medida que responda al compromiso dinámico entre fuerzas centrípetas, que buscan reforzar la unidad del Estado, y centrífugas, que estimulan la expansión de la diversidad local. (Lira, 2008, p. 15).

Es importante recalcar, como menciona De Mattos, que a pesar de coincidir en la necesidad de revertir el extremo centralismo que ha caracterizado a las estructuras político administrativas de los países latinoamericanos, se debe asumir una posición crítica frente a la panacea de la descentralización y poner atención a otras soluciones de fondo a los problemas de las colectividades locales.

El mismo autor identifica, que una “respuesta más realista” a las consecuencias negativas del centralismo debería apuntar hacia procesos graduales y combinados de descentralización y desconcentración estatal.

Jordi Borja resalta que no se deben interpretar los procesos de desconcentración y descentralización como antagónicos, los procesos de descentralización contienen

¹⁷ Torres, Víctor Hugo, “Desarrollo Local: ¿Alternativa o discurso neoliberal?”, Universidad Politécnica Salesiana, Quito, 2003.

elementos de desconcentración administrativa que son avances importantes y necesarios que posibilitan ulteriores progresos de la descentralización política (Borja, 1987, p. 15).

Para el desarrollo de este trabajo se apuesta, en lo que se refiere a los procesos de descentralización, por los elementos de la propuesta democratizadora caracterizada por Coraggio, que, combinados con transformaciones en el funcionamiento del aparato estatal central y desconcentrado puedan sentar las bases para una democratización del Estado en todos sus niveles.

Desconcentración

El debate sobre la desconcentración de las instituciones públicas no está tan desarrollado como el de la descentralización. Las características de este proceso lo relacionan más con las teorías de la organización y la administración pública más que con corrientes de discusión sobre la democratización del Estado y la recomposición de la distribución del poder en los territorios.

A pesar de ello, en este trabajo de investigación se intentará demostrar que los procesos de desconcentración, entendidos en el marco de nuevas formas de hacer gobierno y de gestión pública participativa, pueden generar un diálogo cercano y abierto con las demandas y necesidades locales sin olvidar una acción estatal integral a escala territorial.

Este supuesto requiere sí, cambios drásticos en el funcionamiento de las instituciones públicas, su gestión interna y el uso de herramientas e instrumentos de planificación y formulación de política pública (que se traduzcan en asignación de recursos e inversión pública) que incorporen los aportes locales a las definiciones y decisiones nacionales. Esta transformación de la gestión institucional no se considera fácil debido a una serie de limitaciones y obstáculos presentes en las culturas institucionales de las carteras de Estado, en la voluntad política de las élites centrales, entre otros factores, pero debe contemplarse como parte de las apuestas de reinversión estatal y de sus instituciones.

La desconcentración es “el acto mediante el cual se traspasan capacidades para tomar decisiones desde un nivel determinado de la estructura administrativa a otro nivel de rango inferior dentro de la misma organización en forma exclusiva y permanente” (Bossier, 1990, p. 8). En este sentido, las organizaciones receptoras de competencias no requieren una personalidad jurídica propia, recursos propios o normas propias¹⁸.

¹⁸ Lo que diferencia este concepto de la definición de descentralización.

José Antonio Abalos coincide en la definición citada anteriormente y agrega que esta transferencia se la realiza desde el Estado central a órganos que le están jerárquicamente subordinados y puede expresarse en grados, según la mayor o menor transferencia de competencias: en algunos casos la desconcentración se limita a delegar competencias de ejecución de políticas definidas por la administración central, y en otros se transfiere la toma de decisiones en varios ámbitos de la función administrativa y la posibilidad de atenuar la intervención homogénea de las instituciones y sus políticas públicas en todo el territorio nacional.

La desconcentración, impulsada en regímenes democráticos, normalmente asume la necesidad de establecer formas diversas de concertación con la población, algunas informales y otras reguladas jurídicamente, como es el caso de los consejos consultivos. Por lo mismo, en situaciones extremas, la desconcentración puede generar de hecho esquemas descentralizados (Abalos, 2002, p. 14).

Para Franz Barrios, la desconcentración forma parte de las técnicas de territorialización de la gestión estatal que posee en sí misma ventajas y potencialidades como proceso para el mejoramiento de la provisión estatal acercando la administración a la ciudadanía, afirmación que responde a ciertas interpretaciones que ven a la desconcentración únicamente como una versión conservadora de la cesión de poder territorial.

Sin embargo, este autor realiza una separación conceptual entre descentralización y desconcentración tomando en cuenta un elemento distinto a los que se ha hecho referencia anteriormente: el monopolio legislativo. Es decir, si el monopolio legislativo se rompe a favor de algún receptor subnacional (modo de Estado compuesto), existe descentralización; caso contrario hablamos de desconcentración (modo de Estado simple). (Barrios,)

En este sentido, se podrían desarrollar propuestas de desconcentración avanzadas que lleguen a tener potestades normativas no legislativas de tipo administrativo en los territorios en forma de reglamentos o instructivos de procedimientos administrativos.

Adicionalmente Franz Barrios desarrolla algunos elementos técnicos que diferencian dos tipos de desconcentración en términos más operativos: la desconcentración espacial y desconcentración territorial. La diferencia entre estos dos tipos de desconcentración radica en que la primera de ellas, la espacial, no necesariamente coincide con los límites de la división política administrativa (sea esta provincias, cantones,

departamentos, regiones), mientras que la desconcentración territorial siempre coincide con esta división.

La desconcentración espacial entonces, se puede realizar tomando en cuenta criterios de homogeneidad que se seleccionen (elementos ambientales, naturales, económicos, entre otros), trazando bordes, ampliando los límites provinciales (o de otra unidad político administrativa) para determinadas intervenciones públicas de carácter temático o multitemático.

Ejemplos de estas formas espaciales de desconcentración de las instituciones públicas, mencionadas por el autor son:

- a) Por efecto de zonificación según algún criterio de homogeneidad (geo-económica u otra) de índole transprovincial (Desconcentración Espacial por zonas Homogéneas Transprovinciales: DEHT); o b) por efecto de “engrampar” varias provincias en tanto unidades para la provisión de algún servicio estatal (Desconcentración espacial por zona institucional inter provincial: DEII) (Barrios, s.f., p. 15)¹⁹.

Las desconcentraciones territoriales, en cambio, se refieren a aquellas que como primer elemento se realizan de acuerdo a la división político administrativa (ejemplo: direcciones provinciales cuando la unidad político administrativa es la provincia), y como segundo elemento tienen un perfil multitemático de intervención.

Existen otros elementos que diferencian las apuestas de desconcentración que se relacionan con la permanencia de la transferencia de competencias hacia las unidades desconcentradas y los tipos de vínculos existentes entre dichas unidades y la administración central.

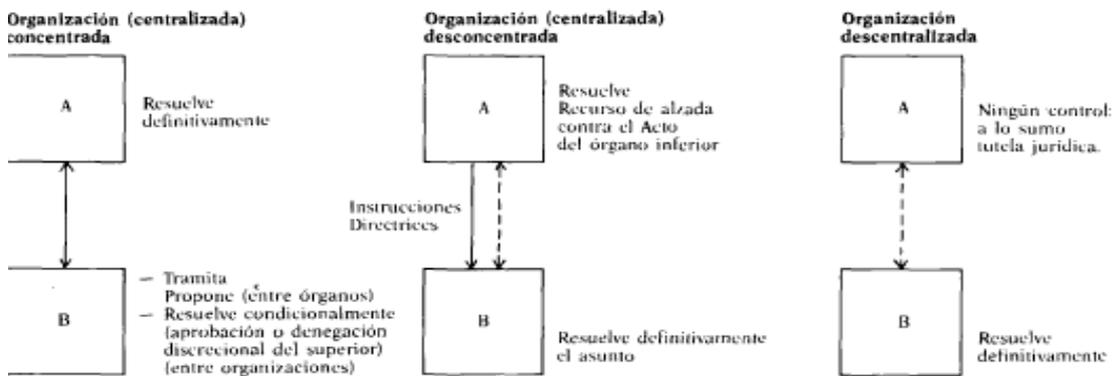
Dichas características definirán la flexibilidad de los modos de desconcentración que se adopten así como también pueden representar la discrecionalidad de los procesos y la posibilidad de que difieran de un gobierno a otro. En este sentido, existen desconcentraciones institucionales “estructurales”, en las cuales la transferencia de atribuciones está regulada y es definitiva, y se caracteriza por la estabilidad en el vínculo con la administración central. La otra opción de desconcentración es la denominada “dinámica”, modelo en el que transferencia puede ser individualizada, reversible y no tan estable en cuanto a su relacionamiento con el “centro”.

Por último se debe considerar que en cualquier modelo de desconcentración existirá un control de legalidad y oportunidad por parte de la administración central hacia las unidades desconcentradas al ser representantes del mismo órgano jurídico.

¹⁹ Para una representación gráfica de la propuesta de Barrios ver Anexo 1.

Para Alfredo Gallego Anabitarte²⁰ la desconcentración será tal únicamente cuando las unidades desconcentradas tengan la facultad de resolver definitivamente, ejerciendo en nombre del mismo órgano la correspondiente competencia. Esta característica no entraría en contraposición con la emisión de directrices de política, instrumentos, procedimientos y herramientas emitidas por la administración central de la institución que tenga la titularidad de la competencia. En el siguiente esquema el autor expresa claramente las diferentes opciones de organización territorial estatal.

Esquema 1: Opciones de organización territorial estatal



NOTA BENE: En el supuesto de que la aprobación o denegación del acto de la organización inferior sólo pueda ser por estrictas razones de legalidad estaríamos más que en un supuesto de Administración concentrada, en un supuesto de Administración desconcentrada (competencia para resolver definitivamente). El paso a la descentralización se produce si el acuerdo dictado por la organización inferior con autorización estrictamente reglada y sin circulares e instrucciones, agota la vía administrativa; si cabe recurso de alzada y hay circulares e instrucciones se trata de desconcentración.

F

Fuente: Gallego Anabitarte, Alfredo, "Transferencia y Descentralización; Delegación y Desconcentración; Mandato y Gestión o Encomienda. Teoría Jurídica y Derecho Positivo", Revista de Administración Pública, España, 1990.

²⁰ Gallego Anabitarte, Alfredo, "Transferencia y Descentralización; Delegación y Desconcentración; Mandato y Gestión o Encomienda. Teoría Jurídica y Derecho Positivo", Revista de Administración Pública, España, 1990.

Capítulo II

El marco normativo de la desconcentración y la descentralización estatal en el Ecuador (1994 – 2010)²¹

Introducción

El proceso de desconcentración del Estado en el Ecuador ha tenido diferentes momentos, dinámica e hitos tanto normativos como políticos. Como se mencionó en la sección anterior, la desconcentración de instituciones ha sido principalmente abordada en un campo de discusión relacionado con el derecho público y administrativo, las formas de organización de la gestión pública y las teorías de la administración y ha tenido menos presencia en los debates sobre la distribución del poder en los territorios y como mecanismo de democratización de la acción estatal.

La existencia de unidades desconcentradas de las instituciones públicas en diferentes lugares del país se origina en la época de la colonia, cuando la presencia institucional respondía al poder central español. Los objetivos del aterrizaje territorial de las instituciones respondían principalmente a necesidades de control de las localidades, seguridad interna y externa, y evitar la desintegración de los territorios.

Debido a que en cada fase de la conformación de los Estados las decisiones de organización de las instituciones y administración pública han respondido a diferentes propósitos (como es el caso de la desconcentración espacial de las instituciones públicas), se requiere delimitar la temporalidad del análisis objeto de este trabajo de investigación.

Es así que se deben diferenciar las decisiones de la presencia territorial de las instituciones que perseguían fines relacionados con la seguridad nacional, con el control de las actividades que se desarrollaban en los territorios u otras, con el momento en el que se toma la decisión política de asumir o promover una administración

²¹ Como una aclaración metodológica vale la pena recordar que el objeto de análisis de este trabajo de investigación en su conjunto son los procesos de desconcentración. Existe una estrecha relación entre los procesos de desconcentración y descentralización estatal que se evidencia por el marco normativo de los mismos. Se optó, al igual que en el marco teórico, abordar y analizar las definiciones normativas de los dos procesos, incluso para resaltar la preponderancia de la descentralización por sobre la desconcentración en los diferentes cuerpos jurídicos. En la sección de análisis de las políticas públicas establecidas en el Plan Nacional del Buen Vivir este capítulo se focaliza en la desconcentración.

desconcentrada como política de Estado en búsqueda de alcanzar eficacia y eficiencia en la prestación de servicios públicos a la ciudadanía.

Tomando en cuenta este criterio diferenciador, se ha decidido, para el análisis del marco normativo de los procesos de desconcentración estatal, partir de la revisión de la Ley de Modernización del Estado aprobada en el año 1993. Es en el marco de los procesos de modernización estatal impulsados en las administraciones latinoamericanas a inicios de los años 90, influenciadas por las políticas de ajuste estructural sugeridas por los organismos internacionales y multilaterales, que se determina la descentralización y la desconcentración como políticas generalizadas para todo el Estado.

En el recuento histórico se observa que después de la aprobación de la Ley de Modernización del Estado se encuentran las reformas a la Constitución del año 1979 realizadas en el año 1996 y a continuación la Constitución aprobada en el año 1998, elaborada por la Asamblea Constitucional. Estos tres hitos normativos, responden a una apuesta política enmarcada en la corriente de pensamiento neoliberal que cuestionaba la presencia e intervención estatal en áreas estratégicas de la economía y planteaba una nueva forma de relacionamiento entre el Estado y el mercado. Una de las banderas que defendía este proyecto político era la transformación de las instituciones públicas, la reducción de la burocracia y la incorporación de técnicas, prácticas y herramientas de la administración privada al funcionamiento de la institucionalidad pública²².

Posteriormente se evidencian avances en la implementación de lo establecido en dichas normas, principalmente en el campo de la descentralización administrativa y política y otros pocos resultados, a nivel de casos, en el ámbito de la desconcentración de la administración pública sectorial como por ejemplo en los sectores de salud y educación²³.

Enmarcada en un proyecto político distinto y después de un proceso de amplio debate y deliberación liderado por la Asamblea Constituyente, se aprueba en el año 2008 una nueva Constitución para el Ecuador. La mencionada carta política, vigente en la actualidad, también retoma las propuestas de descentralización y desconcentración

²² En el marco de las teorías de la Nueva Gestión Pública.

²³ La propuesta de desconcentración del sector salud se analizará en el siguiente capítulo. Cabe mencionar que existieron iniciativas de desconcentración del sector salud previas a la aprobación de la Ley de Modernización, en efecto, la desconcentración de servicios de salud a través de las áreas de salud se inicia en el año 1992.

que se encontraban en discusión entre diferentes actores políticos, sociales e institucionales.

El gobierno del Presidente Rafael Correa, a su vez, ha impulsado procesos de desconcentración de las instituciones públicas pertenecientes a la Función Ejecutiva a través de Decretos Ejecutivos y la promoción de Acuerdos Ministeriales en algunas carteras de Estado.

Es importante tomar en cuenta que las discusiones en el país a nivel político, académico e institucional se han centrado en los procesos de descentralización política del Estado enmarcados, con sus variaciones²⁴, en las dos corrientes mencionadas por Coraggio: la propuesta neoliberal y la propuesta democratizadora. Esta realidad ha relegado a los procesos de desconcentración a ser el adjetivo acompañante al de la descentralización en la caracterización del Estado en algunas de las normas relacionadas con la temática y a que la profundización de su implementación dependa de la voluntad política y la visión organizativa de las autoridades ministeriales de cada gobierno.

Como consecuencia del tratamiento que se le ha dado a la desconcentración, considerada como proceso interno de la organización de la gestión de cada cartera de Estado de manera aislada, y por las características jurídicas de los actores con quienes se relaciona, es el proceso de descentralización el que cuenta con un mayor desarrollo de normativa aunque evidencia diferencias sustanciales entre los proyectos políticos que lo han impulsado.

Tomando en cuenta las particularidades y diferencias en el tratamiento que se les ha dado a los dos procesos, desconcentración y descentralización, y conscientes de que se deben analizar de manera conjunta para entender la discusión política que ha provocado la problemática del acercamiento del Estado (entendido como el nivel central, central desconcentrado y niveles de gobierno territoriales) a las realidades locales, a continuación se realizará un breve recuento de la normativa relacionada con la temática que se ha aprobado en el Ecuador a partir de la Ley de Modernización del año 1993.

Cabe mencionar que no se pretende en este apartado realizar un análisis jurídico sobre las normas citadas, sino más bien identificar los elementos que permiten visualizar las políticas relacionadas con la descentralización y desconcentración del Estado que se han adoptado en el país en las últimas tres décadas.

²⁴ Existen actores en la práctica que impulsan la descentralización sin apearse discursivamente ni en contenidos a una de estas dos vertientes. Técnicos, políticos, académicos y autoridades locales defienden los procesos de descentralización como forma de gestión estatal rescatando elementos de cada una de las corrientes propuestas por Coraggio.

Ley de Modernización del Estado, privatizaciones y prestación de servicios públicos por parte de la iniciativa privada

A continuación se realizará un breve análisis de lo establecido en la “Ley de Modernización del Estado, privatizaciones y prestación de servicios públicos por parte de la iniciativa privada” publicada en el Registro Oficial 349 del 31 de Diciembre de 1993, en lo referente a la descentralización y desconcentración del Estado, por lo tanto no abarcará la amplitud de temáticas que esta norma aborda incluyendo su principal objetivo relacionado con la privatización de empresas y concesión de servicios públicos.

La ley fue aprobada durante la presidencia de Sixto Durán Ballén, régimen conservador en el cual “toman forma definitiva las políticas neoliberales de ajuste y estabilización de la economía nacional” (Ramírez, 2000).

El objeto de la mencionada ley fue el de establecer principios y normas generales para regular: a) la racionalización y eficiencia administrativa; b) la descentralización, la desconcentración y la simplificación; c) la prestación de servicios públicos y las actividades económicas por parte de la iniciativa privada mediante la desmonopolización, la libre competencia y la delegación de los servicios o actividades previstos en la Constitución Política de la República; y, d) la enajenación en las circunstancias establecidas en esta ley, de la participación del Estado en las empresas estatales no previstas en la Constitución. De la misma manera en la finalidad de la ley se establece que el proceso de modernización del Estado tiene por objeto incrementar los niveles de eficiencia, agilidad y productividad en la administración de las funciones a cargo del Estado; así como promover la participación del sector privado y de los sectores comunitarios o de autogestión en las áreas de explotación económica. (Ley de Modernización, privatizaciones y prestación de servicios públicos por parte de la iniciativa privada, Art. 1 y 4, 1993).

La concepción del Estado que se intenta cambiar en esta ley es la de un Estado ineficiente, con estructuras burocráticas sobredimensionadas que ha incursionado en campos de la actividad económica a través de sus empresas públicas que podrían ser gestionados de una manera más ágil, transparente y eficaz por parte del sector privado y otros mecanismos de autogestión.

La vía elegida es una estrategia de modernización asentada en privatizaciones, tal y como han sido efectuadas en otras experiencias internacionales, que posibiliten el ingreso de capitales extranjeros y la constitución de mercados

eficientes de bienes y servicios. El borramiento de la burocracia pública, de este modo, emerge como un paso firme hacia la definitiva inserción del país en los modos de desarrollo mercado-céntricos dominantes a nivel global (Ramírez, 2000, p.12).

En relación a la delegación de funciones y competencias a los organismos subnacionales del régimen dependiente o del régimen seccional autónomo la Ley de Modernización faculta al Presidente de la República para transferir las atribuciones, funciones o recursos de los organismos públicos y dependencias del Estado.

En el artículo 34 de la Ley de Modernización se establece como finalidad de la descentralización “la delegación del poder político, económico, administrativo o de gestión de recursos tributarios del gobierno central a los gobiernos seccionales”; determinando a continuación que el fin de la desconcentración sería “transferir funciones, competencias, tributos y responsabilidades administrativas y de gestión tributaria del gobierno central a sus propias dependencias provinciales”. Adicionalmente se establece que las autoridades de las instituciones públicas pueden dictar acuerdos, resoluciones u oficios necesarios para la delegación de sus funciones cuando la importancia económica o geográfica de la zona o la conveniencia institucional lo requieran. Incluso, la ley avanza en el reconocimiento de delegaciones realizadas a servidores públicos de otras instituciones estatales con el objetivo de coordinar actividades interinstitucionales.

Para establecer la obligatoriedad de los procesos de desconcentración y descentralización para las instituciones públicas se estableció en la ley, en su versión original, la obligación de implementar las disposiciones dentro de los seis meses posteriores a la promulgación de la norma.

Adicionalmente en el artículo 35 del Reglamento General de la Ley de Modernización del Estado, Privatizaciones y Prestación de Servicios Públicos por parte de la Iniciativa Privada, se dispone que cada entidad u organismo del sector público, establecerá un programa de desconcentración de competencias, funciones y responsabilidades a sus órganos regionales o provinciales dependientes, el cual debería contener: a) la reorganización de la entidad, fortaleciendo sus órganos regionales o provinciales dependientes; b) la redistribución de los recursos humanos, financieros, materiales y tecnológicos; c) la capacitación del recurso humano de los órganos seccionales o provinciales dependientes, a fin de generar la capacidad de gestión; y, d) la normatividad que permita aplicar la desconcentración. (Decreto no. 2328).

La norma designa las funciones de coordinación, supervisión y control de la ejecución de las políticas de descentralización y desconcentración del Estado al Consejo Nacional de Modernización, CONAM, entidad creada en la misma ley. (Ley de Modernización del Estado, art. 34).

Existen análisis sobre el funcionamiento del CONAM y su papel en los procesos de modernización del Estado ecuatoriano. No es objetivo de este trabajo ahondar en este tema por demás interesante y complejo, pero de todas maneras vale la pena citar una de las conclusiones de Franklin Ramírez al analizar el rol del MOSTA ((Modernization of State Technical Assistance), programa principal del CONAM desde el año 1995:

En sus inicios, se trató de enmarcar al problema de reforma del Estado como una cuestión de privatización de sectores públicos rentables (telefonía, sobre todo) pero los resultados fueron escasos. Sólo en segunda instancia se activó el problema del modelo de Estado por la vía de mecanismos como la descentralización y la desconcentración; sin embargo, en este nivel los resultados también son mínimos (Ramírez, 2000, p. 10).

El marco constitucional de la descentralización y la desconcentración

En la presente sección se realizará un breve recuento de lo establecido en las diferentes Constituciones del Ecuador, desde la promulgada en 1979, acerca de la desconcentración y la descentralización del Estado. Este análisis parece pertinente ya que lo plasmado en las cartas políticas refleja el debate, la correlación de fuerzas, los proyectos políticos que han impulsado dichas reformas y los pactos sociales que se han logrado. Este es el caso principalmente de los procesos de descentralización, ya que la desconcentración ha sido más bien interpretada en la norma como una forma de administración del Estado, mientras que la descentralización ha pasado a ser una característica del Estado ecuatoriano.

Constitución de 1979 y sus reformas (1996)

La Constitución Política del año 1979²⁵ establece que el Ecuador es un Estado soberano, independiente, democrático y unitario, su gobierno es republicano, electivo, responsable y alternativo. En relación al régimen administrativo seccional establece, en el artículo 118, que el Estado propende al desarrollo económico armónico de todo su territorio mediante el estímulo de las áreas deprimidas, la distribución de recursos y servicios, la descentralización administrativa y la desconcentración nacional, de acuerdo

²⁵ Publicada en el Registro Oficial 800 del 27 de marzo de 1979

con las circunscripciones territoriales. Posteriormente se limita a identificar como parte del régimen seccional dependiente a los gobernadores, jefes políticos y tenientes políticos, y en relación al régimen seccional autónomo reconoce a los consejos provinciales y municipios, entidades con autonomía funcional, económica y administrativa.

En las reformas a la Constitución de 1979, realizadas en su mayoría en el año 1996, se modifican algunas de estas consideraciones, estableciendo que el Ecuador es un Estado soberano, independiente, democrático, unitario, descentralizado, pluricultural y multiétnico. Posteriormente, en la sección de reglas generales se establece que la descentralización administrativa del Estado propende al desarrollo armónico del territorio, en virtud de lo cual el gobierno central desconcentrará y descongestionará su gestión concediendo atribuciones suficientes a los representantes del régimen seccional dependiente.

Uno de los avances significativos de las reformas del año 1996 a la Constitución de 1979 es la definición de atribuciones y competencias para los organismos del régimen seccional autónomo. En el caso de los consejos provinciales se establecieron como responsabilidades principalmente: a) Coordinar las gestiones de los diferentes municipios en cada provincia y dirimir las controversias entre estos, en los casos señalados por la Ley; b) Propender al progreso de la Provincia y a la vinculación con los organismos centrales; c) Promover ejecutar obras provinciales prioritarias; y, d) Promover y ejecutar las obras de interés intercantonal. Para los concejos municipales se definieron las siguientes atribuciones: a) Planificar el desarrollo cantonal; b) Dotar de la infraestructura, equipamiento y servicios básicos para el desarrollo urbano y rural; c) Determinar en forma exclusiva el uso de los espacios; y el uso y ocupación de la áreas de asentamientos poblaciones y organizar su administración; d) Dictar las normas necesarias para el control, preservación y defensa, del medio ambiente, delimitando las áreas de conservación y reserva ecológica; e) Incentivar el desarrollo comunitario a través de las organizaciones barriales; f) Preservar los bienes culturales y promover sus manifestaciones; y, g) Coordinar sus actividades con el Consejo Provincial²⁶.

Como se evidencia en esta comparación el proceso de descentralización, en el marco del impulso a los procesos de modernización del Estado, cobra mayor

²⁶ Ver Anexo 2: Cuadro comparativo Constitución 1979 - Constitución 1979 con reformas 1996 en lo relacionado a la descentralización y a la desconcentración.

relevancia y profundidad, incorporándose la nueva visión en las reformas constitucionales que luego serían consagradas en una nueva carta política. En relación a los procesos de desconcentración institucional no se otorga mayor fuerza al tema en comparación con lo establecido en el texto original de 1979.

Constitución 1998

El escenario de elaboración de la Constitución de 1998 se caracterizó por la conflictividad social y política que se vivía en el Ecuador. Como menciona Augusto Barrera “la nueva Constitución es al mismo tiempo expresión y resultado del juego de conflictos que el país ha vivido durante los últimos quince años: detrás de cada artículo anidan debates intensos, pugnas, intereses y conflictos” (Barrera, 1998, pág. 43)²⁷.

Una de las críticas recurrentes hacia el proceso de construcción de la carta política de 1998 está relacionada con la poca participación y deliberación abierta y plural que tuvieron las definiciones constitucionales. En el campo del debate sobre descentralización y desconcentración, Barrera menciona que fue una “discusión sin actores sociales claros; sobre todo sin actores locales”. Los planteamientos que primaron, según este análisis, fueron los de la clase política dominante, es decir de los partidos políticos mayoritarios en el Congreso y en la Asamblea, que en algunos casos tomaron en cuenta las propuestas de los organismos multilaterales sobre la descentralización estatal.

La Constitución Política del año 1998 recoge el espíritu de las reformas realizadas dos años antes con algunas diferencias importantes. En cuanto al carácter del Estado se determina que el Ecuador es un estado social de derecho, soberano, unitario, independiente, democrático, pluricultural y multiétnico. Su gobierno es republicano, presidencial, electivo, representativo, responsable, alternativo, participativo y de administración descentralizada.

La carta política se refiere también a los procesos de gestión territorial cuando menciona a la administración pública, sobre la cual menciona que se organizará y desarrollará descentralizada y desconcentradamente. En relación a la desconcentración también establece que el “gobierno central transferirá progresivamente funciones, atribuciones, competencias, responsabilidades y recursos a las entidades seccionales autónomas o a otras de carácter regional. Desconcentrará su gestión delegando

²⁷ Barrera, Augusto, “Descentralización, participación y planificación en la Nueva Constitución”, en “La Nueva Constitución, escenarios, actores, derechos”, Centro de Investigaciones Ciudad, 1998

atribuciones a los funcionarios del régimen seccional dependiente” (Constitución 1998, art. 225).

Adicionalmente, la Constitución del 98 reconoce explícitamente de manera particular que el sistema nacional de salud, así como el sistema nacional de educación y el sistema de seguridad social deberán funcionar de manera descentralizada, desconcentrada y participativa.

En lo que se refiere a los procesos de descentralización, la Constitución del 98, además de reconocer, por primera vez, la existencia de las circunscripciones territoriales indígenas y afroecuatorianas, determina que todas las competencias del gobierno central podrían descentralizarse excepto la defensa y la seguridad nacional, la dirección de la política exterior y las relaciones internacionales, la política económica y tributaria y la gestión del endeudamiento externo. Se establece que la transferencia de competencias debe ser acompañada de la transferencia de recursos equivalentes y que será obligatoria para el gobierno central cuando una entidad seccional lo solicite y tenga capacidad para asumirla.

De esta manera se consagra en la Constitución Política de 1998 un modelo de descentralización “a la carta” en el que los gobiernos seccionales podían solicitar las competencias que fueran de su interés y el gobierno central debía transferirlas obligatoriamente. La implementación de este modelo enfrentó una serie de limitaciones, arrojando muy pocos resultados debido, entre otros factores, a éste carácter voluntario y heterogéneo del proceso²⁸.

Se considera importante resaltar una idea desarrollada por Barrera para caracterizar la discusión que se produjo alrededor de la redacción de la Constitución de 1998, en el ámbito de la descentralización, y que parece repetirse posteriormente en los debates sobre la descentralización política y administrativa: “La descentralización, situada en ojo de la tormenta, condensa no sólo las heterogeneidades –lo cual sería en general positivo-, sino las cargas de un pasado de unidad nacional irresuelto”. (Barrera, 1998, p.44).

²⁸ Los resultados del proceso de descentralización no son objeto de este trabajo pero existe interesante producción académica y política al respecto. Ver: “La descentralización en el Ecuador: opciones comparadas”, Fernando Carrión, comp. FLACSO, 2007. Para una visión crítica de lo consagrado en la Constitución de 1998 sobre la descentralización ver el trabajo de Augusto Barrera “Descentralización, participación y planificación en la Nueva Constitución”, en “La Nueva Constitución, escenarios, actores, derechos”, Centro de Investigaciones Ciudad, 1998; Un estado descentralizado para el desarrollo y la democracia, ILDIS, Quito, 2006; Estado actual y perspectivas del proceso de descentralización a nivel intermedio, CONCOPE, PNUD, diciembre 2004.

Puede percibirse que cuando la discusión gira en torno a las diversas realidades territoriales y los mecanismos para compensar o equilibrar el desarrollo de las localidades, afloran las posiciones y los intereses de los representantes de dichas parroquias, cantones o provincias, que ocasionalmente pretenden defender el tratamiento diferenciado y particular, en la lógica por ejemplo, de obtener preasignaciones presupuestarias para un territorio específico, sin detenerse a repensar y proponer cambios estructurales enmarcados en un proyecto de país que persiga la disminución de la inequidad territorial.

Las políticas de desconcentración institucional a partir del año 2007

Al inicio del gobierno del Presidente Rafael Correa, paralelamente a la convocatoria a la Asamblea Constituyente realizada el mismo día de su posesión (15 de enero), y en concordancia con lo establecido en su Plan de Gobierno, se plantea la necesidad de iniciar un proceso de reforma del Estado para transformar la gestión institucional pública y racionalizar la existencia de instituciones que realizaban sus intervenciones sin una diferenciación funcional, sin mecanismos de coordinación efectivos y que duplicaban y superponían funciones a nivel nacional con sus correspondientes acciones territoriales²⁹.

Se delinearon entonces, algunas estrategias de intervención dentro de la Función Ejecutiva, lideradas por la Subsecretaría de Reforma Democrática del Estado de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, la cual asumió las funciones del CONAM según lo dispuesto en el Decreto Ejecutivo 103, suscrito el 8 de febrero del año 2007, el cual dispuso que “todas las competencias, atribuciones, funciones, representaciones y delegaciones, constantes en leyes, reglamentos y demás instrumentos normativos, que eran ejercidas por el Consejo Nacional de Modernización-CONAM-, y la Secretaria Nacional de los Objetivos de Desarrollo del Milenio-SODEM- pasan a ser ejercidas por la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo-SENPLADES”. De esta manera las atribuciones y funciones que la Ley de Modernización otorgaba al CONAM pasan a ser competencias de la SENPLADES, incluyendo el impulso, seguimiento y monitoreo de los procesos de desconcentración y descentralización del Estado.

²⁹ Revisar diagnóstico del objetivo 12 del Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2011. Para un desarrollo más extenso revisar “Reforma Democrática del Estado. Rediseño institucional de la Función Ejecutiva: de las carteras del Estado y su modelo de gestión y organización territorial. Acercando el Estado a la ciudadanía”, SENPLADES, 2008.

Dentro de este marco ésta entidad plantea y promueve un relanzamiento de los procesos de desconcentración institucional, después de realizar un diagnóstico sobre la presencia territorial de las representaciones ministeriales y de constatar la falta de coordinación existente en las localidades por parte de las unidades desconcentradas sectoriales.

Para superar el caos de administración territorial provocado por los ministerios a lo largo de los años, se tomó la decisión de estructurar zonas de planificación y administración. Esta decisión se tomó en procura de redistribuir el poder y la toma de decisiones, de acercar el Estado a la ciudadanía, de alentar el desarrollo de ciudades intermedias y nuevos polos de desarrollo, y de combatir el centralismo y las inequidades territoriales. Así también, con el objetivo de armonizar y coordinar las intervenciones públicas sobre una misma base territorial. (SENPLADES, pág. 30, 2008)³⁰

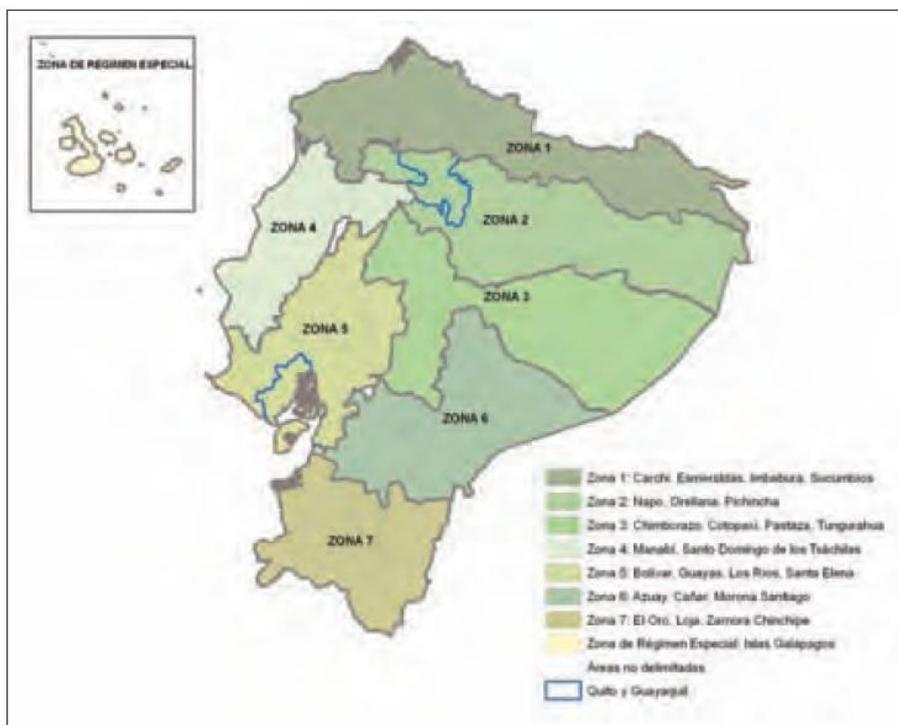
Estas decisiones de política sobre los procesos de desconcentración se concretan en el Decreto Ejecutivo 878, suscrito el 18 de enero del 2008, el cual regula principalmente la constitución del Sistema Nacional de Planificación y los procesos de desconcentración institucional.

En lo referente a la desconcentración de SENPLADES, el mencionado Decreto, establece la posibilidad que ésta entidad se organice de manera regional a través de Subsecretarías desconcentradas para gestionar la planificación regional, la participación en el diseño de políticas, metodologías y herramientas para los macro procesos de información, planificación e inversión pública, reforma del estado e innovación de la gestión pública, participación ciudadana, y seguimiento y evaluación.

Para ello el Decreto Ejecutivo 878 dispone la organización de siete regiones (después sustituidas por zonas) de planificación y administración. En el siguiente mapa se puede visibilizar la propuesta de organización territorial de dichas zonas de planificación.

³⁰ “Reforma Democrática del Estado. Rediseño institucional de la Función Ejecutiva: de las carteras del Estado y su modelo de gestión y organización territorial. Acercando el Estado a la ciudadanía”, SENPLADES, 2008

Mapa 1: Zonas de Planificación



Fuente: Decreto Ejecutivo 878.

Elaboración: SENPLADES.

El mismo Decreto establece también, en su disposición transitoria, que todas las entidades y organismos que conforman la Administración Pública Central e Institucional deberían, en el plazo máximo de un año a partir de la vigencia de dicho Decreto Ejecutivo, y conforme a sus matrices de competencias desconcentradas y descentralizadas de cada Ministerio, organizar administrativa y territorialmente sus respectivas entidades para que adecuen a las siete zonas administrativas, bajo la coordinación de la SENPLADES.

De esta manera se inicia una estrategia de desconcentración que partía del levantamiento de matrices de competencias y atribuciones sectoriales y modelos de gestión “con el propósito de definir los ámbitos de acción que se desarrollarán a nivel nacional, en el territorio o aquellos que serán descentralizados a los gobiernos autónomos descentralizados o a instancias organizadas de la sociedad civil”³¹ con cada una de las carteras de Estado de la Función Ejecutiva. Paralelamente, la Asamblea

³¹ “Reforma Democrática del Estado. Rediseño institucional de la Función Ejecutiva: de las carteras del Estado y su modelo de gestión y organización territorial. Acercando el Estado a la ciudadanía”, SENPLADES, 2008

Nacional Constituyente se instalaba con el objetivo de redactar una nueva Constitución para el país.

Constitución 2008

El 15 de Enero del año 2007 el Presidente Rafael Correa convocó a una Asamblea Constituyente, la cual fue ratificada por referéndum o consulta popular el 15 de abril del mismo año. Dicho referéndum aprobó la conformación de una Asamblea Constituyente con facultades plenipotenciarias para redactar la nueva Constitución del Ecuador con una votación del 81,7%³² de la población a favor.

El proceso de elaboración de la Constitución, finalmente aprobada en el 2008, se caracterizó por la participación y recepción de propuestas de diferentes sectores de la sociedad, diversos actores políticos y sociales plantearon a la Asamblea Nacional Constituyente sus propuestas, problemáticas y expectativas. Luego de más de un año de instalación de la Asamblea Nacional Constituyente, el 25 de julio del 2008, se hizo la entrega oficial de la nueva Constitución del Ecuador para que sea sometida a referéndum en septiembre del mismo año. La Constitución fue aprobada el 28 de septiembre con el 63,93% de los votos según los datos del Tribunal Supremo Electoral.

En un análisis realizado desde el oficialismo a través de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, en el Plan Nacional de Desarrollo, se menciona:

La Constitución innova y contiene, así, el conjunto de demandas e intereses que emergieron desde la resistencia popular en contra el neoliberalismo y otras agendas de modernización democrática y transformación social del Estado, así como en contra de la política y la economía represadas a lo largo de los años noventa (Plan Nacional de Desarrollo 2009 – 2013, p. 85).

Uno de los temas que produjo un profundo debate en la redacción de la nueva Constitución fue la discusión alrededor de la descentralización del Estado y su modelo de gestión territorial. La desconcentración, una vez más, no generó un debate a profundidad por ser considerado un proceso dentro de las facultades del ejecutivo para organizar la administración de las instituciones correspondientes a dicha función.

De esta manera se establece en la nueva Constitución que el Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico. Se organiza en forma de república y se gobierna de manera descentralizada.

³² Datos del TSE.

Cuando se mencionan los deberes del Estado se plantea también que uno de ellos será el de promover el desarrollo equitativo y solidario de todo el territorio mediante el fortalecimiento del proceso de autonomías y descentralización.

En relación al proceso de desconcentración institucional en la Constitución del 2008 se menciona dentro de las atribuciones de la Presidenta o Presidente de la República la de “dirigir la administración pública en forma desconcentrada y expedir los decretos necesarios para su integración, organización, regulación y control”. Así también cuando se refiere a la administración pública establece que ésta constituye un servicio a la colectividad que se rige por los principios de eficacia, eficiencia, calidad, jerarquía, desconcentración, descentralización, coordinación, participación, planificación, transparencia y evaluación.

La problemática de la descentralización en cambio, fue ampliamente recogida en la Constitución del 2008, estructurándose la nueva propuesta de organización territorial, autonomías y descentralización en el Título V: De la organización territorial del Estado. Los principales avances en términos de descentralización que se consagraron en la Constitución fueron:

Se reconoce, en el artículo 238, la autonomía política, administrativa y financiera de los gobiernos autónomos descentralizados y se crea un Sistema Nacional de Competencias de carácter obligatorio y progresivo que definiría las políticas y mecanismos para compensar los desequilibrios territoriales en el proceso de desarrollo (art. 239).

Las circunscripciones territoriales indígenas, afroecuatorianas y montubias son reconocidas y consideradas como regímenes especiales. De la misma manera se establece la conformación de distritos metropolitanos autónomos (cantones o conjunto de cantones con población mayor al 7% del total nacional) y el reconocimiento de la provincia de Galápagos como regímenes especiales adicionales por sus particularidades de población y conservación ambiental respectivamente.

Adicionalmente se establece que el territorio de las provincias amazónicas constituirá una circunscripción territorial especial para la que deberá existir una planificación integral recogida en una ley que garantice la conservación y protección de sus ecosistemas y el principio del *sumak kawsay*.

La Constitución plantea la creación de un nuevo nivel intermedio de gobierno, la región, estableciendo para ello algunas condiciones necesarias como la continuidad

territorial, una población de al menos el 5% del total nacional y el requerimiento de que sean dos o más provincias las que desean iniciar el proceso.

Las Juntas Parroquiales Rurales son reconocidas como nivel de gobierno en todo sentido (competencias, responsabilidades y recursos), constituyéndose en sujeto de transferencias desde el gobierno central dentro de la forma de distribución general de recursos y caracterizándose por un rol ejecutor en sus procesos de desarrollo.

Adicionalmente se plantean competencias exclusivas para cada nivel de gobierno, reconociendo la necesidad de articulación de las intervenciones. Se establece la existencia de un organismo técnico conformado por representantes de todos los niveles de gobierno para regular y realizar el seguimiento al proceso de descentralización (Consejo Nacional de Competencias y su Secretaría Técnica).

Cuadro 5

Competencias por nivel de gobierno según la Constitución del 2008	
Estado central	<ol style="list-style-type: none"> 1. La defensa nacional, protección interna y orden público. 2. Las relaciones internacionales. 3. El registro de personas, nacionalización de extranjeros y control migratorio. 4. La planificación nacional. 5. Las políticas económica, tributaria, aduanera, arancelaria; fiscal y monetaria; comercio exterior y endeudamiento. 6. Las políticas de educación, salud, seguridad social, vivienda. 7. Las áreas naturales protegidas y los recursos naturales. 8. El manejo de desastres naturales. 9. Las que le corresponda aplicar como resultado de tratados internacionales. 10. El espectro radioeléctrico y el régimen general de comunicaciones y telecomunicaciones; puertos y aeropuertos. 11. Los recursos energéticos; minerales, hidrocarburos, hídricos, biodiversidad y recursos forestales. 12. El control y administración de las empresas públicas nacionales.
Consejos Regionales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Planificar el desarrollo regional y formular los correspondientes planes de ordenamiento territorial, de manera articulada con la planificación nacional, provincial, cantonal y parroquial. 2. Gestionar el ordenamiento de cuencas hidrográficas y propiciar la creación de consejos de cuenca, de acuerdo con la ley. 3. Planificar, regular y controlar el tránsito y el transporte regional y el cantonal en tanto no lo asuman las municipalidades. 4. Planificar, construir y mantener el sistema vial de ámbito regional. 5. Otorgar personalidad jurídica, registrar y controlar las organizaciones sociales de carácter regional.

	<p>6. Determinar las políticas de investigación e innovación del conocimiento, desarrollo y transferencia de tecnologías, necesarias para el desarrollo regional, en el marco de la planificación nacional.</p> <p>7. Fomentar las actividades productivas regionales.</p> <p>8. Fomentar la seguridad alimentaria regional.</p> <p>9. Gestionar la cooperación internacional para el cumplimiento de sus competencias.</p>
Consejos Provinciales	<p>1. Planificar el desarrollo provincial y formular los correspondientes planes de ordenamiento territorial, de manera articulada con la planificación nacional, regional, cantonal y parroquial.</p> <p>2. Planificar, construir y mantener el sistema vial de ámbito provincial, que no incluya las zonas urbanas.</p> <p>3. Ejecutar, en coordinación con el gobierno regional, obras en cuencas y micro cuencas.</p> <p>4. La gestión ambiental provincial.</p> <p>5. Planificar, construir, operar y mantener sistemas de riego.</p> <p>6. Fomentar la actividad agropecuaria.</p> <p>7. Fomentar las actividades productivas provinciales.</p> <p>8. Gestionar la cooperación internacional para el cumplimiento de sus competencias.</p>
Consejos Metropolitanos	<p>Ejercerán las competencias que corresponden a los gobiernos cantonales y todas las que sean aplicables de los gobiernos provinciales y regionales, sin perjuicio de las adicionales que determine la ley que regule el sistema nacional de competencias.</p>
Consejos Municipales	<p>1. Planificar el desarrollo cantonal y formular los correspondientes planes de ordenamiento territorial, de manera articulada con la planificación nacional, regional, provincial y parroquial, con el fin de regular el uso y la ocupación del suelo urbano y rural.</p> <p>2. Ejercer el control sobre el uso y ocupación del suelo en el cantón.</p> <p>3. Planificar, construir y mantener la vialidad urbana.</p> <p>4. Prestar los servicios públicos de agua potable, alcantarillado, depuración de aguas residuales, manejo de desechos sólidos, actividades de saneamiento ambiental y aquellos que establezca la ley.</p> <p>5. Crear, modificar o suprimir mediante ordenanzas, tasas y contribuciones especiales de mejoras.</p> <p>6. Planificar, regular y controlar el tránsito y el transporte público dentro de su territorio cantonal.</p> <p>7. Planificar, construir y mantener la infraestructura física y los equipamientos de salud y educación, así como los espacios públicos destinados al desarrollo social, cultural y deportivo, de acuerdo con la ley.</p> <p>8. Preservar, mantener y difundir el patrimonio arquitectónico, cultural y natural del cantón y construir los espacios públicos para estos fines.</p> <p>9. Formar y administrar los catastros inmobiliarios urbanos y rurales.</p> <p>10. Delimitar, regular, autorizar y controlar el uso de las playas de mar, riberas y lechos de ríos, lagos y lagunas, sin perjuicio de las limitaciones que establezca la ley.</p> <p>11. Preservar y garantizar el acceso efectivo de las personas al uso de las playas de mar, riberas de ríos, lagos y lagunas.</p>

	<p>12. Regular, autorizar y controlar la explotación de materiales áridos y pétreos, que se encuentren en los lechos de los ríos, lagos, playas de mar y canteras.</p> <p>13. Gestionar los servicios de prevención, protección, socorro y extinción de incendios.</p> <p>14. Gestionar la cooperación internacional para el cumplimiento de sus competencias.</p>
<p>Juntas Parroquiales Rurales</p>	<p>1. Planificar el desarrollo parroquial y su correspondiente ordenamiento territorial, en coordinación con el gobierno cantonal y provincial.</p> <p>2. Planificar, construir y mantener la infraestructura física, los equipamientos y los espacios públicos de la parroquia, contenidos en los planes de desarrollo e incluidos en los presupuestos participativos anuales.</p> <p>3. Planificar y mantener, en coordinación con los gobiernos provinciales, la vialidad parroquial rural.</p> <p>4. Incentivar el desarrollo de actividades productivas comunitarias, la preservación de la biodiversidad y la protección del ambiente.</p> <p>5. Gestionar, coordinar y administrar los servicios públicos que le sean delegados o descentralizados por otros niveles de gobierno.</p> <p>6. Promover la organización de los ciudadanos de las comunas, recintos y demás asentamientos rurales, con el carácter de organizaciones territoriales de base.</p> <p>7. Gestionar la cooperación internacional para el cumplimiento de sus competencias.</p> <p>8. Vigilar la ejecución de obras y la calidad de los servicios públicos.</p>

Fuente: Constitución del Ecuador 2008
Elaboración propia

Como se puede evidenciar, la fuerza que cobra la propuesta de descentralización del Estado en la nueva Constitución implica retos tanto para el gobierno central como para los gobiernos autónomos descentralizados, así como para la sociedad civil local y nacional. El proceso contemplado en la Constitución es por demás ambicioso y requerirá niveles de coordinación y consensos técnico políticos para lograr su implementación. El romper con el esquema de descentralización voluntario – obligatorio (Gobiernos seccionales – Gobierno Central) y encaminarse a un proceso progresivo y obligatorio para todos los niveles de gobierno en el ámbito de sus competencias conlleva también esfuerzos permanentes e institucionalizados de fortalecimiento de capacidades en los gobiernos autónomos descentralizados receptores de dichas responsabilidades. Consiste entonces, en un modelo de descentralización que exige un trabajo coordinado y conjunto entre el gobierno central y los gobiernos locales con el objetivo último de prestar servicios públicos de calidad a la ciudadanía,

democratizar las instituciones públicas y aportar a la construcción de la sociedad del buen vivir mencionada en la Constitución.

Existen dos elementos adicionales que se determinan en la Constitución del 2008 y que transversalmente se encuentran en gran parte de sus contenidos: me refiero a las definiciones sobre la participación y la planificación (participativa a su vez).

En el caso de la desconcentración y la descentralización es de trascendental importancia hacer énfasis en estos avances constitucionales ya que determinan una nueva forma de hacer gobierno en los diferentes niveles estatales, incluyendo la gestión del gobierno central.

El artículo 100 de la Constitución establece que en todos los niveles de gobierno se conformarán instancias de participación integradas por autoridades electas, representantes del régimen dependiente y representantes de la sociedad del ámbito territorial de cada nivel de gobierno, que funcionarán regidas por principios democráticos. La participación en estas instancias se ejerce para: a) Elaborar planes y políticas nacionales, locales y sectoriales entre los gobiernos y la ciudadanía; b) Mejorar la calidad de la inversión pública y definir agendas de desarrollo; c) Elaborar presupuestos participativos de los gobiernos; d) Fortalecer la democracia con mecanismos permanentes de transparencia, rendición de cuentas y control social.

En cuanto a la planificación, la Constitución determina que el Estado planificará el desarrollo del país para garantizar el ejercicio de los derechos, la consecución de los objetivos del régimen de desarrollo y los principios consagrados en la Constitución. La planificación propiciará la equidad social y territorial, promoverá la concertación, y será participativa, descentralizada, desconcentrada y transparente. Se establece la creación del sistema nacional descentralizado de planificación participativa, el cual organizará la planificación para el desarrollo a través de un Consejo Nacional de Planificación (integrado por los distintos niveles de gobierno, con participación ciudadana), y una secretaría técnica, que lo coordinará. Las funciones de este consejo serán a) dictar los lineamientos y las políticas que orienten al sistema y, b) aprobar el Plan Nacional de Desarrollo.

De la misma manera que en los lineamientos de la participación ciudadana, la Constitución establece la réplica del espacio nacional de planificación en cada nivel de gobierno, a través de la conformación de los consejos de planificación en los gobiernos autónomos descentralizados, los cuales deberán ser presididos por sus máximos representantes. Adicionalmente y para ratificar el carácter participativo del Sistema, se

establece la creación de los consejos ciudadanos, los cuales serán instancias de deliberación y generación de lineamientos y consensos estratégicos de largo plazo, que orientarán el desarrollo nacional³³.

Para finalizar este breve análisis vale la pena mencionar la importancia que la Constitución del 2008 le otorga al Plan Nacional de Desarrollo, el cual,

Es el instrumento al que se sujetarán las políticas, programas y proyectos públicos; la programación y ejecución del presupuesto del Estado; y la inversión y la asignación de los recursos públicos; y coordinar las competencias exclusivas entre el Estado central y los gobiernos autónomos descentralizados. Su observancia será de carácter obligatorio para el sector público e indicativo para los demás sectores. (Constitución 2008, art. 280).

Esta última referencia cobra mayor relevancia en relación al objeto de estudio de este trabajo, la desconcentración institucional, ya que se pueden encontrar definiciones de política pública sobre la desconcentración en el Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2010 y en su versión actualizada, después de la aprobación de la Constitución, Plan Nacional del Buen Vivir 2009 – 2013.

*Plan Nacional de Desarrollo*³⁴

El gobierno del Presidente Rafael Correa, quien tomó posesión el 15 de enero del año 2007, planteó dentro de su Plan de Gobierno aprobado con el 56,67% de los votos válidos, la recuperación de la planificación del desarrollo por parte del Estado. Esta decisión en el primer período de gobierno, sin una nueva carta constitucional aprobada, se concretaría en el Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2010, el cual en aquel momento no tenía las implicaciones políticas administrativas y jurídicas que posteriormente fueron asignadas por la Constitución 2008.

Para realizar esta tarea encargó a la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, entidad de planificación ya existente pero muy debilitada en gobiernos anteriores, la elaboración del documento en coordinación con las diferentes carteras de Estado, los gobiernos seccionales autónomos³⁵ y con ejercicios de participación y consulta ciudadana.

³³ En el año 2010 fue aprobada la Ley de Participación Ciudadana que desarrolla los mecanismos de aplicación de las definiciones constitucionales y establece un esquema institucional de la participación ciudadana. Ver Anexo 3: Esquema de la institucionalidad de participación ciudadana.

³⁴ En el presente trabajo se hará especial énfasis en las definiciones del Plan Nacional de Desarrollo en relación a los procesos de desconcentración y gestión territorial del Estado, debido a que éste es el primer ejercicio encontrado en el que se plantean políticas públicas concretas de desconcentración, objeto de estudio de la investigación, aplicables a las instituciones del Ejecutivo de manera generalizada.

³⁵ Denominados Gobiernos Autónomos Descentralizados en la posterior Constitución del año 2008.

El Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2010 se organizó en doce objetivos intersectoriales de desarrollo nacional, dentro de los cuales las políticas de descentralización y desconcentración del Estado se enmarcaron en un objetivo específico, el objetivo 12: Reformar el Estado para el bienestar colectivo.

En este documento se establecen las políticas de desconcentración institucional en coherencia con las mencionadas anteriormente, es decir la elaboración de matrices de competencias y modelos de gestión sectoriales para la implementación de la desconcentración con coordinación de los procesos a nivel zonal.

Después de la aprobación constitucional y dando cumplimiento a algunas de sus disposiciones, la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo coordinó junto con los ministerios y secretarías nacionales, la actualización y profundización del Plan Nacional de Desarrollo para el nuevo período de gobierno, dando como resultado el Plan Nacional de Desarrollo, Plan Nacional para el Buen Vivir 2009 – 2013.

Allí se plantean en diferentes segmentos las políticas y visión del gobierno sobre el acercamiento del Estado a los territorios y la democratización del mismo, así se menciona: “La construcción de un Estado radicalmente democrático es también la construcción de un estado policéntrico (...) Podemos tener un estado fuerte y descentralizado, con una sociedad fuerte en su diversidad”. (PNBV, pág. 35)

Adicionalmente se establece “Tal diversidad es reflejada institucionalmente por medio de una arquitectura estatal de carácter flexible donde la desconcentración y la descentralización pasan al primer plano” (PNBV, pág. 42).

Para una mejor comprensión y visualización de los contenidos relacionados con las políticas de descentralización y desconcentración en el Plan Nacional del Buen Vivir 2009 – 2013, resulta útil revisar el esquema del Plan y así constatar la transversalidad de la temática en dicho documento oficial.

Esquema 2: La desconcentración y descentralización en el Plan Nacional de Desarrollo



Fuente: Basado en esquema realizado por SENPLADES sobre la estructura del Plan Nacional del Buen Vivir, Presentación institucional, Subsecretaría de Planificación y Políticas Públicas, SENPLADES, 2009.
Elaboración propia.

El Plan Nacional para el Buen Vivir contiene una propuesta para el mediano y largo plazo que busca la transformación del modo de acumulación y redistribución para el buen vivir. Dentro de esta estrategia de largo plazo, en la primera fase de la transformación se consideran, ciertas estrategias que buscan la reconstitución de las bases institucionales, estructurales y de poder democrático nacional que puedan servir como cimientos para la aplicación del proyecto de cambio planteado por el gobierno.

Una de estas estrategias corresponde justamente al “*Desarrollo y ordenamiento territorial, desconcentración y descentralización*”, entendiendo que un nuevo modo de acumulación requiere una relectura de los territorios y la construcción de “un país territorialmente equipotente, equitativo, seguro, sustentable, con una gestión eficaz y un acceso universal y eficiente a servicios y acceso a recursos productivos”, objetivo que “solo será posible a partir de una optimización de las inversiones y reformas político - administrativas claras, cuya base sea la participación, la sustentabilidad y la equidad, así como del impulso a la economía solidaria”. (PNBV, pág. 126).

Como se planteó en el esquema de la estructura del Plan Nacional del Buen Vivir, las políticas de desconcentración y descentralización del Estado se encuentran también incorporadas en el *Objetivo 12 del Plan*: “*Construir un Estado democrático para el Buen Vivir*”, específicamente en la política “*Consolidar el modelo de gestión estatal articulado que profundice los procesos de descentralización y desconcentración y que promueva el desarrollo territorial equilibrado*”³⁶. El criterio por el cual el Plan Nacional del Buen Vivir (PNBV) incorpora la transformación del Estado como un objetivo específico dentro de sus contenidos, responde a la consideración de que la implementación de la nueva estrategia de desarrollo del país para el corto, mediano y largo plazo, requiere un profundo proceso de democratización del Estado en cuatro dimensiones. La primera dimensión establecida en el PNBV se refiere a la recuperación y fortalecimiento de las capacidades de planificación, regulación, control y redistribución del Estado que lo conviertan efectivamente en la representación del interés público. La segunda dimensión está relacionada con la implementación y construcción de la definición constitucional del Estado como plurinacional e intercultural. La tercera dimensión es justamente la construcción de un Estado policéntrico, desconcentrado y descentralizado, cercano a la ciudadanía reconociendo su diversidad territorial y cultural. La última dimensión es la relacionada con la democratización del Estado a través del impulso a la participación social y ciudadana en todos los niveles de gobierno. (PNBV, pág. 354).

Rescatar algunos de los elementos desarrollados en el diagnóstico del Objetivo 12 del PNBV, relacionados con los procesos de desconcentración estatal³⁷, cobra especial relevancia para este trabajo, ya que en el mismo se establecen algunas definiciones de política que inciden directamente en este proceso.

En relación a los procesos de desconcentración de la Función Ejecutiva en el diagnóstico del PNBV se menciona que:

Ha faltado un proceso sincronizado de desconcentración desde el nivel central, que permita la distribución ordenada y complementaria de competencias. La desconcentración ha sido fuertemente discrecional. No ha permitido desarrollar parámetros mínimos, lo que ha dado lugar a la creación de estructuras ministeriales desconcentradas disímiles y con nexos institucionales difusos” (PNBV, pág. 359).

³⁶ Ver Anexo 4 con las estrategias concretas de la política mencionada.

³⁷ En el mismo documento, así como en la versión del Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2010, se realiza un diagnóstico sobre los escasos avances de la implementación de los procesos de descentralización. Al no ser el tema de estudio de este trabajo no se profundizará en esos contenidos. Ver: pág. 208 PND 2007 – 2010, pág. 356 PNBV 2009-2013.

En lo referente a las políticas de desconcentración institucional, el PNBV recupera y avanza en la definición de los procesos ya iniciados por el gobierno del Presidente Rafael Correa. Para ello plantea (en la sección de diagnóstico del Objetivo 12) una metodología de trabajo con las diferentes carteras de Estado para su desconcentración administrativa y organizacional en los territorios construyendo una tipología de la desconcentración.

Según la tipología de la desconcentración, los Ministerios sectoriales y las Secretarías Nacionales se agrupan en cuatro esquemas de gestión y aterrizaje territorial.

a) El primer grupo, relacionado con los sectores privativos y competencias exclusivas del gobierno central mencionados en la Constitución, abarcaría a las instituciones sectoriales de defensa nacional, relaciones internacionales, registro de personas, política económica, tributaria, aduanera, fiscal y monetaria; y de comercio exterior. Estas carteras de Estado se caracterizarían entonces por contar con estructuras desconcentradas de ser necesario pero en ningún caso podrían descentralizar sus funciones a los gobiernos autónomos descentralizados.

b) El segundo tipo de Ministerios, denominados de alta desconcentración y baja descentralización, en concordancia con lo definido en la Constitución del 2008, contempla a los sectores de educación, salud, relaciones laborales, industrias. Estos sectores se caracterizan entonces por un alto grado de desconcentración de sus productos y servicios en los niveles territoriales más desagregados, incluso a nivel de distritos administrativos (correspondiente al nivel cantonal) con el objetivo de garantizar efectivamente los derechos ciudadanos por parte del Estado. Adicionalmente estos sectores podrían descentralizar competencias de su responsabilidad, como es el caso de educación y salud que según la Constitución deberán transferir la competencia correspondiente a la planificación, construcción y mantenimiento de la infraestructura física y los equipamientos de salud y educación (art. 264, numeral 7, Constitución 2008).

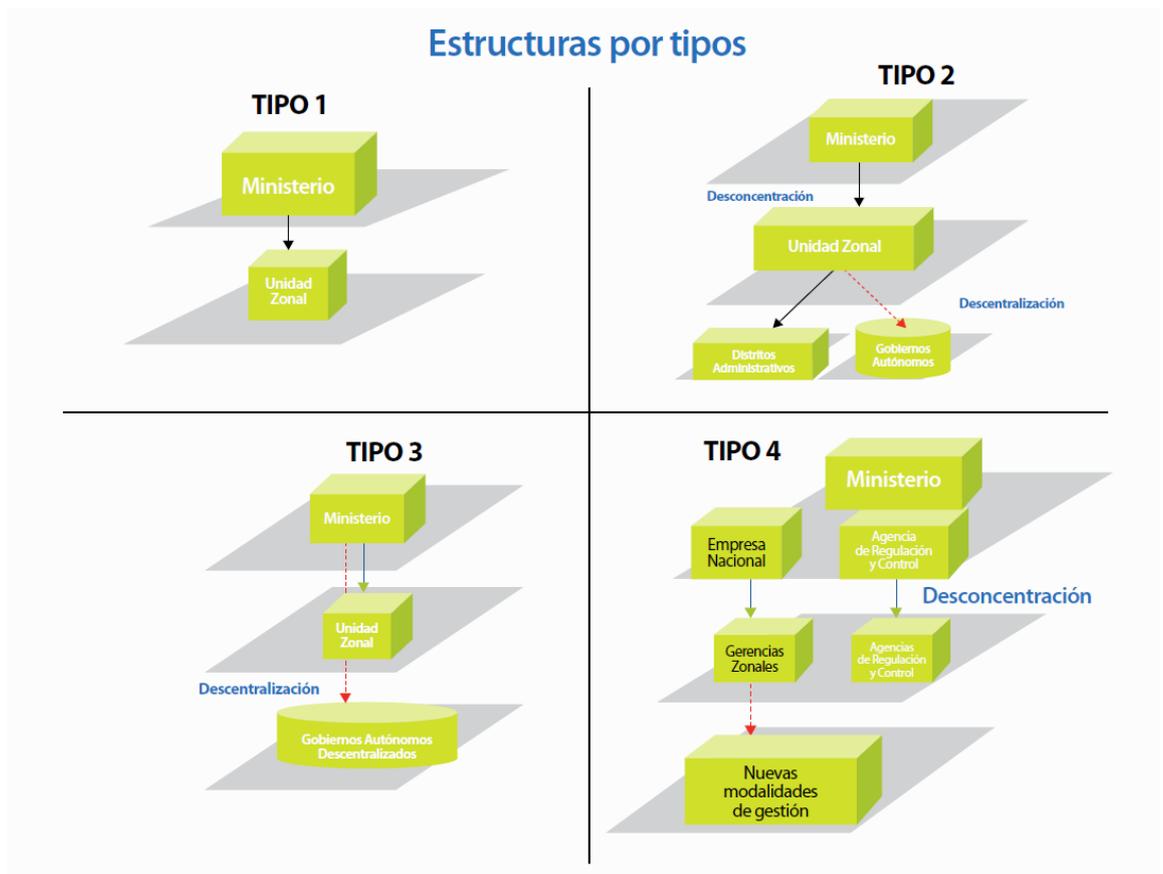
c) El tercer grupo de carteras de Estado corresponde a la tipología 3, sectores de alta descentralización y baja desconcentración. En esta categoría se encuentra la mayor parte de Ministerios y Secretarías Nacionales como Agricultura, Ganadería, Acuicultura y Pesca; Ambiente; Turismo; Cultura; Deporte; Desarrollo Urbano y Vivienda; Inclusión Económica Social;

Planificación; Participación; y Migración. Vale la pena mencionar que el planteamiento del Ejecutivo en esta tipología es que adicionalmente a las competencias identificadas en la Constitución estos sectores puedan progresivamente, y siguiendo las procedimientos e instancias correspondientes, transferir competencias adicionales a los gobiernos autónomos descentralizados. Para ello las estructuras ministeriales no requieren un aterrizaje en los ámbitos más locales sino que más bien deben trabajar de manera coordinada con los gobiernos autónomos descentralizados para la complementariedad de acciones.

d) Por último se encuentra el cuarto tipo de Ministerios y Secretarías Nacionales que corresponde a los responsables de los sectores estratégicos definidos en la Constitución, es decir Electricidad y Energías Renovables; Minas y Petróleos; Transporte y Obras Públicas; y Agua. En estos sectores, que suelen contemplar empresas públicas, se prioriza la rectoría de las políticas públicas y la regulación del nivel central y se deja abierta la opción para desarrollar diferentes tipos de alianzas público privadas o entre niveles de gobierno para su gestión local.

Para cada una de estas tipologías se plantea una estructura organizacional tipo de Ministerio, involucrando procesos de micro reforma institucional al interno de cada una de las carteras de Estado y de re - dimensionamiento de sus estructuras, equipamiento y recursos humanos. A continuación se cita el esquema comparativo de cada uno de los modelos de gestión establecidos en el PNBV.

Esquema 3: Comparativo de las estructuras organizativas según tipo y modelo de gestión



Fuente: Reforma Democrática del Estado. Rediseño institucional de la Función Ejecutiva: de las carteras del Estado y su modelo de gestión y organización territorial. Acercando el Estado a la ciudadanía”, pág. 29, SENPLADES, 2008
 Elaboración: SENPLADES, 2008.

Capítulo III

Desconcentración institucional sectorial, el caso del sector salud

Introducción

Cómo se evidenció en el capítulo anterior, las políticas de desconcentración institucional han tenido diferentes énfasis y momentos de implementación en el Ecuador. La variación de intensidad de dichas políticas también ha encontrado sus matices en cada uno de los sectores y sus instituciones dentro de la Función Ejecutiva.

Las iniciativas de desconcentración, así como los planteamientos alrededor de la descentralización estatal, se han impulsado en dos momentos caracterizados por contextos políticos bastante distantes entre ellos. El primero en el marco de los procesos de modernización del Estado ecuatoriano que se consagran con la aprobación de la Ley de Modernización, y el segundo, planteado en el proceso desencadenado alrededor de la elaboración de la Constitución del 2008, misión encargada a la Asamblea Nacional Constituyente, y con las propuestas del gobierno de Rafael Correa³⁸.

Las apuestas de estos dos proyectos políticos, en el ámbito de la desconcentración y la descentralización estatal, se diferencian en algunos aspectos importantes derivados de la concepción y rol otorgado al Estado en relación a la prestación de servicios públicos. Mientras el primero desconfía de la eficiencia y eficacia de la gestión estatal de algunos servicios públicos y apuesta por abrir las posibilidades jurídicas e institucionales para una mayor participación del sector privado, el segundo se caracteriza, en sus planteamientos constitucionales y de política pública, por una orientación hacia el fortalecimiento de las capacidades estatales de prestación y gestión de servicios, así como hacia la recuperación de las facultades de rectoría, regulación y control de las actividades del sector público y privado en dicha prestación, reduciendo explícitamente los sectores en los que éste último puede participar y privilegiando la cogestión con actores de la economía popular y solidaria y del sector comunitario.

En este sentido, aunque los planteamientos de la descentralización y la desconcentración en algunos aspectos explícitamente no varíen demasiado en el sentido formal (los dos proyectos hablan de eficiencia, eficacia, transformación institucional),

³⁸ En el ámbito de la descentralización, en este “segundo momento” se evidencian avances normativos importantes. El 21 de septiembre del año 2010 fue aprobado el “Código de Organización Territorial, Autonomías y Descentralización” en la Asamblea Nacional, el cual establece las pautas para la implementación de lo determinado en la Constitución 2008 (publicado en el Registro Oficial 303 del 19 de octubre del año 2010).

las propuestas de fondo son medularmente distintas. El momento en el que se le otorgan más responsabilidades al Estado como prestador de servicios públicos o de inversiones estratégicas, la desconcentración institucional adquiere una nueva carga en contenidos e importancia. Si la opción es abrir la participación al sector privado la desconcentración institucional, aunque es igual de necesaria, cambia su orientación hacia una gestión institucional relacionada principalmente con facultades de regulación y o prestación de servicios administrativos que faciliten las acciones del sector privado. Es así que con dos concepciones diferentes del rol del Estado se plantean, en contenidos y competencias, dos procesos de desconcentración institucional distintos.

Estas reflexiones de carácter general y con una visión macro institucional se aplican con matices y particularidades a los casos específicos sectoriales. Cada sector institucional tiene sus propias características en cuanto al tipo de servicios públicos que presta, el universo poblacional al que atiende y los actores políticos y sociales que se encuentran relacionados con el proceso de definición de políticas públicas, con la prestación misma de los servicios o con sus impactos.

Por ello se hace necesario analizar el caso de un sector institucional en particular para poder realizar un acercamiento más detallado a los procesos de reforma institucional y desconcentración en los dos “momentos” mencionados anteriormente, con el fin de reflexionar con experiencias concretas si la desconcentración ha traído beneficios en cuanto a una gestión pública sectorial más democrática y aterrizada a nivel local.

Para cumplir este objetivo se ha escogido el sector salud, institucionalmente el Ministerio de Salud Pública, para el análisis de los procesos de reforma institucional y desconcentración de funciones y competencias en relación a la prestación de servicios de salud públicos.

La selección del sector salud para el análisis precedente responde a algunos criterios programáticos y prácticos relacionados con la temática del análisis. Dentro de los criterios programáticos se puede mencionar que la salud ha sido considerada como un derecho de todos y todas los ecuatorianos/as en las constituciones aprobadas en 1998 y en el año 2008; los resultados de su organización institucional y de los modelos de gestión implementados en la prestación de servicios de salud tienen impactos directos en la cobertura y calidad de los servicios receptados por la población a nivel nacional, sin importar la ciudad o provincia en la que habiten; adicionalmente, las condiciones de salud afectan directamente a la calidad de vida de la población teniendo efectos en las

capacidades de los seres humanos para desarrollarse de manera integral y por lo tanto en sus oportunidades.

La justificación para seleccionar al sector salud, en el ámbito de la institucionalidad y su desconcentración, se encuentra relacionada con el hecho de que en este sector, en el marco de los procesos de modernización del Estado implementados en los años noventas, se llegaron a activar cambios significativos en su institucionalidad y aterrizaje territorial de sus intervenciones. El Ministerio de Salud Pública, en el marco de procesos de reforma mucho más abarcativos y complejos, se organiza a través de áreas de salud en el año 1992, iniciando así procesos de cambio institucional que se han implementado, con diferentes enfoques y orientaciones, por 18 años. Esta realidad permite un análisis de los contenidos de dichas reformas, concentrándose en la territorialización de la prestación de servicios de salud, y los posibles resultados que estos han arrojado.

Para iniciar el acercamiento al sector salud es importante mencionar algunas características del sector en el Ecuador, en el cual los proveedores de servicios de salud, tanto públicos como privados cubrían en 1998, según el Ministerio de Salud Pública, el 75% de la población: el Ministerio de Salud Pública al 30%, el IESS al 20%, las Fuerzas Armadas al 3%, la Junta de Beneficencia, la Sociedad Ecuatoriana contra el Cáncer (SOLCA) y otras organizaciones no gubernamentales al 7% de la población³⁹.

Al existir varios actores públicos, semipúblicos y privados en la prestación de servicios de salud se presenta una fragmentación institucional, en la que cada actor funciona con políticas propias, fuentes de financiamiento propias, y programas y servicios propios, provocando frecuentemente duplicaciones de actividades con bajo impacto en la población y un desaprovechamiento de recursos⁴⁰.

La construcción del Sistema Nacional de Salud, como una red articulada y coordinada de intervenciones tanto públicas (nacionales y locales) como privadas, así como de ONG y organizaciones de la sociedad civil, ha sido un objetivo de la mayoría de los actores involucrados en las reformas implementadas o impulsadas en el sector salud a lo largo de los últimos 20 años. La visión integral y coordinada, de manera

³⁹ MSP, Modernización de los Servicios de Salud. 1998. Tomado de Hermida, J., Romero, P., Abarca, X., Vaca, L., Robalino, M.E., y Vieira, L. 2005. La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI) en el Ecuador. Informe LACRSS No. 62. Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) por el Proyecto de Garantía de Calidad.

⁴⁰ MSP. Plan Nacional de Salud 2000-2005. Tomado de Hermida, J., Romero, P., Abarca, X., Vaca, L., Robalino, M.E., y Vieira, L. 2005. Ibid.

sistémica, de las acciones en la prestación de servicios de salud, es considerada como una de las soluciones a la característica antes descrita de fragmentación y segmentación del sector.

Para el presente trabajo se ha considerado necesario hacer un breve recuento de los procesos de reforma que se han impulsado y tomado forma en el sector salud, evidenciando los principales hitos de los mismos, para posteriormente describir concretamente la implementación de la desconcentración del Ministerio de Salud Pública. Esta consideración se basa, principalmente, en el hecho de que tanto el diseño, como la implementación y la intensidad de las reformas institucionales del Ministerio de Salud Pública han estado influenciadas por contextos políticos y agendas de política más estructurales y abarcativas que de alguna manera han provocado las acciones, tendencias, tensiones e incluso los resultados de la iniciativa de desconcentración y descentralización del sector salud.

Por lo expuesto, esta sección tendrá dos segmentos de análisis, por un lado la revisión de los principales hitos normativos y de política en las reformas del sector salud desde la aprobación de Ley de Modernización del Estado en adelante; y por otro, la descripción de los contenidos de la desconcentración institucional del Ministerio de Salud Pública iniciada formalmente en 1992, sus principales objetivos, algunos de los obstáculos encontrados por actores institucionales involucrados en los procesos de reforma sectorial y los resultados arrojados en los mismos⁴¹. Finalmente se describirá la propuesta de reingeniería institucional, con énfasis en la desconcentración de servicios de salud, que se encuentra impulsando el Ministerio de Salud Pública al momento de la investigación.

El Estado y la salud

Antes de iniciar el análisis de la evolución histórica de los procesos de reforma en el sector y la institucionalidad pública de salud en el Ecuador, se considera pertinente hacer una breve reflexión sobre las diferentes opciones del relacionamiento del Estado con la problemática de la salud de la población.

Para ello se recoge el análisis que realiza Ramiro Echeverría⁴² al respecto, según el cual se pueden identificar tres estadios o tipos de diálogo entre los estados y la salud:

⁴¹ Contenidos basados principalmente en entrevistas con informantes calificados del sector y con la selección de algunos medios de verificación en base a la información del Ministerio de Salud Pública.

⁴² En "EL PROCESO DE REFORMA DEL SECTOR SALUD EN EL ECUADOR PERIODO agosto/97-agosto/00", Proyecto de Análisis y Promoción de las Políticas de Salud, CEPAR, 2000.

a) Estado de beneficencia, en el cual se interpreta a la salud como un acto de caridad hacia los pobres, principal característica de la época colonial.

b) Estado asistencial, “en el que la salud es una responsabilidad del Estado para "compensar" las desigualdades que deja el desarrollo económico y "calmar" las tensiones sociales; en tanto es necesario cuidar la reproducción del capital (salud para el desarrollo)” (Echeverría, pág. 24, 2000).

c) Estado de bienestar, en el que se reconoce el derecho universal a la salud y se promueve una política de salud orientada a lograr el bienestar humano buscando crear condiciones favorables para la salud y la vida, alejándose de la perspectiva únicamente curativa.

Como menciona el autor, el rol que el Estado asuma en relación a la salud será determinante al momento de definir la política pública, asignar prioridades y optar por diversas formas organizativas de sus instituciones.

En este mismo sentido, el Estado tiene tres líneas de acción en relación a la salud de la población. Por un lado, la ejecución que puede realizar a través de sus instituciones centralizadas y desconcentradas en cuanto a la prestación directa de servicios de salud. En un segundo ámbito lo que hacen las demás funciones del Estado y niveles de gobierno en relación a la promoción de la salud. Y por último el rol regulador del Estado frente a la prestación de servicios de salud por parte del sector público y privado con un enfoque de protección de la salud de los/as ciudadano/as.

Es así que en las reflexiones del autor (realizadas en el año 2000 en un recuento de los procesos de reforma del sector salud iniciados en el año 92 en el Ecuador), se menciona la importancia de repensar el rol del Estado ecuatoriano frente a la salud de la población y plantea la "...necesidad de superar las deficiencias del modelo de Estado asistencial, centralizado y excluyente para constituir un modelo de Estado más democrático, descentralizado, con capacidad de rectoría, regulador, eficiente y orientado al bienestar con equidad" (Echeverría, pág. 32, 2000).

Existe un debate recurrente cuando se analiza el rol del Estado en relación a la salud (así como en el ámbito de otros servicios sociales como la educación y los servicios básicos, servicios que son de interés de toda la población y que son determinantes para la calidad de vida y el desarrollo integral de las personas), y es el relacionado a si es el Estado el que debe proveer directamente a la población estos servicios o si debe limitarse a mantener un rol de regulación, coordinación y control de la prestación de servicios realizada a través de particulares.

Se pueden identificar al menos dos componentes de la problemática de la relación Estado-salud que decantan del debate Estado proveedor versus Estado regulador. En primer lugar se encuentra el papel del Estado en asuntos de salud pública, asuntos que afectan a la colectividad, los cuales requieren de políticas de Estado y cuya provisión o atención no es necesariamente realizada por el mercado constituyendo la acción del Estado imprescindible.

Por otro lado se encuentra la relación del Estado con el sector privado, interacción en la que es necesario que se ejerza por parte del Estado una regulación consistente en lo que respecta a las condiciones y contenidos de las prestaciones, una acreditación de los servicios, la definición de estándares de calidad y la regulación de costos y precios para la protección de la ciudadanía. (Echeverría, 2000).

Las discusiones sobre el papel del Estado y su intervención directa en la prestación de los servicios de salud cobran relevancia al analizar los ejes de la rectoría del Estado en relación a la salud. En ese sentido los cuestionamientos han girado alrededor de cómo el Estado puede por un lado garantizar el acceso equitativo y universal a la atención de salud y por otro lado impulsar la promoción de la salud a fin de generar condiciones favorables para la salud y la vida.

En el Ecuador han existido diferentes momentos de reflexión acerca del rol del Estado frente a la problemática de salud, así como discusiones acerca de la descentralización de competencias a los gobiernos seccionales autónomos (niveles de gobierno que componen el Estado) y la participación del sector privado en la prestación de servicios de salud.

En el marco de los procesos de modernización impulsados en el Ecuador desde la década de los noventa existían actores institucionales que promovían una mayor participación del sector privado y una descentralización de atribuciones y competencias a los gobiernos locales (CONAM, y organismos multilaterales); así como también actores políticos y sociales involucrados en el sector que se oponían al inicio de procesos de privatización de la salud⁴³.

Estos “momentos” se han intensificado en los procesos de discusión constituyente, tanto en el año 1998 como en el proceso de elaboración de la Constitución del 2008, con orientaciones y enunciados diferentes en las dos cartas políticas, lo que se analizará más adelante en este capítulo.

⁴³ El papel del Consejo Nacional de Salud, CONASA, fue de trascendental importancia para frenar la implementación de esquemas de privatización en el sector.

Una vez planteada la discusión de fondo en la que se enmarca la acción de la institucionalidad pública de salud, sus formas organizativas de prestación de servicios y del ejercicio de la rectoría estatal a través de la misma, se hace necesario describir y analizar el rol y modos de gestión de la institución encargada del sector salud y los procesos de reforma que se han implementado en la misma en el Ecuador.

Los procesos de reforma del sector salud

Contexto

El Ministerio de Salud Pública fue creado en el año 1967⁴⁴ como entidad rectora y encargada de formular, emitir y ejecutar la política integral de salud y de la coordinación de la prestación de los servicios de salud por el subsector público (gobierno central, entidades descentralizadas y seguro social) y el subsector privado⁴⁵. En 1980⁴⁶ se crea el Consejo Nacional de Salud como espacio de concertación de las políticas del sector salud conformado por representantes del ejecutivo, de los espacios locales, del sector privado y de la sociedad civil⁴⁷.

La temporalidad del análisis del presente trabajo remite la exploración a los procesos de reforma que se inician en la década de los 90, particularmente desde 1992, año en el que se toman acciones para la implementación de cambios institucionales profundos.

Es importante mencionar que en el Ecuador se venían implementando, en menor medida a finales de los años ochenta, una serie de políticas de ajuste estructural como respuesta a la crisis económica de la deuda externa que se evidencia en la misma década⁴⁸. Esta agenda de políticas se caracterizaba por una visión fiscalista de las finanzas públicas, enfocándose principalmente en reducir el déficit presupuestario; para ello, los sectores más afectados, en reducción de sus presupuestos, fueron justamente los del área social. La OMS reconoce este contexto y menciona:

⁴⁴ Fue creado por la Asamblea Constituyente de 1967, mediante decreto 084 publicado en el Registro Oficial No. 149 del 6 de junio de ese mismo año, durante el gobierno del Dr. Otto Arosemena Gómez. Anteriormente las funciones de la salud formaban parte del Ministerio de Previsión Social y Trabajo, y el primer paso para su creación se dio en 1963, cuando se creó la Subsecretaría de Salud, que dependía del mismo ministerio. Ver Cronología Ministerio de Salud Anexo 5.

⁴⁵ Página web MSP http://www.msp.gob.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=99:historia-del-ministerio-de-salud-publica&catid=68:historia&Itemid=61

⁴⁶ Mediante Decreto Ejecutivo No. 56, publicado en el Registro Oficial de 8 de febrero de 1980 y posteriormente ratificado en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud de Septiembre del 2002.

⁴⁷ Ver Anexo 6: Ficha institucional CONASA

⁴⁸ - Acosta, Alberto; La deuda eterna - Una historia de la deuda externa ecuatoriana, Colección Ensayo, Libresa, Quito, cuarta edición, 1994a.

En lo económico, en casi todos los países de la región (...) se recortó el gasto social, se pospusieron inversiones urgentes y muchos programas de enorme importancia (en salud y educación), que tenían el objetivo de compensar el grave deterioro en las condiciones de vida de los más pobres, debieron esperar mejores épocas. La reducción de la inversión social ha traído como resultado la reaparición o el agravamiento de patologías como el cólera, la malaria, el dengue, las infecciones entéricas, etc., estrechamente ligadas al deterioro de las condiciones de vida. (OMS, 1988⁴⁹).

Vale la pena recalcar, que el sector salud, al igual que los demás sectores, se vio profundamente afectado por la inestabilidad política que el Ecuador sufrió desde mediados de los noventas. Los cambios de autoridades en la cartera de salud⁵⁰ y los sucesivos gobiernos que se dieron desde 1997, afectaron en mayor o menor medida los procesos de reforma del sector y de diálogo y consenso con los actores involucrados en la problemática de salud en el país.

Otro elemento que cabe resaltar es que en el sector salud ha existido una fuerte influencia de organismos internacionales dedicados exclusivamente a la salud, tal es el caso de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que han acompañado, apoyado los procesos de discusión y emitido directrices sobre los modelos de gestión de salud para los países miembros.

A inicios de la década de los noventas se inician a nivel mundial “procesos de reforma sectorial de salud de última generación” cuyos objetivos en los países desarrollados correspondían a aumentar la eficiencia económica de los servicios de salud, las mejoras en la calidad y satisfacción del usuario y la reducción de beneficios en los sistemas de seguridad social. (Echeverría, 2000). La agenda en los países latinoamericanos, como menciona Echeverría, dista mucho de concentrarse en la eficiencia sino más bien en la cobertura, equidad y solidaridad de los sistemas de salud.

A finales de la década de los ochenta la OPS/OMS promueve la creación de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), otorgando mayor prioridad al desarrollo de la infraestructura de salud, relacionada con la aplicación de la estrategia de Atención Primaria de Salud, definida a nivel mundial en Alma Ata, en 1978.

En 1986, la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana, integrada por las autoridades de salud de todos los países de la región, definió algunos aspectos (aprobados a través de Resolución XXI) priorizando así el desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud. En este aspecto se estableció que para alcanzar equidad, eficiencia y eficacia en

⁴⁹ “Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, Medicamentos esenciales en el nuevo contexto socio-económico de América latina y el Caribe”, OPS, 1988.

⁵⁰ Práctica común desde los inicios de la institución como se verá posteriormente.

las acciones de salud, y para asegurar la disponibilidad de servicios para toda la población, era necesaria la implementación de métodos más efectivos para planificar el desarrollo de los servicios y para mejorar su gestión en función de los requerimientos de la programación local, objetivos que se pueden alcanzar mediante una efectiva descentralización política y administrativa” (Paganini, p. 19, sf).

En este sentido, en 1988, el Consejo Directivo de la OPS/OMS, define que para alcanzar las metas establecidas por los países, los sistemas de salud requieren modificaciones que sobrepasan el aspecto cualitativo y que involucran las formas institucionales de operación y organización, decidiendo de esta manera impulsar la creación de los Sistemas Locales de Salud (SILOS)⁵¹.

Los Sistemas Locales de Salud comprenden la articulación de todos los recursos existentes en una zona, para su mejor utilización, adecuación a la realidad local y, sobre todo, para el establecimiento de una relación de mutua responsabilidad con la población adscrita. Esa responsabilidad es la clave para una operación apropiada y eficiente, porque crea las condiciones favorables para la programación y evaluación técnico-administrativas y para la evaluación social a través de una participación comunitaria real. (Palabras de Dr. Carlyle Guerra de Macedo, ex-Director de la OPS, tomado de Paganini, p.21, sf).

El Ecuador, como los demás países de la región, en los procesos de reflexión sobre las reformas del sector salud, tomó en consideración las propuestas de la OPS/OMS acerca de la necesaria transformación de los sistemas nacionales de salud y su aplicación a nivel local. Aunque el planteamiento original de la OPS/OMS apunta más hacia un proceso de descentralización política y administrativa que a lógicas de desconcentración institucional, se toma la decisión en el país de iniciar con un proceso de desconcentración que podría facilitar luego una transición y un mayor relacionamiento con los gobiernos seccionales⁵². Es así que el 29 de abril del año 1992, mediante Decreto Ejecutivo No 3292, se establece la conformación de las Áreas de Salud como el nivel básico de organización y operación regionalizada y descentralizada de los servicios del Ministerio de Salud Pública.

Posteriormente, en 1993, el Ministro de Salud Pública aprueba, a través del Acuerdo Ministerial No 140, el “Manual de Organización y Funciones de las Áreas de Salud”, haciendo referencia en los considerandos del Acuerdo “que la organización e implantación de las Áreas de Salud constituye parte fundamental del proceso de regionalización del Sistema de Servicios y del desarrollo de los Sistemas Locales de

⁵¹ Resolución XV de la XXIII Reunión del Consejo Directivo OPS, 1988

⁵² Información resaltada por Dr. Ramiro Echeverría en la entrevista realizada.

Salud (SILOS) en el que se halla empeñado el Ministerio de Salud Pública”, y resalta “que el desarrollo de las áreas de salud a nivel nacional se enmarca en los procesos de modernización del Estado, a través de la descentralización administrativa financiera y el mejoramiento de la calidad, cobertura y eficiencia de las unidades de salud a nivel local”.

Confluyen entonces, en los procesos de reforma del sector salud desde inicios de los años noventa, dos agendas paralelas y complementarias impulsadas por dos organismos internacionales que fueron protagonistas y cofinancistas de las acciones implementadas en el país: por un lado la OPS/OMS con sus propuestas de reforma de los sistemas nacionales de salud y la construcción de SILOS y, por otro lado el Banco Mundial con la generación de dos proyectos específicos el “Proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en el Ecuador (FASBASE)” I y II, y el “Modernización de los Servicios de Salud (MODERSA)”, ambos realizados a través de préstamos al gobierno ecuatoriano, como se puede observar en el siguiente cuadro realizado por la Comisión para la Auditoría Integral del Crédito Público⁵³.

⁵³ Creada a inicios del gobierno de Rafael Correa, julio del 2007, como una unidad temporal adscrita al Ministerio de Finanzas, con la misión de auditar el proceso de contratación de los convenios, contratos y otras formas o modalidades contractuales para la adquisición de créditos, obtenidos por el sector público del Ecuador, provenientes de gobiernos, instituciones del sistema financiero multilateral o de la banca y sector privado, nacional o extranjero, desde 1976 hasta el año 2006. Decreto Ejecutivo 472, julio 2007.

Cuadro 6
Créditos y Proyectos de Organismos Multilaterales al Ecuador

IFI	CRÉDITO/PROYECTO	AÑO DE SUSCRIPCIÓN	MONTO CONTRATADO EN DÓLARES
SERVICIOS PÚBLICOS			
SALUD			
BIRF	PROYECTO FASBASE I	08.02.1993	70.000.000
BIRF	PROYECTO FASBASE II	12.11.1999	20.200.000
BIRF	MODERNIZACIÓN SERVICIOS SALUD-MODERSA	25.09.1998	45.000.000
EDUCACIÓN			
BID	MEJORAMIENTO EDUCACIÓN BÁSICA - PROMECEB	03.05.1990	43.560.857
BIRF	EDUCACIÓN/CAPACITACIÓN - EB/PRODEC	09.03.1992	89.000.000
BID	PROGRAMA DE REDES ESCOLARES RURALES	13.12.1998	45.000.000
BID	PROGRAMA DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA	17.01.1996	24.000.000
AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO			
BID	CONCESIÓN DEL AGUA POTABLE GUAYAQUIL	16.10.1997	40.000.000
BIRF	PRAGUAS I	11.04.2001	32.000.000
BIRF	PRAGUAS II ²⁶	01.12.2006	48.000.000
AGRICULTURA, DESARROLLO RURAL Y PUEBLOS			
BIRF	DESARROLLO RURAL - PRONADER	08.08.1991	84.000.000
BID	PROGRAMA SECTORIAL AGROPECUARIO-PSA ²⁷	08.12.1994	12.500.000
BIRF	ASISTENCIA TÉCNICA SUBSECTOR RIEGO PAT	19.10.1994	12.500.000
BID/BIRF	INVESTIGACIÓN AGRÍCOLA - PROMSA	30.04.1996	51.000.000
BID/FIDA	DESARR. PUEBLOS INDÍGENAS/NEGROS - PRODEPINE	12.06.1998	39.741.635
BIRF	REDUC. POBREZA/DESARR. LOCAL RURAL- PROLOCAL	03.01.2002	25.200.000
BID	PROYECTO DE REGULARIZACIÓN DE TIERRAS - PRAT	22.05.2002	15.200.000
BID	FONDO INVERSIÓN SOCIAL FISE III	22.05.2002	40.000.000
RECURSOS NATURALES Y AMBIENTE			
BIRF	DESARR. MINERO/CONTROL AMBIENTAL-PRODEMINCA	08.03.1994	14.000.000
BIRF	ASISTENCIA TÉCNICA MEDIO AMBIENTE - PATRA	01.08.1996	15.000.000
INFRAESTRUCTURA			
BID/CAF	CARRETERA CUENCA MOLLETURO-NARANJAL ²⁸	1987- 1997	162.000.000
COMERCIO EXTERIOR			
BIRF	PROYECTO DE COMERCIO EXTERIOR E INTEGRACIÓN	07.10.1998	21.000.000

Fuente: Informe Final de la Auditoría Integral de la Deuda Ecuatoriana, Comisión para la Auditoría Integral del Crédito Público (CAIC), Resumen Ejecutivo, Nov. 2008.

El proyecto FASBASE I inicia formalmente en el año 1993, el valor del préstamo ascendió a US\$ 70 millones, y sus acciones se dirigían al mejoramiento y ampliación de la atención provista por el subsector público de salud. Posteriormente en el año 1999 se amplía el proyecto, llamado FASBASE II (al principio PROSADE), para asegurar el cumplimiento de algunos objetivos no alcanzados con el primer proyecto, con un crédito adicional de US\$ 20,2 millones que debía culminar en julio del 2001.

El proyecto MODERSA, que tenía como objetivo inicial “el mejoramiento del acceso, la eficiencia y la calidad de los servicios de salud, particularmente los cuidados de salud maternos e infantiles, en las provincias y municipalidades participantes”, fue aprobado en el año 1998 con un monto de US\$45 millones.

A través de la implementación de los tres proyectos mencionados, se concreta la aplicación de las reformas neoliberales impulsadas en el sector salud en este caso por el Banco Mundial⁵⁴ en el Ecuador. La aplicación de las apuestas de privatización y reformas en el campo de la salud varía de país en país. En el caso del Ecuador, como se menciona en el informe de la Comisión de Auditoría de la Deuda Pública, gracias al boom petrolero de los años 70, se contaba con una importante infraestructura de salud (unidades administrativas, hospitales, centros, subcentros, puestos de salud) en todo el país y con una planta central del Ministerio de Salud Pública muy bien formada a base de un enfoque de medicina social y de salud colectiva.

Esta realidad hizo que los planteamientos iniciales de los proyectos y programas de los organismos multilaterales se adapten a las condiciones nacionales en su implementación. Un ejemplo de este caso es justamente la aplicación del modelo de gestión territorial de servicios de salud, mientras en los lineamientos originales la acción se orientaría a la descentralización administrativa de la prestación de servicios de salud hacia los gobiernos seccionales, en la práctica lo que se activó fue un proceso de desconcentración de la entidad pública a través de la creación de las áreas de salud, vista como un primer paso para la cogestión de los gobiernos seccionales y la progresiva transferencia de competencias.

La organización del Ministerio de Salud Pública en base a áreas de salud responde también, dentro de los planteamientos del Banco Mundial, a un interés de iniciar una transición hacia un modelo de atención de salud gerenciada, con objetivos de autogestión y recuperación de costos, en el que la estrategia de sostenibilidad financiera se base en la capacidad de pago de los pacientes, contemplando una gratuidad selectiva y focalizada (CAIC, 2008).

El rol que estos proyectos desempeñaron en los procesos de reforma del sector salud en la década de los noventa es hasta el momento recordada por los funcionarios que han colaborado en el Ministerio de Salud Pública desde hace más de veinte años.

En las entrevistas realizadas, la percepción sobre la gestión de los proyectos del Banco Mundial en el Ecuador es por demás negativa. Entre otros aspectos se menciona el hecho de que cumplían en la práctica un papel de “ministerio paralelo” en donde se definía qué acciones se iniciaban y cuáles no. Adicionalmente se resalta con frecuencia

⁵⁴ Para analizar la influencia, contenidos e ingerencia del organismo internacional en la definición de la política pública, en las decisiones y operaciones del sector revisar el Informe de Auditoría Integral del Endeudamiento Público, Análisis del sector salud.

el ilógico manejo de fondos de los proyectos (parte de la deuda externa ecuatoriana), dentro del cual la discrecionalidad de remuneraciones, las consultorías con valores desmedidos y el despilfarro de recursos se convertía en práctica común.

Otro elemento que surge en las entrevistas consiste en la campaña de desprestigio, realizada en el marco de estos proyectos, del sector público y del Estado como proveedor de servicios o gestor. El discurso que se difundía territorialmente a nivel nacional era el de la necesidad de acabar con un Ministerio de Salud ineficiente e incapaz de revertir las condiciones de salud de la población, y de promocionar a su vez a un sector privado y a los gobiernos locales, eficientes per se, como los actores llamados a cambiar la situación del sector⁵⁵.

Una vez revisados (brevemente) los contenidos principales de los proyectos y las agendas de los organismos multilaterales que auspiciaron algunas de las iniciativas implementadas en el período de análisis en el sector salud, es importante registrar el camino de la reforma del sector y otros factores que determinaron su evolución.

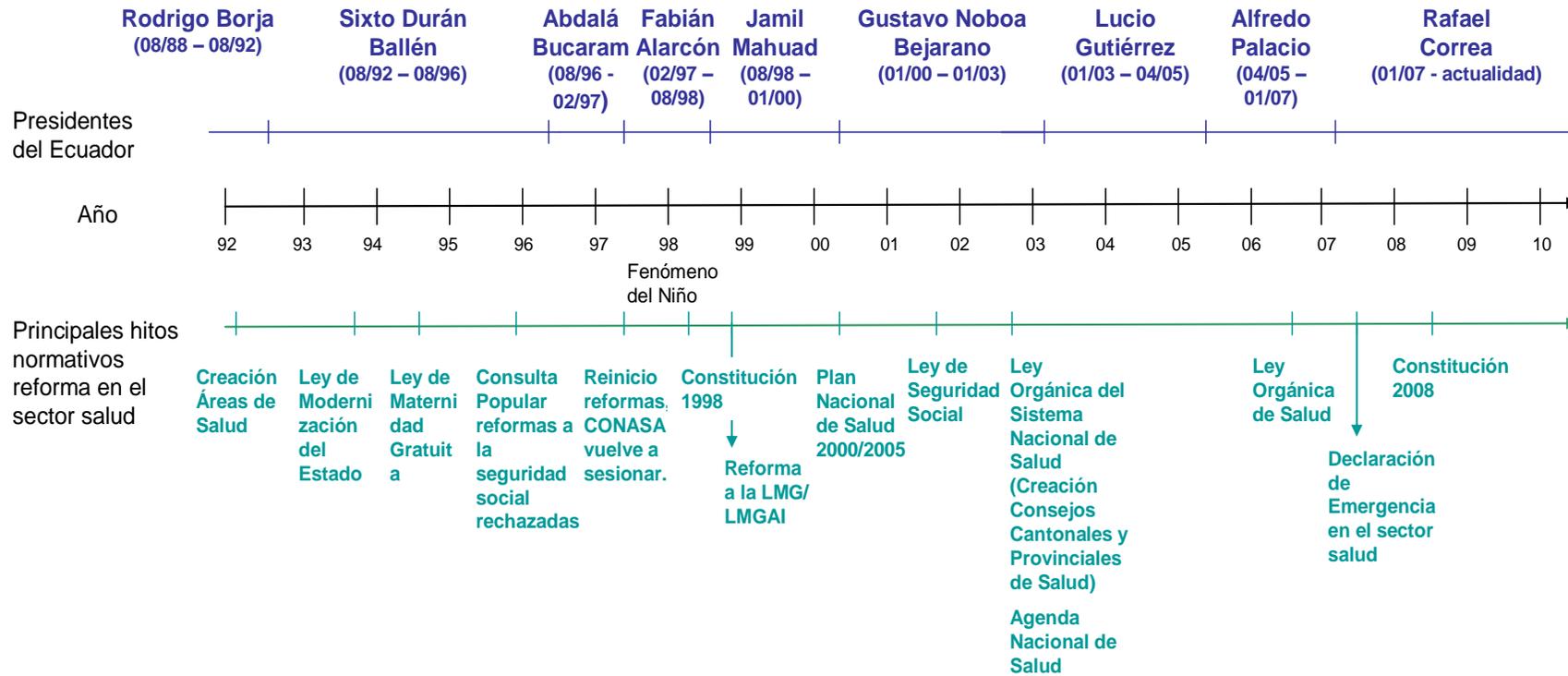
Hitos del proceso de reforma del sector salud

Los múltiples esfuerzos realizados por los diferentes actores de la salud por impulsar la construcción del Sistema Nacional de Salud se evidencian cuando se hace una breve revisión de los macro procesos de reforma del sector, por lo que a continuación se recogerán los principales hitos en la trayectoria del sector salud, que se desarrollan paralelamente a la consolidación de las áreas de salud y que determinan también los momentos de intensificación de la desconcentración y la descentralización en la agenda de políticas del sector.

Para el análisis consiguiente se ha diseñado un esquema cronológico que resalta los hitos normativos y políticos, que a base del trabajo de investigación realizado, se han identificado como avances significativos o puntos de quiebre en los procesos de reforma del sector salud desde el año 1992 hasta el año 2008. Posteriormente se desarrollan con mayor o menor profundidad algunos de los elementos identificados gráficamente y se justifica su importancia en la revisión histórica general del sector.

⁵⁵ Anecdóticamente se menciona en una de las entrevistas realizadas, la elaboración de afiches por parte del Proyecto MODERSA, los cuales consistían en una ilustración de un quijote atacando a una representación gráfica del MSP.

Esquema 4: Cronología Presidentes del Ecuador / Principales hitos normativos de la reforma del sector salud



Fuente: Varias fuentes

Elaboración propia

Modernización del Estado

Con la expedición de la Ley de Modernización del Estado, Privatizaciones y Prestación de Servicios Públicos por parte del Sector Privado en el año 1993 y la creación del Consejo Nacional de Modernización (CONAM), se da paso a la elaboración de propuestas de modernización sectorial y privatización en diferentes ámbitos de política.

El sector salud no fue la excepción, es así que el CONAM en el año 1994 lidera una comisión técnica conformada por técnicos del Ministerio de Bienestar Social y del Ministerio de Salud Pública para realizar una propuesta de reforma a la seguridad social y a la prestación de servicios de salud. Dicha propuesta de reformas consistía en una apuesta privatizadora de la seguridad social en la que se promovía la creación de administradoras privadas del fondo de pensiones y la libre oferta de seguros de salud privados. Se desarrolló en ese entonces una reacción de diferentes actores sociales y políticos que no estaban de acuerdo con la propuesta del CONAM, llegando a ser negada en el plebiscito sobre reformas constitucionales, incluyendo el ámbito de la seguridad social, realizado en noviembre de 1995 (Echeverría, p.216⁵⁶).

Como respuesta a los planteamientos del CONAM, el Consejo Nacional de Salud (CONASA) inicia la elaboración de una contrapropuesta la cual incluía la iniciativa de construir el Sistema Nacional de Salud y un esquema de aseguramiento de la atención pública mediante una alianza del IESS y del Ministerio de Salud Pública. El CONASA para la discusión y construcción del documento contó con el apoyo de los organismos internacionales, por esta vez unidos en la Comisión Interagencial de Apoyo a la Reforma, conformada por el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y la Agencia de Cooperación de Estados Unidos, bajo la coordinación de la OPS/OMS.

Así como el CONASA, otras instituciones y actores elaboraron propuestas de reforma a la seguridad social y al sector salud entre los años 95 y 96; el IESS, la Secretaría Técnica del Frente Social, el Consejo Superior del IESS, entre otros actores plantearon sus aportes y visiones acerca de las transformaciones requeridas en el sector. Según Echeverría, a mediados de 1996, existían aproximadamente 18 propuestas de reforma en el campo de la salud y 21 en el de la seguridad social.

⁵⁶ “Las políticas de salud y el sueño de la reforma”, Ramiro Echeverría, s.f.

Ley de Maternidad Gratuita

Paralelamente a las discusiones en relación a las reformas del sector salud y seguridad social, en el año 1994 se aprueba, en el Congreso Nacional, la Ley de Maternidad Gratuita, normativa que buscaba revertir la situación de desatención de las mujeres y niños, contribuir a la reducción de la mortalidad materno infantil, el fortalecimiento de la participación ciudadana en los procesos de toma de decisiones y lograr mejoras en la calidad y acceso a la atención. La Ley garantiza el acceso a la atención gratuita durante el embarazo, el parto y el nacimiento, así como a los servicios básicos de salud infantil, estimulando, gracias a la eliminación de la barrera económica, la ampliación de la cobertura y la concienciación de la salud como un derecho (Hermida, 2005)⁵⁷.

Además de significar una conquista para los movimientos de mujeres, que lideraron la elaboración y promoción de la aprobación de la Ley de Maternidad Gratuita, ésta introduce cambios en la relación del Ministerio de Salud Pública y de los otros prestadores de servicios de salud con los gobiernos locales, particularmente con los municipios del país, y con la sociedad civil local. Es esta innovación la que requiere explicarse brevemente en el presente trabajo.

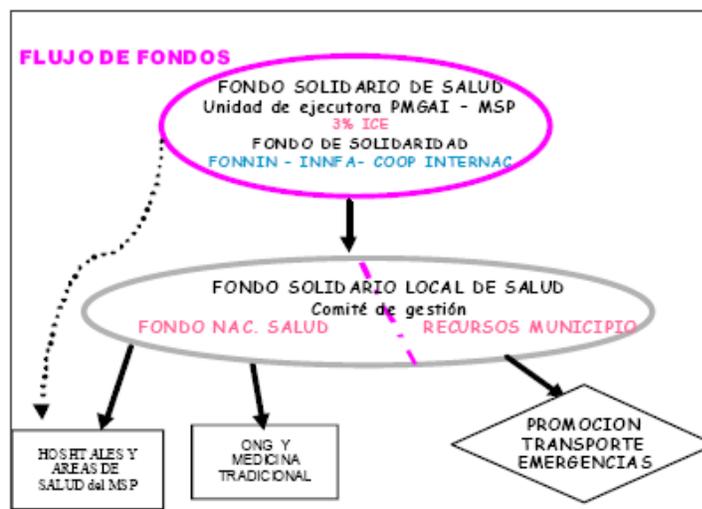
La Ley de Maternidad Gratuita separa las funciones de financiamiento y pago de la prestación de servicios de atención, establece que las transferencias para el cumplimiento de la norma se realizan a los Municipios con una instancia de veeduría social a cargo de Comités de Gestión Locales y determina la creación de Comités de Usuarios para monitorear la implementación de la ley. Es importante mencionar que la ley aprobada originalmente en 1994 tuvo algunas reformas medulares en el año 1998, impulsadas en ese momento por el Consejo Nacional de Mujeres, CONAMU (creado en 1996). Las incorporaciones que se realizaron en la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la

⁵⁷ Hermida, J., Romero, P., Abarca, X., Vaca, L., Robalino, M.E., y Vieira, L. 2005. La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI) en el Ecuador. Informe LACRSS No. 62. Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) por el Proyecto de Garantía de Calidad.

Infancia determinaron una serie de prestaciones gratuitas que cubriría la Ley así como ampliaron el financiamiento que existía para su cumplimiento⁵⁸.

En relación a su financiamiento, se identificaron otras fuentes de recursos públicos. En la ley aprobada en 1994 se establecía una participación del Impuesto a los Consumos Especiales (ICE), incorporando un monto anual proveniente del Fondo de Solidaridad para el Desarrollo Humano (capitalizado por las utilidades de las empresas eléctricas, telefónicas del Estado y los fondos resultantes de la venta de empresas públicas), del Fondo Nacional para la Nutrición Infantil (FONIN, creado para los sectores de salud, educación y bienestar social en 1988), otras posibles fuentes de financiamiento como recursos del Instituto del Niño y la Familia (INNFA), y los fondos que los gobiernos locales destinen para la promoción de la salud sexual y reproductiva.

Esquema 5: Flujo de Fondos Asignados a la LMGYAI



Fuente: Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

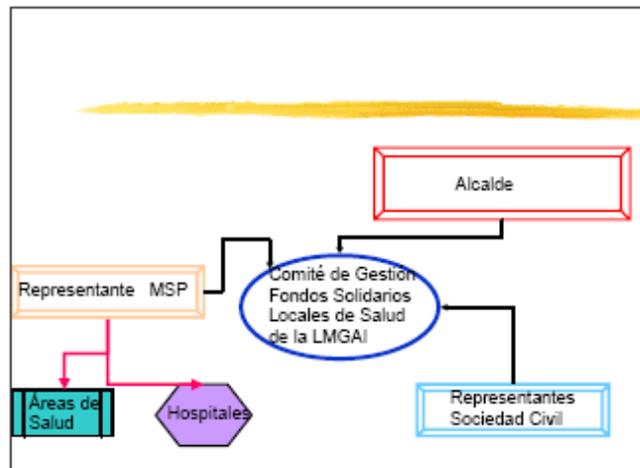
Nota: la flecha punteada es el flujo provisional hasta el pleno funcionamiento de los Comités de Gestión.

Fuente: Hermida, J., Romero, P., Abarca, X., Vaca, L., Robalino, M.E., y Vieira, L. 2005. La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI) en el Ecuador. Informe LACRSS No. 62. Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) por el Proyecto de Garantía de Calidad.

⁵⁸ Ver Anexo 7 de “Prestaciones de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia” (posterior a las reformas del año 2002).

En el modelo de gestión diseñado en la LMGAI, los Comités Locales de Gestión de la Salud (integrados por el Alcalde, el Jefe del Área de Salud, representantes de las organizaciones comunitarias, representantes de las organizaciones de mujeres, y representantes de las organizaciones campesinas o indígenas), asignarían los fondos para cubrir la prestación de los servicios de salud a las unidades ejecutoras del sistema de salud del Ministerio de Salud Pública, es decir hospitales y áreas de salud por servicio prestado, como se muestra en el esquema a continuación.

Esquema 6: Relaciones entre Municipalidades y Comités Locales de Gestión de la LMGYAI



Fuente : Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia

Elaboración: Hermida, et.al, op. cit.

Con el esquema de gestión identificado se pretendía combatir una realidad presupuestaria de las Unidades del Ministerio de Salud Pública en lo local: la limitada capacidad de adquirir insumos, suministros y medicinas por contar con montos insuficientes asignados desde el nivel central (relacionado con la reducción presupuestaria para el sector). Esta condición provocaba que las personas que requerían atención en las instancias públicas debían adquirir lo necesario para ser atendidas. La innovación de la LMGAI permitía destinar directamente los recursos de los Fondos Solidarios Locales de Salud a la compra por parte del MSP de medicamentos y suministros para atender a la madre y al niño.

Adicionalmente el incentivo para las unidades de salud públicas consistía en que el reembolso se realizaba a base de los reportes de los servicios prestados⁵⁹.

*La “Reforma Silenciosa”*⁶⁰

Al inicio del gobierno del Presidente Abdalá Bucaram, en agosto del año 1996, existía una serie de propuestas de reforma tanto en el campo del sector salud, como en el ámbito de la seguridad social. En los siete meses de Gobierno los procesos de discusión sobre las reformas del sector se detuvieron, sin que se realizara incluso ni una sola convocatoria al Consejo Nacional de Salud, CONASA, en ese período.

Según los elementos resaltados por Ramiro Echeverría y las personas entrevistadas durante la investigación, en este momento se hace más perceptible el descontento de los trabajadores de la salud y del Ministerio de Salud Pública por los recortes presupuestarios al sector y por el inicio de la implementación de las propuestas de descentralización hacia los municipios⁶¹. Se registra en este gobierno el intento, fallido, de la municipalización de ciertos hospitales cantonales y el énfasis en la autonomía financiera y la recuperación de costos por parte de las unidades de salud de la red pública.

El Presidente Bucaram fue destituido el 7 de febrero de 1997 por el Congreso Nacional aduciendo incapacidad mental para ejercer el cargo. Asume la presidencia interina la Vicepresidenta Rosalía Arteaga, y finalmente se nombra Presidente de la República al entonces Presidente del Congreso, Fabián Alarcón.

Con el nuevo gobierno se reinstala el CONASA y se retoman las discusiones sobre las reformas del sector salud. En el tercer trimestre del año 97 ocurre en el Ecuador el desastre natural causado por el Fenómeno del Niño, cuyas consecuencias tuvieron un gran impacto en el sector de la salud.

⁵⁹ Para un análisis más profundo de los impactos, resultados y limitaciones de este esquema ver Hermida, J., Romero, P., Abarca, X., Vaca, L., Robalino, M.E., y Vieira, L. 2005. La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI) en el Ecuador. Informe LACRSS No. 62

⁶⁰ Denominada así por Ramiro Echeverría en varios de sus textos en los que analiza los procesos de reforma en el sector salud.

⁶¹ En las entrevistas se hace referencia a que las principales resistencias para progresar en procesos de descentralización del sector salud provenían de los sindicatos y gremios de trabajadores de la salud del Ministerio de Salud Pública.

El monto total de daños ocasionados por el Fenómeno del Niño de 1997- 1998 en el Ecuador se estima en US\$ 2.869,3 millones. De ellos, US\$ 783,2 millones (27%) corresponden a daños directos y US\$ 2.086,1 millones (73%) a daños indirectos⁶². En el campo de la salud las inversiones que se realizaron para dar respuesta inmediata a la emergencia ascendieron a US\$ 1 millón del presupuesto del Ministerio de Salud Pública, US\$ 1 millón entregados al Ministerio por parte de la Defensa Civil y cerca de US\$ 8 millones del préstamo del Banco Mundial en el marco del Proyecto FASBASE, que posteriormente aumentó en US\$ 5 millones para la fase de consolidación de las acciones de mitigación (MSP, OPS, s/f).

En septiembre del año 1997 se realiza el plebiscito que ratifica a Fabián Alarcón como Presidente Interino del Ecuador y se aprueba la realización de reformas constitucionales. En diciembre del mismo año inicia en sus labores la Asamblea Nacional Constituyente, presidida por Oswaldo Hurtado.

En el contexto de la elaboración de una nueva Constitución Política para el país, los diferentes sectores sociales, actores institucionales y políticos inician una serie de discusiones y de preparación de insumos para ponerlos a disposición de la Asamblea Nacional Constituyente. En el caso del sector salud tanto el CONASA como el Ministerio de Salud Pública, con el apoyo de OPS/OMS, plantean sus propuestas para ser incorporadas en la nueva carta política del Ecuador, después de un proceso deliberativo que “convocó la participación de más de 1000 actores institucionales del sector salud en todo el país, con el propósito de establecer los CONSENSOS necesarios para arribar a una propuesta con respaldo técnico, político y social suficiente a la Asamblea” (Echeverría, p.43).

Constitución de 1998

Una vez revisados en la sección anterior los contenidos de la Constitución de 1998 en relación a la desconcentración y descentralización estatal, es importante mencionar a su vez, los avances, como hito normativo, que se consagraron en la Carta Política aprobada en mayo de 1998 en el ámbito de la salud.

⁶² “El fenómeno del niño en el Ecuador”, Ministerio de Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud. <http://www.paho.org/spanish/ped/ElNino-cap10-Ecuador.pdf> . Ver Anexo 8 “Cuadro Resumen Daños ocasionados por sector Ecuador 1997 – 1998”.

Las propuestas entregadas a la Asamblea Nacional Constituyente de 1998 por parte de los actores institucionales del sector de la salud contenían temas puntuales considerados como esenciales para la Constitución. Estos giraban en torno a: a) el reconocimiento del derecho a la salud, b) el fortalecimiento del rol rector del Estado, c) la importancia de la promoción de la salud, d) la construcción del Sistema Nacional de Salud, e) la existencia del seguro médico universal, f) el acceso a medicamentos, y g) el financiamiento del sistema (Echeverría, p. 47).

A continuación se cita el texto aprobado finalmente, el cual recoge los principales planteamientos.

Sección cuarta De la salud

Art. 42.- El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

Art. 43.- Los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos. Los servicios públicos de atención médica, lo serán para las personas que los necesiten. Por ningún motivo se negará la atención de emergencia en los establecimientos p públicos o privados.

El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la educación alimentaria y nutricional de madres y niños, y en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social.

Adoptará programas tendientes a eliminar el alcoholismo y otras toxicomanías.

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

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

Art. 46.- El financiamiento de las entidades públicas del sistema nacional de salud provendrá de aportes obligatorios, suficientes y oportunos del Presupuesto General del Estado, de personas que ocupen sus servicios y que tengan capacidad de contribución económica y de otras fuentes que señale la ley.

La asignación fiscal para salud pública se incrementará anualmente en el mismo porcentaje en que aumenten los ingresos corrientes totales del presupuesto del gobierno central. No habrá reducciones presupuestarias en esta materia.

Fuente: Constitución Política del Ecuador, 1998.

Una vez aprobada la Constitución del año 1998 con las significativas incorporaciones en el campo de la salud, reconociéndola como un derecho ciudadano y haciendo énfasis

en el rol del Estado en este ámbito, se da paso a la aprobación de algunas leyes que complementarían el nuevo marco normativo.

Adicionalmente, en el período de gobierno de Jamil Mahuad, se plantean algunas reformas institucionales del Ministerio de Salud Pública en relación a su gestión interna y se fortalecen las relaciones con algunos gobiernos seccionales que habían iniciado la ejecución de programas y proyectos de salud. En el marco de la política pública es lanzado, para el período presidencial, el Plan de Gobierno de Salud 1998 – 2002 por el Ministro Edgar Rodas.

Después del derrocamiento del Presidente Jamil Mahuad en enero del año 2000, como consecuencia de la crisis desatada por el salvataje bancario en 1999 y la implementación de la dolarización, se posesiona Gustavo Noboa como Presidente del Ecuador hasta enero del año 2003. En este período se aprueban algunas leyes relacionadas con la salud, como la Ley de Medicamentos Genéricos (Registro Oficial No. 59, 17 abril del año 2000), Ley Trole II que incluye reformas al registro sanitario (Registro Oficial No. 144 de agosto 18 del 2000) y la Ley de Seguridad Social (Registro Oficial Suplemento 465, 30 de noviembre del 2001).

Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud

En el año 2002, se aprueba en el Congreso Nacional la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (Registro Oficial No. 670 de 25 de Septiembre del 2002) ⁶³. La mencionada norma tiene especial relevancia para los sectorialistas de salud porque avanza en las definiciones realizadas en la Constitución de 1998, determina principios y normas generales para la organización del anhelado Sistema Nacional de Salud y establece algunos mecanismos institucionales de participación de los actores de la salud a nivel local. En este sentido, la Ley nombra a todos los miembros del Sistema Nacional de Salud:

⁶³ Una versión de la Ley fue discutida y validada en el I Congreso por la Salud y la Vida realizado en la ciudad de Quito en mayo del 2002.

Cuadro 7

Integrantes del Sistema Nacional de Salud
Ministerio de Salud Pública y sus entidades adscritas.
Ministerios que participan en el campo de la salud
El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS; Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, ISSFA; e, Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional, ISSPOL
Organizaciones de salud de la Fuerza Pública: Fuerzas Armadas y Policía Nacional
Las Facultades y Escuelas de Ciencias Médicas y de la Salud de las Universidades y Escuelas Politécnicas
Junta de Beneficencia de Guayaquil
Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, SOLCA
Cruz Roja Ecuatoriana
Organismos seccionales: Consejos Provinciales, Consejos Municipales y Juntas Parroquiales
Entidades de salud privadas con fines de lucro: prestadoras de servicios, de medicina prepagada y aseguradoras
Entidades de salud privadas sin fines de lucro: organizaciones no gubernamentales (ONG's), servicios pastorales y fiscomisionales
Servicios comunitarios de salud y agentes de la medicina tradicional y alternativa
Organizaciones que trabajan en salud ambiental
Centros de desarrollo de ciencia y tecnología en salud
Organizaciones comunitarias que actúen en promoción y defensa de la salud
Organizaciones gremiales de profesionales y trabajadores de la salud
Otros organismos de carácter público, del régimen dependiente o autónomo y de carácter privado que actúen en el campo de la salud

Fuente: Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, 2002

Adicionalmente, la Ley menciona que el Sistema funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa, y que sus integrantes se relacionarán mediante las funciones de coordinación, provisión de servicios, aseguramiento y financiamiento. Para la implementación del componente participativo, descentralizado y desconcentrado del Sistema, la Ley establece la creación de los Consejos de Salud, como organismos de representación de los integrantes del Sistema, instancias de coordinación, concertación sectorial, y articulación interinstitucional.

En el ámbito de la desconcentración y la descentralización, se dispone la implementación de los Consejos Provinciales de Salud y los Consejos Cantonales de Salud en todo el país. Este mecanismo incorpora una modalidad interesante, ya que en todos sus niveles los Consejos son presididos por la autoridad electa territorial, es decir,

el Prefecto en el caso de las provincias, y el Alcalde en el caso de los cantones, y sus secretarías técnicas son ejercida por los representantes del Ministerio de Salud Pública, llámense Directores Provinciales o Jefes de Área de Salud. Las principales funciones de estos espacios son: a) aplicar la política nacional de salud, b) formular el Plan Integral de Salud, c) coordinar acciones de promoción de la salud, d) apoyar la organización de la red de servicios, e) promover la participación, control social y exigibilidad de los derechos, y, f) vigilar la celebración de contratos y convenios de prestación de servicios de salud. En el mapa a continuación se puede observar el número de consejos cantonales de salud en funcionamiento al año 2007.

Mapa 2: Consejos Cantonales de Salud, 2007



Tomado de: Perfil de los sistemas de salud Ecuador. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma, Octubre, 2008, OPS.

En las entrevistas realizadas se resalta la importancia que tuvo esta Ley para impulsar el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud con instancias participativas a nivel local y fortaleciendo el rol del CONASA en las decisiones de política pública en el sector salud. Lastimosamente también se menciona en las entrevistas que aunque consistió en

un hito normativo importante, la implementación, coordinación y articulación con los proveedores de servicios de salud del sector privado todavía no se ha logrado de manera consistente y generalizada.

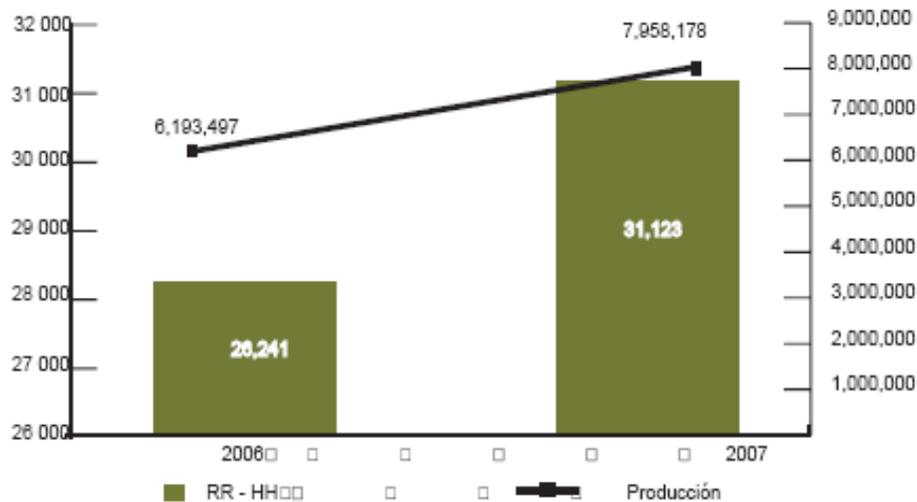
Tal como se muestra en el esquema cronológico de hitos normativos y de política, el siguiente momento importante para el sector fue la aprobación de la Ley Orgánica de Salud, la cual reemplazó al Código de Salud vigente hasta el año 2006 (Registro Oficial No. 423, 22 de diciembre del 2006).

Declaración de Emergencia del sector salud

Al inicio del gobierno del Presidente Rafael Correa, en marzo del año 2007, se declara la emergencia del sector salud y se realiza una inyección de recursos provenientes del no pago de los intereses de la deuda externa de aproximadamente US\$ 50 millones. La declaratoria de emergencia del sector también posibilitó el uso de fondos de contingencia y la posibilidad de realizar contrataciones directas para el aumento de personal, insumos e infraestructura de salud⁶⁴. Los recursos fueron empleados en distintas áreas: "alrededor de \$11 millones en la contratación de 2882 médicos y personal de salud; más de \$24 millones en infraestructura física, equipamiento e insumos; \$7 millones en medicinas (VIH, vacunas y otros); \$4 millones en ambulancias, y más de \$2 millones en la adquisición de tomógrafos" (Diario Hoy, 3 agosto 2008).

⁶⁴ <http://www.explored.com.ec/noticias-ecuador/presupuesto-especial-para-salud-261227-261227.html>

Esquema 7: Resultados del Decreto de Emergencia Sanitaria, Abril 06 – Sep 07



Fuente: MSP- Producción Establecimientos De Salud, Abril-Septiembre 2006, 2007

Tomado de: Perfil de los sistemas de salud Ecuador. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma, Octubre, 2008, OPS.

Adicionalmente, previo a la declaratoria de la emergencia sanitaria, se firmó en Carondelet un Convenio de cooperación entre el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Ministerio de Salud Pública y el Consejo Nacional de Salud para compartir recursos humanos y tecnológicos, convenio considerado como un paso importante para la construcción del Sistema Nacional de Salud.

Constitución 2008

En los procesos de discusión generados a partir de la convocatoria a la realización de la Asamblea Nacional Constituyente en enero del año 2007, el Ministerio de Salud Pública y el CONASA, continuando con una práctica previa y documentada de generación de propuestas e impulso al debate sobre la problemática de salud, organizaron una serie de foros y asambleas sectoriales y ciudadanas para la elaboración de la propuesta a ser entregada como insumo para la elaboración de la nueva Constitución⁶⁵. La Constitución del Ecuador fue aprobada por la Asamblea Constituyente el 24 de julio

⁶⁵ Se menciona en este marco la realización del III Congreso por la Salud y la Vida entre el 8 y el 10 de abril del año 2007 con este objetivo. (El II Congreso Nacional por la Salud y la Vida se realizó en la ciudad de Guayaquil, en Septiembre del 2004, con la finalidad de lograr consensos nacionales en relación a la Política Nacional de Salud de país y la implementación de la LOSS).

del 2008, se ratificó a través de referéndum el 28 de septiembre del 2008 y fue expedida el 20 de octubre del mismo año mediante Registro Oficial No 449.

Los principales avances que se presentan en relación a la salud en la Constitución del año 2008 se detallan a continuación:

- a) Se establece la salud como derecho garantizado por el Estado, para que toda persona disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
- b) Se define la rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional (MSP)
- c) Se establece que la atención integral de salud se entregará a través de la red de servicios públicos y que será de acceso universal, inmediato y gratuito.
- d) Se fortalece al Sistema Nacional Integrado de Salud, incorporando la interculturalidad y posicionando a las medicinas ancestrales y alternativas.
- e) Se establece que los recursos para salud provendrán del presupuesto del Estado y se distribuirán en función de la población y las necesidades de salud.
- f) Se garantiza el financiamiento en salud por parte del Estado en forma ágil y oportuna a través de una preasignación y con un incremento no menor al 0.5% del Producto Interno Bruto, que representa aproximadamente 240 millones de dólares por año.
- g) Se garantiza la disponibilidad y entrega de medicamentos de calidad, sin costo directo al usuario y sin interferencia de intereses comerciales.
- h) Se garantiza el desarrollo integral del personal de salud.
- i) Se garantiza la atención priorizada y especializada a los niños, adolescentes, mujeres, adultos mayores y personas con discapacidades; así como, y en forma progresiva, la atención de enfermedades catastróficas (cáncer, enfermedades del corazón, insuficiencia renal, malformaciones congénitas, y otras), de forma gratuita y en todos los niveles.
- j) Se establece la responsabilidad del Estado para la prevención y control de las adicciones. Además, controlará y regulará la publicidad de alcohol y tabaco.

k) Se prohíbe a los establecimientos públicos o privados y a los profesionales de la salud negar por motivo alguno la atención de emergencia a todos los ciudadanos⁶⁶.

Un elemento adicional que incorporó la Constitución del año 2008 es la definición de competencias exclusivas constitucionales de los niveles de Gobierno en el marco de los procesos de descentralización. En el ámbito de la salud, la carta magna define que será competencia exclusiva de los Gobiernos Municipales el planificar, construir y mantener la infraestructura física y los equipamientos de salud.

Esta definición constitucional requerirá algunos pasos para su implementación y traspaso a los gobiernos municipales que pueden involucrar el diseño del modelo de gestión de la competencia, sus tiempos, recursos y mecanismos de coordinación y seguimiento desde el nivel central.

En general, lo establecido en la Constitución del 2008, contempla una ampliación en el reconocimiento del rol del Estado con respecto a la salud, determinando la gratuidad y universalidad de la prestación de servicios públicos de salud en todos los niveles, incluyendo las fases de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación.

Un tema de trascendental importancia, tomando en cuenta las reducciones presupuestarias que sufrió este sector en diferentes momentos, es la determinación de financiamiento proveniente de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado y la disposición de su crecimiento progresivo.

“En este sentido, los artículos de la nueva Constitución favorecen la reforma del sector, que en el país ha tomado el nombre de Transformación Sectorial de Salud del Ecuador, sustentada en los principios que rigen al SNS: equidad, calidad, eficiencia, participación, pluralidad, solidaridad y universalidad. Este proceso se orienta a la reorganización del actual sistema para convertirlo en un SNS integrado, integral, coordinado, solidario y que no demande el pago directo del usuario.” (MSP/OPS, p.20, 2008).

Adicionalmente, la Constitución del 2008, al reconocer al Estado como un Estado constitucional de derechos y justicia, plantea con fuerza la aplicabilidad y exigibilidad de

⁶⁶ Para ver una comparación detallada de los artículos constitucionales entre las Cartas Políticas de 1998 y 2008, ver “La Salud en la Nueva Constitución 2008”, MSP, 2008.

los derechos, su justiciabilidad, así como su aplicación inmediata sin necesidad de la emisión de una norma que desarrolle su atención (Ver Art. 11 Constitución de la República, 2008).

Como un elemento adicional se puede visibilizar a continuación lo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2009 – 2013 en relación a la salud.

Cuadro 8

La salud en el Plan Nacional de Desarrollo 2009 - 2013

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO	
OBJETIVO 3: Aumentar la esperanza y la calidad de vida de la población	
Política 3.1	Promover el desarrollo sectorial, la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.
Política 3.3-3.4	Asegurar la disponibilidad y el acceso universal, de forma progresiva, a medicamentos esenciales, seguros, eficaces y de calidad. Consolidar la autoridad y soberanía del Estado en el manejo de los recursos fitoterapéuticos.
Política 3.5.	Universalizar, de manera progresiva, el acceso permanente, oportuno, gratuito y sin exclusión a una atención integral en la red de servicios públicos de salud, con calidad y calidez, por ciclos de vida, con enfoque de género, generacional e interculturalidad, recuperando la salud como un derecho ciudadano. Fortalecer el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, con énfasis en la prevención, incluyendo la promoción y desarrollo de entornos favorables para la salud y la vida. Fortalecer la red integral de salud, incorporando progresivamente la atención de enfermedades catastróficas, accidentes, emergencias sanitarias, riesgos ambientales, violencia y discapacidades.
Política 3.6.	Fortalecer la promoción de la salud para el desarrollo de conocimientos, capacidades, actitudes y prácticas saludables; y la prevención de la enfermedad para mejorar el nivel de salud de la población .

Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2009, Presentación institucional.

Una vez finalizada la revisión histórica de los diferentes “momentos” de la reforma del sector salud parece importante, para complementar estos aportes, revisar brevemente el presupuesto del sector salud su evolución en el mismo período de análisis.

El presupuesto del sector salud

El construir una serie histórica del presupuesto del sector salud presenta algunas dificultades debido a limitaciones de información desde las fuentes oficiales. A pesar de ello, en los datos recopilados se puede observar cómo en el período entre 1985 y 1997 se evidencia una reducción del presupuesto de salud en relación al Presupuesto General del Estado, pasando de 6.5% en 1985 a 2.8% en el año 1997. Después de una recuperación en los años 1998 y 1999, el presupuesto cae una vez más en los primeros años de la dolarización en el Ecuador, 2000 y 2001.

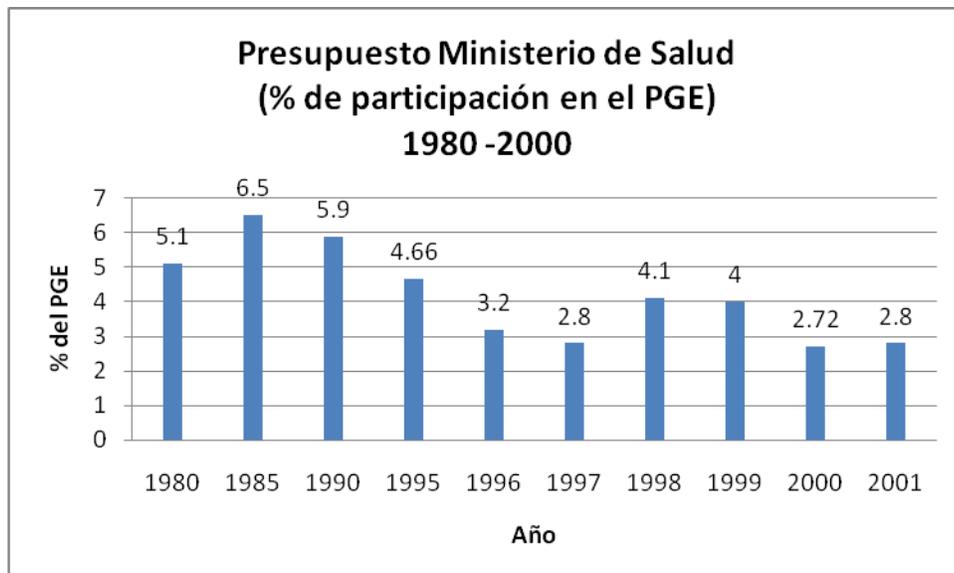
Cuadro 9

Presupuesto del Ministerio de Salud, 1980-2000

AÑOS	ASIGNACIÓN SECTOR SALUD	% DEL PRESUPUESTO NACIONAL
1980	2.290	5.10
1985	12.245	6.50
1990	98.515	5.90
1995	501.499	4.66
1996	475.498	3.20
1997	630.000	2.80
1998	1'080.000	4.10
1999	1'450.000	4.00
2000	2'140.000 (USD72'0)	3.70/2.72 *
2001	3'550.000 ** (USD146'0)	2.87

Fuentes: Varias (Informes MSP y Min. Economía y Finanzas) (*) Por efecto de maxi-devaluación y dolarización al convertir sucres a dólares este porcentaje se reduce a 2.72%. (**) Pro-forma presupuestaria presentada en el Congreso. A partir de este año rige plena dolarización, pero se presenta el dato equivalente en sucres con fines comparativos de la serie.

Esquema 8: Presupuesto Ministerio de Salud 1980 -2001



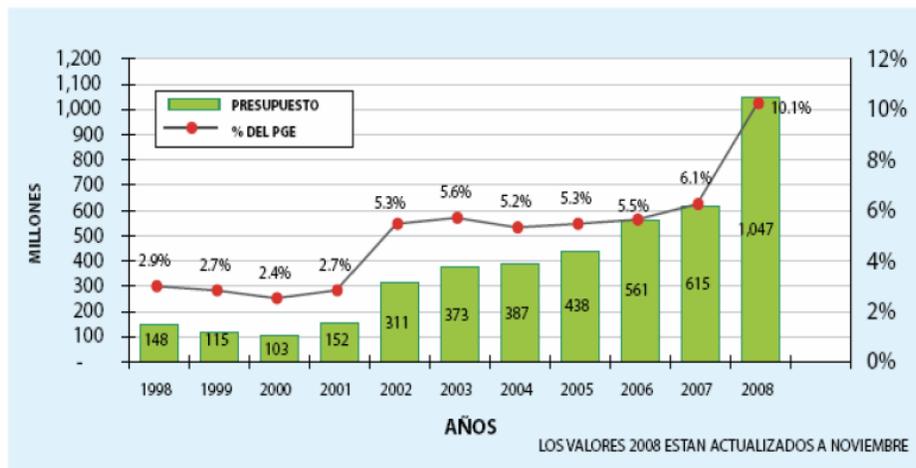
Fuente: Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Ecuador, 2da edición noviembre 2001, OPS.

El Informe de la Auditoría Integral, Análisis del sector salud, de la Comisión para la Auditoría Integral del Crédito Público afirma:

“El gasto estatal en salud como porcentaje del PIB en la década de los 90 va cayendo de tal manera que si en 1995 era de 1,1%, de por sí ínfimo, en el 2000 no llega más que al 0,6%. El propio Banco Mundial reconoce esta grave situación: “La proporción de gastos en salud correspondientes al MSP han caído significativamente desde mediados de los 1980: como proporción del PIB, del 1% al 0,8%, y como proporción del total gastado por el gobierno (excluido el servicio de la deuda) del 8,2% al 5,5%. Como resultado, los gastos reales per cápita han caído en aproximadamente el 40%⁶⁷”.

Según la información del Ministerio de Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud, se puede visibilizar cómo a partir del año 2001, la participación del presupuesto del sector salud (MSP) en el Presupuesto General del Estado aumenta progresivamente (cumpliendo de esta manera las disposiciones constitucionales de 1998), registrando un aumento más acelerado en los años 2007 y 2008 correspondientes al período de gobierno del Presidente Rafael Correa y la declaratoria de emergencia sanitaria.

Esquema 9: Evolución del presupuesto de Salud, 1998 - 2008



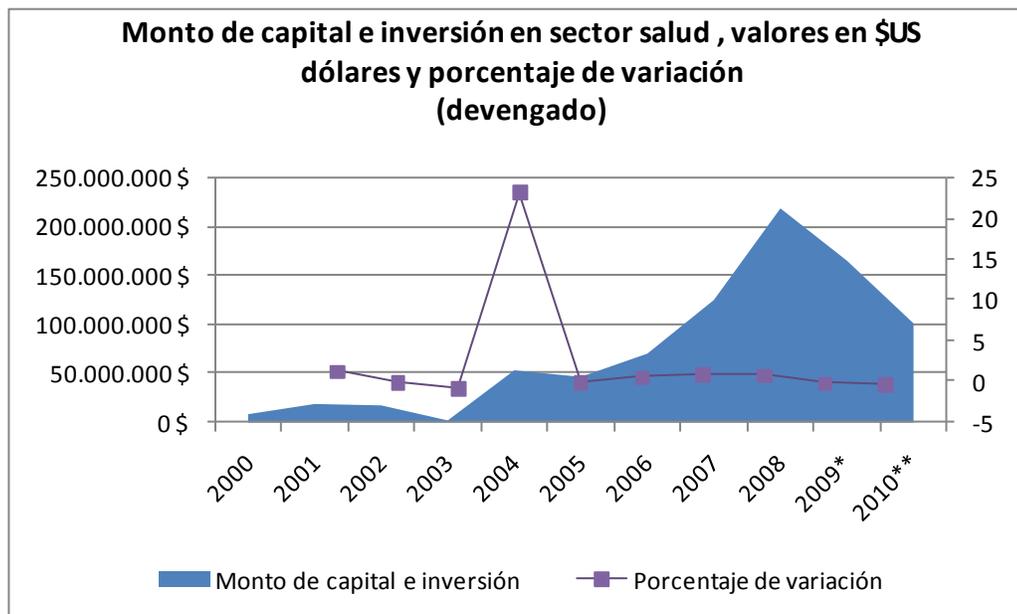
FUENTE: PRESUPUESTO MSP
ELAB: MSP - ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

⁶⁷ Márquez P., y Murrugarra, E. La salud en el Ecuador. En: Ecuador, crisis, pobreza y servicios sociales. Banco Mundial. Informe Confidencial 19920-EC.

Tomado de: “Estrategia de Cooperación de País, de la OPS/OMS en Ecuador, periodo 2010-2014”, WDC, septiembre 2009, MSP/OPS.

Un dato interesante sobre la evolución del presupuesto del sector salud de los últimos años, es el aumento en los rubros de inversión y capital que se registra a partir del año 2004 y que se profundiza a partir del año 2007, llegando a su punto más alto en el año 2008 ascendiendo a US\$ 218'831.500,46.

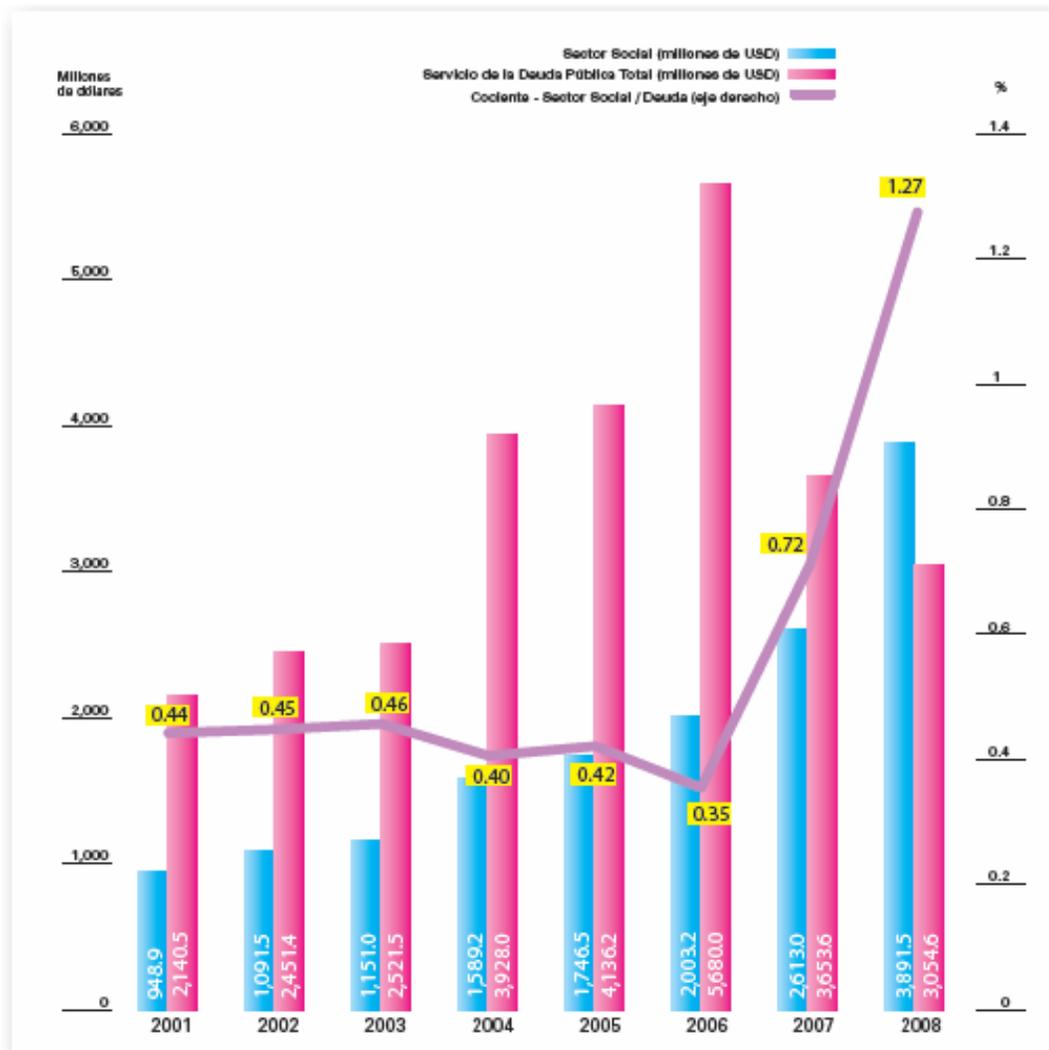
Esquema 10: Monto de capital e inversión en sector salud, 2000-2010



Fuente: Subsecretaría de Inversión Pública, SENPLADES, Información Presupuestaria del Ministerio de Salud, 2000-2010.
Elaboración propia.

En este sentido, es interesante observar como a partir del año 2008, se revierte la relación histórica entre el servicio de la deuda pública y la inversión en el sector social como se ve a continuación.

Esquema 11: Relación de la Inversión Social sobre el servicio de la Deuda Pública, 2001-2008



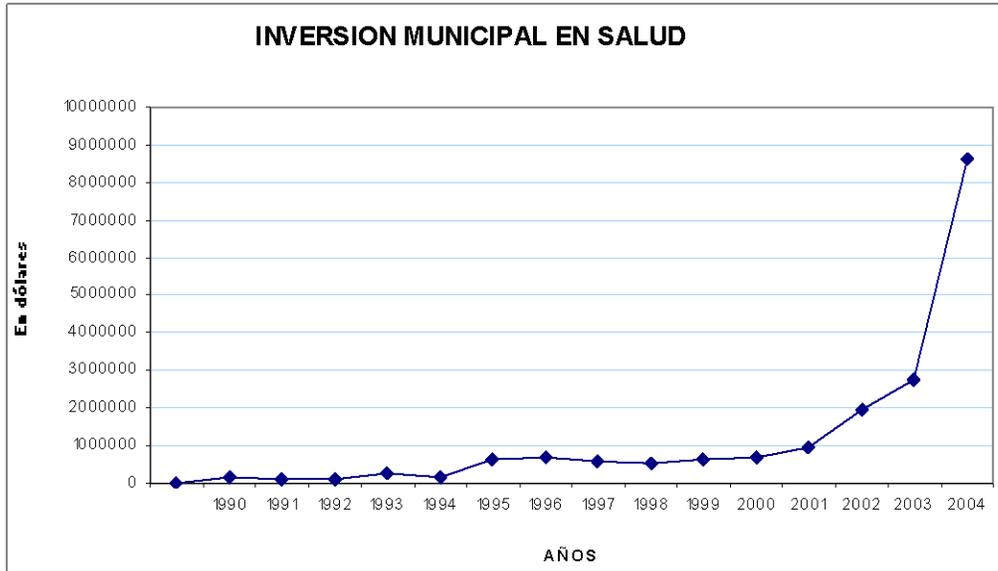
Fuente: MF (2001-2008)

Nota: La información del Servicio de la Deuda Pública Total corresponde a Base Caja.

Fuente: “Cómo va la inversión social”, MEF, 2008.

Además del presupuesto de salud que se asigna al Ministerio de Salud Pública y otras instituciones públicas, también se puede realizar un análisis de los recursos invertidos por los gobiernos locales en el sector salud. A continuación se presenta la evolución de la inversión social de los municipios y los consejos provinciales desde 1990.

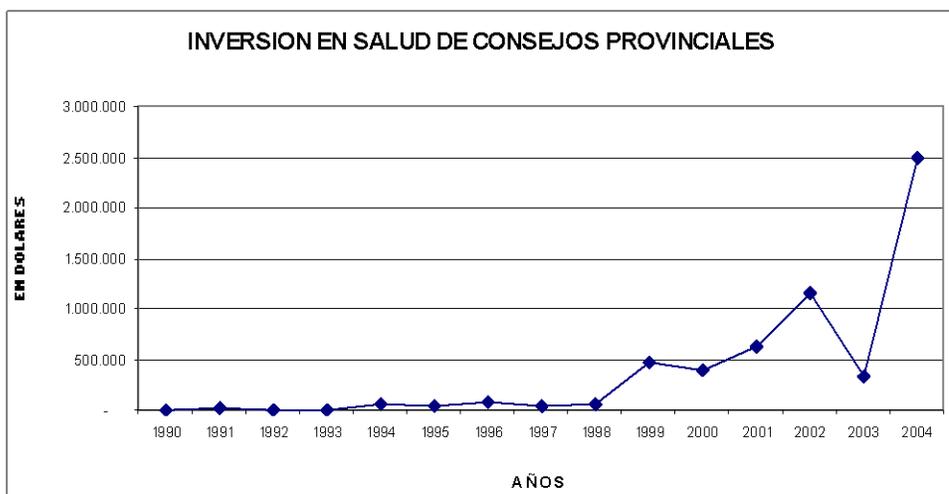
Esquema 12: Inversión Municipal en salud, 90-04



Fuente: Sistema de Información Municipal. Banco del Estado, 2005.

Como se puede observar, en el nivel municipal la inversión en el sector salud, aunque creció levemente hasta el año 2000, no era demasiado significativa, registrando en el año 2000 un valor de US\$ 705.196, mientras que después de un aceleradísimo crecimiento se estima en el año 2004 un monto de US\$ 8.616.988.

Esquema 13: Inversión en salud de Consejos Provinciales



Fuente: Sistema de Información Municipal. Banco del Estado, 2005.

Los consejos provinciales, en cambio, registran un crecimiento de su inversión en el sector salud a partir del año 1999, con una caída en el año 2003, ascendiendo en el 2004 a US\$ 2.499.505.

Como se puede observar, la inversión en salud desde los gobiernos locales no ha sido representativa en relación a los otros actores institucionales de la salud, aunque se puede evidenciar que el aumento de recursos en los dos casos se realiza a partir de la década del 2000. Con las definiciones constitucionales que asignan competencias en salud a los gobiernos municipales, se debe replantear tanto desde el nivel central como desde la distribución de recursos dentro de los gobiernos locales el tema de la inversión en salud para poder cumplir integralmente las disposiciones de la Constitución sobre su financiamiento.

Para finalizar la revisión de los diferentes factores que podrían haber tenido relación con la evolución de las reformas y el desempeño del sector salud en el período de análisis, es interesante adicionar un dato que evidencia la inestabilidad del direccionamiento de los procesos de transformación y ejercicio del sector: desde 1992 hasta el año 2007, 18 Ministros/as de Estado han pasado por la institución encargada del sector salud en la Función Ejecutiva, siendo el promedio de ejercicio del cargo de 10.6 meses⁶⁸.

Conclusiones preliminares

La OPS/OMS en el Perfil del Sistema de Salud del 2008, establece como conclusión que no ha existido en el país un proceso real de reforma del sector salud, entendida como el impulso a cambios profundos y sostenidos en la estructura del sector. Entre las razones que se encuentran en el documento para esta afirmación están a) la inestabilidad política-administrativa que se presentó en el país, b) la existencia de políticas coyunturales y contradictorias en los diferentes períodos de gobierno, c) la resistencia de las organizaciones sociales progresistas y d) la falta de consensos entre los actores involucrados.

⁶⁸ Para el cálculo no se incluye ni el primer Ministro del período, Plutarco Naranjo Vargas del 10-08-88 / 10-08-92, único que duró cuatro años en el cargo, ni la última autoridad del período de análisis (2008), Caroline Chang Campos. 15-01-2007 / 21-04- 2010. Ver Anexo 9 Cronología de Ministros/as de Salud Pública.

Muchos de los elementos mencionados en el análisis de la OPS/OMS son acertados, (algunas consideraciones se pueden observar en el análisis precedente), más existe una discusión de fondo que ha tenido sus momentos de mayor intensidad en el período analizado y que no se encuentra identificada por el organismo internacional: es el debate acerca del rol del Estado y las responsabilidades que debe asumir en relación a los sectores sociales.

En este sentido las “políticas contradictorias” que se evidenciaron en el ámbito de la salud, responden a una tensión entre diferentes sectores y visiones que se agudiza en los momentos de aplicación de las propuestas modernizadoras del Estado de tendencia neoliberal en el Ecuador, orientadas a la privatización de la prestación de servicios, y que activa la reacción, continuación o moderación de la agenda desde diferentes actores políticos, sociales, institucionales. La “falta de consensos entre los actores involucrados” podría interpretarse como un puro resultado de las condiciones del diálogo o de la falta de organización en la discusión, cuando los consensos no iban a llegar en ciertos momentos por una marcada diferencia sobre la conceptualización del quehacer de lo público en este sector.

Otro factor de trascendental importancia es el del presupuesto destinado para el sector. Aun si la intención era disminuir la presencia de los actores públicos en la prestación de servicios de salud o impulsar la delegación de competencias a otros niveles de gobierno (como parte del Estado), la inyección de recursos económicos se hacía necesaria para caminar en la transición hacia ese nuevo modelo de gestión de los servicios de salud y generar capacidades en los actores receptores de la responsabilidad. En la práctica la institucionalidad pública de salud vio una reducción progresiva de sus recursos financieros, llegando incluso a un momento de no pago de las remuneraciones al personal de la salud, que impidió la profundización de cualquier tipo de reforma en el sector.

A pesar de ello, los avances y el camino recorrido por los actores del sector, se concretan en normativas (Constitución y leyes principalmente) que dan pautas para la aplicación y puesta en acción de la transformación del sector salud, con la posibilidad de aprender de las experiencias previas y los elementos técnicos, conceptuales y políticos que se han ido desarrollando en el trayecto.

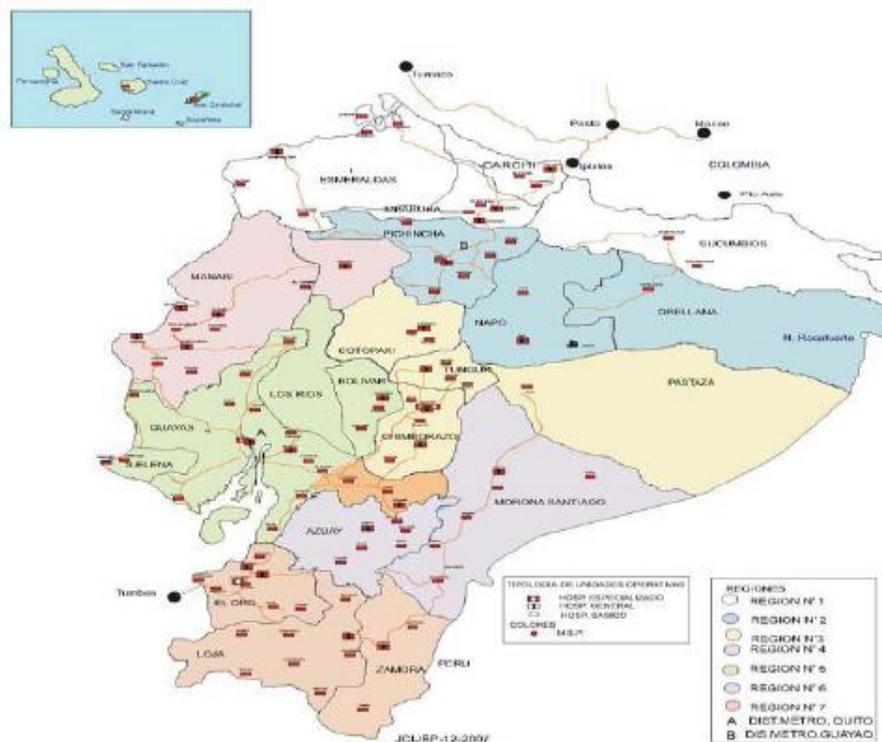
La institucionalidad de salud

Una vez hecha una breve revisión de los procesos y propuestas de reforma del sector salud durante los últimos 16 años, es pertinente reflexionar sobre la organización y el funcionamiento de las instituciones del sector salud, especialmente del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

La oferta de servicios de salud en el país se encuentra compuesta por diferentes organismos públicos y privados. El subsector público abarca los servicios prestados por el Ministerio de Salud Pública, el IESS-Seguro Social Campesino, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), y los servicios de salud prestados por ciertos municipios del país. Adicionalmente existen organismos de derecho privado que prestan servicios de salud que son en parte financiados con fondos públicos, estos son: la Junta de Beneficencia de Guayaquil, la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) y la Cruz Roja Ecuatoriana. A continuación se muestra el número de hospitales públicos y su ubicación, según el Ministerio de Salud Pública.

Mapa 3: Hospitales públicos MSP, IESS, FFAA, Policía y Municipios, 2007

HOSPITALES PÚBLICOS M.S.P., IESS, FFAA, POLICIA Y MUNICIPIOS
EXISTENTES EN EL ECUADOR, 2007

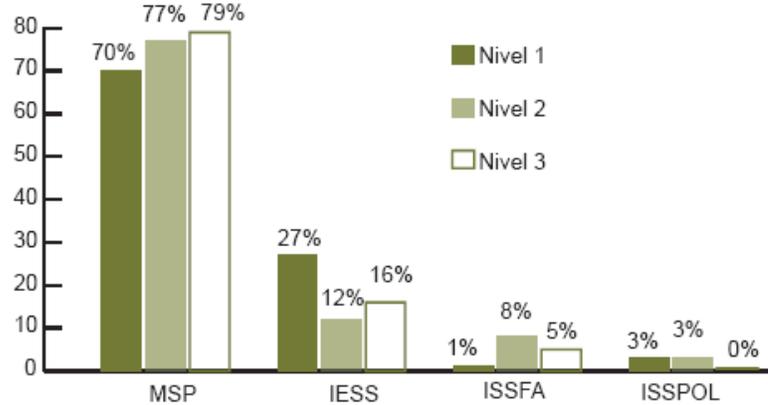


Fuente: Perfil de los sistemas de salud Ecuador. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma, Octubre, 2008, OPS.

La mayor participación dentro de la oferta pública de servicios de salud corresponde al Ministerio de Salud Pública, en los tres niveles de atención (baja complejidad, complejidad intermedia y complejidad alta), como se puede observar a continuación.

Esquema 14: Participación de los Servicios Públicos de Salud, 2008

Gráfico 15. Participación porcentual de los Servicios Públicos de Salud Ecuador, 2008



INEC, Anuario Estadístico de Recursos y Actividades de Salud, 2006.

Fuente: Perfil de los sistemas de salud Ecuador. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma, Octubre, 2008, OPS.

Adicionalmente a las facultades o funciones de ejecución y prestación directa de servicios de salud, el Ministerio de Salud Pública, tiene a su cargo otras funciones y responsabilidades. Al ser la institución rectora de la política nacional de salud su rol contempla también facultades de regulación de la calidad de la prestación de otros actores públicos, semi públicos o privados. A continuación se puede observar un esquema realizado por la OPS/OMS que resume las atribuciones de diferentes actores en los distintos ámbitos del sector salud.

Cuadro 10

Mapeo institucional del Sistema de Salud, 2008

Funciones	Rectoría		Financiamiento	Aseguramiento	Provisión
	Conducción	Regulación y Fiscalización			
Organizaciones					
Gobierno Central -Ministerio de Salud	X	X	X		X
Instituciones de Seguro Social	X	X	X	X	X
Gobierno regional (provincial)			X		X
Gobierno local (Distrito, Municipio)			X		X
Aseguradoras privadas -Sin lucro -Con lucro			X	X	X
Proveedores privados -Sin lucro -Con lucro			X		X

Tomado de: Perfil de los sistemas de salud Ecuador. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma, Octubre, 2008, OPS.

De esta manera se puede observar que las actividades de prestación o provisión de servicios de salud son realizadas por varios actores públicos, nacionales y locales, privados, organizaciones de la sociedad civil y organizaciones no gubernamentales. En el caso de los municipios, este nivel de gobierno está encargado, a través de las Direcciones de Higiene, de la salud ambiental y el control sanitario de establecimientos en las localidades. Los municipios de las ciudades de Quito y Guayaquil prestan también algunos servicios ambulatorios y hospitalarios, así como programas de aseguramiento en salud.

La descripción del funcionamiento de las áreas de salud cobra relevancia en el presente trabajo por ser la desconcentración institucional, en el caso de salud, el objeto de análisis, entendida como una aplicación del acercamiento de las instituciones a las realidades territoriales.

El Ministerio de Salud Pública y su organización desconcentrada

Como se mencionó anteriormente, en el año 1992 se crearon las áreas de salud como nivel básico de organización y operación regionalizada y descentralizada de los servicios del Ministerio de Salud Pública. La organización de dicho nivel de prestación de servicios de salud implicó una revisión y distribución de funciones y atribuciones de los demás niveles de atención de salud.

Según la información recopilada en la entrevista realizada al Dr. Ramiro Echeverría, el proceso de definición y preparación institucional para la organización de las áreas de salud comenzó a finales de los años ochenta, habiéndose formalizado las mismas en el año 1992. Este elemento facilitó la implementación acelerada de las áreas de salud y la generación de documentos y manuales para su puesta en marcha.

El proceso de desconcentración institucional se inició en el Ministerio de Salud Pública antes de la implementación de los procesos de modernización del Estado, con el objetivo de lograr una relación o prestación más directa de los servicios y atención de la salud a nivel territorial. Las áreas de salud intentaban ser un espacio territorial para desarrollar los Sistemas Locales de Salud, iniciativa que formaba parte de la construcción del Sistema Nacional de Salud con el objetivo de que éste a su vez sea integrado desde los niveles locales. El dimensionamiento del sector salud resulta importante en este punto, ya que desde ese momento se planteaba que el “sector” así como el Sistema estaba conformado por los prestadores de servicios de atención de salud primaria tanto públicos, como privados y las organizaciones de la sociedad civil.

En este sentido, uno de los propósitos iniciales de la organización de las áreas de salud consistió en organizar y coordinar acciones del sector salud, en un sentido amplio a nivel territorial.

El Ministerio de Salud Pública organiza su sistema de servicios de salud en 1992, a través de tres niveles:

1er nivel Áreas de salud, de complejidad baja, el cual constituye la unidad funcional del sistema regionalizado de servicios, integrado por los subcentros de salud urbanos y rurales, los centros de salud y los centros de salud-hospital.

2do nivel Provincial, de complejidad intermedia, constituido por la Dirección Provincial de Salud y el Hospital Provincial General.

3er nivel Nacional, de complejidad alta, constituido por el nivel central del Ministerio de Salud y los hospitales de referencia nacional especializados y de especialidades.

Cada uno de los niveles de los servicios de salud cuenta con capacidades de resolución técnica y administrativa de manera diferenciada y tomando en cuenta la complejidad de la atención de salud requerida por la población. A continuación se expone brevemente la división por niveles de la institucionalidad pública de salud.

Cuadro 11

DESCRIPCION DE LOS NIVELES DE SALUD				
Nivel		Estructura	Capacidad resolutive técnica	Capacidad de resolución administrativa
Áreas de Salud	Zonas Rurales	Subcentros de salud rural (incluyen los auxiliares de enfermería) Centros de salud o centros de salud-hospital	Resolver problemas de salud más frecuentes que requieren tecnología de baja complejidad (atención básica y complementaria)	Capacidad de administración de su ámbito, organización, programación, supervisión y evaluación de actividades de atención a la salud de la población correspondiente
	Zonas Urbanas o mixtas	Subcentros de salud urbanos y/o rurales (incluyen los auxiliares de enfermería) Centro de salud		
Provincial		Dirección Provincial Hospitales provinciales generales	Resolver problemas de salud que requieran tecnología de mediana complejidad	Dirección provincial: Apoya, supervisa y evalúa los establecimientos hospitalarios provinciales y a las áreas de salud de su jurisdicción.
Nacional		Hospitales nacionales (especializados y de especialidades) Planta central MSP	Resolver problemas de salud que requieran tecnología de alta complejidad	Emitir normas técnico administrativas de aplicación nacional y evaluar globalmente el funcionamiento de la red de servicios del MSP.
Fuente: Manual de organización de las áreas de salud, MSP, 1994				
Elaboración propia				

Las áreas de salud

En el diseño de las áreas de salud se definió como misión (de manera formal) de tal nivel de atención, la contribución a solucionar los problemas y necesidades de salud más frecuentes, más trascendentes y de mayor demanda que afectan a la población y al ambiente de la localidad, buscando así reducir la morbilidad general y la mortalidad prematura (especialmente infantil y materna).

Según las personas entrevistadas en el presente trabajo de investigación, se han mencionado como objetivos de la desconcentración institucional a través de áreas de salud: la necesidad de aterrizar a un nivel local más cercano a la población la atención de salud y así poder adaptar la respuesta institucional a las diferentes realidades territoriales, así como propiciar un encuentro y una capacidad de resolución de diversos problemas de atención de baja complejidad de la ciudadanía.

Adicionalmente se mencionó, que al ser un objetivo la transición hacia la descentralización principalmente a nivel municipal, el organizar el Ministerio de Salud Pública en áreas correspondientes, en su mayoría, al espacio territorial de los cantones podía facilitar y convertirse en una fase inicial de este proceso.

Por último también se resaltaron los objetivos administrativos y de gestión de la desconcentración institucional, en el sentido de que se planteó que distribuir una serie de decisiones operativas a los niveles desconcentrados podía mejorar la gestión y respuesta institucional así como generar ciertas economías de escala a través de las atribuciones encargadas a las Direcciones Provinciales de Salud o a las mismas áreas.

Un factor importante que hace más evidente la necesidad de que los servicios de salud se adapten a las realidades territoriales y, por lo tanto, que sus instituciones modifiquen su respuesta traducida en servicios públicos, es la existencia de diferentes perfiles epidemiológicos que varían de acuerdo a los pisos y características climáticas donde habita la población. Basándose en esta característica, se definieron los elementos de capacidad resolutiva técnica para las áreas de salud, el nivel provincial y el nivel nacional. A continuación, para mejor comprensión de la amplitud y funciones de la institucionalidad pública de salud, se describen las principales actividades que se realizan a través de las áreas de salud como acercamiento de la atención básica y complementaria a la población.

Cuadro 12

Capacidad resolutiva técnica Áreas de Salud
--

Principales actividades	
Subcentro de salud urbano / rural (el urbano no atiende brinda atención al parto)	<p>Actividades de promoción de la salud</p> <p>Fomento, protección y prevención de salud a las personas</p> <p>Atención al ambiente</p> <p>Detección temprana de casos de enfermedades crónicas graves</p> <p>Atención de la morbilidad no complicada y de atención ambulatoria</p> <p>Clasificación de riesgo de embarazo y atención de parto normal</p> <p>Cirugía menor</p> <p>Atención odontológica básica</p> <p>Primeros auxilios de patología grave</p> <p>Prevención de incapacidades y rehabilitación básica</p> <p>Acceso a medicamentos básicos</p> <p>Laboratorio básico y toma de muestras</p> <p>Vigilancia epidemiológica y control de enfermedades</p> <p>Fomento participación ciudadana y coordinación interinstitucional</p> <p>Atención en consultorios itinerantes con apoyo de auxiliares de enfermería de salud comunitaria</p>
Centro de Salud – Hospital	<p>Atención básica</p> <p>Consulta obstetricia y pediatría</p> <p>Atención odontológica de endodoncia, traumatismos maxilares no complicados</p> <p>Rayos X básico</p> <p>Laboratorio de complejidad intermedia</p> <p>Servicios de hospitalización: a) Partos normales y de riesgo, b) Atención pediátrica perinatal, c) Casos clínicos de corta estancia con cuidados de baja complejidad, d) Cirugía y anestesia general para cuadros emergentes no complejos</p>
Centro de Salud Metropolitano (Quito y Guayaquil)	<p>Atención básica</p> <p>Consulta obstetricia y pediatría</p> <p>Atención odontológica de endodoncia, traumatismos maxilares no complicados</p>

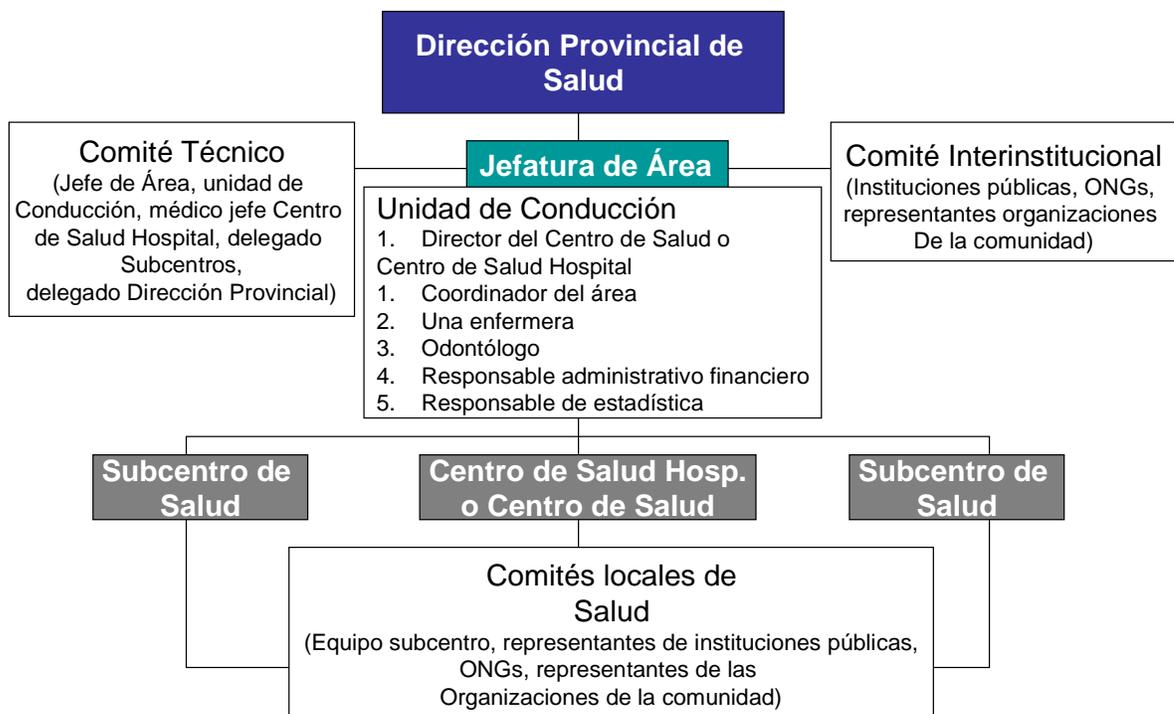
	Rayos X básico Laboratorio de complejidad intermedia Atención no permanente de subespecialidades: oftalmología, otorrinolaringología, salud mental y rehabilitación física
Centros de salud urbano intermedio y pequeño	Atención básica Consulta obstetricia y pediatría Atención odontológica de endodoncia, traumatismos maxilares no complicados Puede carecer de Rayos X Laboratorio de complejidad intermedia
Fuente: Manual de organización de las áreas de salud, MSP, 1994	
Elaboración propia	

Por otro lado es importante analizar las competencias a nivel administrativo y de toma de decisiones que se plantean para el nivel de las áreas de salud, ya que, en la práctica cotidiana, la desconcentración institucional funciona cuando se pueden resolver temas concretos administrativos a nivel local y de acuerdo a la incidencia que puedan tener las unidades territoriales en la planificación, programación y asignación presupuestaria del nivel nacional sectorial. En este sentido, las áreas de salud, a través de las Jefaturas de Área, tendrían la capacidad de a) administrar los recursos humanos, materiales y financieros; b) conducir y apoyar la elaboración de la programación local de las unidades de salud del área incluyendo la identificación de necesidades de recursos y vigilar su cumplimiento, c) supervisar y evaluar permanentemente el funcionamiento de las unidades de salud, d) conducir la implantación de normas, procedimientos e instrumentos técnicos y administrativos para la organización y funcionamiento de los servicios; e) promover la capacitación del personal local de salud acorde a sus necesidades; f) fortalecer las iniciativas de los equipos locales orientadas a la solución de problemas, a la promoción de la salud, a la participación comunitaria y a la coordinación interinstitucional, g) constituir el nexo con la Dirección provincial; h) vigilancia epidemiológica, el control sanitario y actividades de comunicación y educación masivas, i) elaborar el plan operativo de la jefatura del área de salud.

Al revisar las competencias y atribuciones delegadas a las áreas de salud se puede observar que en la propuesta de organización se les otorgó capacidades para resolver problemas de atención de salud primaria de la población, la posibilidad de programar y planificar sus actividades, así como el dimensionamiento de sus requerimientos operativos. En las entrevistas realizadas se puede constatar que en la fase de implementación de las áreas, este nivel organizativo contaba con relativa autonomía e incidencia en la planificación consolidada a nivel nacional.

La conducción de las áreas se la realiza a través del esquema que se describe a continuación:

Esquema 15: Estructura de las Jefaturas de Áreas de Salud



Fuente: Manual de organización de las áreas de salud, MSP, 1994
Elaboración propia

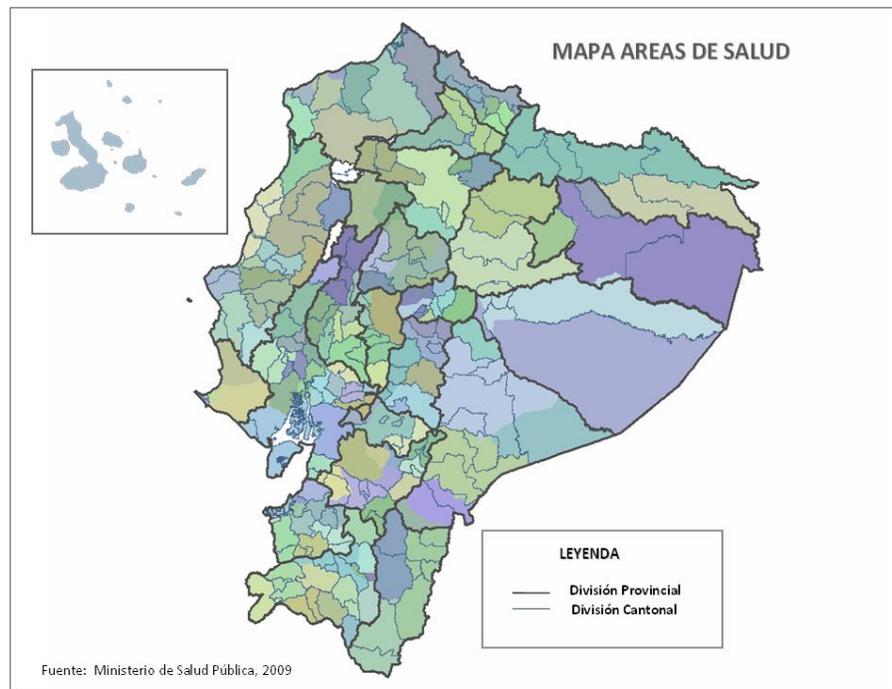
Como se puede observar en el esquema anterior la estructura de las áreas de salud fue diseñada pensando en espacios de coordinación interinstitucional a nivel público, pero también con los demás actores de la salud, es decir los prestadores de servicios de salud semipúblicos, privados, de las organizaciones no gubernamentales y de las organizaciones de la comunidad; reflejando de esta manera, el objetivo de construir los

sistemas locales de la salud y la coordinación del Sistema Nacional de Salud desde el nivel local.

De esta manera, las instancias de participación ciudadana y conexión con la sociedad civil, pensadas en su mayoría como espacios mixtos, se ven complementadas con las definiciones de las diferentes leyes aprobadas en el tiempo en este sector. Por un lado se plantean los Comités Locales de Salud a nivel de área (y sub área, en algunos casos); por otro con la Ley de Maternidad Gratuita se constituyen los Comités Locales de Gestión de la Salud (encargados de administrar los Fondos Solidarios Locales) y los Comités de Usuarios/as y posteriormente se crean los Consejos Cantonales y Provinciales de la Salud con coordinación municipal.

En relación a la dimensión geográfica espacial de las áreas de salud, éstas fueron delimitadas a base de ciertos criterios geográficos-poblacionales, coincidiendo en su mayoría con el área correspondiente a la división político administrativa de los cantones. El Ministerio de Salud Pública identificó 180 áreas de salud en las cuales se desarrollarían progresivamente los sistemas locales de salud (SILOS).

Mapa 4: Áreas de Salud del Ministerio de Salud Pública



Fuente: MSP

En el planteamiento original de las áreas de salud se contemplaban también algunas subáreas que posteriormente fueron evaluadas y constituidas como tales, dando un resultado final de 170 áreas de salud en funcionamiento.

En la propuesta inicial de organización de las áreas de salud se identificó que las unidades encargadas del desarrollo y promoción de las áreas serían las Direcciones Provinciales. Para ello se definieron algunas pautas sobre los pasos que seguirían para cumplir este objetivo. Dentro de estos lineamientos se estableció la necesidad de que en la identificación de los requerimientos de recursos humanos e infraestructura, para la organización de este nuevo nivel, se consideren los recursos existentes y se promuevan reasignaciones o reubicaciones del personal institucional y la búsqueda de financiamiento adicional por parte de las Direcciones Provinciales y las Áreas de Salud ya conformadas.

Las entrevistas realizadas arrojan que aproximadamente cuatro años después de la expedición formal de la organización por áreas de salud del Ministerio de Salud Pública, realizada por Decreto Ejecutivo, éstas logran conformar los equipos básicos requeridos y otros requerimientos y empiezan a operar de acuerdo a lo planteado en el año 1992. Mencionan también que dentro de los procesos que más tiempo tomó, estuvieron el de armar el equipo de recursos humanos mínimo y el de generar las capacidades administrativas y financieras para asumir las responsabilidades que en el nuevo esquema se asignaban.

Según información del Ministerio de Salud Pública el 100% de las áreas logró completar los requerimientos básicos para el funcionamiento como unidades ejecutoras del sistema público de salud. Esto, sin dejar de lado que han existido diferencias en el desarrollo de unas y otras por factores que se detallan a continuación.

Desconcentración institucional y el ámbito presupuestario

Uno de los temas determinantes al momento de analizar el funcionamiento de las áreas de salud del Ministerio de Salud Pública y su evolución como respuesta institucional territorial, es el aspecto presupuestario. A pesar de que las Jefaturas de área realizaban interesantes ejercicios de programación e identificación de requerimientos para su funcionamiento, el presupuesto no necesariamente iba ligado a esa planificación institucional territorializada.

El Ministerio de Salud Pública integraba a través de las Direcciones Provinciales la planificación realizada por las Áreas de Salud en todo el país y presentaba el requerimiento presupuestario correspondiente. Lastimosamente la forma en la que se definía el presupuesto no compatía con una visión sectorial integral, dando como resultado que el Ministerio de Finanzas realizaba el ejercicio de distribución del presupuesto del sector salud directamente hacia las áreas de salud basándose, únicamente, en criterios de ejecución histórica de gasto. La programación que se hacía en el nivel local de la autoridad sanitaria nacional se convertía entonces en un mero ejercicio no vinculante.

Este elemento incidió, según Echeverría, en que las Áreas de Salud con mayor iniciativa, normalmente las correspondientes a grandes poblados urbanos y cierto acceso al poder político o a las autoridades (principalmente del Ministerio de Finanzas) realicen gestiones independientes para la consecución de recursos adicionales para cubrir las necesidades presupuestarias de las áreas, incluso realizando acercamientos sin articulación con las Direcciones Provinciales del Ministerio. La consecuencia de esta práctica fue un desarrollo desigual e inequitativo entre las áreas, reproduciendo de esa manera una de las características de la relación entre las localidades, que también se presentaba en la relación con los gobiernos seccionales autónomos, con el nivel central e incluso con la cooperación internacional: la capacidad de incidencia o presión política a nivel de autoridades o mandos medios con poder de decisión determinaba el acceso a recursos presupuestarios adicionales.

Esta mecánica de distribución de recursos a las áreas de salud por parte del Ministerio de Finanzas, sin una lógica sectorial integral, profundizó la dispersión y heterogeneidad del funcionamiento de las áreas de salud dejando a su iniciativa los mecanismos para cubrir sus gastos básicos, la compra de insumos y la prestación de servicios de salud. Uno de los mecanismos para la sostenibilidad financiera era justamente el cobro por la prestación de servicios a la ciudadanía, que se definía a nivel local, la búsqueda de cooperación internacional y la cogestión con otros actores públicos y privados, incorporando una lógica empresarial del manejo de recursos o la consecución de fondos.

La capacidad de incidencia del Ministerio de Salud Pública para la distribución de recursos a sus áreas de salud se vio también limitada, ya que la decisión final del monto y

la asignación por área era realizada por el Ministerio de Economía y Finanzas, dificultando así la priorización de zonas con mayores necesidades o la implementación de estrategias localizadas de atención.

Si se analiza la situación presupuestaria de las áreas de salud tomando en cuenta los dos elementos, la asignación de recursos desde el Ministerio de Finanzas sin conectarla con la programación realizada y la reducción presupuestaria que se activó en el sector salud, se puede dimensionar cómo las necesidades de recursos económicos para ejecutar sus competencias y dar atención de servicios de salud no eran cercanamente cubiertas por las instancias nacionales.

Esta realidad se constata cuando, al analizar las reflexiones realizadas alrededor del proceso de elaboración de la propuesta de Ley de Maternidad Gratuita, se plantea la necesidad de entregar recursos a las unidades de salud desconcentradas por cada servicio prestado, ya que era reconocido por los actores de la salud a nivel local, que dadas las necesidades de recursos humanos, infraestructura, insumos y otros elementos básicos para el funcionamiento de los centros y subcentros de salud, si se ponía a disposición el fondo para las prestaciones de maternidad gratuita era probable que los recursos no se destinaran necesariamente a los servicios de salud objeto de la ley sino a cubrir el déficit presupuestario de funcionamiento básico de las unidades de salud.

Como se ve a continuación, en el año 2007, el presupuesto de las áreas de salud significó el 25.2% del presupuesto del sector salud por unidad ejecutora, el de las direcciones provinciales el 12.1% y el de hospitales el 32.6%, mientras que en la planta central del Ministerio de Salud Pública se ejecutó el 26.0% del mismo. Estos datos arrojan que al menos el 37% del presupuesto se lo ejecuta a través de las unidades desconcentradas, sin contar con el porcentaje de hospitales que tienen ejecución y localización fuera de las ciudades más grandes del país. En el año 2008 aproximadamente se mantiene la participación porcentual en el total del presupuesto, aumentando los recursos ejecutados por las Direcciones Provinciales y disminuyendo la ejecución desde la planta central del MSP. Los montos asignados aumentan en un 45% de año a año, registrándose un crecimiento de 46.5% en el presupuesto de las áreas de salud y un 124% en el presupuesto ejecutado en el nivel provincial del Ministerio.

Cuadro 13
Ejecución en el sectorial salud, por unidad ejecutora UE
Enero – diciembre 2007-2008
(Millones de dólares y porcentajes)

Unidad Ejecutora	2007		2008		% crec.
	Monto (millones USD)	% part.	Monto (millones USD)	% part.	
Hospitales	197.5	32.6%	282.0	32.0%	42.8%
Áreas de Salud	152.8	25.2%	223.8	25.4%	46.5%
Direcciones Provinciales	73.3	12.1%	164.3	18.7%	124.1%
Ministerio de Salud Pública - Planta Central	157.7	26.0%	169.4	19.2%	7.4%
Otras Instituciones	25.1	4.1%	40.6	4.6%	61.8%
Total	606.4	100%	880.1	100%	45.1%

Fuente: MF (2007, 2008)

Estos datos reflejan que la estructura y el manejo administrativo financiero del Ministerio de Salud cuenta con altos niveles de desconcentración, llegando a ejecutar gran parte de su presupuesto a nivel territorial. El ámbito de la calidad de los servicios de salud prestados se debe tomar en cuenta como un elemento a mejorar, pero no se puede desconocer la importancia de que se hayan logrado generar capacidades de manejo administrativo y ejecución presupuestaria a nivel local, ya que éste puede ser un paso para gestionar una transición hacia un mejor servicio público en el territorio.

En cuanto a la calidad de los servicios de salud, el Ministerio de Salud Pública implementó un sistema de licenciamiento de las unidades de salud de primero y segundo nivel en las 200 parroquias que registran mayores niveles de pobreza en el país. Según el Perfil del Sistema de Salud 2008, los datos del proceso arrojaron que el 11.3% (150) de las unidades de salud de primer nivel obtuvieron el licenciamiento completo, el 51.7% (690) licenciamiento condicionado, y el 37% (489) no fueron licenciadas; e indica que se movilizaron recursos que ascendieron a los US\$ 6.600.000 para realizar las adecuaciones necesarias.

Adicionalmente, el Ministerio de Salud Pública mantiene un proceso de calificación de oferta y demanda de la salud en la que se registran los movimientos de todas las unidades, áreas y direcciones provinciales de salud en cuanto a tipo de establecimientos,

número de personal contratado, servicios ofertados, acciones de promoción de la salud, número de beneficiarios, número de atenciones quirúrgicas, número de atenciones ambulatorias, producción hospitalaria, fuentes de financiamiento, entre otros datos. Este ejercicio permite a la institución nacional tener un registro de las actividades realizadas por sus unidades desconcentradas y brinda información para realizar un seguimiento pormenorizado.

Beneficios de la desconcentración institucional

Uno de los objetivos del presente trabajo ha sido el recopilar información sobre los beneficios o ventajas arrojadas de la organización desconcentrada del Ministerio de Salud Pública a través de las áreas de salud. Para ello, además de realizar una investigación de fuentes secundarias, se realizaron cuatro entrevistas a informantes calificados relacionados con el sector de la salud quienes identificaron algunos beneficios resultantes de la desconcentración del MSP, los cuales se sintetizan a continuación.

Por un lado se resaltó, recurrentemente, el beneficio que el proceso de desconcentración tuvo para la gestión misma del Ministerio de Salud Pública. La delegación de funciones administrativas y financieras y de las facultades y atribuciones necesarias para atender los casos de baja complejidad, enfocadas en la atención primaria de salud, generaron efectos positivos en el accionar de la institución agilizando las intervenciones y decisiones, así como tuvo un efecto en la racionalización del uso de los servicios. En este mismo sentido la desconcentración permitió atender mejor tanto a los usuarios internos y externos de la institución.

Un segundo elemento identificado consiste en la potencialidad del acercamiento de la prestación de servicios de salud a los niveles más locales, a través de los centros y subcentros de salud, ya que se reconoce como un mecanismo para adaptar la respuesta institucional a las realidades territoriales.

Otro beneficio identificado en las entrevistas, es la ampliación de la atención y prestación de servicios de salud lograda en el sector rural, el cual no contaba con infraestructura de salud previamente.

También se resalta la importancia de los ejercicios de planificación y programación que se formulan a nivel local, la cual se realizaba en muchos casos, con participación de

la sociedad civil local y se lograba una visión por unidad territorial intersectorial e interinstitucional. El dimensionamiento de los requerimientos para el funcionamiento y la prestación de servicios de salud también fue un efecto de la organización de las áreas, cuyas autoridades debieron buscar mecanismos y fuentes de financiamiento a nivel local.

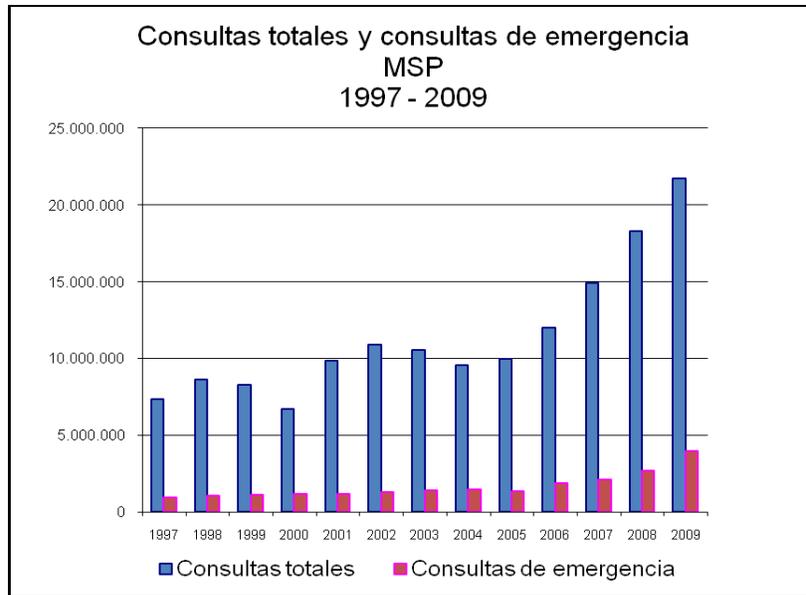
El complemento de la prestación de servicios de salud de carácter curativo con las actividades preventivas y de promoción de la salud a nivel local también se resalta como una ventaja de esta opción territorializada de trabajo institucional, que abre las puertas a la cooperación de los diferentes actores a nivel local.

En todas las entrevistas realizadas se identifica como un aporte de la organización de la institución a través de áreas de salud, la apertura de una puerta a la participación de los beneficiarios locales, de las comunidades y de los otros actores locales que trabajan en el sector de la salud.

Además de la información cualitativa recopilada a través de la realización de las entrevistas mencionadas, se han hecho esfuerzos por compilar información territorializada de servicios de salud para el período de análisis. Lastimosamente el Ministerio de Salud Pública no cuenta con información disponible, por el momento, de prestaciones de salud a nivel de área de salud o provincial correspondientes a años previos a 1997.

A base de la información recolectada se puede observar cómo las consultas totales y de emergencia realizadas, a través de la estructura desconcentrada del Ministerio en sus niveles de atención, han aumentado desde el año 1997, con una reducción de las mismas en el año 2000 (consistente con la crisis y la dolarización), recuperándose en los años siguientes y mostrando un crecimiento más acelerado a partir del año 2006.

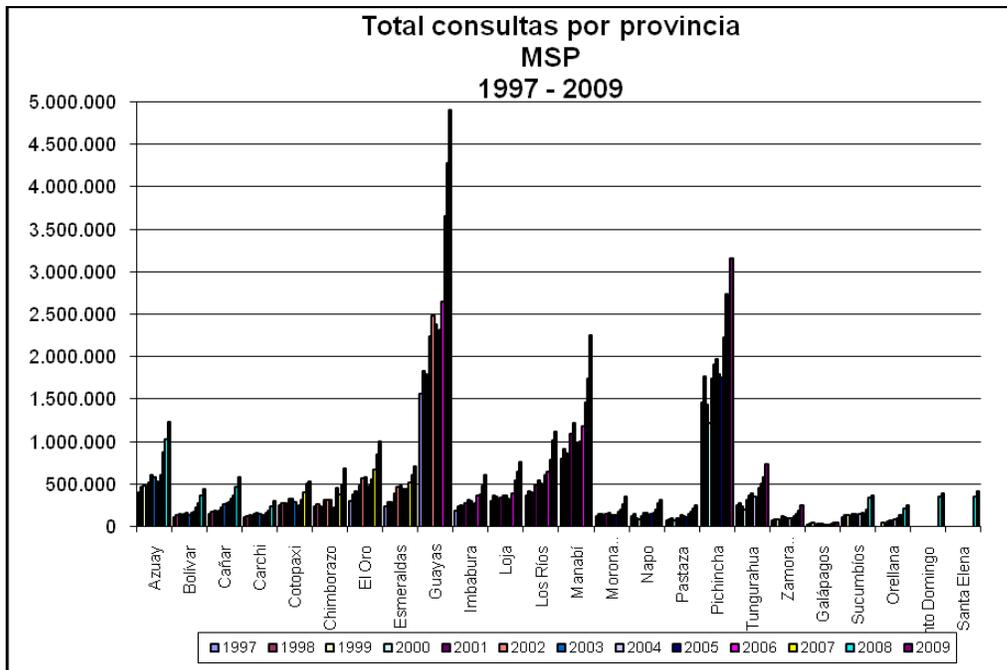
Esquema 16: Consultas totales y de emergencia, MSP, 97-09



Fuente: Producción de Establecimientos de salud, Anuarios 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009.
Elaboración propia.

El mismo análisis se puede realizar a nivel provincial evidenciándose que el crecimiento se presenta en todas las provincias a lo largo del período 97-09.

Esquema 17: Total consultas por provincia, MSP, 97-09



Fuente: Producción de Establecimientos de salud, Anuarios 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009.
Elaboración propia.

A partir del año 2005 las consultas totales atendidas crecen de manera acelerada en todas las provincias del país, registrando entre el 2005 y el 2009 un crecimiento del 118% a nivel nacional. La provincia que registra un mayor crecimiento en este período es Chimborazo que muestra una tasa de variación del 197%, seguida de Orellana 159%, Zamora Chinchipe 155%, Morona Santiago 152% y Bolívar 142%. Ninguna provincia muestra un crecimiento menor al 60% correspondiente a Esmeraldas.

Esta información refleja que a pesar de los problemas y dificultades de la provisión de servicios de salud prestados, ha existido un aumento considerable de la atención de salud desde las unidades desconcentradas del Ministerio de Salud Pública desde el año 1997.

Dificultades del proceso de desconcentración

Algunos elementos comunes son identificados al momento de reflexionar sobre las dificultades del proceso de desconcentración institucional del Ministerio de Salud Pública.

En primer lugar la inestabilidad política vivida desde 1997 en el país, la cual, como se demostró anteriormente afectó profundamente a cualquier iniciativa de reformas institucionales profundas debido a la discontinuidad, la falta de voluntad política o las decisiones contradictorias en la implementación de los procesos de cambio.

En segundo lugar el tema identificado como un causante importante de las limitaciones del proceso ha sido la realidad presupuestaria que sufrió el sector de la salud, que conectado con el anterior elemento, convertía al escenario de impulso de la desconcentración institucional y la ampliación de la red de servicios públicos de salud en inviable. Las condiciones presupuestarias suelen venir de la mano con la realidad del talento humano; las áreas de salud tuvieron dificultades a la hora de armar y mantener los profesionales de la salud que colaboraban en ellas debido a los recortes presupuestarios que se presentaron en el sector, generando incluso un manejo “anárquico” del recurso humano. Este factor a su vez incidió, por ejemplo, en que los profesionales designados en la estructura de las áreas para realizar un levantamiento y análisis de los perfiles epidemiológicos a nivel local (para posteriormente adaptar la respuesta institucional) debía dedicarse a la atención y prestación de servicios de salud dejando descuidada la función de monitoreo de dichos perfiles.

Las relaciones que en la práctica se daban entre las áreas de salud y la entidad encargada de asignar los recursos presupuestarios y con otras potenciales instituciones u organismos internacionales para la consecución de fuentes de financiamiento, debilitó la coordinación y relación directa entre el MSP y las jefaturas de salud y sus niveles de atención. Por lo tanto no se logró construir una visión integral del subsector público menos aún del tan buscado Sistema Nacional de Salud.

El objetivo de construir el Sistema Nacional de Salud desde lo local no se cumplió, ya que las áreas de salud se conformaron en la práctica únicamente como un nivel de gestión territorial de la institución Ministerio de Salud Pública, dejando a un lado sus funciones

de coordinación con otros actores locales y por lo tanto no impulsó la construcción de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) con un concepto integral del sector.

Una consideración resaltada en la investigación cualitativa, vista como uno de las dificultades para el fortalecimiento de las áreas de salud como unidades locales de entrada al Sistema Nacional de Salud, es el proceso sostenido de desmotivación de los funcionarios públicos del sector salud a nivel nacional y local. La campaña de desprestigio de lo público que se realizó en los momentos de auge de la implementación de la agenda de modernización del Estado puede haber constituido en un factor para la desvalorización de las funciones realizadas por las y los trabajadores de la salud en todo el país, con efectos claros como la salida de funcionarios calificados, los procesos de venta de renuncias y su traslado al sector privado o a los organismos de cooperación internacional.

Otro elemento arrojado en la investigación cualitativa que podría ser interpretado como uno de los obstáculos para la concreción de la desconcentración institucional fue la tensión existente entre las agendas desconcentradora y descentralizadora del Estado. Como se pudo observar en la revisión de los hitos de la reforma del sector salud, existieron momentos en los cuales la propuesta de descentralización de los servicios de salud se intensificó. Este debate desarrollado a nivel nacional, también se hacía presente a nivel local, generando en ciertas ocasiones una pugna entre el nivel desconcentrado del MSP y las autoridades locales que demandaban asumir algunas de sus competencias sin existir un marco de funcionamiento claro.

Así mismo, las instancias participativas contempladas en el diseño original del funcionamiento de las áreas de salud no se llegaron a concretar a nivel nacional y de manera homogénea en el país, por algunos factores como el agotamiento de los ejercicios de planificación participativa que no se veían reflejados en la asignación de los recursos necesarios y la misma inestabilidad política que no dejaba claridad sobre los interlocutores o la incidencia de los esfuerzos realizados en esos espacios.

Evolución de algunos indicadores de salud

Para complementar el análisis realizado, en la búsqueda de encontrar algún efecto de las reformas institucionales y administrativas del Ministerio de Salud Pública en los indicadores de salud de la población, a continuación se realizará un breve paneo de algunos de los componentes de la salud y su evolución histórica.

En relación a la esperanza de vida al nacer se puede observar que ha existido un aumento sostenido desde el período 1985 – 1990, hasta el período 2005 – 2010 de aproximadamente 2 puntos cada cinco años, sin demostrar una intensificación del aumento del indicador en un período específico.

Cuadro 14
Esperanza de vida al nacer. Ecuador 1985 – 2010

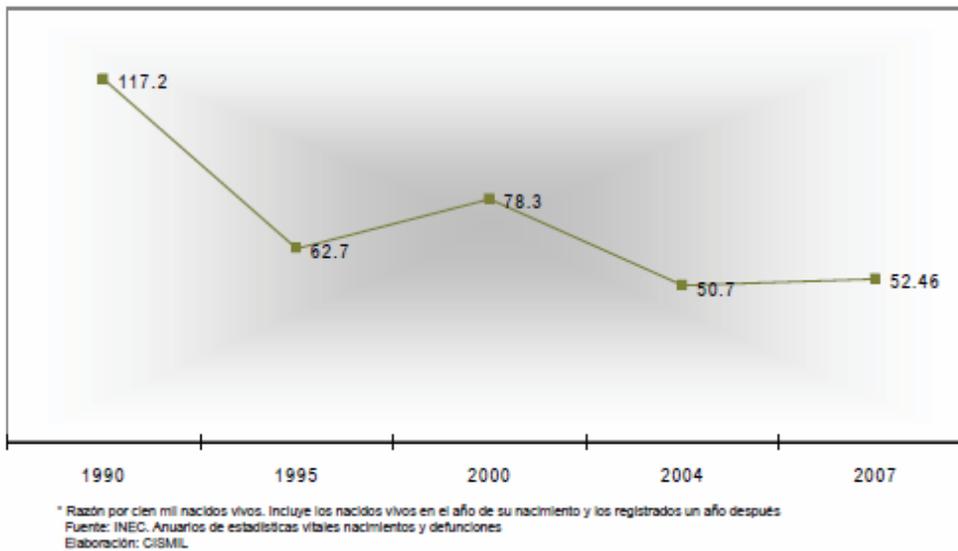
Período en años	Total país	Hombres	Mujeres
1985 – 1990	67,5	65,3	69,9
1990 – 1995	70,0	67,6	72,6
1995 – 2000	72,3	69,6	75,1
2000 – 2005	74,2	71,3	77,2
2005 – 2010	75,0	72,1	78,0

Fuente: INEC-CEPAL. Ecuador Proyecciones de población 1950 – 2025
Elaboración. CISMIL

En cuanto a la tasa de mortalidad materna, se puede observar que del alto nivel que existía en el año 1990, este se redujo drásticamente hasta el año 1995, registrando un aumento en el período 1995-2000, para luego descender progresivamente hacia el 2004 y 2007 respectivamente.

Esquema 18

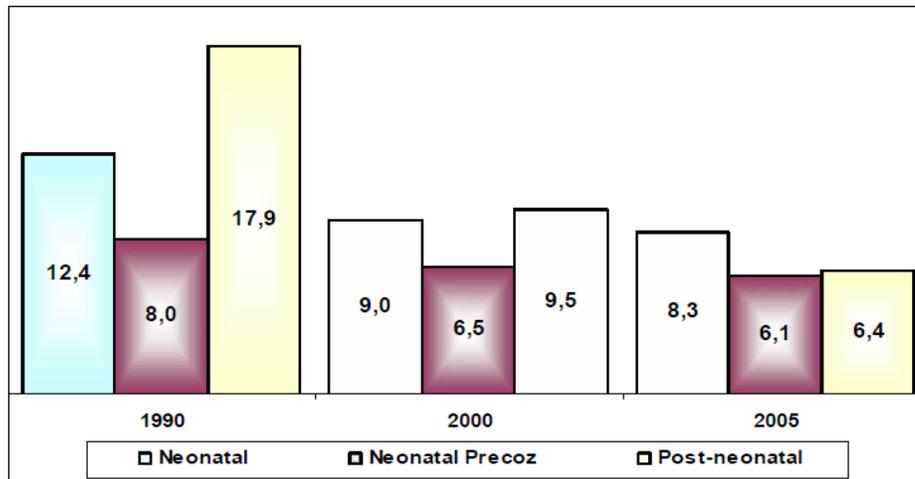
Tasa de mortalidad materna, Ecuador, 1990 - 2007



De la misma manera en lo que se refiere a tasas de mortalidad neonatal, neonatal precoz y post neonatal, se puede observar una reducción sostenida en los períodos de análisis 1990-2000 y 2000-2005, registrando el mayor salto en la década de los noventa en comparación con los niveles alcanzados en el año 2000. En el caso de la tasa de mortalidad post neonatal se puede observar una reducción considerable entre el año 2000 y el año 2005, pasando de 9.5 por mil nacidos vivos a 6.4 por mil nacidos vivos en el año 2000.

Esquema 19

Tasa de mortalidad neonatal, neonatal precoz y post neonatal 1990 - 2005



* Tasa por mil nacidos vivos. El valor de la tasa se estima considerando como denominador el número de nacidos vivos registrados el año de su nacimiento y un año después.

Fuente: MSP - INEC. Anuarios de estadísticas vitales nacimientos y defunciones

Elaboración: CISMIL

Cuando se analizan los indicadores de mortalidad en su totalidad se puede observar una disminución de las tasas de mortalidad desde el año 2001 en adelante, evidenciándose una aceleración de la reducción de los niveles desde el año 2005 al año 2007, principalmente en la mortalidad de la niñez, neonatal, precoz e infantil. En el caso de la mortalidad materna se ve un repunte del indicador en el año 2007, pasando de 48.5 en el año 2006 a 62 en el año 2007.

Cuadro 15

Indicadores de mortalidad 2001 - 2007

Indicadores 2001-2007							
Mortalidad	2001	2002	2003	2004	2005	2006*	2007**
Tasa de mortalidad de la niñez	24,8	23,8	22,1	21,8	20,4	18,2	16,9
Tasa de mortalidad neonatal	8,7	8,3	7,09	8,5	8,3	7,5	7,4
Tasa de mortalidad precoz	6,1	6,2	5,6	6,2	6,1	5,4	5,2
Tasa de mortalidad materna	67,2	54,1	53,1	50,7	56,6	48,5	62,0
Tasa de mortalidad infantil	17,3	16,5	15,2	15,5	14,7	13,3	12,4

Fuente: Estadísticas vitales INEC

* El número de nacidos vivos es el definitivo

** Incluye los nacidos vivos en el año 2.007, inscritos en el año 2008

Elaboración: SENPLADES.

Al analizar brevemente algunos indicadores de impacto de los servicios de salud en la población, en el período de análisis de la reforma al sector salud y a los cambios institucionales que en el Ministerio de Salud se han implementado, se puede concluir que no ha existido un impacto directo en los mismos a pesar de los esfuerzos de desconcentración y reorganización de dicha cartera de Estado. Esta realidad se podría explicar por las restricciones presupuestarias que sufrió el sector en la década de los noventa e inicios de la década del 2000, así como la inestabilidad y discontinuidad de ciertas políticas públicas que no apuntaron hacia una transformación profunda de la institución, como también al fracaso en la consolidación de un Sistema Nacional e integrado de Salud. Los aparentes resultados de este breve análisis despiertan algunas interrogantes para futuras investigaciones sobre el impacto real de los cambios institucionales en la efectividad y cobertura de los servicios públicos para la población en diversos sectores.

Propuesta de reforma institucional de salud 2009

A partir de las nuevas definiciones constitucionales (2008), en la administración de la Ministra Caroline Chang, en el actual período de gobierno, el Ministerio de Salud Pública se encuentra llevando a cabo un proceso de reforma institucional interna.

Este proceso está enmarcado en los lineamientos de carácter macro que se han emitido desde la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES) para la racionalización y revisión de las estructuras institucionales ministeriales y sus procesos de desconcentración. Los elementos establecidos en la Constitución apuntan al fortalecimiento del rol rector de la autoridad sanitaria nacional, así como a la recuperación de sus funciones de regulación y control de las actividades de prestación de servicios de salud por parte de los actores tanto públicos como privados.

En este sentido, la propuesta del Ministerio de Salud Pública contempla una reestructuración interna de sus procesos agregadores de valor y una revisión y fortalecimiento de los procesos de desconcentración institucional a través de distritos administrativos, los cuales coinciden con las áreas de salud pero vienen acompañados de un proceso de fortalecimiento de su estructura y competencias.

Al momento esta apuesta de reestructuración institucional se encuentra en fase de pilotaje en la zona de planificación compuesta por las provincias de Loja, Zamora Chinchipe y El Oro. Un elemento interesante de la propuesta de transformación institucional es el trabajo coordinado que se está realizando con el Ministerio de Educación y el Ministerio de Inclusión Económica y Social, planteando una distritalización común de servicios sociales públicos.

A continuación se describen algunas de las apuestas que se buscan con el nuevo modelo de gestión del Ministerio de Salud Pública, sin estar en capacidad todavía de evaluar sus resultados por encontrarse en momento de diseño e implementación inicial.

El Sistema de Competencias del Ministerio de Salud Pública en su propuesta actual de reorganización contemplaría los siguientes macro procesos:

Esquema 20: Sistema de Competencias de Salud

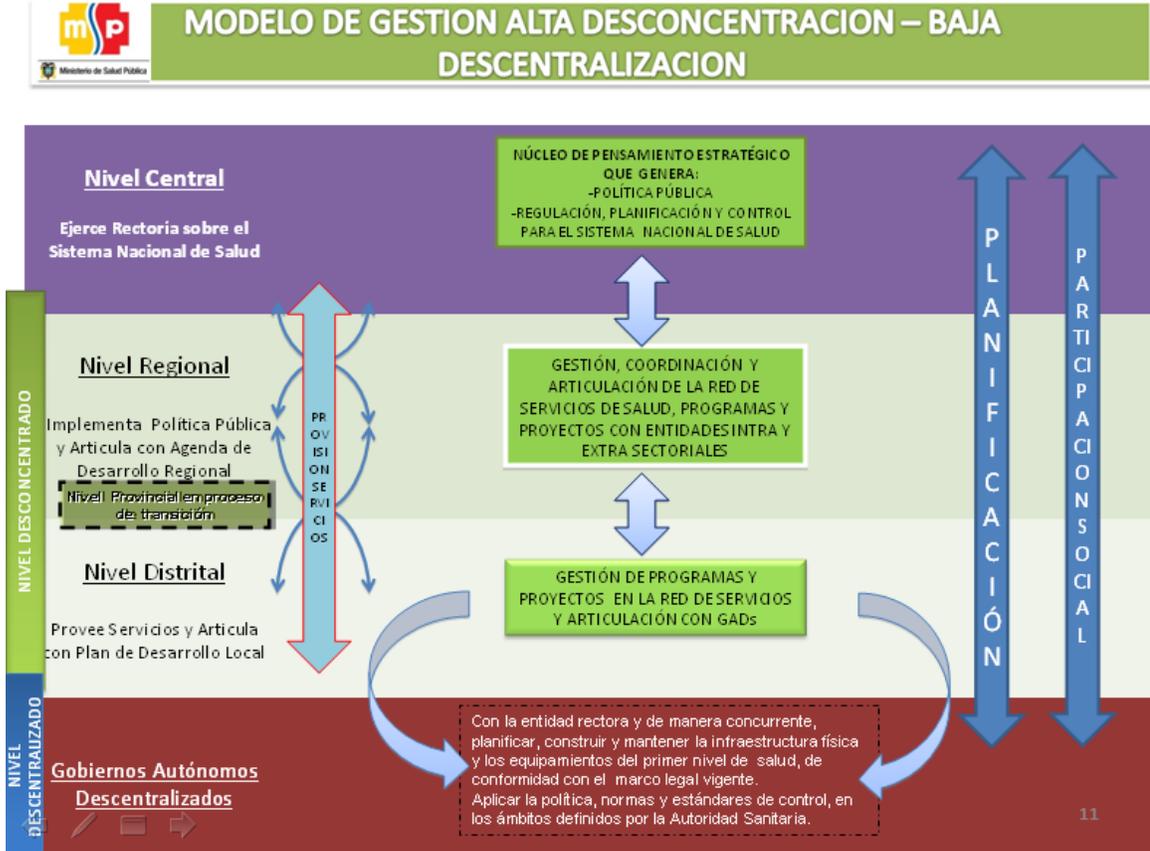


8

Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2009, Presentación institucional.

En cuanto al modelo de gestión institucional, el cual contempla la interrelación de los diferentes niveles de la organización y la diferenciación funcional de cada uno de ellos el Ministerio de Salud Pública plantea el siguiente esquema.

Esquema 21: Modelo de Gestión Ministerio de Salud Pública



Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2009, Presentación institucional.

Una de las innovaciones de la propuesta de institucionalidad y su modelo de gestión es la creación del nivel zonal – regional, como un nivel de coordinación, articulación y consolidación de la planificación local.

Otro elemento a considerar son las funciones que se visibilizan a nivel distrital, correspondiente al de las áreas de salud, en el que se plantea la gestión de programas y proyectos, la provisión de servicios y la articulación de la planificación local. Así mismo se plantea una relación directa y coordinada con los gobiernos autónomos descentralizados, del nivel municipal, para la ejecución de la competencia asignada por la Constitución a este nivel.

Se proponen también productos y servicios diferenciados para cada nivel de organización institucional que se pueden visualizar a continuación.

Esquema 22: Productos y servicios por niveles, Ministerio de Salud Pública

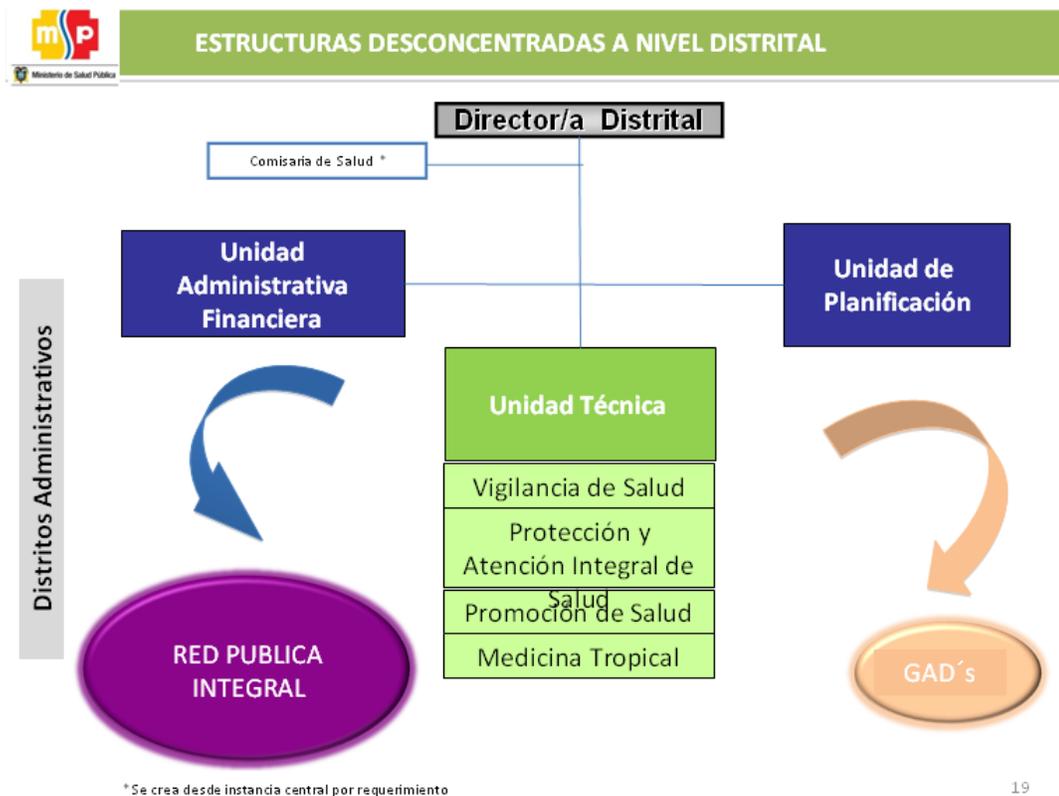


Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2009, Presentación institucional

De esta manera se determina para el nivel distrital de atención de salud el ejercicio de las facultades de gestión, coordinación y control en el marco de las funciones del Ministerio de Salud Pública como autoridad sanitaria nacional. En cuanto a los productos y servicios planteados se establece la elaboración de los planes distritales, la articulación de la red de salud, la prevención y control epidemiológico, el cumplimiento de normas y estándares, la prestación de servicios de salud en base al modelo de atención y la generación de la información distrital de salud.

En cuanto a la estructura de los niveles desconcentrados del MSP se puede observar en la propuesta un fortalecimiento del nivel distrital para el cumplimiento de sus funciones.

Esquema 23: Estructuras desconcentradas a nivel distrital, Ministerio de Salud Pública



Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2009, Presentación Institucional.

En el contexto actual se puede evidenciar que el gobierno nacional se encuentra empeñado en un proceso de revisión e impulso a los procesos de desconcentración institucional de algunos sectores prestadores de servicios públicos como son los correspondientes a educación, salud, inclusión económica y social.

Para ello es necesario también un proceso de evaluación del talento humano y un acompañamiento de procesos de formación y capacitación del personal que colabora en el sector salud, así como un esfuerzo de optimización de la infraestructura y los recursos humanos existentes en el sector, para que la transformación institucional no desembogue en un crecimiento desmedido de la institucionalidad pública.

Como se mencionó anteriormente no se pueden evaluar los beneficios de este nuevo proceso de desconcentración ya que no se encuentra en implementación a nivel nacional hasta el momento. A base de las dificultades encontradas previamente en los anteriores

ejercicios de desconcentración del sector se podrían tomar en consideración algunos aspectos que corregir, fortalecer, impulsar o evadir.

Capítulo IV

Conclusiones

La entrada conceptual a los procesos de desconcentración de las instituciones públicas ha sido abordada principalmente por las teorías del derecho administrativo, de la administración pública y en los elementos desarrollados sobre la organización interna de las instituciones, en el marco de las ciencias administrativas. Por ello, en el capítulo I se optó por construir un marco conceptual más abarcativo, complementando visiones sobre el rol de las instituciones, su quehacer, su interacción con los actores y con los territorios, desde una apuesta por considerar estas iniciativas como una posibilidad real para el acercamiento del Estado, a través de los organismos públicos nacionales, a las realidades locales y para la construcción de un relacionamiento distinto con la sociedad en todo el accionar público estatal.

En el abordaje teórico del presente trabajo se buscó armar un marco conceptual que logre ampliar la visión meramente organizacional de los procesos de desconcentración de la institucionalidad pública nacional, a través de complementar elementos teóricos sobre:

a) Las instituciones públicas, entendidas como objetos y actores políticos a ser diseñadas, implementadas y adaptadas acorde a los cambios producidos en las sociedades, cuyos actores son considerados una variable endógena del quehacer institucional a través de la interacción y el intercambio permanente a nivel nacional y local.

b) Gobernanza, entendida como “un proceso permanente de participación inter y trans gubernamental, que durante todo el ciclo de políticas públicas, incorpore los aportes de los actores no gubernamentales en las decisiones públicas” (Parsons, 2008: s/p). Proceso comprendido como “estructurado, institucional y políticamente directivo” (Rodríguez, 2008) y que responde a la necesidad de construir nuevas formas de hacer gobierno caracterizado por el diálogo entre los miembros de la comunidad y los actores estatales en base a una relación interdependiente (Ramírez, 2001).

c) La gestión territorial del Estado, a través de procesos de desconcentración y descentralización, entendidos como causas

complementarias, interdependientes y graduales que posibilitan el fomento del desarrollo local. Descentralización vista desde una propuesta democratizadora, en la que ésta constituye un medio, y no un fin en sí mismo, para la democratización de la sociedad en el ámbito local que promueva el efectivo ejercicio de la soberanía popular, combinando mecanismos de democracia representativa con formas más directas de participación y gestión. Desconcentración comprendida como una organización administrativa estructural y territorialmente distribuida desde el “centro” que permita otras formas de interacción con la sociedad civil local y con los mismos gobiernos subnacionales, a través de nuevas formas de construir gobierno desconcentrado, que promueva la gestión pública participativa y que adapte las respuestas institucionales a las demandas y necesidades locales sin olvidar una acción estatal integral a escala territorial, sentando bases para la democratización del Estado en sus diferentes niveles.

De esta manera se pretendió realizar un acercamiento a las propuestas de desconcentración institucional como elemento necesario de los planteamientos de diferentes formas de hacer gobierno nacional a través del relacionamiento con lo local.

En el segundo capítulo, concentrado en la revisión de la normativa relacionada, se optó inicialmente por definir el período de análisis para la investigación, seleccionando el período abarcado entre la aprobación de la Ley de Modernización del Estado, año 1993, y los planteamientos del Plan Nacional de Desarrollo elaborado en el año 2009. La razón para definir éste período se debe a que es en el marco de las propuestas de modernización del Estado en las que se toma la decisión política de asumir o promover una administración descentralizada y desconcentrada como política de Estado.

Al realizar una revisión del ámbito normativo de la desconcentración y la descentralización estatal en el período de análisis definido, se puede observar cómo en las diferentes normas producidas, entre el año 1993 y el año 2008, se plasman ciertas apuestas por procesos de descentralización política y administrativa del Estado con algunas diferencias sustanciales, mientras que en el ámbito de la desconcentración de la administración pública nacional la norma se ha limitado a establecer un marco legal que permita su desarrollo a cargo de la Función Ejecutiva.

En este sentido se puede constatar que las discusiones sobre la descentralización estatal, por ser un debate estrecho y directamente vinculado con el ámbito político de la distribución del poder a nivel territorial, ha tenido mayor profundización en los procesos de elaboración y aprobación del marco normativo general.

Esta realidad ha relegado a los procesos de desconcentración a ser el adjetivo acompañante al de la descentralización en la caracterización del Estado en algunas de las normas relacionadas con la temática y a que la profundización de su implementación dependa de la voluntad política y la visión organizativa de las autoridades ministeriales de cada gobierno.

Al comparar las definiciones normativas de los dos procesos, se puede constatar que es el proceso de descentralización el que cuenta con un mayor desarrollo de normativa relacionada que evidencia diferencias sustanciales entre los proyectos políticos que lo han impulsado. El primero en el marco de los procesos de modernización del Estado ecuatoriano que se consagran con la aprobación de la Ley de Modernización, y el segundo, planteado en el proceso desencadenado alrededor de la elaboración de la Constitución del 2008, misión encargada a la Asamblea Nacional Constituyente⁶⁹.

Las apuestas de estos dos proyectos políticos, en el ámbito de la desconcentración y la descentralización estatal, se diferencian en algunos aspectos importantes derivados de la concepción y rol otorgado al Estado en la prestación de servicios públicos. Mientras el primero desconfía de la eficiencia y eficacia de la gestión estatal de algunos servicios públicos y apuesta por abrir las posibilidades jurídicas e institucionales para una mayor participación del sector privado, el segundo se caracteriza, en sus planteamientos constitucionales y de política pública, por el fortalecimiento de las capacidades estatales de prestación y gestión de servicios, así como por la recuperación de las facultades de rectoría, regulación y control de las actividades del sector público y privado en dicha prestación, reduciendo explícitamente los sectores en los que éste último puede participar y privilegiando la cogestión con actores de la economía popular y solidaria y del sector comunitario.

⁶⁹ En el ámbito de la descentralización, en este “segundo momento” se evidencian avances normativos importantes. Al momento de la elaboración de este trabajo se encuentra a punto de ser aprobado el “Código de Organización Territorial, Autonomías y Descentralización” en la Asamblea Nacional, el cual establece las pautas para la implementación de lo determinado en la Constitución 2008.

En este sentido, aunque los planteamientos de la descentralización y la desconcentración en algunos aspectos explícitamente no varíen demasiado en el sentido formal (los dos proyectos hablan de eficiencia, eficacia, transformación institucional), las propuestas de fondo son medularmente distintas. El momento en el que se le otorgan más responsabilidades al Estado como prestador de servicios públicos o de inversiones estratégicas, la desconcentración institucional adquiere una nueva carga en contenidos e importancia. Si la opción es abrir la participación al sector privado, la desconcentración institucional, aunque es igual de necesaria, cambia su orientación hacia una gestión institucional relacionada principalmente con facultades de regulación y o prestación de servicios administrativos que faciliten las acciones del sector privado. Es así que con dos concepciones diferentes del rol del Estado se plantean, en contenidos y competencias, dos procesos de desconcentración institucional distintos.

En los planteamientos constitucionales relacionados con la descentralización, se pueden identificar dos modelos para el proceso de transferencia de competencias, recursos y autonomía desde el Gobierno central a los Gobiernos autónomos descentralizados (antes Gobiernos seccionales autónomos). Por un lado el modelo consagrado en la Constitución Política de 1998, esquema de descentralización “a la carta” en el que los Gobiernos seccionales podían solicitar las competencias que eran de su interés y el Gobierno central debía transferirlas obligatoriamente, y por otro, la Constitución del 2008, en el que se plantean competencias exclusivas para cada nivel de gobierno, a base de un modelo obligatorio y progresivo de transferencia de competencias para todos los gobiernos autónomos descentralizados por cada nivel.

En el ámbito de la descentralización los retos que le quedan al país son enormes, con el nuevo esquema determinado en la Constitución del 2008 y en el recientemente aprobado Código de Organización Territorial, Autonomías y Descentralización, se abren las puertas a un proceso progresivo y ordenado de transferencia de competencias a los gobiernos autónomos descentralizados, proceso que debe contar con los recursos efectivos para el ejercicio de las mismas y con la implementación de mecanismos de coordinación entre las instituciones del gobierno central, los gobiernos locales y la ciudadanía. De esta manera se avanzará en la construcción de un Estado democrático desconcentrado y descentralizado como plantea la nueva Constitución.

En cuanto a la desconcentración, como se puede observar en el breve recuento realizado de las normas y políticas sobre este proceso dirigido a las instituciones públicas del Ejecutivo, en la normativa promulgada se ha reconocido consistentemente la posibilidad de implementar esquemas de gestión desconcentrada por parte del sector público, siempre bajo la decisión y coordinación de las autoridades del Gobierno. El énfasis de lo dispuesto en la norma ha variado ligeramente en los diferentes momentos de definición política⁷⁰, mas es solo con la elaboración de las versiones del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 y 2009-2013, cuando se establecen oficialmente políticas específicas y generales para los procesos de desconcentración de las instituciones públicas nacionales.

Los planteamientos del gobierno de Rafael Correa, avanzan en el diseño de metodologías, herramientas y procedimientos para desencadenar un proceso de desconcentración estatal generalizado. El diseño de tipologías de instituciones, ministerios y secretarías nacionales, y sus posibles esquemas desconcentrados de gestión pública podrían resultar pautas concretas sobre las cuales impulsar un proceso de acercamiento de la administración nacional sectorial a las realidades territoriales.

Los resultados de las políticas establecidas no son aún visibles y deben ser objeto de un estudio adicional y detallado. Lo que se buscó resaltar en el capítulo dos es cómo, a través de un análisis de las normas y documentos públicos oficiales, se pueden observar cambios en los enfoques y en la fuerza que se le ha asignado a la desconcentración como política, entendida como una posibilidad de acercamiento de la estatalidad central a los territorios.

Para la tercera sección del presente trabajo, y con el objetivo de realizar un análisis detallado de un sector en particular que haya implementado procesos de desconcentración institucional que puedan arrojar resultados y o lecciones sobre su implementación y que permitan explorar si la desconcentración es en realidad una opción de democratización de las instituciones públicas nacionales a nivel territorial, se optó por profundizar el acercamiento al sector salud, realizando en un primer momento una revisión de los hitos

⁷⁰ Se puede observar cómo en el marco de la Ley de Modernización del Estado y su reglamento se plantea la exigencia de la elaboración de cronogramas, manejo de recursos humanos y optimización de infraestructura para la desconcentración sectorial, y posteriormente este elemento va perdiendo fuerza, concentrándose la discusión en los procesos de descentralización del Estado.

normativos que evidencian el camino recorrido por los actores de la salud y, en un segundo, el proceso mismo de desconcentración institucional y sus resultados.

Como se pudo constatar, la implementación de reformas organizacionales internas de la institución rectora del sector salud, el Ministerio de Salud Pública, no ha sido independiente del contexto de inestabilidad política que se ha vivido en el país en el período de análisis, evidenciándose que los sucesivos cambios de gobierno y autoridades ministeriales han afectado directamente a dicha institución, en su desempeño. La decisión de implementar reformas institucionales del Ministerio de Salud Pública ha estado influenciada por contextos políticos y agendas de política más estructurales y abarcativas que de alguna manera han provocado las acciones, tendencias, tensiones e incluso los resultados de la iniciativa de desconcentración y descentralización del sector salud.

En base al análisis realizado se puede observar cómo en el campo de la salud se disputaron también los sentidos de la intervención pública y el rol del Estado frente al acceso a los servicios de salud para la ciudadanía. Por un lado la agenda modernizadora intentó avanzar con procesos de privatización de la salud y de la seguridad social, con la implementación de mecanismos de recuperación de costos y efectividad por sobre la universalidad de las prestaciones públicas y con el traslado de las funciones que venía desempeñando la institución pública encargada de la salud hacia el sector privado y los actores que estuviesen interesados en proveer servicios, bajo una lógica de mercado.

Frente a estas propuestas se evidenció también como ciertos actores jugaron un papel clave para no dar paso a dicha agenda, actores institucionales, sociales y provenientes de espacios institucionalizados de participación social.

Un factor que determinó el fracaso de la profundización de las políticas privatizadoras y desestatizadoras en el campo de la salud, fue la crítica inestabilidad política que el Ecuador vivió desde finales de la década de los noventa. Con el cambio de Presidentes y autoridades ministeriales, con un promedio de 10 meses de ejercicio en el Ministerio de Salud, las reformas no lograron la continuidad suficiente para desmontar un amplio aparataje institucional público como es el de la salud. Otro factor que limitó el avance de la agenda fue la gran resistencia de la burocracia y los servidores públicos de salud, los gremios y organizaciones de médicos, enfermeras y profesionales de la salud que se resistieron a la aplicación de dichas políticas.

Aunque no se logró la reducción del peso y la dimensión de la institucionalidad pública de salud por la vía de las reformas administrativas y organizacionales, si se consiguieron algunos de los fines buscados con la reducción progresiva del presupuesto del sector de la salud, así como de los demás sectores sociales, provocando de esta manera una desatención en la práctica desde las unidades en los diferentes niveles del sector por la falta de recursos necesarios para personal, insumos e incluso mantenimiento de la infraestructura.

Otro elemento que se puede resaltar del proceso atravesado por el sector de la salud en el período analizado es, que a pesar de la inestabilidad política y la agenda privatizadora que se intentaba implementar, se consiguieron algunos hitos normativos como fueron la aprobación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, posteriormente la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y después de algunos años la Ley Orgánica de Salud.

Estas conquistas se hicieron realidad principalmente por una alta dinámica de movimientos sociales, actores institucionales y políticos que lograron posicionar en medio de los conflictos políticos ciertas agendas que buscaban la construcción de un sistema integral e integrado de salud.

Otra de las conclusiones que arroja el análisis realizado es la incidencia que lograron los organismos internacionales tanto en las propuestas de políticas públicas, como en los procesos de discusión y debate, así como en la implementación de reformas en el campo institucional. De esta manera se puede observar cómo el Banco Mundial a través de los créditos realizados al Gobierno ecuatoriano plantea una agenda de reducción de la presencia del Estado y traspaso de competencias al sector privado y a los gobiernos locales. Los proyectos FASBASE I y II, y MODERSA, protagonizaron la implementación de las reformas institucionales que se llevaron a cabo en el Ministerio de Salud y las pocas iniciativas de descentralización de competencias a los gobiernos locales que se concretaron.

El caso de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud es ligeramente distinto⁷¹. Dichas instituciones venían acompañando e impulsando

⁷¹ La diferencia se inicia por su naturaleza, mientras el primero es un Banco multilateral, la OPS/OMS es un organismo del Sistema de Naciones Unidas, el cual se maneja por acuerdos de las autoridades de los

reformas en el sector años antes de la euforia de los procesos modernizadores del Estado de la década de los noventa, siendo uno de sus aportes la promoción de la construcción de los Sistemas Locales de Salud, aquí mencionados. En el período de análisis el rol que desempeñaron en el sector fue más bien el de acompañantes de los procesos, apoyando los espacios de discusión y manteniéndose parcialmente al margen de la agenda modernizadora sin mostrar una posición a favor o en contra de la misma⁷².

Una constante en la evolución del sector salud en los años de análisis es la apuesta permanente de la mayoría de los actores públicos, organizaciones no gubernamentales y organizaciones sociales por construir, por diferentes vías, el sistema nacional integral de salud. Estos esfuerzos responden a la necesidad de superar las características del sector, en el cual prima la fragmentación, descoordinación y desregulación por parte de la autoridad nacional de la prestación de servicios de salud a la población y su calidad, produciendo en muchos casos una duplicación de esfuerzos, competencias y por ende desaprovechamiento de recursos, dejando además una gran parte de la ciudadanía desatendida por su nula capacidad de pago o acceso.

Los avances constitucionales en el ámbito de la salud son también importantes de ser resaltados, se puede observar como progresivamente se ha logrado plasmar con más fuerza la comprensión de la salud como un derecho de todos y todas los/as ecuatorianos/as. Aunque la Constitución de 1998 la reconoce como un derecho no llega a la definición de la universalidad de sus prestaciones, conquista lograda en la Constitución del año 2008.

En cuanto al diseño de espacios de concertación ciudadana de la política pública de salud se puede observar cómo, gracias a la normativa aprobada en contextos políticos tan conflictivos, se establecen instancias a nivel nacional y local para este propósito. Este es el caso de los Comités de usuarios/as y los Comités Locales de Gestión de Fondos Solidarios Locales de la Salud creados en la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, los Consejos Cantonales, Provinciales y Nacional de la Salud determinados en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, y los Comités Locales de Gestión

países miembros, los cuales asumen compromisos de políticas y metas a ser cumplidas por las diferentes naciones. Adicionalmente sus fondos son principalmente para apoyar las iniciativas nacionales y no consisten bajo ninguna modalidad créditos.

⁷² Incluso se menciona que dado el mal manejo de recursos desde el proyecto Modersa, la OPS fue la encargada de administrarlos por un corto período.

diseñados en la estructura de las áreas de salud del Ministerio de Salud Pública, todos conceptualizados como espacios para la comunicación del sector con la población y con los actores a nivel local y nacional.

Las iniciativas de descentralización y relacionamiento con los Gobiernos seccionales autónomos en el campo de la salud configuran otro elemento de análisis en el período observado. Tanto la Ley de Modernización del Estado, como la Constitución del año 1998, así como la Ley de descentralización y la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud apuntan al desencadenamiento de procesos de descentralización en el sector. Procesos que como se puede observar no llegaron a profundizarse, excepto en algunas experiencias aisladas, a pesar de existir la normativa que lo permitía. La tenue implementación de la descentralización de la salud responde a algunos factores que rebasan el objeto de análisis del presente trabajo pero que pueden estar relacionados con el modelo discrecional de descentralización establecido en la Constitución del año 98, con la oposición de los trabajadores públicos de la salud y de la institucionalidad pública en general, y con la falta de un diseño general del proceso de descentralización con tiempos, pasos y recursos identificados para el efecto. Adicionalmente no existieron iniciativas de formación de capacidades en los gobiernos locales que aseguren un traspaso ordenado y eficiente para evitar la discontinuidad de la provisión de servicios de salud a la población.

A pesar de los escasos avances en los procesos de descentralización formal desde la institucionalidad pública de salud, algunos gobiernos seccionales, tanto municipios como consejos provinciales implementaron programas de salud desde su ámbito de acción, llamada asunción de competencias de facto, iniciativas reforzadas por los espacios creados a nivel cantonal y provincial en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (Consejos). Adicionalmente, el rol que la Ley de Maternidad Gratuita les otorga, al ubicarlos como autoridades que presiden los Comités Locales de Gestión de los Fondos Solidarios, impulsa y los incorpora a la dinámica institucional local de prestación de servicios de salud.

En este ámbito los retos que existen a futuro son de trascendental importancia, ya que la Constitución del año 2008 define competencias específicas para los gobiernos municipales en el campo de la salud, como son la planificación, construcción y

mantenimiento de la infraestructura de salud a nivel nacional. Esta disposición constitucional plantea una serie de desafíos a los actores institucionales públicos de la salud, principalmente al Ministerio rector del ramo. Existe una resistencia institucional en el Ministerio de Salud Pública para la descentralización de competencias a los gobiernos autónomos descentralizados, resistencia que deberá ser sobrepasada para poder definir tiempos, procedimientos y mecanismos para la transferencia de las competencias establecidas en la Constitución y que podrían ser ejercidas de manera más cercana a la población desde los Gobiernos municipales.

Del análisis histórico realizado, se puede concluir a su vez, que para el sector salud existe un antes y un después del gobierno de Rafael Correa y la Constitución del año 2008, en el sentido de la prioridad que se le ha asignado entre los diferentes sectores, el aumento progresivo del presupuesto destinado al sector salud, el reconocimiento de la salud como derecho y la universalización de sus prestaciones y la definición de políticas de carácter progresista en el sector.

En relación a la desconcentración institucional del sector salud, se puede observar que una vez implementada una desconcentración del tipo estructural en el año 92, en la que la delegación de funciones es permanente y con claros vínculos con el nivel central, el proceso se consolidó y continuó a pesar de la inestabilidad de autoridades y cambios de política.

Los objetivos que se perseguían con la organización del Ministerio de Salud Pública a través de áreas de salud fueron: contribuir a solucionar los problemas de salud más frecuentes y de mayor demanda que afectan a la población de la localidad y aterrizar la institucionalidad a un nivel local cercano a la población para lograr adaptar la respuesta institucional a las realidades territoriales. En el ámbito de la gestión se buscaba distribuir una serie de decisiones operativas a los niveles desconcentrados para mejorar la respuesta institucional y generar ciertas economías de escala.

Tomando en cuenta dichos objetivos, en base a la información recopilada se puede inferir que éstos fueron cumplidos en alguna medida. A continuación se mencionarán algunas de las conclusiones arrojadas en el análisis.

Entre los beneficios y ventajas identificados sobre el proceso de desconcentración se pueden encontrar algunas directamente relacionadas con los objetivos del mismo. Por un

lado se mencionan ventajas del funcionamiento a través de áreas de salud para la gestión misma del Ministerio de Salud Pública. La delegación de funciones administrativas y financieras y de las facultades y atribuciones necesarias para atender los casos de baja complejidad, enfocadas en la atención primaria de salud, generaron efectos positivos en el accionar de la institución agilizando las intervenciones y decisiones, así como tuvo un efecto en la racionalización del uso de los servicios. En este mismo sentido la desconcentración permitió atender mejor tanto a los usuarios internos como externos de la institución.

Por otro lado, se constató que la desconcentración institucional tiene beneficios en cuanto al acercamiento de la prestación de servicios de salud a los niveles más locales, a través de los centros y subcentros de salud, y se la reconoce como un mecanismo para adaptar la respuesta institucional a las realidades territoriales relacionadas con el perfil epidemiológico en el caso de salud. Adicionalmente, en el ámbito de la salud, se pudo observar que la implementación de las áreas de salud promovió un complemento de la prestación de servicios de salud de carácter curativo con las actividades preventivas y de promoción de la salud a nivel local.

Además de los cambios producidos en los contenidos de las prestaciones de salud se pudo identificar también beneficios en la cobertura de la atención y prestación de servicios de salud a nivel local, ampliándolos, principalmente en el sector rural, el cual antes no contaba con infraestructura de salud.

Se puede concluir además que la desconcentración institucional en el caso de salud sí abrió las puertas para la participación de la ciudadanía en lo local, de las comunidades y otros actores que componen el sistema de salud. Tanto la definición de la estructura de funcionamiento de las áreas como los ejercicios que en la práctica se dieron para la planificación y seguimiento de las actividades realizadas con participación social en diferentes niveles, demuestra que de manejarse adecuadamente y con responsabilidad el modelo, se puede lograr una democratización de la agenda de políticas locales y de la institucionalidad pública de salud.

Sin embargo, el desarrollo de las áreas de salud no fue homogéneo y el ámbito presupuestario fue determinante para que cada una de ellas pueda atender de mejor o menor manera a la población de su localidad. La modalidad de distribución de recursos a

las áreas de salud por parte del Ministerio de Finanzas, sin una lógica sectorial integral, profundizó la dispersión y heterogeneidad del funcionamiento de las áreas de salud dejando a su iniciativa los mecanismos para cubrir sus gastos básicos, la compra de insumos y la prestación de servicios de salud. Uno de los mecanismos para la sostenibilidad financiera era justamente el cobro por la prestación de servicios a la ciudadanía, que se definía a nivel local, la búsqueda de cooperación internacional y la cogestión con otros actores públicos y privados, incorporando una lógica empresarial del manejo de recursos o la consecución de fondos.

La desconcentración institucional funciona cuando se pueden resolver temas concretos administrativos a nivel local y de acuerdo a la incidencia que puedan tener las unidades territoriales en la planificación, programación y asignación presupuestaria del nivel nacional sectorial. Al revisar las competencias y atribuciones delegadas a las áreas de salud se puede observar que en la propuesta de organización se les otorgó capacidades para resolver problemas de atención de salud primaria de la población, la posibilidad de programar y planificar sus actividades, así como el dimensionamiento de sus requerimientos operativos. Se puede constatar que en la fase de implementación de las áreas, este nivel organizativo contaba con relativa autonomía e incidencia en la planificación consolidada a nivel nacional.

A pesar de que las atribuciones y competencias delegadas fueron adecuadas para una desconcentración institucional real, la mecánica de definición de sus presupuestos y el divorcio con la planificación, tanto a nivel local como nacional, condenó a que los esfuerzos de programación e identificación de requerimientos para su funcionamiento, muchas veces ejercicios participativos, no tuvieran ninguna incidencia en las decisiones del Ministerio de Economía y Finanzas en el nivel nacional y a su vez desgastaran las iniciativas participativas al constatar esta realidad. Las condiciones presupuestarias suelen venir de la mano con la realidad del talento humano; las áreas de salud tuvieron dificultades a la hora de armar y mantener los profesionales de la salud que colaboraban en ellas debido a los recortes presupuestarios que se presentaron en el sector, generando incluso un manejo “anárquico” del recurso humano, afectando directamente a la calidad de la atención de salud desde dichas unidades.

Las áreas de salud se conformaron en la práctica únicamente como un nivel de gestión territorial de la institución Ministerio de Salud Pública, dejando a un lado sus funciones de coordinación con otros actores prestadores de servicios de salud locales y por lo tanto no se logró, en la mayoría de los casos, el impulso a la construcción del Sistema Nacional de Salud con un concepto integral del sector desde lo local.

El análisis realizado permite concluir también que uno de los obstáculos para la concreción de la desconcentración institucional fue la tensión existente entre la agenda desconcentradora del Estado y la descentralizadora. Como se pudo observar en la revisión de los hitos de la reforma del sector salud, existieron momentos en los cuales la propuesta de descentralización de los servicios de salud se intensificó. Este debate desarrollado a nivel nacional, también se hizo presente a nivel local, generando en ciertas ocasiones una pugna entre el nivel desconcentrado del MSP y las autoridades locales que demandaban asumir algunas de sus competencias sin existir un marco de funcionamiento claro. En el nuevo contexto es importante empatar las dos agendas en base a las definiciones constitucionales y buscar construir un Estado central con funciones de rectoría, regulación y control fortalecidas, que a su vez apoye la generación de capacidades en los gobiernos autónomos descentralizados para asumir las competencias que jurídicamente les corresponden; así como implementar mecanismos de coordinación territorial permanentes entre la estructura desconcentrada de los ministerios y los distintos niveles de gobierno.

Después de realizar el balance entre los beneficios y ventajas de la opción desconcentrada del Ministerio de Salud Pública a través de las áreas de salud y los obstáculos que se presentaron para la profundización del proceso, se puede concluir que en cuanto al diseño y puesta en práctica del modelo de gestión de salud mediante la organización de las áreas de salud que los principales objetivos del mismo se cumplieron en mayor o menor medida. Este resultado matizado, se debe a los obstáculos presentados anteriormente, así como al hecho de que el sector salud sufrió un proceso de debilitamiento y abandono por los diferentes gobiernos del período analizado. Abandono que, reflejado en la disminución progresiva de los recursos asignados al sector, no permitiría que ninguna forma organización del Ministerio de Salud Pública, sea cual fuere, tenga el éxito deseado.

Contrariamente a esta realidad, y a los problemas de la provisión de servicios de salud prestados y su calidad, cuando se observa el volumen de atención desde los niveles desconcentrados de salud se evidencia que ha existido un aumento considerable de la atención de salud desde las unidades desconcentradas del Ministerio de Salud Pública desde el año 1997. Lo que comprueba que a pesar de las condiciones desfavorables a nivel nacional y local, la atención desconcentrada de la institución sobrevivió aunque con grandes falencias.

En la actualidad, el Gobierno se encuentra impulsando una reestructuración institucional del Ministerio de Salud Pública y sus niveles desconcentrados, con una política de fortalecimiento de los niveles territorializados de atención y prestación de servicios de salud. Dicho ejercicio se encuentra hasta el momento en fase de diseño por lo que no se pueden analizar resultados, ventajas y beneficios del mismo. A pesar de ello se puede observar cómo en los planteamientos se apuesta por implementar estructuras fortalecidas a nivel distrital, coincidentes con las áreas de salud, con mayor número de personal, con mayores atribuciones en la planificación institucional y con mayores inyecciones presupuestarias.

La experiencia previa de la desconcentración institucional arroja ciertas lecciones que deberán ser tomadas en cuenta en este nuevo ejercicio, como es la necesidad de que la programación del nivel local sea tomada en cuenta para la asignación presupuestaria, el requerido acompañamiento desde el nivel nacional con mecanismos de seguimiento y evaluación de la calidad permanentes, la revisión de los presupuestos y el cambio de los mecanismos de asignación, trasladados al sector salud, el fortalecimiento de la autoridad nacional y sus representantes territoriales en las funciones de regulación y control de la calidad de las prestaciones por parte de los actores privados, mejorar las relaciones con los gobiernos autónomos descentralizados e impulsar sostenidamente el acercamiento con la sociedad civil local y la participación social en las diferentes fases de la acción desconcentrada de la institución.

En la elaboración de esta investigación no se han encontrado evidencias empíricas sobre una concreta correlación entre la reforma institucional y la desconcentración de los servicios públicos de salud con el mejoramiento de los indicadores y la calidad de los servicios a la población. Este resultado se podría explicar por la inestabilidad política, la

implementación de políticas públicas sin mayor continuidad en el área de la salud y los consecuentes efectos en el ámbito presupuestario.

Otro elemento que complejiza dicha correlación es el hecho de que muchos de los indicadores de salud son influenciados por otras características de la calidad de vida de la población que rebasan la atención médica, como son las condiciones de salubridad, las características medio ambientales del entorno, el acceso a agua segura y a alcantarillado, entre otros.

Esta conclusión deja abiertas algunas preguntas para futuros análisis en este y en otros sectores, tomando en consideración períodos con políticas públicas sectoriales más sostenidas y con escenarios políticos más favorables; así como análisis multisectoriales que permitan dar cuenta de los factores que inciden en las condiciones de salud de la población. De todas maneras es importante considerar que los problemas sociales habitualmente tienen largos tiempos para mostrar transformaciones sustanciales, así como los cambios en la administración pública, los cuales muestran sus resultados e impactos a mediano plazo.

Después del análisis realizado se puede concluir que la experiencia de la desconcentración institucional en ciertos sectores, aplicada a los diferentes sectores institucionales con sus particularidades, podría significar un paso importante hacia la democratización de las instituciones públicas, tanto en su acercamiento de sus servicios a los territorios, como a los canales de diálogo que se construyan con la sociedad, con miras a construir un Estado diferente, que pueda cumplir los roles asignados en la Constitución y la ley en un ejercicio abierto, transparente, con calidad y calidez de manera permanente.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, Alberto, 1994, La deuda eterna - Una historia de la deuda externa ecuatoriana, Colección Ensayo, Quito, Libresa, cuarta edición.
- Abalos, José A., (s/a), Descentralización fiscal y transferencia de competencias: aproximación general y propuestas para fortalecer los Gobiernos Regionales en Chile, CEPAL/GTZ, Santiago de Chile.
- Abalos, José A. y LIRA, Luis. (1986), "Desarrollo Regional, Liberalismo Económico y Autoritarismo Político: Chile 1973-1984", en: Pensamiento Iberoamericano, N°10, CEPAL/ICI, Madrid, págs. 185-205.
- Arocena, José, 1995, El desarrollo local, un desafío contemporáneo, Caracas, Nueva Sociedad.
- Augusto Barrera, 2006, Un estado descentralizado para el desarrollo y la democracia, Quito Ecuador, ILDIS.
- Banco del Estado, 2005, Sistema De Información Municipal, Ecuador, BEDE.
- Barrera, Augusto, 1998, Descentralización, participación y planificación en la Nueva Constitución”, en La Nueva Constitución, escenarios, actores, derechos, Centro de Investigaciones Ciudad.
- Barrios, Franz, s.f., *Procesos de desconcentración en Bolivia: Teoría y Práctica, DESCONCENTRACIÓN, Hacia una tipología conceptual de la desconcentración*, Bolivia, USAID.
- Borja, Jordi, 1987, Descentralización del Estado, Movimiento Social y Gestión Local, Santiago de Chile, ICI/FLACSO/CLACSO.
- Bossier, Sergio, 1990, Estado, territorio y sociedad, La Descentralización: un tema difuso y confuso, Santiago de Chile, CEPAL.
- Carrasco Canals Carlos, s.f., Un Criterio Organizatorio Polémico: La Desconcentración, España, Revista Administración Pública, 1950-2003.
- Carrión, Fernando comp., 2007, La descentralización en el Ecuador: opciones comparadas, Quito Ecuador, FLACSO.

- Comisión para la Auditoría Integral del Crédito Público (CAIC), 2008, Informe Final de la Auditoría Integral de la Deuda Ecuatoriana, Resumen Ejecutivo, Ecuador, CAIC..
- CONCOPE, PNUD, 2004, Estado actual y perspectivas del proceso de descentralización a nivel intermedio, Ecuador, PNUD.
- Coraggio, José Luis, 1997, Descentralización, el día después, Buenos Aires, Argentina, Universidad de Buenos Aires, Oficina de Publicaciones CBC.
- De Matto, Carlos A., 1989, Falsas expectativas ante la descentralización: localistas y neoliberales en contradicción, Caracas, Nueva Sociedad No 104.
- Echeverría, Ramiro, 2000, El Proceso de Reforma del Sector Salud en el Ecuador, Período Agosto/97-Agosto/00, Proyecto de Análisis y Promoción de las Políticas de Salud, Ecuador, CEPAR.
- Echeverría, Ramiro, s.f., Las políticas de salud y el sueño de la reforma, documento digital <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd68/RamiroEcheverria.pdf>
- Ferraro, Agustín, 2009, Reinventando el Estado: por una administración pública democrática y profesional en Iberoamérica, España, INAP.
- Gallego Anabitarte, Alfredo, 1990, Transferencia y Descentralización; Delegación y Desconcentración; Mandato y Gestión o Encomienda. Teoría Jurídica y Derecho Positivo, España, Revista de Administración Pública.
- Hermida, J., Romero, P., Abarca, X., Vaca, L., Robalino, M.E., y Vieira, L., 2005, La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI) en el Ecuador, Quito Ecuador, Informe LACRSS No. 62. Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) por el Proyecto de Garantía de Calidad.
- Lira, Luis A., 2008, Políticas Públicas y Desarrollo Territorial en América Latina, Santiago de Chile, ILPES – CEPAL.
- March James y Johan, Olsen, 1993, El nuevo institucionalismo: factores organizativos de la vida política, en Zona abierta, Madrid, # 63-64.
- Márquez P., y Murrugarra, E., 1992, La salud en el Ecuador. En: Ecuador, crisis, pobreza y servicios sociales, Ecuador, Informe Confidencial, Banco Mundial.
- Ministerio de Finanzas, 2008, Cómo va la inversión social?, Quito Ecuador, MEF.

- Ministerio de Salud Pública, 1994, Manual de organización de las áreas de salud, Quito Ecuador, FASBASE – MSP.
- Ministerio de Salud Pública, 1998, Modernización de los Servicios de Salud, Quito Ecuador, MSP.
- Ministerio de Salud Pública, 2009, Estrategia de Cooperación de País, de la OPS/OMS en Ecuador, periodo 2010-2014, WDC, MSP/OPS.
- Ministerio de Salud Pública, Anuarios 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, Producción de Establecimientos de salud, Ecuador, MSP.
- Ministerio de Salud Pública, Plan Nacional de Salud 2000-2005, Quito Ecuador, MSP.
- Ministerio de Salud Pública, s.f., El fenómeno del niño en el Ecuador, Ecuador, Ministerio de Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud. <http://www.paho.org/spanish/ped/ElNino-cap10-Ecuador.pdf>
- Moncayo Jiménez Edgar, 2002, Nuevos enfoques teóricos, evolución de las políticas regionales e impacto territorial de la globalización, Santiago de Chile, CEPAL.
- Organización Panamericana de la Salud, 1988, Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, Medicamentos esenciales en el nuevo contexto socio-económico de América latina y el Caribe, Washington DC, OPS.
- Organización Panamericana de la Salud, 2008, Perfil de los sistemas de salud Ecuador. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma, Washington DC, OPS.
- Organización Panamericana de la Salud, 2008, Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Ecuador, 2da edición noviembre 2001, Washington DC, OPS.
- Paganini, José María, s.f., Los Sistemas Locales De Salud: Una Estrategia Para Favorecer La Cobertura Y La Equidad En Salud , OPS/OMS.
- Ramió Carles y Salvado Miquel, 2005, Instituciones y Nueva Gestión Pública en América Latina, España, Fundació CIDOB.

- Ramírez Gallegos, Franklin, 2000, Técnicos y políticos, ¿cómo dialogan? Tecocracia y configuración política en la Modernización del Estado ecuatoriano, Argentina, CLACSO.
- Rodríguez Héctor, 2008, Tesis de maestría Gobernanza local en Ecuador, Un proceso visto desde la comunidad, México, FLACSO.
- SENPLADES, 2007, Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2010, Quito Ecuador, SENPLADES.
- SENPLADES, 2008, Reforma Democrática del Estado. Rediseño institucional de la Función Ejecutiva: de las carteras del Estado y su modelo de gestión y organización territorial. Acercando el Estado a la ciudadanía, Ecuador, SENPLADES.
- SENPLADES, 2009, Plan Nacional de Desarrollo 2009 – 2013, Quito Ecuador, SENPLADES.
- Skocpol, Theda, 1989, El estado regresa al primer plano: estrategias de análisis en la investigación actual, Madrid España, Zona Abierta, # 50.
- Torres, Víctor Hugo, 2003, Desarrollo Local: ¿Alternativa o discurso neoliberal?, Quito, Universidad Politécnica Salesiana.

Documentos

- Constitución 1979
- Constitución 1998
- Constitución 2008
- Ley de descentralización del Estado y de participación social, Septiembre 1997.
- Ley de Maternidad Gratuita, 1995
- Ley de Medicamentos Genéricos, Registro Oficial No. 59, 17 abril del año 2000
- Ley de Modernización del Estado, privatizaciones y prestación de servicios públicos por parte de la iniciativa privada, 1993
- Ley de Seguridad Social, Registro Oficial Suplemento 465, 30 de noviembre del 2001
- Ley Orgánica de Salud, 2006

- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, Registro Oficial No. 670 de 25 de Septiembre del 2002
- Ley Trole II, Registro Oficial No. 144 de agosto 18 del 2000
- Reformas Constitución 1979, 1996
- Diario El Hoy, “Presupuesto especial para salud”, 3 agosto 2008
- Diario El Hoy, “Cronología del Ministerio de Salud Pública”, 17 junio 2002

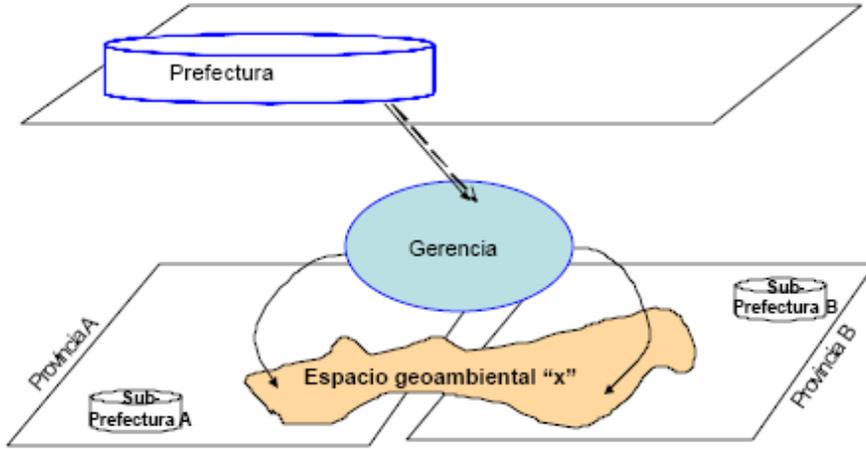
Entrevistas

- Dr. Echeverría, Ramiro, septiembre 2010
- Dra. Laspina, Carmen, septiembre 2010
- Dr. Paredes, Luis, octubre 2010
- Dra. Mirtha Briceño, octubre 2010

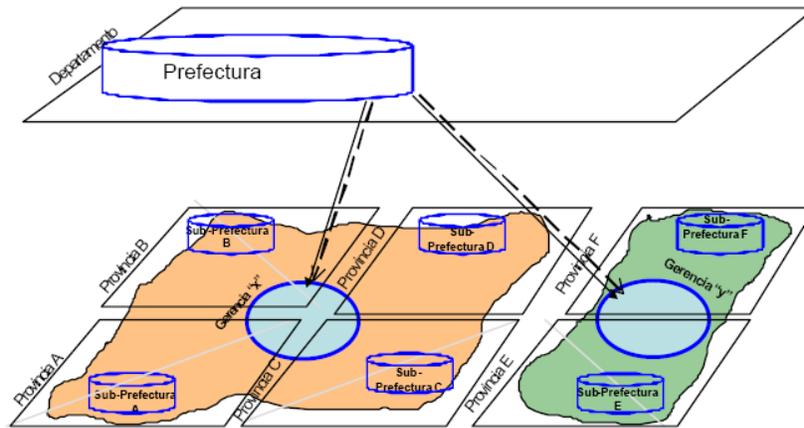
ANEXOS

Anexo 1: Desconcentración por espacio homogéneo transprovincial

Desconcentración por espacio homogéneo transprovincial (DEHT)



Tipo	Descripción
Desconcentración por espacio homogéneo transprovincial	Se trata de un agente estable de la prefectura que asume un proyecto o actividad que atraviesa varias provincias según espacio geoeconómico u otro.



Tipo	Descripción
Desconcentración transprovincial e interjurisdiccional	Se trata de un agente estable de un órgano superior departamental que asume proyectos por espacio geoeconómico u otro agregando provincias existentes conforme a este criterio

■ Espacio geoambiental
 ■ Espacio geoeconómico

Fuente: Barrios, Franz, s.f.

Anexo 2: Cuadro Comparativo la Desconcentración y Descentralización en la Constitución 1979- Reformas 1996

Cuadro comparativo Constitución 1979 - Constitución 1979 con reformas 1996 en lo relacionado a la descentralización y a la desconcentración		
Sección	Constitución 1979	Constitución 1979 con reformas 1996
Carácter del Estado	El Ecuador es un Estado soberano" independiente, democrático y unitario. Su gobierno es republicano, electivo, responsable y alternativo.	El Ecuador es un Estado soberano, Independiente, democrático, unitario, descentralizado, pluricultural y multiétnico. Su gobierno es republicano, presidencial, electivo, representativa, responsable y alternativo.
	El Estado propende al desarrollo armónico de todo su territorio mediante el estímulo de las áreas deprimidas, la distribución de recursos y servicios, la descentralización administrativa y la desconcentración nacional, de acuerdo con las circunscripciones territoriales.	Mediante la descentralización administrativa del Estado propende el desarrollo armónico de todo Su territorio, al estímulo de las áreas deprimidas, la distribución de los recursos y servicios de acuerdo con las necesidades de las relativas circunscripciones territoriales; en tal virtud: El Gobierno Central desconcentrará y descongestionará su gestión concediendo atribuciones suficientes a los representantes del Régimen Seccional Dependiente; Los consejos provinciales y los concejos municipales constituyen los organismos del Gobierno Seccional que gozarán de autonomía funcional, administrativa y económica, en sus respectivas circunscripciones territoriales; la Constitución y la ley señalarán las funciones y las áreas de su competencia; Para hacer efectiva la autonomía económica, sin perjuicio de otros recursos que se asignen a los gobiernos seccionales autónomos, destinase el quince por ciento (15%) del presupuesto del Gobierno central en beneficio de los consejos provinciales y municipios del país, y será distribuido conforme con la Ley, en base a planes de inversión tanto provinciales coma municipales; y, Se dará preferencia a las obras y servicios en las zonas de menor desarrollo. A las de la frontera y Galápagos.
Régimen seccional dependiente	Dependientes de la Función Ejecutiva, en las provincias hay un Gobernador; en los cantones un Jefe Político; y, en las parroquias un Teniente Político, de conformidad con la ley.	Dependiente de la Función Ejecutiva, y sin perjuicio de otras autoridades con potestades delegadas, en las provincial habrá un Gobernador, en los cantones un Jefe Político y en las parroquias rurales un Teniente Político, cuyas formas de designación, funciones y obligaciones se fijan en la Ley. El Gobernador es, el representante del Presidente de la República, para el mantenimiento del orden público y la ejecución de las políticas generales de administración central. Debiendo además coordinar las actividades de los órganos administrativos dependientes del Ejecutivo en cada provincia y representar a los diferentes ministerios que no cuenten con delegación específica.

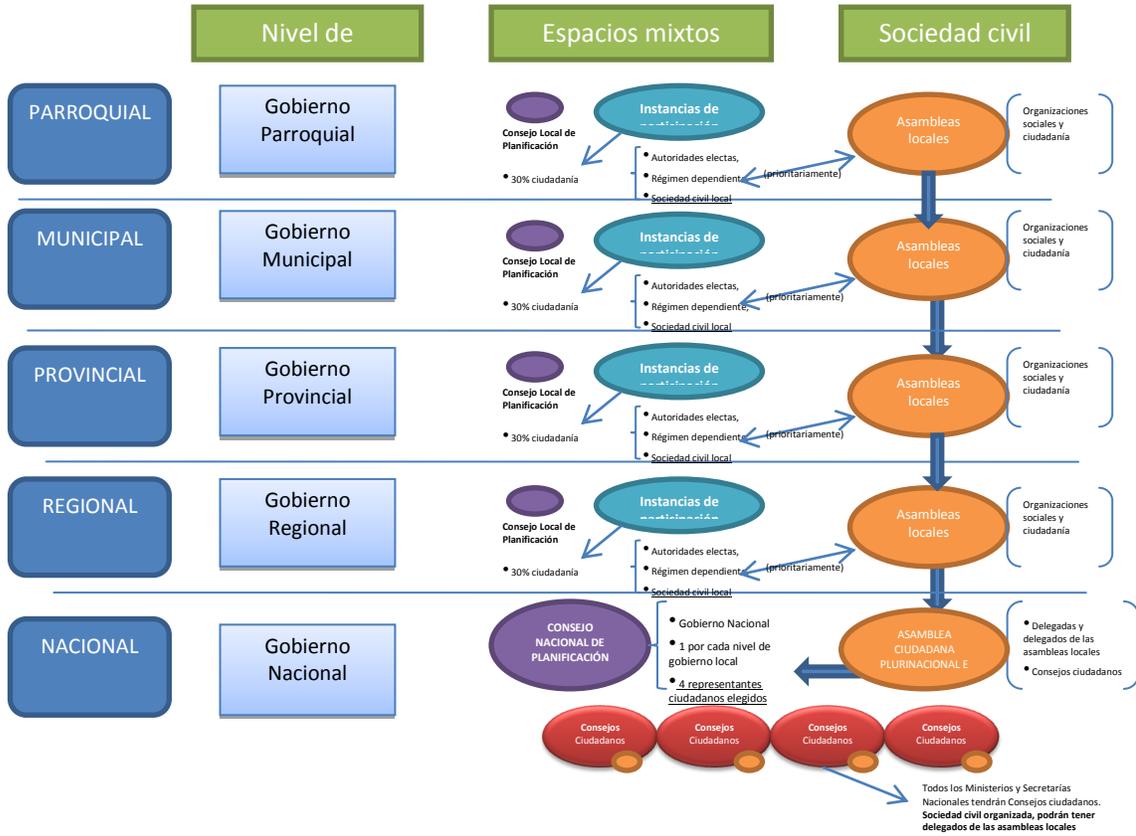
<p>Régimen seccional autónomo</p>	<p>En cada provincia hay un Consejo Provincial con sede en su capital. Sus miembros son elegidos por votación popular, directa y secreta. El Prefecto Provincial, elegido en la misma forma, es la autoridad ejecutiva que, con sólo voto dirimente, preside del Consejo. Este organismo propende al progreso de la provincia y a su vinculación con los organismos centrales.</p>	<p>Artículo 152.- Los gobiernos seccionales autónomos están constituidos por los consejos provinciales y los consejos municipales. La Ley determinará la estructura integración, deberes y atribuciones de los consejos provinciales y los concejos municipales; dando eficaz aplicación al principio de la autonomía, la desconcentración administrativa y territorial, propendiendo al fortalecimiento y desarrollo de la vida provincial y cantonal. Podrán establecerse distintos régimen, atendiendo a la población, recursos económicos e importancia de cada circunscripción.</p>
	<p>Art. 121.- Cada cantón constituye un municipio. Su gobierno está a cargo del Concejo Municipal, cuyos miembros son elegidos por votación popular, directa y secreta con arreglo a la ley.</p> <p>En los concejos de las capitales de provincia y en los demás que reúnan los requisitos de población y presupuesto exigidos por la ley, hay un alcalde elegido por votación popular, directa y secreta, quien preside el Concejo con sólo voto dirimente.</p>	<p>Artículo 153.- La entrega de recursos a los organismos del régimen seccional autónomo deberá ser directa, oportuna, automática bajo la responsabilidad del Ministerio de Finanzas sus rentas se incrementarán anualmente en la misma proporción que el presupuesto del Gobierno Central. Solo en virtud de la Ley podrán imponerse deberes y regulaciones a los consejos provinciales o a los concejos municipales.</p>

<p>Art. 122.- Los consejos provinciales y los municipios gozan de autonomía funcional, económica y administrativa. La ley determina su estructura, integración y funcionamiento y da eficaz aplicación al principio de la autonomía; propende al fortalecimiento y desarrollo de la vida provincial y municipal; y, determina las atribuciones y deberes de los consejos provinciales y los municipios.</p> <p>Puede establecer distintos regímenes atendiendo a la población, recursos económicos e importancia de cada circunscripción. Sus rentas no pueden ser inferiores a las actuales y se incrementarán de acuerdo con la ley.</p> <p>Sólo en virtud de ley puede imponerse deberes y regulaciones a los consejos provinciales o a los municipios. Ningún funcionario o autoridad extraños intervendrán en su administración.</p>	<p>Artículo 154.- Los consejos provinciales y los concejos municipales podrán asociarse para alcanzar sus objetivos comunes.</p> <p>La Ley regulará el régimen de los distritos metropolitanos. La provincia de Galápagos tendrá un régimen especial; para su protección podrán restringirse los derechos de libre residencia, propiedad y comercio.</p>
---	--

<p>Art. 123.- Los consejos provinciales y los municipios pueden asociarse transitoria o permanentemente, para alcanzar sus objetivos comunes.</p>	<p>Artículo 155.- Los organismos a que se refiere esta Sección, tienen las siguientes atribuciones: Ejercer las funciones y prestar los servicios públicos básicos que les corresponde de acuerdo con la Ley. Dictar ordenanzas, en uso de su facultad legislativa; Establecer mediante ordenanzas, las tasas y contribuciones especiales de mejoras necesarias para el cumplimiento de sus funciones; Participar en las rentas nacionales en forma equitativa mediante transferencias realizadas en la forma señalada en el artículo 153; Administrar e invertir los recursos de propia generación y los asignados dentro del Presupuesto del gobierno Central; y, Las demás que le señalen la Constitución y la Ley.</p>
<p>Art. 124.- La facultad legislativa de los consejos provinciales y de los municipios se manifiesta en Ordenanzas.</p>	<p>Artículo 156.- En cada provincia habrá un Consejo Provincial con sede en su capital. Sus miembros serán elegidos por votación popular, directa y secreta. El Prefecto Provincial, elegido en la misma forma será la autoridad ejecutiva que, solo con voto dirimente, presidirá el Consejo. La Ley fijará el número de consejeros provinciales en función de la población de cada provincia.</p>
	<p>Artículo 157.- Corresponde, además, al Consejo Provincial: Coordinar las gestiones de los diferentes municipios en cada provincia y dirimir las controversias entre estos, en los casos señalados por la Ley; Propenden al progreso de la Provincia y a la vinculación con los onanismos centrales; Promover ejecutar obras provinciales Promover ejecutar las obras de interés intercantonal.</p>
	<p>Artículo 158.- Cada cantón, construirá un municipio. Su gobierno estará a cargo del Concejo municipal, cuyos miembros serán elegidos par votación popular, directa y secreta, con arreglo a la Ley. El Alcalde elegido en la misma forma, será la autoridad ejecutiva que presidirá el Concejo solo con voto dirimente; sus atribuciones y deberes contarán en la Ley.</p>

	<p>Artículo 159.- Corresponde, además, al Concejo Municipal:</p> <ul style="list-style-type: none">Planificar- el desarrollo cantonal;Dotar de la infraestructura, equipamiento y servicios básicos para el desarrollo urbano y rural;Determinar en forma exclusiva el uso de los espacios; y el uso y ocupación de la áreas de asentamientos poblaciones y organizar su administración;Dictar las normas necesarias para el control, preservación y defensa, del medio ambiente, delimitando las áreas de conservación y reserva ecológica;Incentivar el desarrollo comunitario a través de las organizaciones barriales;Preservar los culturales promover sus manifestaciones; y,Coordinar sus actividades con el Consejo Provincial.
Fuente: Constitución Política 1979, Reformas a la constitución 1979 1996.	
Elaboración propia.	

Anexo 3: Esquema de la institucionalidad de participación ciudadana



Fuente: Ley de Participación Ciudadana
 Elaboración: Ramírez Franklin, Peña María Alejandra.

Anexo 4: Estrategias del Plan Nacional de Desarrollo

Política 12.3. Consolidar el modelo de gestión estatal articulado que profundice los procesos de descentralización y desconcentración y que promueva el desarrollo territorial equilibrado.
a. Implementar el nuevo modelo de organización territorial y descentralización establecido en la Constitución y fortalecer la institucionalidad necesaria para arlo a cabo en los diferentes niveles de gobierno
b. Fomentar el proceso de formación de regiones autónomas y distritos metropolitanos autónomos, impulsando la equidad y equilibrio inter territorial.
c. Aplicar el nuevo esquema equitativo y sostenible de distribución de los recursos del presupuesto general del Estado a los gobiernos autónomos descentralizados, en función de sus competencias establecidas en la
d. Resolver de manera definitiva la condición incierta de las zonas no delimitadas del territorio ecuatoriano a través de canales democráticos
e. Implementar los nuevos modelos de gestión desconcentrados y descentralizados de los ministerios sectoriales, que permitan garantizar la articulación intersectorial y eviten la superposición de funciones entre las carteras de Estado y entre niveles de gobierno
f. Difundir y socializar el proceso administrativo de organización del Ejecutivo en zonas de planificación e impulsar las instancias de coordinación de las acciones del ejecutivo en los territorios, con el fin de fortalecer el desarrollo territorial local.
g. Fortalecer institucionalmente los gobiernos autónomos descentralizados y los niveles desconcentrados de la Función Ejecutiva a través del desarrollo de capacidades y potencialidades de talento humano, para el fortalecimiento del desarrollo territorial local.

Fuente: Plan Nacional de Desarrollo 2009-2013

Anexo 5: Cronología del Ministerio De Salud Pública

1. Antecedentes

1908 Después de la revolución liberal se constituye la Junta de Asistencia Pública.

1936 El gobierno encarga las actividades de Sanidad, Higiene, y Materno-Infantil, al Ministerio de Previsión Social.

1941 El congreso solicita al Ministerio de Previsión realizar la codificación de Leyes y Reglamentos de Salud.

1944 Se crea una Comisión asesora Permanente dentro de este Ministerio. Se elabora un Código sanitario que delega al Servicio Sanitario Nacional al aspecto técnico-normativo.

1948 El 25 de octubre, el Congreso dicta un decreto creando el Ministerio de Salud Pública, que es objetado por el ejecutivo por considerar que las actividades creadas no eran suficientes y no justificaban tal creación. La Junta de Asistencia Pública se transforma en Juntas de Asistencia Social.

En los 15 años siguientes desaparece la idea de crear el Ministerio de Salud.

1963 Un grupo asesor internacional recomienda la necesidad de crear el Ministerio de Salud.

1964 En agosto se crea una Subsecretaría de Salud Pública dentro del Ministerio de Previsión; la que a su vez crea el Departamento de Programación, Presupuesto, Auditoría, Organización y Métodos, Estadística y Personal.

1966 El Ministerio de Previsión reorganiza sus dependencias y establece el funcionamiento de la Oficina de Programación de Salud y 7 divisiones normativas: Epidemiología, Saneamiento Ambiental, Fomento de la Salud, Atención Médica, Adiestramiento de Personal, Bioestadística y Administración.

Se formula el Primer Plan Nacional de Salud, que no llega a implementarse.

En todo este período previo a la fundación, el Ministerio de Previsión cuenta con el apoyo de dos instituciones: La Dirección General de Sanidad, encargada de la prevención, control de enfermedades transmisibles y el fomento de la salud. Las Juntas Central y Provinciales de la Asistencia Social, encargadas por Ley, de la recuperación de la salud.

2. Creación o fundación

El 16 de junio de 1967, se publicó en el Registro Oficial y entra en vigencia el decreto promulgado por la Asamblea Nacional Constituyente, del 6 del mismo mes y año; a través del cual se creó el Ministerio de salud Pública.

Inicialmente estuvo estructurado en tres niveles básicos: Directivo, Operativo y Asesor; constituyéndose en el organismo que en representación de la Función Ejecutiva, formularía y ejecutaría la política integral de salud en el país.

3. Evolución y desarrollo

Una de las primeras tareas del flamante Ministerio fue coordinar con las instituciones autónomas o semi-autónomas y crear un sistema administrativo a nivel nacional.

1968 El Congreso aprueba el Código de Salud y el Plan de Medicina Rural. Su ejecución inicia en 1970.

1970 El 29 de agosto se dispuso que el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (S.N.E.M.) funcionara como dependencia directa del M.S.P. y bajo el control de la Dirección Nacional de Salud.

1972 Se centraliza en Quito la Dirección General de Salud. Las Juntas de Asistencia Social se integran al Ministerio, con lo cual pasa a administrar el 48% de camas hospitalarias del país. Se incorpora la Liga Ecuatoriana Antituberculosa (L.E.A.).

1973 Surgió el llamado Plan País, dentro del cual se formulaba el Primer Plan Quinquenal de Salud que creó la Subsecretaría de Saneamiento Ambiental, con la adscripción del Instituto Ecuatoriano de Obras Sanitarias (I.E.O.S.); de igual modo el Instituto Nacional de Higiene "Leopoldo Izquieta Pérez se integra también, al rol del Ministerio.

1974-1979 Ejecución de obras de infraestructura sanitaria. Creación de los siguientes programas: Materno-Infantil, Control de Diarreas, Respiratorias Agudas, Lucha operacional contra el Bocio Endémico, Complementación alimentaria, reequipamiento hospitalario, entre otros. Se publica el segundo Plan Quinquenal de Salud que no se ejecuta por cambio de gobierno en 1979.

1979-1988 Se crea el Consejo Nacional de Salud, órgano coordinador de acciones, de asesorías políticas, y estrategias de Salud. De igual manera se crea la Subsecretaría de la Región II en Guayaquil en el año de 1982. Además se continúan los Programas Prioritarios (Materno-Infantil, Programa Ampliado de Inmunizaciones, Programa de Control de Enfermedades Diarreicas Agudas, Programa de Control de Infecciones Respiratorias agudas, Control Epidemiológico de Endemias y Epidemias, Servicios de Salud, Programa de Reducción de la enfermedad y muerte infantil (P.R.E.M.I.), Medicina gratuita para menores de edad (M.E.G.R.A.M.E.), Agua y saneamiento.

1988-1992 Se elabora el Plan nacional de salud 1991-2000; que obligará a priorizar actividades y a optimizar recursos disponibles, en una época de crisis nacional. Se establece un nuevo modelo de atención para la familia y la comunidad. (Ministerio de Salud Pública)

Publicado el 17/Junio/1992

El Hoy

<http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/cronologia-del-ministerio-de-salud-publica-48861-48861.html>

Anexo 6: Ficha Institucional Consejo Nacional de Salud (CONASA)

Norma: Decreto Ejecutivo No. 56, publicado en el Registro Oficial de 8 de febrero de 1980 y posteriormente ratificado en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud de Septiembre del 2002

Composición:

1. Ministerio de Salud Pública y sus entidades adscritas.
2. Ministerios que participan en el campo de la salud.
3. El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS; Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, ISSFA; e, Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional, ISSPOL.
4. Organizaciones de salud de la Fuerza Pública: Fuerzas Armadas y Policía Nacional.
5. Las Facultades y Escuelas de Ciencias Médicas y de la Salud de las Universidades y Escuelas Politécnicas.
6. Junta de Beneficencia de Guayaquil.
7. Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, SOLCA.
8. Cruz Roja Ecuatoriana.
9. Organismos seccionales: Consejos Provinciales, Concejos Municipales y Juntas Parroquiales.
10. Entidades de salud privadas con fines de lucro: prestadoras de servicios, de medicina prepagada y aseguradoras.
11. Entidades de salud privadas sin fines de lucro: organizaciones no gubernamentales (ONG's), servicios pastorales y fiscomisionales.
12. Servicios comunitarios de salud y agentes de la medicina tradicional y alternativa.
13. Organizaciones que trabajan en salud ambiental.
14. Centros de desarrollo de ciencia y tecnología en salud.
15. Organizaciones comunitarias que actúen en promoción y defensa de la salud.
16. Organizaciones gremiales de profesionales y trabajadores de la salud.

17. Otros organismos de carácter público, del régimen dependiente o autónomo y de carácter privado que actúen en el campo de la salud.

El Consejo Nacional de Salud, estará integrado por cada una de las 17 entidades que integran el Sistema Nacional de Salud antes indicadas, y presidido por el Ministro de Salud Pública.

Funciones:

1. Concertar entre todos los actores y niveles del Sistema la aplicación de la política nacional en salud.

2. Participar conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública en la formulación del Plan Integral de Salud y los criterios para su ejecución, incluyendo la programación de extensión progresiva de cobertura y su financiamiento.

3. Coordinar la participación de los integrantes del Sistema para la implementación del Plan Integridad de Salud.

4. Aprobar la utilización común de normas técnicas y protocolos para las prestaciones; procedimientos de referencia y contrarreferencia, y, otros mecanismos necesarios para la provisión de servicios.

5. Promover la participación, el control social, el cumplimiento y la exigibilidad de los derechos de los usuarios.

6. Convocar y organizar periódicamente eventos de amplia consulta nacional sobre los temas relevantes para la salud del país.

7. Promover el desarrollo integral de los recursos humanos en salud.

8. Designar al Director Ejecutivo.

Anexo 7: Prestaciones de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia

CUADRO 1: PRESTACIONES DE LA LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA¹²

PRESTACIONES A MUJERES	PRESTACIONES A MENORES DE 5 AÑOS
Control Prenatal	Atención a niñas y niños recién nacidas /os
Primer control	Atención al recién nacido/a normal
Controles Subsiguientes	Detección y tratamiento del hipotiroidismo congénito
Atención odontológica	Detección y tratamiento de enfermedades en recién nacidos
Detección de VIH/SIDA	Cuidados intensivos
Detección de anomalías congénitas	Cuidados intermedios
Captación temprana de embarazadas por agente comunitario	Atención de menores de 5 años con estrategia de la Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)
Referencia temprana de embarazos de riesgo	Atención de menores de 1 año
Parto	Atención de niños de 1-5 años
Parto normal	Atención odontológica
Cesárea	Detección y tratamiento del maltrato infantil
Referencia oportuna de parto /cesárea por agente de salud comunitaria	Complicaciones hospitalarias
Emergencias Obstétricas	Captación y referencia de niñas/os menores de 5 años a través de AIEPI comunitario por agente comunitario
Preeclampsia, eclampsia	Dotación de sangre y hemoderivados
Hemorragia de la primera mitad del embarazo	
Hemorragia de la segunda mitad del embarazo	
Hemorragia del parto y puerperio	
Sepsis	
Postparto	
Control post parto	
Referencia del post parto y niño menor de 7 días	
Captación y referencia de mujeres con hemorragia y complicaciones del post parto.	
Planificación familiar y salud sexual	
Consejería y prevención	
Detección y tratamiento de casos de violencia intrafamiliar a mujeres, incluido peritaje médico legal	
Esterilización tubárica bilateral	
Vasectomía	
DOC 34 a 64 años	
Detección oportuna de cáncer mamario a mujeres entre 34 a 64 años	
Enfermedades de transmisión sexual	
Sífilis	
Gonorrea	
Herpes vaginal	
Papiloma Virus (HPV)	
Leucorreas	
Dotación de sangre y hemoderivados	

Anexo 8: Resumen de daños ocasionados Fenómeno El Niño 1997-1998

Cuadro 1
Fenómeno El Niño
Resumen de daños ocasionados - Ecuador 1997-1998
(Millones de dólares)

<u>Sector y subsector</u>	<u>Daños totales</u>	<u>Daños directos</u>	<u>Daños indirectos</u>	<u>Componente de importación y exportación *</u>
Total nacional	2869,3	783,2	2086,1	569,4
Sectores sociales	192,2	63,1	129,1	29,2
Vivienda	152,6	43,4	109,2	17,1
Salud	19,5	4,2	15,3	6,7
Educación	20,1	15,5	4,6	5,4
Pérdida de ingresos *	17,8		17,8	
Infraestructura	830,3	123,3	707	80,2
Agua y alcantarillado	16,7	5,5	11,2	9,6
Energía y electricidad	19	15,7	3,2	15,8
Transporte y telecomunicaciones	786,8	99,1	687,7	53,2
Infraestructura urbana	7,8	3	4,8	1,6
Sectores productivos	1515,7	596,8	918,9	483,8
Agropecuario y pesca	1243,7	547,7	696	388,8
Industria, comercio y turismo	272	49,1	222,9	95,2
Otros, gastos de emergencia, prevención y mitigación	331,1		331,1	66,2

FUENTE: Comisión Económica para América Latina y el Caribe-CEPAL, Ecuador: Evaluación de los efectos socioeconómicos del Fenómeno El Niño en 1997-1998 sobre la base de cifras oficiales y cálculos propios.

* Estas pérdidas de ingresos personales se reúnen bajo el rubro de sectores productivos para evitar una doble contabilidad. Dichos daños no se suman.

Anexo 9: Cronología De Ministros De Salud

1. Dr. César Acosta Vásquez. 02-07-67 / 16-10-67
2. Dr. Enrique Sánchez Orellana. 17-10-67 / 03-03-68
3. Dr. Guillermo Molina Defranc. 04-03-6 / 30-08-68
4. Francisco Parra Gil. 01-09-68 / 11-07-71
5. Luis Eguiguren Muñoz. 12-07-71 / 13-0i- 72
6. Alejandro Franco Egüez. 14- 0i-72 / 15-02-72
7. Raúl Maldonado Mejía. 16-02-72 / 16-02-76
8. Asdrúbal de la Torre Morán. 20-02-76 / 24-07-78
9. Gil Bermeo Vallejo. 25-07-78 / 10-08-79
10. Rodrigo Fierro Benítez. 10-08-79 / 09-12-79
11. Humberto Guillen Murillo. 10-12-79 / 17-05-81
12. Miguel Coello Fernández. 18-05-81 / 26-11-81
13. Francisco Huerta Montalvo. 27-11-81 / 30-11-82
14. Luis Sarrazín Dávila. 01-12-82 / 09-08-84
15. Virgilio Macías Murillo. 10-o8-84 / 20-02-86
16. Jorge Bracho Oña. 21-02-86 / 08-04-87
17. José Thome Amador. 09-04-87 / 09-08-88
18. Plutarco Naranjo Vargas. 10-08-88 / 10-08-92
19. Leonardo Viteri Molinari. 10-08-92 / 23-04-93
20. Patricio Abad Herrera. 24-04-93 / 10-09-94
21. Alfredo Palacio González. 10-11-94 / 10-08-96
22. Marcelo Cruz. 10-08-96 / 10- 02-97
23. Guillermo Wagner. 18-02-97 / 30-05-97
24. Asdrúbal de la Torre. 05-06-97 / 10-08-98
25. Edgar Rodas. 10-08-98 / 24-0i- 00
26. Fernando Bustamante Riofrío. 25-01-00 / 24-0i-01
27. Patricio Jamriska Jácome. 25-01-01 / 25-10-02
28. Vicente Habze Auad. 01-11-02 / 13-01-03

29. Francisco Andino Rodríguez. 15-01-03 / 22-08-03
30. Ernesto Gutiérrez Vera. 22-08-03 / 16-12-03
31. Teófilo Lama Pico. 17-12-03 / 20-04-05
32. Wellington Sandoval. 21-04-05 / 29-12-05
33. Iván Zambrano Cedeño. 29-12-05 / 27-05-2006
34. Guillermo Wagner Cevallos. 30-06-2006 / 15-01-2007
35. Caroline Chang Campos. 15-01-2007 / 21 – 04- 2010
36. David Chiriboga 21- 04 – 2010 / actualidad

FUENTE:

http://picard.tchmachines.com/~yrrtkhrf/index.php?option=com_content&task=view&id=50