

Debate

CONSEJO EDITORIAL

José Sánchez-Parga, Alberto Acosta, José Laso Ribadeneira, Simón Espinosa, Diego Cornejo Menacho, Manuel Chiriboga, Fredy Rivera Vélez, Marcu Romero.

Director: Francisco Rhon Dávila. Director Ejecutivo del CAAP
Primer Director: José Sánchez-Parga. 1982-1991
Editor: Fredy Rivera Vélez
Asistente General: Margarita Guachamín

ECUADOR DEBATE

Es una publicación periódica del **Centro Andino de Acción Popular CAAP**, que aparece tres veces al año. La información que se publica es canalizada por los miembros del Consejo Editorial. Las opiniones y comentarios expresados en nuestras páginas son de exclusiva responsabilidad de quien los suscribe y no, necesariamente, de ECUADOR DEBATE.

Se autoriza la reproducción total y parcial de nuestra información, siempre y cuando se cite expresamente como fuente a ECUADOR DEBATE.

SUSCRIPCIONES

Valor anual, tres números:

EXTERIOR: US\$. 30

ECUADOR: US\$. 9

EJEMPLAR SUELTO: EXTERIOR US\$. 12

EJEMPLAR SUELTO: ECUADOR US\$. 3

ECUADOR DEBATE

Apartado Aéreo 17-15-173 B, Quito - Ecuador

Tel: 2522763 • Fax: (593-2) 2568452

E-mail: caap1@caap.org.ec

Redacción: Diego Martín de Utreras 733 y Selva Alegre, Quito.

PORTADA

Magenta

DIAGRAMACION

Martha Vinueza

IMPRESION

Albazul Offset

Quito-Ecuador, abril del 2004

PRESENTACION / 3-6

COYUNTURA

Ecuador: El coronel mató pronto a la esperanza / 7-24

Alberto Acosta

La política y la picaresca: reflexiones sobre el no tan nuevo orden de la "sociedad patriótica" / 25-50

Fernando Bustamante Ponce

Globalización digital. Acerca del manifiesto por una ciberciudadanía / 51-70

Dr. Mario González Arencibia

MCs. Idelsi Martínez Ungo

Conflictividad socio - política Noviembre 2003- Febrero 2004 / 71-76

TEMA CENTRAL

Descentralización, macroeconomía y desarrollo local / 77-94

Jeannette Sánchez

¿Por qué la descentralización no avanza? / 95-116

Lautaro Ojeda Segovia

Una desconcentración incompleta: la reforma de la salud en el Ecuador / 117-132

José Sola

Izquierda y descentralización en Montevideo / 133-166

Alicia Veneziano Esperón

Perú: Balance del proceso de descentralización / 167-192

Comité Operativo. Grupo Propuesta Ciudadana

Diáspora y centralismo: La Economía de Lima Metropolitana / 193-210

Antonio Romero Reyes

ENTREVISTA

Seguridad ciudadana y políticas públicas Entrevista a Mariano Ciafardini / 211-216

DEBATE AGRARIO –RURAL

Mercados, mercadeo y economías campesinas / 217-234
Manuel Chiriboga

ANÁLISIS

Cuando las élites dirigentes giran en redondo:
El caso de los liderazgos indígenas en Ecuador / 235-258
Roberto Santana

Linchamiento en México / 259-270
Antonio Fuentes Díaz

La estructura de incentivos de ETA / 271-276
José Antonio Sabadell

Cultura, nacionalismo (y asesinato político?) / 277-284
Angel Montes del Castillo

CRÍTICA BIBLIOGRÁFICA

Pobreza, empleo y equidad en el Ecuador:
Perspectivas para el desarrollo humano sostenible / 285-288
Carlos Larrea y Jeannette Sánchez

Comentarios: Liisa North

Una desconcentración incompleta: la reforma de la salud en el Ecuador

José Sola

Desde las agencias multilaterales, se ha impulsado por más de una década una reforma del sector de la salud. Se ha concebido la desconcentración como paso previo a la descentralización de la salud. Esta iniciativa de reforma, ha transcurrido en un ambiente saturado de conflictos y resistencias.

“Lo más triste que puede suceder en este país es ser un enfermo pobre. Significa captar en toda su dimensión el dolor de sentirse abandonado, despreciado. Sentar una diferencia triste con quienes tienen los recursos para ser atendidos con urgencia y precisión”.

*Editorial de Últimas Noticias
Lunes 22 de Marzo del 2004*

Comentarios como este son cada vez más frecuentes en la prensa del país y responden a una cadena interminable de acciones de fuerza llevadas por los gremios y sindicatos del sector de la salud a través de los cuales expresan su disconformidad con el trato que reciben por parte del gobierno. Por lo general sus demandas están relacionadas con el incumplimiento de los acuerdos salariales, con el retraso en el pago de sus haberes y con la insuficiencia de los recursos disponibles para atender a los pacientes que demandan su atención.

La pendiente del deterioro

El de la salud es uno de los sectores más conflictivos del área social del país,

aquejado por un creciente número de problemas complejos, que van desde la inestabilidad política en su dirección hasta el deterioro incesante de su presupuesto, con lo que difícilmente puede cumplir con la misión de protección a la población que le es inherente.

Durante los 37 años de existencia del Ministerio de Salud Pública, correspondientes a 15 períodos presidenciales, han pasado por esta cartera 31 Ministros con un promedio de permanencia en ejercicio de funciones de 14 meses. Si a esto se añade que cada Ministro impone a la gestión su impronta particular, es fácil entender la falta de continuidad en las políticas y la dispersión de acciones que se traducen en un sistema de servicios que no satisface las ne-

cesidades y aspiraciones de la población.

A pesar de que la reforma del sector de la salud, como parte del proceso de modernización del Estado, lleva algo más de tres lustros en desarrollo, no se han resuelto los problemas fundamentales de éste. Sin embargo del trabajo realizado por el Ministerio de Salud Pública y del apoyo financiero y técnico que recibe de organismos multilaterales como la OPS/OMS, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial entre otros, esto no ha sido suficiente para lograr impactos importantes. Persiste una baja cobertura, el acceso a los servicios es limitado y la calidad de la atención es baja.

En uno de los últimos informes del Banco Mundial¹ se señala que un 31% de la población no tiene acceso a servicios de salud, más de las dos terceras partes de la población no cuentan con un seguro formal de salud; el MSP y las demás instituciones públicas son incapaces de prestar atención a casi la mitad de ellos, precisamente a quienes adolecen de los peores indicadores de salud. Por un lado, los recursos financieros que se disponen para atender a este 30% de la población son por demás insuficientes, mientras que el promedio de gasto por persona llega a los \$70 entre los afiliados del seguro social obligatorio del IESS y es casi 5 veces inferior en los afiliados del Seguro Social Campesino. En el financiamiento general de la salud predomina el gasto de bolsillo,

que termina siendo por demás ineficiente a más de que merma onerosamente las economías familiares. En suma, el gasto público en salud sigue siendo insuficiente mientras que el gasto privado es inequitativo.

El proceso de reforma del sector de la salud se da en un ambiente saturado de dificultades y resistencias, caracterizado por la persistencia de conflictos entre actores propios del sector y de otras instancias sociales y políticas. En la opinión pública queda la sensación de que no se hace lo suficiente ni lo adecuado para superar esta situación.

En esencia, la reforma implica cambios en el sector que apunten al cumplimiento de los objetivos de la salud de la población consignados en la Constitución y leyes conexas. Se dispone ya en el país de un aparato jurídico y legal que clarifica la forma cómo debe estar organizado el sector y cuáles son los objetivos que deben perseguirse, sin embargo, no se dispone de los recursos suficientes sobre todo financieros, para encarar este cometido que se ampara en el interés general de la población.

Los elementos centrales trabajados por la reforma tienen que ver sobre todo con el avance de la *desconcentración* del sistema de servicios públicos de salud, entendido como insumo previo para llegar a la descentralización del sector, y la tendencia a una mayor inversión focalizada a través, por ejemplo, de la operación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia que

1 Bortman M (2003) Salud. en *Ecuador: una Agenda Económica y Social del Nuevo Milenio*. 1ª ed., (eds. V Fretes, M Giugale & J López-Cáliz), Banco Mundial, Colombia, pp. 241-260

brinda atención selectiva a madres y menores de 5 años.

La descentralización se entiende como la transferencia de recursos y competencias desde el Estado central hacia las instancias locales de representación. En tanto que la desconcentración se define como la transferencia de funciones dentro de la organización estatal, manteniendo una situación de jerarquía desde el poder central². De este modo, un Ministerio, establece escalones de operación que en teoría acercan los servicios hacia la población. Es así que la desconcentración de los servicios de salud puede realizarse como un paso preliminar a la descentralización.

En mucho, el lento avance de la reforma se imputa a la inoperancia de los políticos, a la falta de consistencia de los técnicos para argumentar y justificar la valía de las propuestas de cambio, pero sobre todo desde la opinión de los medios de comunicación que se hace eco – a veces de manera distorsionada – del sufrimiento de la población usuaria, se acusa al personal que labora en las unidades públicas de salud. Se carga a su responsabilidad la diversidad de problemas que sufre la población usuaria cuando acude a demandar atención: mal trato, demanda rechazada, mala calidad de la atención, etc. Muchos sectores de opinión y grupos de poder, considerando la evidencia de estos problemas, señalan que esta situación se da bajo la responsabilidad del personal de las unidades de salud que no aceptan ni

asumen los cambios, trabando de esta manera los avances de la reforma.

Sin desconocer que la carencia económica es el factor que con mayor peso afecta el proceso de reforma, así como la ausencia de un liderazgo político en salud, es necesario también ponderar cuánto incide la forma de la organización institucional y la manera como se gestionan las actividades en el nivel local del sistema, para no cargar a *priori* en los hombros del personal de las unidades de salud la responsabilidad del lento avance de la reforma del sector de la salud.

Más desconcentración y menos descentralización: una posición conservadora

En primer lugar hay que ubicar las ideas que determinan el carácter y trascendencia del sector salud y que están inscritas en el marco del interés general. El artículo 42 de la Constitución Política de la República, señala que 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 los servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia. Además en el artículo 55 se apunta que la seguridad social es un deber del Estado y un dere-

2 H. Ibarra (2000), "Descentralización del Estado y poder local", Síntesis, Madrid 33-34, pp. 66-67

cho irrenunciable de sus habitantes, complementándose con lo que dice el artículo 56 que establece el Sistema de Seguridad Social que incluye la atención a la salud de sus afiliados. Finalmente dispone en el artículo 45 que el Estado organizará un Sistema Nacional de Salud, a integrarse con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector, el mismo que funcionará de manera *descentralizada*, *desconcentrada* y *participativa*.

Es decir, por mandato constitucional se obliga a la descentralización del sector en los términos que de manera operativa se exponen en la Ley Especial de Descentralización del Estado y de Participación Social³ donde se indica que ésta debe ser entendida como *"la transferencia definitiva de funciones, atribuciones, responsabilidades y recursos, especialmente financieros, materiales y tecnológico de origen nacional o extranjero, de que son titulares las entidades de la Función Ejecutiva hacia los Gobiernos Seccionales autónomos a efectos de distribuir los recursos y los servicios de acuerdo a las necesidades de las respectivas instancias territoriales"*.

Por su lado la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud⁴ en su artículo 2 señala que su finalidad es la de *"mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud"*. Así

mismo, en su artículo 4 señala que este Sistema se regirá por los principios de equidad, calidad, eficiencia, participación, pluralidad, solidaridad y universalidad. Por último, en el artículo 14 se señala que los Consejos de Salud⁵ son las instancias de coordinación, concertación sectorial, articulación interinstitucional e intersectorial, en apoyo a la rectoría y funcionamiento del Sistema, siendo el Consejo Nacional de Salud la cabeza de esta estructura; con lo que, sin dejar de considerar el espíritu constitucional, se establece una especie de elección a favor de la desconcentración postergando o condicionando la descentralización.

En la práctica se asume a la *desconcentración* como la manera por la que se implementa la organización del sistema de servicios de salud, y en la medida que ésta se asiente permitirá avanzar en la descentralización del sector, aunque las acciones que se llevan a su favor más bien son puntuales y consideran unas pocas demandas levantadas por algunos municipios, particularmente de aquellos denominados alternativos, que llevan el proceso como una experiencia piloto, sin que hasta la fecha se haya concretado un modelo definitivo y replicable.

Vale señalar que estas pocas experiencias de descentralización designadas como la *municipalización* de los servicios de salud, especialmente la que

3 Ley aprobada por el Congreso Nacional el 25 de septiembre de 1997

4 Esta Ley fue aprobada por el Congreso Nacional el 22 de Agosto del 2002.

5 Nivel nacional = Consejo Nacional de Salud -CONASA-

Nivel provincial = Consejos Provinciales de Salud -CPS-

Nivel cantonal = Consejos Cantonales de Salud -CCS-

se cumple en el cantón Cotacachi pionero en adelantar este proceso, han recibido incesantes cuestionamientos y críticas, sobre todo de los gremios y sindicatos de la salud que ven en estas experiencias la posibilidad de avance de formas privatizadoras con la consiguiente despreocupación del Estado en esta responsabilidad. Esto supone un conjunto de contradicciones en estos discursos, pues se desconoce la pertenencia al sector público de estas instancias de gobierno local así como el mantenimiento de la rectoría del sector por parte del MSP. Cabe entender que estos discursos obedecen en gran medida a la necesidad de mantener su organización gremial y sindical dentro de una estructura institucional única que facilite la negociación de los conflictos y no tanto a una falta de reflexión sobre el sentido real de la descentralización.

También son notorias las trabas y complicaciones que genera la tecnocracia central del MSP en el manejo de las demandas de descentralización, debido a la persistencia de una tradición autoritaria y vertical, que tiende a controlar todo proceso. Según Lautaro Ojeda⁶ *“en esta situación es previsible que la fase de desconcentración administrativa sea una fase muy prolongada en el tiempo, dado que se busca un incrementalismo*

cuidadoso por mantener la capacidad de control”. Además apunta, el que la descentralización se prolonga en la medida en que cada conflicto que surge entre el gobierno central y los locales, la *“corrección”* significa por lo general una recentralización para recuperar el control del proceso, con lo que se relegitima el centralismo.

El haber optado por la desconcentración del sistema de servicios de salud, entendida como el mecanismo por el cual desde el nivel central del MSP se delega el ejercicio de algunas atribuciones así como los recursos necesarios para su cumplimiento a los niveles provinciales y locales del propio Ministerio, esta se ha concretado mediante la regionalización de los servicios bajo la forma de áreas de salud⁷, que son el producto más manifiesto del proceso de reforma del sector.

El MSP ubica en estas áreas la posibilidad de participación de los gobiernos locales y de concreción de un enfoque multisectorial, sobre todo a través de los Comités de Salud y de acuerdos puntuales para el manejo compartido de los fondos de la Ley de Maternidad Gratuita, llevando a que estas formas de participación sean más funcionales a la desconcentración que a la descentrali-

6 Tomado del artículo *¿Por qué la descentralización no avanza?*, publicado en esta misma revista.

7 Se han estructurado 168 áreas de salud. El área de salud es la estructura técnica-administrativa y financiera básica del sistema nacional de salud y es el lugar de articulación y síntesis entre tres elementos: las normas, elaboradas en su función de rectoría por el nivel central, la experiencia del personal de salud como operacionalizador de las normas y las necesidades de la comunidad traducidas en demandas. Tomado del *Manual de Organización y funcionamiento de las áreas de salud*, MSP, Quito, 2002.

zación, pues mantiene para sí la capacidad de control del proceso.

En suma, los mayores esfuerzos del MSP se enrumban a fortalecer la desconcentración del sistema de servicios de salud esto como consecuencia de la forma como se ha planteado y llevado el proceso de reforma en este sector.

El tortuoso camino de la reforma

El proceso de reforma contiene innumerables inconvenientes y es sujeto de críticas y cuestionamientos, lanzados por múltiples actores locales y desde las instituciones multilaterales relacionadas con el sector de la salud. Tanto es así que el Ecuador es señalado como uno de los países de Latinoamérica con una muy lenta asimilación de los cambios⁸.

Y esta preocupación radica en el hecho de que en la mayoría de actores involucrados con el sector salud está presente la idea, a manera de consenso, de que la reforma de éste es un medio apropiado para enfrentar los problemas fundamentales de la atención de salud en el Ecuador. Lo que lleva a considerarla como un instrumento de política de los gobiernos para introducir cambios, ajustes o innovaciones en las instituciones y procesos intervinientes en este sector⁹.

Se acepta el término reforma como sinónimo de cambio, como una propuesta nueva o en forma distinta a la anterior. Pero este cambio para entenderse como reforma debe constituirse en un proceso integrador, coherente y con un propósito en el largo plazo, además de que deben cambiar significativamente las condiciones preexistentes que daban forma a un determinado hecho, proceso o institucionalidad, aunque no su esencia o raíz.

En este sentido la reforma modifica, le da nueva forma a la práctica institucional pero no cambia la estructura existente, de lo que se puede colegir que si bien cambios signados como parte de la reforma tienden a ser significativos y aceleran los procesos hacia objetivos de gran incidencia, no son estructurales, lo que marca un límite que impide transformaciones esenciales.

La reforma en el sector de la salud se produce como reacción a problemas e intereses propios de cada sociedad o región, por lo que la amplitud y magnitud de los cambios depende de la realidad en la que transcurren dichos procesos, sobre todo centrada en el afán de cambiar la situación de salud, un reto importante dadas las complejas relaciones que se establecen con los determinantes sociales, económicos, políticos y culturales.

8 Ver artículo de: Arroyo J (2002) "Situación y desafíos en el campo de los Recursos Humanos en salud en el Área Andina, en los albores de los 2000". *Anales de la Facultad de Medicina Universidad Mayor de San Marcos* 63 45-58

9 A favor de esta posición abunda en argumentos Ramiro Echeverría en su libro monográfico: *El proceso de Reforma del Sector Salud en el Ecuador 1992 - 1997: aportes para el debate*. 1ª ed., CEPAR, Quito.

En el Ecuador la reforma se presenta como propuesta formal y orgánica a partir de 1992 en tanto el gobierno de turno¹⁰, dentro de sus ejes de acción, propone como prioritaria la reforma y modernización del Estado. En este proceso de la reforma en el Sector Salud es posible identificar momentos claves que agrupan hechos relevantes¹¹:

- Un primer momento (1992-1994) entendido como fase de inserción de la reforma en salud a partir del debate de la Ley de Modernización aprobada por el Congreso. Se indujo a la formación de una comisión biministerial (MSP y Ministerio de Bienestar Social) para elaborar una propuesta propia que contestaba a la que se diseñó en el seno del Consejo Nacional de Modernización –CONAM-. En esta fase se inicia la ejecución del proyecto “*Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud*” –FASBASE-, con un aporte importante del Banco Mundial y con una cobertura esperada de alrededor de dos millones de personas.
- En una segunda fase (1994- 1996), el tema central en debate fue la propuesta del CONAM que planteaba la privatización del sistema de pensiones y la creación de un Sistema de Seguridad Social en Salud en ba-

se a un modelo mixto público/privado. Se restableció el Consejo Nacional de Salud –CONASA- en el afán de liderar la elaboración y discusión de los contenidos de la reforma en salud, sin embargo el MSP elaboró unilateralmente una propuesta de Ley de Unificación del Sector Salud que fue rechazada, sobre todo por la Junta de Beneficencia de Guayaquil y SOLCA, pues denunciaban que ésta afectaría su autonomía institucional. La población, consultada en un plebiscito en 1995 negó la posibilidad de privatización del IESS, cuyo proyecto de ley estaba listo para ir al Congreso.

Para mediados de 1996 se discuten varios documentos. Una segunda versión del CONAM para la reforma de la Seguridad Social; una propuesta preparada por la Secretaría Técnica del Frente Social cuyo énfasis se centra en la creación de un Sistema Integrado de Salud (SIS) que articule los nodos central, provincial y local (SILOS). Además del proyecto “*Reforma Sectorial y Modernización Hospitalaria*” generado por el grupo de trabajo auspiciado por el Banco Mundial y tendiente a gestionar un nuevo crédito con esta institución; y, también la propuesta del CONASA y otras que suman alrededor de 18 propuestas para el sector salud y 27 para la seguridad social. Todo un esfuerzo im-

10 1992: inicio del Gobierno constitucional del presidente Arq. Sixto Durán Ballén (Partido Unidad Republicana- escisión del partido Social Cristiano) y del vicepresidente Ec. Alberto Dahik (Partido Conservador).

11 Para la redacción de esta fase se consideró la extensa información cronológica que Ramiro Echeverría propone en su obra ya citada

presionante y prolífico, aunque puesto en un medio que rehuye los consensos.

A las autoridades del efímero gobierno de Abdalá Bucaram les quedó claro que no hacían falta más estudios y sí dar inicio a la implementación de la reforma desde la comunidad y en particular proceder con algunos cambios en forma inmediata como el referido a la desconcentración de los servicios de salud.

- Entre 1996 y 1997 se da una fase de discontinuidad en el proceso de reforma, en la que se advierte que las instituciones responsables de llevarla no funcionaron debidamente, además de que la voluntad política del gobierno no consideró éste como un tópico de su interés por lo que progresivamente desestimó el funcionamiento del CONASA. Sin embargo, nada quedó quieto, pues se dieron hechos preocupantes como la reducción de la participación del MSP en el presupuesto del Estado a niveles insospechados (del 4.6 % en 1996 a 2.8 % en 1997) con lo cual la crisis de los servicios se profundizó; además, la propuesta de autonomía de gestión de los servicios, como mecanismo para mejorar

la eficiencia y la eficacia de su funcionamiento, se trasladó a "autonomía de financiamiento", para lo cual se plantean mecanismos de recuperación de costos basados en tarifas de mercado de acuerdo a la capacidad de pago local. También, en la vía de la descentralización, se realizan convenios de traspaso de algunos hospitales a municipios, intentando con ello sellar las dos medidas antes señaladas, lo que por cierto fracasó por presiones de la ciudadanía, sobre todo de los trabajadores de la salud.

En este último quinquenio, se han dado también hechos relevantes, pues en la práctica se han seguido desarrollando propuestas de reforma para el nivel nacional, pero sobre todo se han despertado iniciativas en ámbitos locales¹², generando un cúmulo de experiencias que aportan a construcciones que tienen a lo local como punto de partida para llegar a cambios en el ámbito regional o nacional. En el ámbito institucional, en 1999, se introdujeron reformas importantes en el MSP como la creación de los sistemas descentralizados de salud, los consejos cantonales de salud, los comités de participación social y el modelo de autogestión de los

12 Algunas de estas experiencias alternativas se describen en:

- De Paepe & Siavichay. H (1997) Protocolo de investigación operativa: Sistema de seguro solidario comunitario en el SCS de Solano. Proyecto APS, Quito
- Maldonado F, Abad L & De Paepe P (1998) Cobro por episodio Área de Salud # 1-Azogues. *Boletín Atención Primaria de Salud* 2 59-67
- OIT / OPS (1999) Síntesis de estudios de caso de microseguros y otras modalidades de protección social en salud en América Latina y el Caribe [en línea], Disponible: <http://www.oitopsmexico99.org.pe>

servicios, que tomó el sentido antes señalado.

Considerando este relato cronológico, se puede decir que muchas han sido las propuestas de reforma sectorial, gran parte de ellas lideradas por el Ministerio de Salud Pública y el Consejo Nacional de Salud -CONASA-, pero que no se han aplicado plenamente, aunque se han venido introduciendo algunos cambios en la organización y gestión de las instituciones de este sector. Al decir de Julio Suárez¹³ la inestabilidad política en que está inmerso el país en los últimos años, expresada en frecuentes cambios de gobierno, la debilidad de las instituciones nacionales, los problemas de gobernabilidad en todos los niveles, la deslegitimación ante la sociedad de los grupos políticos tradicionales, la crisis económica, las diferencias regionales, las pugnas de poder y los procesos aún inciertos de descentralización y autonomías provinciales, son algunos de los factores que explican el curso inestable y los contenidos variables de la reforma en salud en el país.

Algunos problemas del nivel local que afectan a la reforma

Los resultados de los cambios propuestos por la reforma en el país se sienten como exiguos, su impacto es pobre y angustiante y responden –como se anotó–, a la falta de voluntad política y a la carencia de recursos para solventar adecuadamente las acciones requeridas. Estos son los principales referentes

discursivos con que se ventila la reflexión y la crítica sobre este tópico y sin duda su peso explicativo es determinante. Pero más allá de estos factores de orden claramente político y económico se deberían buscar y ponderar otros factores intervinientes, no tanto en los niveles directrices sobre los cuales hay abundancia de explicaciones, sino y sobre todo en el nivel local.

Vale recordar que en el nivel local del sistema de salud se realiza operativamente la reforma mediante el trabajo que cumplen las unidades de salud, por lo que también en este ámbito se producen problemas que inciden en el logro de los cambios y que se suman a los propios de los niveles superiores. Es en este nivel donde confluyen todos los problemas y se los siente con mayor peso cuando hay que dar la cara a la población usuaria. Es aquí donde se siente y se critica la mala calidad del servicio y de la atención que se brinda.

Cabe entonces ubicar cuáles son los factores que intervienen, cómo se interrelacionan y cuál es su peso determinante, para que en las unidades operativas del nivel local los cambios nacidos de la reforma no se concreten debidamente, afectando la calidad de los servicios y de la atención a la población bajo su responsabilidad.

En primer lugar, es evidente las distancias que existen entre la planificación central y la operación local, entre la definición de políticas en los niveles superiores del sistema y su aplicación en campo, entre la burocracia central y

13 Suárez J (2001) "Acceso universal y reforma en salud en el Ecuador". *Boletín Atención Primaria de Salud* 6, 70 -79

la burocracia periférica, entre los tecnócratas del nivel central y el personal de las unidades de salud del nivel local. La crítica radica en el hecho de que no se consideran las experiencias locales como referentes que facilitarían la argumentación y aplicación de las propuestas de cambio.

Las ideas, definiciones y planteamientos que se argumentan desde el nivel central, en gran medida responden al interés general, pero sufren críticas y cuestionamientos por parte de instituciones y grupos políticos relacionados con el sector que presionan por cambios a la medida de sus intereses particulares, con lo que se modifica la esencia de los planteamientos y se generan algunas contradicciones. Frente al acceso general y gratuito a los servicios consignado en la Constitución y la Ley, se propone por ejemplo el pago por algunos servicios. Situaciones de este tipo impiden una asimilación adecuada de los contenidos de la reforma que apuntan al interés general, por parte del personal de las unidades de salud.

Se percibe en las unidades locales de salud como que la reforma se restringe al desarrollo de la desconcentración, sin que se resuelvan las relaciones conflictivas con las instituciones prestadoras ajenas al MSP y se deja de lado las otras propuestas tendientes a mejorar la calidad de la atención. Esta situación argumenta las posiciones reivindicativas que demandan de los gobiernos una mayor preocupación por la salud, particularmente en los aspectos económicos y financieros, con lo que se establece una especie de conexión de intereses con las demandas de la población. Tam-

bién se cuestiona que el proceso de reforma depende en mucho de influencias externas (BID, Banco Mundial p.e.) que terminan regulándola y condicionándola y se demanda una participación más decisoria de los técnicos y políticos nacionales. Para superar esta resistencia se plantea la necesidad de trabajar en acuerdos consensuados que involucren a todos los actores relacionados con la salud.

Estos contenidos, lineamientos y propuestas que nacen del nivel central responden a un modelo político y contienen la influencia de las organizaciones que intervienen en el proceso de reforma como la OPS, el BID y el Banco Mundial, entre otros. A partir de esto se configura un ambiente de tensión política en el que se expresan posiciones que buscan que la reforma satisfaga varios intereses. Por ello la difusión y transmisión de la reforma para dentro y fuera del MSP no es unívoca, no tiene un solo sentido, sino que depende de la naturaleza ideológica que caracteriza a los múltiples emisores presentes.

En las unidades de salud, frente a la aplicación de las propuestas de cambio, se activan mecanismos de resistencia, donde cada persona se apoya de manera natural en los factores de conservación. Existe un acostumbramiento en la manera de producir que genera un estado de equilibrio o estabilidad, en tanto se domina y dispone de un sistema coherente de prescripciones empíricas, fruto de un largo proceso de adaptación a las condiciones del medio, por lo que inconscientemente no se activan conductas que favorezcan la implementación de cambios. Los cambios siempre

generan temor pues afectan la estabilidad, por lo que las personas en un afán de protegerse se recubren con un caparazón de costumbres y normas acordadas en su larga convivencia y apoyadas en su propia jerarquía social¹⁴.

Vale señalar que resulta difícil de llevar la reforma cuando los cambios que propone se sustentan en la misma estructura institucional. La ideología de la reforma descansa en la vieja estructura social del MSP, que ha hecho poco por impregnar entre su personal de una manera consciente este nuevo sentido institucional, pues persevera en maneras verticales de llevar sus responsabilidades. Los cambios que se demandan no tienen su correlato con las transformaciones en la estructura para que ellos sean posibles, viables y sostenibles.

Las unidades públicas de salud del primer nivel por su naturaleza histórica y forma de constitución son formaciones sociales complejas, aunque a la mirada externa aparezcan como estructuras homogéneas y predecibles. En ella habitan agrupaciones sociales de corte formal como gremios, sindicatos y asociaciones, pero también coexisten expresiones derivadas de la extracción de clase, afinidad cultural, o generadas por la existencia de problemas o motivaciones comunes en el ejercicio de su trabajo. Funcionan en la búsqueda de satisfactores, en tanto las organizaciones formales sufren el descrédito de las autoridades y de la población. En circunstancias de conflictos agudos, potencian la

expresión de las organizaciones formales. Son grupos configurados a manera de redes, que en tensión permanente ejercen sus "poderes" para expresar sus particulares versiones y desde esta posición direccionar al conjunto de la institución.

Cada uno de estos grupos internos tiene una particular manera de entender y llevar su trabajo, así los profesionales tienen como factor común una meta que se relaciona con un proceso permanente de diferenciación social, de reivindicación del estatus alcanzado, buscando con insistencia una correspondencia económica que les permita precisamente su notoriedad social en el medio. Los médicos buscan un destino político como corolario de su trayectoria de diferenciación, hecho por demás evidente en los ámbitos cantonales y parroquiales, para lo cual fomentan clientelas entre sus pacientes.

El personal de apoyo, gracias a su fuerza sindical entran todo aquello que no satisfaga su comprensión política e interés de grupo. Sus preocupaciones están relacionadas con la estabilidad laboral como mecánica de sobrevivencia. El personal administrativo considerando la línea jerárquica se asume como heredero directo del poder oficial, siguiendo la cadena vertical de mando; su intención es la búsqueda permanente del reconocimiento social de su rol como autoridades públicas:

La imagen corporativa de estas unidades de salud en su sentido público es-

14 Duby G (1976) *Historia social e ideologías de las sociedades*. 1ª ed., Anagrama, Barcelona.

tatal se puede difuminar por las expresiones particulares de sus grupos internos cuando estos privilegian cotidianamente sus propios objetivos. Estos grupos, al priorizar en el trabajo diario el logro de sus propias aspiraciones, hacen que en el espacio público se satisfagan intereses privados, soslayando el interés general a cuyo beneficio fueron incorporados en el aparato estatal.

Consideradas estas unidades operativas como estructuras burocráticas se puede observar en ellas que el papeleo administrativo se multiplica y crece; las ritualidades priman, impidiendo soluciones rápidas o eficientes. Hay un exagerado apego a los reglamentos punitivos, exceso de formalismo y resistencia a la jerarquización como base de los procesos de decisión, persistiendo el inconveniente de la exhibición de las señales de autoridad; hay una conformidad extrema con las rutinas y procedimientos tradicionales. Todo esto confluente a generar dificultades en la atención, suscitando conflictos con la población usuaria y con el conjunto de la comunidad que no encuentra las respuestas que quiere en estas instituciones.

Se distrae la meta de satisfacer el interés común cuando algunas autoridades, administradores y personal local desarrollan actividades de beneficio personal o mantienen vínculos extrainstitucionales a favor de notoriedad política. Las situaciones más comunes y conflictivas son por ejemplo el mantenimiento de servicios privados (consulta, farmacia, laboratorio, etc.) que tienen como fuente de alimentación de clientes a las unidades públicas en las que trabajan; utilizar su ubicación laboral

institucional para demandar, desde el servicio que prestan, a los usuarios el compromiso de participación en sus proyectos de figuración política, en la lógica de asumir como un favor personal la atención que se brinda y que lleva a una retribución por parte del usuario; y establecer relaciones extrainstitucionales con los grupos de poder, para satisfacer las demandas de configurar una base social *clientelar* para el quehacer político local. Esto refrenda la crítica de que se utiliza un espacio público para la satisfacción de los cometidos particulares y privados. No es raro encontrar como grupos de personas o comunidades enteras son movilizadas para respaldar a funcionarios, programas o proyectos que se presentan como de su propio interés, por lo que tienen que pagar así por los beneficios recibidos o por recibir.

Si se considera la existencia de estas formas clientelares de relación de los servicios con la población bajo su responsabilidad, se debe señalar a la *dimensión política* también como uno de los factores que afecta el acceso a la atención. No sólo hay factores geográficos, económicos, sociales y culturales que impiden un acceso adecuado de la población a los servicios, sino también de orden político, sobre todo en ámbitos que por su tamaño, las afinidades políticas individuales o grupales son de dominio público.

Por su lado, la participación de la población en el quehacer de las unidades de salud por lo general sirve a los intereses de éstas y no a los intereses de la comunidad. En este ámbito, la capacitación a la población pertenece a la

tradición de trabajo escolarizante de las unidades de salud, que también asocia la participación con la *presencia* de los convocados. La participación de la población en la gestión de las unidades, donde se da, es mirada como ventajosa en tanto da respaldo y legitima las acciones de la institución, pero también, aunque por excepción, permite la apropiación y empoderamiento de la población como expresión de sus derechos ciudadanos. Destaca el hecho de que se reconoce que en la co-gestión de los servicios prima el principio de *subsidiariedad*, es decir, mediante esta estrategia participativa se pueden solventar de forma complementaria, necesidades que el aparato del Estado no satisface, argumento con el cual se impulsa esta forma de gestión, aunque se de cierto alejamiento del interés general y que pueda entenderse como una justificación al repliegue del Estado en la satisfacción de las necesidades de la población. Por ello la participación en la co-gestión debe entenderse como un arma emergente en tanto se avanza en la accesibilidad total.

La participación al ser planteada sin una reflexión previa que ubique claramente cuáles son las responsabilidades de los involucrados y cuáles las finalidades que se deben seguir, termina siendo instrumentalizada y lleva a los actores a arenas en las que se ponen en disputa cuotas de poder. Al seno de estos conflictos se tejen redes clientelares que siempre tienden a acumular poder para dominar la situación según el interés de cada parte.

En algunos casos, al instrumentalizarse o condicionarse la participación

de la población en el ámbito de las unidades de salud, no se incita a la construcción del poder ciudadano, pues sea cual fuere la instancia en el que se de la participación (comités, consejos, clubes, etc.) restringen su función a ser espacios de información, consulta o apaciguamiento, cuando no de manipulación, en tanto posibilitan la toma de decisiones de forma autocrática, paternalista o demagógica y sólo por excepción de forma democrática.

Por último, entre las personas que laboran en las unidades de salud se puede constatar que hay una tendencia conservadora y de resistencia para llevar los cambios, siguiendo un movimiento adaptativo sensiblemente lento que parte de las cúspides del sistema y que llega a las bases de la pirámide con modificaciones que pueden neutralizar la esencia del cambio, aunque en el discurso se exprese en su forma original. Los cambios que se agilitan desde los niveles superiores del sistema sufren un proceso de vulgarización acompañado de una lenta deformación de las representaciones mentales. De esta manera, se mantiene un sólido fondo de referencias tradicionales de espíritu conservador, debajo de la modernidad aparente que los niveles superiores del sistema pregonan a partir de las propuestas de cambio que generan. El comportamiento de estas personas en un primer momento, tiene un carácter estabilizador pues esto apunta a preservar las conductas, hábitos y prácticas a través de los cuales se da su trabajo cotidiano, de la misma manera que ayuda a preservar los privilegios de las capas superiores del sistema, pero luego ocurre que se

dan actitudes de *resistencia* a las propuestas de cambio, pues se rompe ese estado de equilibrio y no existen elementos compensatorios que lleven a conseguir nuevamente el equilibrio, como la equiparación salarial, la estabilidad laboral, etc.

Conflictos y tensiones permanentes

Por otra parte, las relaciones entre el personal de las unidades de salud y la población, se tejen en medio de una aparente contradicción: el discurso formal de los gremios y sindicatos contiene demandas que reivindican beneficios no sólo para sí sino también para el conjunto de la población, pero también son los ejecutores de acciones de fuerza que afectan la demanda de atención de la población, generando su descrédito, pues se incrementa el sufrimiento y la sensación de desamparo en gran parte de la población. Pero al no haber respuestas definitivas a las demandas del personal de salud también se incrementa su sufrimiento y sensación de desprotección, abriéndose una espiral que se retroalimenta de forma permanente y que incrementa progresivamente la mala calidad de la atención.

La población usuaria acepta y celebra la atención que recibe en tanto se trata posiblemente del único recurso institucional disponible al que pueden acceder, pero también critica todas aquellas acciones que les alejan de este acceso, como el hecho de no acceder a medicamentos o pagar por la atención. En ciertos casos también se cuestiona el trato que se ofrece, pues no responde a la dignidad de las personas, en tanto se dan tratos discriminatorios, etnocéntri-

cos e inclusive racistas y desvalorizantes.

Las unidades de salud al centrar su interés en la enfermedad, al organizar el trabajo departamentalizado, al aislar al enfermo de su contexto, difícilmente logran una atención integral. No se promueve la autonomía de las personas y en ciertos casos más bien se estimula la dependencia y la formación de clientelas. Esto conduce ineludiblemente a la creación de resistencias entre los usuarios para quienes la forma de la atención termina soslayando sus sensibilidades e incrementando en muchos casos su sufrimiento.

El mejoramiento de las relaciones del personal con la población pasa ineludiblemente por la solución de los problemas mayores, pero indistinto de que esto se de, el personal debe desaprender las conductas y prácticas actuales. El buen trato no pasa únicamente por una normativa gerencial, pasa por considerar al "otro" como igual, lo que se logra estableciendo contactos de beneficio mutuo, armando proyectos de vida conjuntos, creando solidaridad, reflexionando sobre las posiciones políticas de beneficio común.

Gran parte de los problemas descritos entrañan situaciones conflictivas en medio de escenarios en tensión política y social permanente. Los problemas coyunturales propios del sector, deben dejar de ser enfrentados aisladamente; por su persistencia y perdurabilidad deben ser manejados estructuralmente. Esto obliga a llegar a acuerdos nacionales que superen las posiciones de grupo. Se debe buscar mediadores solventes que concilien posiciones para establecer propuestas de consenso, considerando

sobremanera a los actores locales. Las universidades deberían tomar cuota en este cometido.

Si no se hacen los esfuerzos necesarios para clarificar estos intereses comunes al personal y a la población, las formas de relación actual seguirán siendo asimétricas e impositivas. La participación no es un requisito obligatorio que debe cumplirse, es un recurso social y político dispuesto para democratizar las decisiones y comprometer a todos en la construcción de una sociedad equitativa y justa.

En definitiva, el avance de la reforma del sector de la salud depende en mucho de que sus iniciativas de cambio sean consensuadas y crezcan desde el ámbito local debidamente apropiadas, con la condición de que se dispongan de los recursos suficientes para garanti-

zar el acceso universal a la atención bajo la égida de la equidad y la solidaridad.

Así se profundice debidamente la estrategia de desconcentración del sistema de servicios públicos de salud, ésta debe dar paso a la descentralización para la realización plena de los objetivos inscritos en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, que se apegan a la construcción de una democracia más participativa y justa.

Se puede concluir señalando que la reforma no dispone de toda la fuerza política e ideológica que requiere para emprender en los cambios que demanda. En la práctica cursa a través de propuestas aisladas, administradas de forma centralizada, sin que se hayan establecido acuerdos ciertos con los actores que finalmente las ejecutan.

NUEVA PUBLICACIÓN Caap



Esta nueva publicación de la serie DIALOGOS, discute los populismos, tanto para contribuir al esclarecimiento de este concepto, muy propia a la política Latinoamericana, como para desentrañar esos "vacíos políticos", en los que emergen.

Al volverse parte de la cotidianidad discursiva y del lenguaje común, este concepto ha ido perdiendo su capacidad explicativa y cognoscitiva.

No todo lo que se presenta como popular, rocolero, claudicante e inexplicable corresponde a su definición.

Sin embargo, para poder entender el cómo promesas electorales contrarias a las políticas de ajuste, se transformaron luego en la aplicación del recetario neoliberal: aparece el término "neopopulismos", de mayor ambigüedad y dificultad para explicar los momentos cruciales de la reciente historia política.

Hacia el debate, **Releer los populismos**, contiene los artículos:

- Clarificando un concepto: "el Populismo en el estudio de la política latinoamericana"; de *Kurt Weyland*
- Un balance crítico de los debates sobre el nuevo populismo de: *Carlos De la Torre*
- Repensando el populismo: *Gerardo Aboy Carlés*
- El populismo en la política ecuatoriana contemporánea: *Hernán Ibarra*