

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES

**PROGRAMA DE MAESTRIA EN POLÍTICAS SOCIALES Y
DESARROLLO DE GESTIÓN LOCAL**

AUSPICIADA POR EL FONDO DE SOLIDARIDAD

TITULO:

**ANÁLISIS Y CARACTERIZACIÓN DE ESCENARIOS DE
PARTICIPACIÓN CIUDADANA PARA LA GESTIÓN COMPARTIDA
EN LA APLICACIÓN DE LA LEY DE LA MATERNIDAD GRATUITA.
ESTUDIO DE CASO DE LA PROVINCIA DE COTOPAXI**

POR:

MARÍA BELÉN MOLINA SALAZAR

QUITO, 31 DE MARZO DE 2004

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES

Programa de Maestría en Políticas Sociales y Desarrollo de Gestión Local

Auspiciada por el Fondo de Solidaridad

Título: Análisis y caracterización de escenarios de participación ciudadana para la gestión compartida en la aplicación de la Ley de la Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Estudio de caso de la provincia de Cotopaxi

Autor: María Belén Molina Salazar

Director: Oscar Darío Forero Usma

Quito, 31 de marzo de 2004

INDICE

INDICE	III
PRESENTACIÓN	5
INTRODUCCIÓN	7
CAPITULO I	12
1. MARCO CONTEXTUAL	12
1.1 Gestión social, compartida y participativa	12
1.1.1 Gestión	12
1.1.2 Gestión Pública	13
1.1.3 Gestión Social	13
1.1.3.1 El área social	14
1.1.3.2 Los programas del área social	17
1.1.4 Gestión compartida	22
1.1.4.1 Concepto	25
1.1.4.2 Normativa que la ampara	25
1.1.5 Gestión Participativa	29
1.1.5.1 Participación ciudadana y social en la gestión pública (Cultura y participación)	29
1.1.6 Gestión social, compartida y participativa	34
CAPITULO II	37
2. METODOLOGÍA	37
2.1 Introducción	37
2.2 Metodología utilizada en la investigación	38
2.3 El paso a paso	39
2.3.1 Recolección de datos	39
2.3.1.1 Información Primaria	39
2.3.1.2 Información Secundaria	43
2.3.1.2.1 Teórica	43
2.3.1.2.2 Contextual	43
2.3.1.2.3 Otras actividades académicas	44
2.3.2 Descripción y análisis de los datos	44
2.3.3 Interpretación de los datos	45
CAPITULO III	47
3. ENFOQUE DEL TRABAJO INVESTIGATIVO	47
3.1 Antecedentes	47
3.2 Alcance y limitaciones de la investigación	50
3.2.1 Objetivos específicos	50
3.2.2 Preguntas relevantes	51
3.2.3 Supuestos teóricos	51
3.3. Discusión sobre los puntos enunciados	53
CAPITULO IV	60
4. MARCO CONTEXTUAL	60
4.1 Mirada cronológica de la evolución del área social en el Ecuador	60
4.2 Cotopaxi	64

4.2.1	Situación social	64
4.3	Gestión local-regional en la Provincia de Cotopaxi	67
4.3.1	Participación ciudadana	70
4.4	Contexto general de la salud	72
4.4.1	Declaración Universal de los Derechos Humanos	74
4.4.2	La Constitución de la República del Ecuador	74
4.4.3	Ley del Sistema Nacional de Salud	75
4.4.4	Política Nacional de Salud	75
4.4.5	La Convención sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer	77
4.4.6	Ley de Maternidad Gratuita y su Reglamento	78
4.5	Contexto de salud en la Provincia de Cotopaxi	80
4.5.1	Servicios materno-infantiles prestados en la Provincia de Cotopaxi	88
CAPITULO V		92
5. HALLAZGOS Y ESCENARIOS DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA PROVINCIA DE COTOPAXI		92
5.1	Posibilidad y ventajas de la Gestión Compartida	92
5.2.	Implicaciones del Modelo de Gestión Compartida	95
5.2.1	Decisión política	95
5.2.2	Articulación de instituciones y organismos presentes en el territorio para la prestación de un servicio	96
5.2.3	Capacidad institucional para llevar a cabo el proceso	97
5.2.4	Participación ciudadana	97
5.2.5	Por la pertenencia étnica	98
5.2.5.1	Indígenas	98
5.2.5.2	Mestizos	100
5.2.5.3	Montubios	101
5.2.6	Zona en la que viven	102
5.2.6.1	Rurales o Urbanos	103
5.2.7	Área de participación	104
5.2.8	Por género	105
5.2.9	Con quienes	106
5.2.10	Otros escenarios de participación integrada	108
5.3	Escenarios de participación ciudadana	109
5.3.1	Escenario de participación urbana	109
5.3.2	Escenario de participación rural	110
5.3.3	Escenario de participación unificada	112
CONCLUSIONES		115
BIBLIOGRAFÍA		117
ANEXOS		124

4. MARCO CONTEXTUAL

4.1 Mirada cronológica de la evolución del área social en el Ecuador

En el Ecuador, el concepto de lo social se ha generado sobre la base de la cantidad de recursos que el Gobierno Central dirige a dicha área. Por ello, para poder entender la importancia del desarrollo de lo social en América Latina, desde la lógica de sus gobernantes y de los intereses de éstos, hemos de analizar las tendencias económicas desde el regreso a la democracia en la época de los 70's.

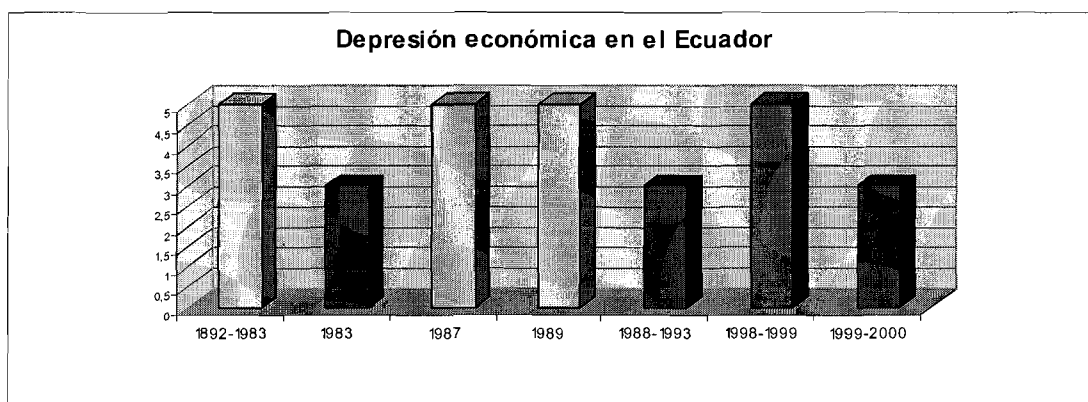
En 1979, año en el cual regresamos ya a la democracia, el Ecuador se caracteriza por una alta vulnerabilidad externa, un mal desempeño macroeconómico y pobre gobernabilidad, sin embargo, el boom petrolero hace que la economía refleje altas ganancias que fueron invertidas en tratar de tener un aparato estatal fortalecido.

En los años ochentas y noventas, la sucesión de adversidades externas –vinculadas a la volatilidad del precio del petróleo y las variaciones violentas de flujos de capitales- y las calamidades naturales, se combinaron con un mal manejo de la economía, resultando en desequilibrios macroeconómicos, con efectos negativos sobre el crecimiento y desarrollo social.

Durante dicho período, el país soportó cuatro severas recesiones; tres períodos hiperinflacionarios (Cuadro 1)⁵⁶; y una alta e insostenible deuda externa, reflejada en varias moratorias de pagos; y una alta reciente crisis gemela –cambiaria y bancaria- que destruyó veinte bancos, reuniendo más de 50% de los depósitos bancarios.

Cuadro No. 1

⁵⁶ Las barras anaranjadas y la roja representan los años de recesión y las cafés, los periodos hiperflacionarios.



*Fuente: Banco Mundial.
Autor: María Belén Molina*

De las recesiones mencionadas, la sucedida entre 1998 y 1999 ha sido la más severa pues con ella los niveles de empleo⁵⁷ bajaron estrepitosamente aumentando la pobreza y la distribución de ingreso, logrando una de las brechas más importantes de América Latina entre ricos y pobres.

Consecuentemente, haciendo un seguimiento en el área social a las condiciones económicas mencionadas, vemos que a partir del año en que el Ecuador entró en la democracia, se acababa el auge del “boom petrolero”, donde una de las políticas de los gobiernos militares en el área social era otorgar a la ciudadanía todos los servicios básicos, como educación, salud y seguridad social, agua, vialidad, infraestructura comunitaria, electricidad, etc., convirtiéndose en un ente paternalista y una fuente de empleo no productivo.

Desde el regreso de la democracia, ya a finales de 1970, contrariamente a la tendencia que se daba en la década anterior, se comenzó a recortar fuertemente la prestación de servicios en el área social y se dio prioridad al pago de la deuda externa y al crecimiento económico, política de estado que se ha mantenido hasta el año 2004.

En un estudio realizado por el Frente Social en el año 2003, se establece que el Ecuador es uno de los países que menos ha invertido en América Latina, en el área social durante los últimos 20 años. “En 1999 el gobierno gastó apenas US\$ 142 por habitante en la oferta de

⁵⁷ La tasa de desempleo formal se incrementó (del 10% a casi 15%), la incidencia de la pobres se aumentó de 34 a 56% entre 1995 y 1999, y el coeficiente de Gini se incrementó de 0,52 a 0,54 para el mismo período. (Banco Mundial, Ecuador: Una agenda económica y social del Nuevo Milenio, Ed. Alfaomega, 2003, Pág. xxxiv.

programas sociales, mientras que el promedio latinoamericano es cuatro veces mayor, más o menos US\$. 540⁵⁸.

Sólo el último ciclo ha tenido una recomposición del gasto en áreas sociales, pero con una fuerte política de focalización hacia programas específicos de la población como por ejemplo el Bono Solidario, la Alimentación escolar, la Beca escolar, etc., y menos recursos dirigidos a servicios universales en educación, salud, seguridad social, etc.⁵⁹

Es claro ver entonces que los recursos dirigidos al área social ha tenido una tendencia pro-cíclica, es decir que en las épocas de abundancia económica el mal llamado *gasto social* ha tenido mayores recursos y en las épocas de restricción o crisis económicas, los recursos dirigidos a esta área han disminuido a la nada, dejando desvalida a un porcentaje alto de la población. Mas aún si tomamos en cuenta que la mayor parte de los recursos dirigidos a lo social tienen como principal destino el pago de honorarios de la gran masa de trabajadores de la educación (maestros), de la salud, del IESS, etc., es decir, todo un grupo de servidores públicos que además de ser mal pagados, no cuentan con otro tipo de incentivos que hagan de su labor un aporte al desarrollo.

Esta tendencia *pro-cíclica* contradice las acciones que se deberían llevar a cabo en una empresa que quiere prosperar, pues esta última dirigiría los pocos recursos que tiene en inversiones de largo plazo, aún en las épocas de recesión, ya que en los momentos de auge la empresa, tendría una fortaleza estructural que le permite invertir en bienes y servicios que rindan más, pero a corto plazo. En el Ecuador, la inversión a largo plazo debe estar dirigida al área social, especialmente en lo que se refiere a Salud y Educación, como grandes temas sociales y dentro de ellos otros, como agua y saneamiento y la atención a los grupos vulnerables; ya que con seguridad un pueblo estudiado y con salud dará mejores frutos en tiempos de apogeo que un pueblo enfermo y analfabeto, como ocurre a los actuales momentos en el país.

En el año 2000, después de la renuncia del Presidente Mahuad, quien tomo su lugar optó por realizar una agenda básica social, que tenía como fin aplacar las causas de la miseria en la que

⁵⁸ Frente Social, Quién se beneficia del Gasto Social en el Ecuador, Quito, 2003, Pág. 3.

⁵⁹ FS, ídem, Pág. 3.

vivía un alto porcentaje de la población ecuatoriana, causas que fueron agrupadas, quedando como puntos importantes los siguientes:

- *Vulnerabilidad y exclusión*, principalmente de quienes viven en las zonas rurales y son de raza indígena, ya que son territorios que generalmente tienen un acceso difícil y donde el aspecto cultural influencia a su exclusión por gobernantes urbanos-mestizos, dando como resultado una vulnerabilidad territorial muy alta.
- *Pobreza y desigualdad*, factor coincidente con el anterior, pues generalmente los más pobres⁶⁰ viven en territorios lejanos a la urbe, esto debido a que consecencialmente la exclusión y vulnerabilidad dan menos opciones para acceder a un trabajo, sea por condiciones de escolaridad, porque el oficio aprendido en el campo no sirve en la ciudad, lejanía para acudir al puesto de trabajo, desconocimiento del trabajo, etc.
- *Crecimiento económico errático y debilidad de la plataforma productiva*, es decir un crecimiento económico generado principalmente sobre bases de corrupción, debilidad jurídica, con un sistema financiero débil que tiene como respaldo una moneda extranjera, y con una fuerte aceleración de la inflación. Esta plataforma de crecimiento son las características de la débil productividad del país que no permite invertir en sectores sociales como lo hemos visto anteriormente.
- *Incidencias económicas y sociales del modelo*, es decir una tendencia repetida de bajos salarios a los trabajadores, aunado al hecho de que al contrario de generar un estado eficiente, se ha engrosado día a día incrementando la corrupción en el aparato estatal. Otras consecuencias son la baja inversión social, que como consecuencia de unos ingresos familiares bajos ha causado la constante migración e inmigración⁶¹.

⁶⁰ Según la Agenda del Frente Social, en el Ecuador a más de incrementarse el número de pobres, ha incrementado la incidencia en la pobreza, es decir que los pobres hoy son más pobres, generando una brecha más grande entre pobres y ricos. La pobreza está directamente asociada con a la ilimitada capacidad de inclusión activa de buena parte de la población en el proceso productivo y en la distribución de los beneficios de las actividades económicas.

⁶¹ STFS, ídem. Pág. 21 – 30.

4.2 Cotopaxi

Como veremos mas adelante de una forma más detallada, la Provincia de Cotopaxi tiene uno de los niveles de vida más bajos de todo el Ecuador, en muchos indicadores sobrepasa el promedio nacional, uno de ellos es la pobreza que está en el 75% y el índice de desnutrición más alto de todo el Ecuador más o menos de un 54%.

Es paradójico ver cómo en un territorio donde además de la inversión que realiza el Gobierno Central, existe una alta cooperación internacional, una inversión de todos los gobiernos seccionales en el área social; existan indicadores que den cuenta de un bajísimo nivel de vida que se ve reflejado en los altos índices de mortalidad por enfermedades prevenibles, baja escolaridad, analfabetismo, entre otros.

Dentro del tema de la aplicación de la Ley de la Maternidad, es absurdo saber que habiendo una tecnología suficiente, aún existen casos de muertes tanto de madres como de niños, por no haber tenido en el momento del parto la salubridad necesaria para que tenga una conclusión natural; más aún cuando se han podido preparar a personas con conocimientos de medicina tradicional, para que coordinadamente exista un trabajo que prevenga los embarazos peligrosos, así como una formación en salud sexual reproductiva.

Consecuentemente, no se puede pensar más que el problema de la Provincia de Cotopaxi, no es la falta de recursos, sino la falta de una adecuada gestión pública en la que los actores que invierten recursos en lo social y los administran, coordinen sus acciones para dar un mejor servicio, que tenga como fundamento base la participación ciudadana.

4.2.1 Situación Social

Entrando ya al tema que nos compete iremos a la Provincia de Cotopaxi, donde analizaremos qué es lo que el territorio comprende por lo social, para ello vamos a coger como base de análisis una línea de base realizada por la GTZ, en la que a través de una metodología se logró medir tres variables, principalmente: El Interés por lo Social, la Voluntad de Articular y la Viabilidad Política que en el territorio existe para ello. En este caso, tomaremos por el momento lo que arrojó la línea de base sobre el *interés por lo social en la Provincia*, desde el punto de vista del otorgador del servicio, en este caso los gobiernos seccionales (Prefectura,

municipios y juntas parroquiales), pero tratando desde la perspectiva de este actor, poder analizar lo que piensan, o como viven otros actores involucrados tanto en la prestación, como en la recepción de servicios sociales básicos. (Anexo 2)

Antes de entrar con la interpretación de lo que arrojó la línea base realizada, es necesario saber que en el Ecuador, el Gobierno Central a través de sus ministerios es el directamente encargado de prestar los servicios sociales a la población, ya sea a nivel nacional, como en este caso a nivel local, es por ello que en cada provincia del País, se encuentra Direcciones Provinciales de Educación, Salud, Vivienda, Medio Ambiente, etc., instituciones que no siempre cumplen con su objetivo principal de servicio, por un lado porque no cuenta con los recursos necesarios para ello, o si los tienen los dirigen a otros intereses, además de que no tienen poder de decisión, teniendo que cada vez recurrir a la autoridad máxima, el Ministro del ramo, quien se encuentra generalmente en la capital del país, con preocupaciones que para el son prioritarias, lo que demora o desvanece las decisiones cayendo en una ineficacia rotunda y perversa.

Entrando en el diagnóstico realizado en la Provincia⁶², se ve que la preocupación por lo social es alta, pues a pesar de que los gobiernos seccionales no tendrían obligatoriamente por ley que invertir en estas áreas, existe un porcentaje importante del presupuesto de los gobiernos dirigido a la prestación de estos servicios. Sin embargo, se puede percibir que existe una confusión en el concepto de que es un “servicio social”, ya que al momento de otorgar un servicio priorizan los que no son sociales, o realizan obras de infraestructura, que a pesar de estar dirigidas a esta área, no cubren las necesidades de la población y no ayudan a mejorar el problema.

En este territorio, además del gobierno central y los gobiernos seccionales, existen algunos *otros actores* que también dirigen recursos al área social, mismos que a pesar de pensar en mejorar la atención de esta área, su enfoque esta limitado a la exclusividad de la prestación de dicho servicio, dirigiendo sus recursos a un grupo de habitantes, preferentemente indígena, sin que sea posible pensar en lo territorial.

⁶² El diagnóstico está representado en el Dibujo No. 1

Otro de los espacios que es importante resaltar dentro de una prestación de servicios es la comunidad, ya que son ellos los directamente beneficiados con la prestación de dicho servicio, por ello desde el punto de vista del prestador del servicio, la comunidad al no tener una demanda concreta de programas sociales, permite que los gobiernos seccionales y otros actores institucionales oferten los servicios que a bien tengan, sin llegar a cubrir las necesidades de la población, permitiendo que los indicadores sociales empeoren día a día⁶³.

El diagnóstico también arrojó que los gobiernos seccionales, sean estos municipios o prefectura, dentro de su institución no existe un departamento dirigido exclusivamente a lo social. Esta área de trabajo está en manos del Patronato, institución que de forma marginal realiza las prestaciones en las áreas de salud, educación, y atención a los grupos vulnerables (madres embarazadas, niños y ancianos).

Uno de los problemas más difíciles de contrarrestar en el área de lo social, ha sido que los gobiernos seccionales no coordinan sus acciones en lo social, para brindar un mejor servicio, así vemos que en una misma comunidad de 300 niños existen dos escuelas y un solo profesor, lo que hace que se desperdicien los recursos dirigido a dicho territorio. Lo óptimo sería que tanto municipios, prefectura y juntas parroquiales articulen sus acciones para que exista en la comunidad, en el ejemplo puesto, una sola escuela con todas las herramientas necesarias, con dos profesores, y que los recursos para el mantenimiento de la misma venga de las autoridades, sin importar cual ya que están en coordinación, y con co-responsabilidad de la ciudadanía para cuidar la obra integralmente.

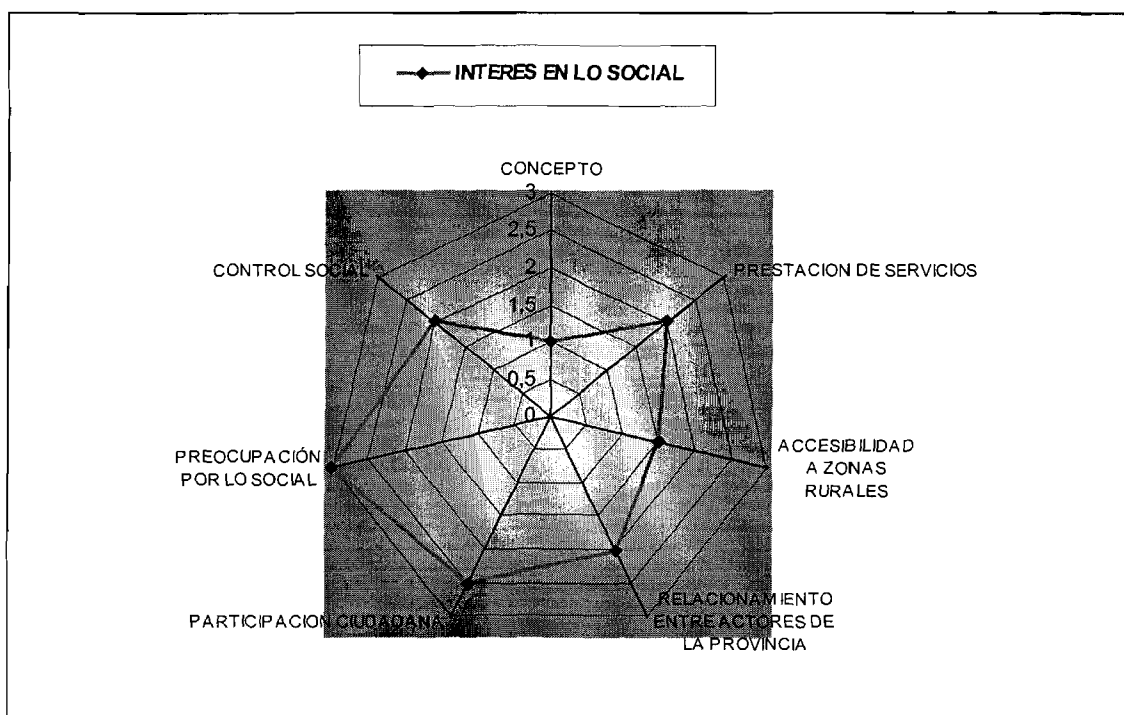
Con respecto a la comunidad, se denota un interés por lo social especialmente, en lo que se refiere a trabajo conjunto y empoderamiento de obras que realiza la comunidad por administración directa, donde la prefectura, los municipios o las juntas parroquiales ponen los recursos económicos y la planificación, y la comunidad la mano de obra. Existen otros cantones de la provincia donde la comunidad participa activamente, en la generación de obras, en la toma de decisiones y en el ejercicio del control social, por ejemplo en el presupuesto participativo que se ha comenzado a diseñar en los cantones de Saquisilí y el año pasado por

⁶³ MOLINA, María Belén, STARNFELD, Sofía, Informe Diagnóstico de la Provincia de Cotopaxi, GTZ, 2003, Pág. 13 (documento no publicado).

primera vez en el cantón Sigchos. En otros cantones, sin embargo, aún persisten el sesgo paternalista y clientelar en la solicitud de obras en los gobiernos seccionales tradicionales⁶⁴.

Como un aporte final, es necesario manifestar que el Consejo Provincial, dentro su preocupación por un mejor entendimiento de los problemas por los cuales atraviesa la provincia, sus posibles soluciones y próximos pasos ha realizado el Plan Participativo de Desarrollo de Cotopaxi, en el cual se han incluido indicadores de cómo se encuentra la Provincia en el área social, salud, educación, niñez, etc.

Cuadro No. 2⁶⁵



Fuente: Línea de Base, Provincia de Cotopaxi
 Autor: María Belén Molina

4.3 Gestión local-regional en la Provincia de Cotopaxi

⁶⁴Idem, Pág. 14.

⁶⁵ El Cuadro No. 2 dibuja lo manifestado en el concepto de lo social en la Provincia de Cotopaxi. Tiene una valoración representativa de 1 a 3, de peor a mejor. Es decir que no existe un concepto de lo social, que la accesibilidad a las zonas rurales no es buena y por lo tanto dificulta la prestación de servicios, el relacionamiento de actores. Sin embargo al ser un cantón con un alto porcentaje de indígenas existe participación ciudadana en muchos procesos cantonales. La preocupación por lo social se refleja en la destinación de fondos seccionales a actividades que no tienen previstas en la ley.

La Provincia de Cotopaxi al igual que las otras provincias del país tiene una división política administrativa, en la cual la cabeza de la provincia está en la prefectura, cabezas cantonales con los gobiernos locales o municipios y cabezas parroquiales con las Juntas Parroquiales.

En el ámbito social, sin embargo, el Gobierno Nacional representado en los Ministerios, y estos en cada localidad por las Direcciones Provinciales, son los principales encargados de otorgar los servicios a las localidades.

Cada Ministerio tiene en su partida presupuestaria un porcentaje que debe ir obligatoriamente a obras en las provincias, cantones y parroquias del país. Son los encargados de otorgar los servicios de educación, ya sea en recursos materiales como humanos, de igual manera con los servicios de salud, para ello existe la Dirección Provincial de Salud, las áreas de salud, los centros, y sub-centros de salud. En otras áreas sociales también tienen representantes en sus Direcciones Provinciales y en los distintos programas de acción social, como el ORI, Redes Amigas, INNFA, Programa de alimentación escolar, etc.

Adicionalmente, existen los gobiernos seccionales que por ley tienen jurisdicción y competencia en las localidades, sea provincia, cantón y junta parroquial. A pesar de que por ley no tienen esta atribución concreta, ante la poca de cobertura de quienes por ley deben realizarlo, han tomado en sus manos la prestación de servicios sociales.

En los tres casos existen leyes que amparan su funcionamiento, la Ley de Régimen Provincial, establece unas atribuciones bastante generales en el área social, como velar por que las obras que se realicen en la provincia y los servicios públicos prestados se cumplan, orientar el desarrollo económico promoviendo la explotación y fomento de las fuentes de producción agrícola, pecuaria, industrial y minera. La única área social que se menciona explícitamente es la educación, en la que menciona la creación de escuelas, institutos técnicos, estaciones experimentales y de otros centros similares, de acuerdo con la ley⁶⁶.

En lo que respecta a los Municipios, la Ley de Régimen Municipal⁶⁷ tiene un poco más de especificidad de las obras que pueden ser realizadas en las diferentes áreas sociales, así en el sector Salud, atribuye acciones como organizar y mantener servicios de asistencia social y

⁶⁶ Ley de Régimen Provincial, Art. 7.

⁶⁷ Ley de Régimen Municipal, Arts. 163, literales e), f), g), h), l), j) y k), 164, 165

protección infantil, para campesinos, indigentes, comedores populares, dispensarios médicos que complementen la acción del Ministerio de Salud.

En educación se establece la cooperación al desarrollo y mejoramiento cultural y educativo para lo cual la ley le da doce funciones que se resumen en cooperar con el Ministerio de Educación en obras como: el fomento de la educación, concesión de becas, servicio de desayuno escolar para los estudiantes de instrucción primaria, organizar y sostener bibliotecas públicas, museos de historia y arte, y cuidar de monumentos cívicos, contribuir a la alfabetización, propiciar la creación de escuelas profesionales para trabajadores adultos, organizar y auspiciar exposiciones estudiantiles, mantener misiones culturales, administrar subvenciones del Concejo a la enseñanza gratuita y estimular el fomento de las ciencias, la literatura, las artes, deportes, etc.

Existen otras atribuciones respecto a la prestación de servicios públicos de agua y alcantarillado, en los cuales establece la posibilidad de construcción de infraestructura de agua potable y alcantarillado, por si mismos o por contratación a terceros.

Entre las atribuciones de las Juntas Parroquiales está el de coordinar con los concejos municipales y concejos provinciales y otras entidades públicas o privadas la planificación y gestión de las obras que se vayan a realizar en la parroquia, es decir actividades encaminadas a la protección familiar, salud y promoción popular a favor de la población de su circunscripción territorial, especialmente de los grupos vulnerables, como la niñez, adolescencia, discapacitados y personas de la tercera edad⁶⁸.

Paralelamente a esta forma institucional de gestionar en la provincia, existe dentro de las comunidades indígenas otra lógica de manejo y gestión local. Las parroquias están divididas en comunidades y la unión de estas son las comunas, que sobrepasan la jurisdicción municipal, ya que muchas comunas abarcan dos o más municipios. A pesar de que no tengan una representación territorial, influyen mucho en los representantes de las localidades, ya que si existe un representante indígena debe regirse por las directrices de la comuna, que a su vez pertenece a un movimiento provincial, en este caso el Movimiento Indígena de Cotopaxi (MIC) y este a la CONAIE – Pachacutik.

⁶⁸ Ley Orgánica de Juntas Parroquiales, Art. 4.

Dentro de las reglas del MIC, está que todos los representantes sean de los gobiernos seccionales o del gobierno nacional, deben presentar un plan de trabajo que sea aprobado por este, y posteriormente presentar un informe de actividades que es evaluado por los dirigentes indígenas del movimiento.

Existen otras instituciones que también trabajan en la gestión social en la provincia, son especialmente organizaciones internacionales y la iglesia, que han tratado de focalizar su apoyo técnico y financiero en el sector rural. Sin embargo de la totalidad provincial se ve un rezago a los cantones orientales de Pangua y la Maná, en la que no se visualizan su presencia para desarrollar proyectos que puedan impactar en el orden social.

4.3.1 Participación ciudadana

Este eje fundamental para potenciar el desarrollo de los programas y servicios sociales, tiene varios matices dentro de la provincia de Cotopaxi.

Si tomamos a la participación como una herramienta de la democracia indirecta - representativa, diremos entonces que Cotopaxi, tiene una participación ciudadana de más o menos el 80% de la población, ya que existe un 20% que por lejanía, desconocimiento o falta de voluntad no acude a las urnas a votar por el representante de su localidad.

Sin embargo, si tomamos este término dentro del nuevo concepto de participación, donde la ciudadanía debe co-responsabilizarse con la gestión pública, entonces diremos que existe un porcentaje minoritario que participa en la Provincia.

La participación ciudadana en la provincia, se evidencia en las zonas rurales – indígenas, ya que en estos sectores se maneja una lógica distinta de la gestión.

Si hacemos un recuento de su forma de vida, podemos ver que los indígenas al tender a la agrupación hace que todo el trabajo que desarrollan sea participativo. Cuando trabajan lo hacen en comunidad, hacen mingas constantemente para obras de mayor calibre. Al momento de tomar decisiones, tratan de que estas hayan pasado por las autoridades de la comuna, es decir los más viejos y las personas respetables.

Esta lógica nuclear se ha ido ampliando en la vida política, por ello los indígenas generalmente pertenecen a una comunidad, a un movimiento a quien deber consultar las decisiones y rendir informes de las actividades.

Entrando a la participación provincial y sabiendo que los indígenas son un porcentaje alto de la población de Cotopaxi, es fácil deducir que esta participación se hace evidente en los gobiernos seccionales representados por indígenas. Así vemos que en todos los cantones de población indígena existe aunque sea el más mínimo nivel de participación, que es la elaboración de una obra por administración directa. Además en territorios particulares como Sigchos y Saquisilí y una parte de la población de Pujilí existe otro tipo de participación que se va acercando al concepto dado, ya que tratan de participar en todos los pasos de la gestión, es decir en la planificación, operativización, ejecución, evaluación con un seguimiento o monitoreo continuo del cómo se esta realizando esta gestión.

Ejemplos claros son los presupuestos participativos que se ha realizado en Saquisilí y Sigchos, además de la rendición de cuentas que dichos alcaldes deben rendir para que de esto se haga un control social, produciendo un informe paralelo por una representatividad de la ciudadanía, con los mismos insumos con los que se ha elaborado el informe de la institución. Con respecto a Pujilí, se refiere a la rendición de cuentas de la gestión, que debe hacer el alcalde como indígena perteneciente a su comunidad.

A nivel nacional, el Movimiento de Indígenas de Cotopaxi, también tienen una participación activa, ya que como tal tienen poder de influencia sobre las decisiones que tomen las autoridades de la Provincia, tal es el hecho de los paros realizados por la localidad, que si no está apoyado por los indígenas, no tiene posibilidades de tener éxito.

Con respecto a las otros territorios donde no existe población indígena la participación ciudadana, se hace más compleja, ya que a pesar de que los pobladores se unan para pedir una obra o construyan una infraestructura, como organización no tienen poder de influencia sobre las decisiones que tomen las autoridades.

4.4 Contexto general de la salud

El Ecuador cuenta con una población de 12.156.608⁶⁹ habitantes, de los cuales el 79.5% son pobres y el 46.8% indigentes. Es uno de los países con mayor inequidad y brecha de la pobreza, el segundo en América Latina, después de Brasil, y eso se evidencia en los indicadores que veremos a continuación (Cuadro No. 3), que por más que enseñan situaciones mas o menos buenas, la realidad en los sectores desprotegidos es distinta, pues existe una gran desnutrición, una gran mortandad por enfermedades que pueden ser prevenibles y en el área de salud materno infantil, las mujeres embarazadas que viven en zonas rurales, y son de una cultura distinta a la occidental, tienen pocas posibilidades de concluir su embarazo con un nacimiento ya que no cuentan con un acceso oportuno a los servicios de salud públicos, -el INEC manifiesta que el 22% de la población no tiene ningún acceso a la salud, que el 49% tiene acceso a los servicios públicos y que el 27% a servicios privados y otros (Cuadro No. 4)-, y cuando lo tienen, los trabajadores de la salud manejan dichas situaciones de forma poco inteligente, lo que ocasiona que las mujeres no vuelvan al centro de salud y acudan a la medicina cultural, que en muchos de los casos, por no contar con los instrumentos necesarios, no es lo suficientemente eficiente.

Como vemos en un acumulado nacional, menos de la mitad de los partos en las zonas rurales son atendidos por un profesional de la salud, peor aún vemos que en la zonas urbanas donde se supone que existen las condiciones para que las mujeres den a luz asistidas por un profesional, un 18% de mujeres no acuden a los centros de salud en esos momentos.

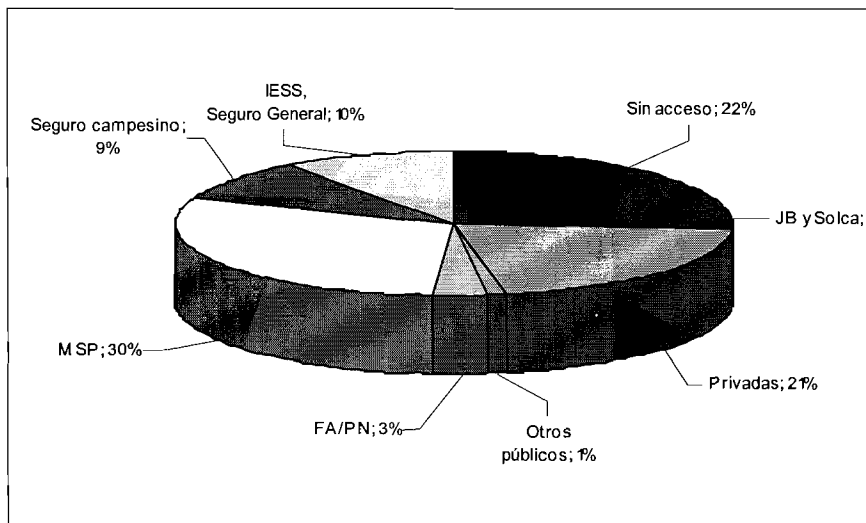
Cuadro No. 3

Tipo de Indicador	Porcentaje/Índice
Población Pobre	9.665.000
Población Indigente	5.691.000
Desnutrición de niños menores de cinco años	13.5%
Mortalidad General	4.5 x 1000 hab.
Mortalidad infantil (1999)	17.6 x 1000 nacidos vivos
Mortalidad materna (1999)	68.5 x 100000 nacidos vivos

Fuente: Informe sobre el Desarrollo Humano 2001, UNDP, INEC

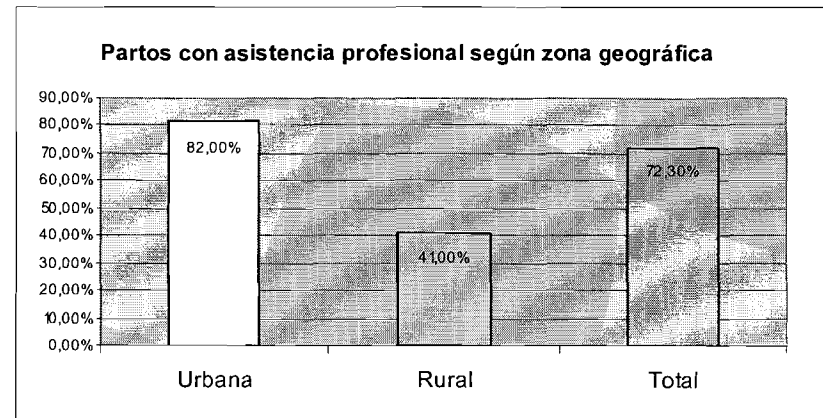
⁶⁹ Dato obtenido del último Censo Nacional de Población y Vivienda publicado por el INEC, 2001.

Cuadro No.4



Fuente Anuario de Recursos de salud, INEC, 1999, Estudio oferta y demanda de servicios de salud (Comisión MSP/MBS) 1995; Encuesta de condiciones de vida SE, 1998

Cuadro No. 5



Fuente INEC, Anuario de Estadísticas Vitales, 200

Dentro del marco jurídico que ampara el Derecho de de la Salud entre ellos los servicios de salud materno-infantil, encontramos como normas básicas de Derecho Internacional a la “Declaración Universal de los Derechos Humanos” y “La Convención sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer”. Dentro de la normativa ecuatoriana, encontramos prudente mencionar a la Constitución, a la Ley del Sistema de Salud, la Política Nacional de Salud del Ecuador, la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y su Reglamento. En este sentido, se considera necesario, que sin entrar en un estudio profundo establezcamos los puntos más importantes de esta normativa.

4.4.1 Declaración Universal de los Derechos Humanos

Todos los principios establecidos en “La Declaración Universal de los Derechos Humanos”, tanto de la primera, segunda y tercera generación garantizan claramente los derechos de la mujer durante y después del embarazo así como también la vida del niño, especialmente durante sus cinco primeros años de vida, cuando es mucho más vulnerable a las influencias externas. Así se reafirma el derecho de los seres humanos a nacer libres e iguales, con reconocimiento de su personalidad jurídica, es decir el derecho al nombre, bajo la protección de la ley del país en donde nacen, con derecho a la nacionalidad y protegido por los principios internacionales⁷⁰.

Se establece el derecho de la mujer a tener un embarazo estable, donde su vida y la del que está por nacer sea protegida para que su parto sea normal y el niño nazca saludable, así como una calidad de vida que permita a esta madre y a la nueva vida desenvolverse con total equidad de derechos y con iguales oportunidades⁷¹.

4.4.2 La Constitución de la República del Ecuador

La Constitución establece que el Estado Ecuatoriano debe garantizar el derecho a la salud, mediante varias acciones: promoción y protección por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potables y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e

⁷⁰ Declaración Universal de los Derechos Humanos, Arts. 1, 3, 6, 7, 15, 25, 29, 30.

⁷¹ Ídem, Art. 25.

ininterrumpido, a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

Al referirse al tema de la prestación de servicios de salud referentes a la aplicación de la Ley Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, establece que 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 social⁷².

4.4.3 Ley del Sistema Nacional de Salud⁷³

Los principales puntos a destacar de la Ley de Sistema de Salud son los objetivos y los componentes del Sistema de Salud, ya que estos nos indicarán el qué se quiere hacer, el cómo y con qué se va a hacer. Es decir que, por un lado el objetivo a cumplirse es “lograr una cobertura universal que implique un acceso equitativo, la descentralización/desconcentración, una protección integral, coordinación sectorial, la participación ciudadana como potenciador del nuevo modelo de gestión y los entornos saludables”; y para ello existen unos componentes básicos que nos ayudaría llegar, es decir que con un Plan integral de salud, que sea ejecutado a nivel nacional y local por un Consejo de salud, donde el Ministerio de Salud Pública tenga un papel, únicamente, de Rector de las políticas de salud estatales, y que la provisión de los servicios se de en redes interinstitucionales (que puede ser la articulación de los tres niveles de gobierno) con espacios de participación y veeduría social, donde la carrera sanitaria no sea sólo de orden curativo, sino también preventivo, con varias fuentes de financiamiento público.

Dentro de las acciones más importantes para lograr estos objetivos son: promocionar la salud manteniendo y desarrollado condiciones y estilos de vida saludables tanto individual como colectivamente, teniendo un énfasis en la atención primaria y la promoción de la salud, con mecanismos de gestión desconcentrada, descentralizada y participativa, que pueda lograr una interrelación con la medicina tradicional y medicinas alternativas⁷⁴.

4.4.4 Política nacional de salud

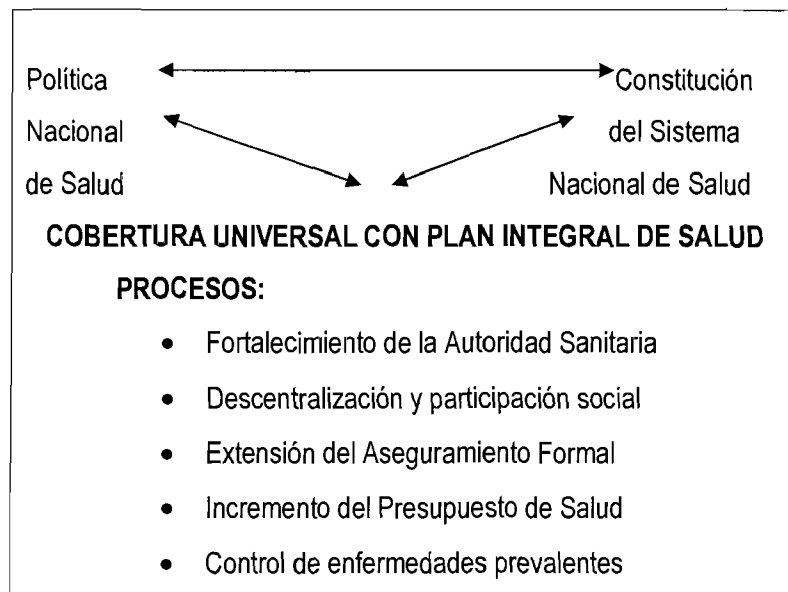
⁷² Corporación de Estudios y Publicaciones, Constitución de la República del Ecuador, 2003, Art. 42.

⁷³ Registro Oficial No. 670 del 25 de septiembre de 2002.

⁷⁴ Ídem, Art. 6.

El “Marco Estratégico para el Desarrollo de la Salud en el Ecuador” tiene como objetivo final cumplir con los principios de la Política Nacional de Salud, mismo que se traduce en otorgar una cobertura universal de salud a todos los ecuatorianos.⁷⁵

Cuadro No. 6



La política de salud debe tener como *fin común*, la equidad de los procesos, es decir la reducción de disparidades injustas y evitables en salud, propendiendo una estable situación de salud a través de la “participación social y ciudadana” en la construcción colectiva e individual, y el sostenimiento de la salud de acuerdo con los patrones culturales existentes, con un acceso fácil y su financiamiento propio.

Las políticas deben ser planificadas a mediano y largo plazo, con un ámbito nacional de aplicación, donde participen todos los actores interesados pertenezcan o no al sector salud, a la vida política, económica y cultural del país⁷⁶.

La agenda propone la ejecución de acciones específicas que nos ayudan a contextualizar la aplicación de la Ley de la Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia como:

- Fomentar acciones de promoción de la salud con la participación y compromiso de los gobiernos, con la participación de los Consejos Cantonales y Provinciales de salud y desarrollo.

⁷⁵ MSP, ídem. Pág. 17.

⁷⁶ MSP, ídem. Pág. 13-19.

- Impulsar la construcción de la ciudadanía y cultura en salud priorizando su desarrollo en los espacios educativo de niños y jóvenes.
- Promover y facilitar la lactancia exclusiva hasta los seis meses, hasta los dos años de edad y una alimentación complementaria adecuada a la madre y el niño para asegurar su salud y nutrición.
- Entre las acciones tendientes a la vigilancia, predicción, prevención y control de enfermedades y riesgos, se encuentran el de priorizar el control del embarazo y la atención del parto seguro, el control de post parto para evitar las enfermedades y problemas que son causa frecuente de morbi-mortalidad materna e infantil.

4.4.5 La Convención sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer

Es una norma internacional que el Ecuador acogió para introducirla dentro de la legislación ecuatoriana garantizando los derechos de las mujeres y de la familia. Esta convención trata puntos importantes sobre la aplicación de la Ley de Maternidad en los siguientes puntos:

El CEDAW⁷⁷ garantiza el derecho de la mujer de cualquier nacionalidad, condición económica, creencia religiosa y cultura, de ser respetada en sus derechos de la misma manera en que son respetados los derechos de los hombres.

En el tema específico de la aplicación de la LMGAI la Convención manifiesta de manera general que la mujer debe ser protegida durante su embarazo, en el orden legal, laboral, moral, asegurando que los derechos de la mujer sean respetados y garantizados sobre todo en la etapa de embarazo, donde pueden hacer más vulnerables. Por ejemplo el derecho a la seguridad social; protección de salud y atención médica tanto en los servicios que debe recibir en casos de enfermedad o embarazo (pre y post parto, nutrición adecuada), como lo que se refiere a la planificación de la familia; seguridad en las condiciones del trabajo (tipo de trabajo durante el embarazo, despidos, licencias para post-parto); discriminación de la mujer por razones de

⁷⁷ Siglas en inglés de la *Convención sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer*.

matrimonio o maternidad, acceso a una información imparcial, educación y medios que le permitan ejercer sus derechos.

4.4.6 Ley de Maternidad Gratuita y Reglamento⁷⁸

Esta Ley incorpora expresamente los derechos de salud que tienen las mujeres durante el embarazo, de los niños recién nacidos y menores de cinco años, mismos que deben ser prestados de forma gratuita, como un elemento fundamental de la reducción de las tasas de mortalidad materno-infantil.

La Ley tiene tres ejes principales:

El primero es el garantizar el derecho de las mujeres embarazadas, madres y niños de cero a cinco años para acceder a los servicios de salud gratuitos, respetando la individualidad de la misma, es decir que en muchos casos, respetando los patrones culturales, se ha incluido la medicina alternativa y como tal a prestadores de servicios alternativos, en este caso las parteras o comadronas, para que en un intento de construir un puente entre las dos culturas, las mujeres embarazadas de diferentes culturas sientan seguridad al momento de dar a luz.

El segundo es establecer un nuevo modelo de cogestión⁷⁹ de los servicios entre la localidad y el nivel nacional, en este caso la cogestión entre los municipios, con las áreas de salud respectivas de los servicios de salud materno-infantil, con un financiamiento propio, que no necesita de una aprobación anual del Congreso, pero que sin embargo implica que las dos instituciones pongan a más de su voluntad de cogestionar, los recursos con que cuentan. Por un lado el Ministerio de Salud que cuenta con la infraestructura y los instrumentos necesarios para el efecto, y por otro el municipio que debe poner la movilización de las mujeres embarazadas para acceder al servicio oportunamente.

Finalmente, el tercero se encamina a fortalecer los procesos de participación ciudadana y control social ya que, por un lado establece la creación del Comité de Gestión⁸⁰, que a pesar

⁷⁸ La primera fue creada en 1994 y publicada en la Ley No. 000 RO/Sup. 523 de 9 de septiembre de 1994. En el año de 1998, se realizó una reforma para obtener lo que hoy es la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, publicada como la Ley No. 129, en el Registro Oficial No. 381 de 10 de Agosto de 1998.

⁷⁹ Ídem, Art. innumerado después del 2.

⁸⁰ Los Comités de Gestión deben abrir una cuenta en el Banco Central denominada "Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia", registrada con las firmas del Alcalde y el Jefe de área, misma que estará constituida

de ser un ente institucional por las labores que cumple, tiene una conformación diversa, tomando como cabeza al alcalde, al jefe de área de salud, a un representante del comité de usuarias y a un representante de la comunidad campesinos o indígenas, que pueden dar un matiz participativo a la gestión de los recursos. Por otro se establece la creación de los Comités de Usuarias⁸¹ ente encargado de realizar seguimiento y evaluación a la aplicación de la ley, con plenos poderes para denunciar ante el Comité de Apoyo y Seguimiento⁸², cualquier irregularidad que pueda haber en la gestión del servicio.

La Ley de Maternidad Gratuita para su posible operativización se han creado varias instituciones a nivel nacional, que se encargan del ejecutar, administrar, monitorear y evaluar a la aplicación de la Ley; y otras instituciones de ámbito local que se encargan de la ejecución de la ley así como también del seguimiento, monitoreo y evaluación de la misma. Entre las instituciones de índole Estatal se establece la conformación del Comité de Apoyo y Seguimiento (CAS), así como también de la Unidad Ejecutora del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

El Reglamento⁸³ a la Ley de la Maternidad establece explícitamente otros servicios entre los que se cuentan:

- * Asistencia prenatal que incluye, el diagnóstico del embarazo y controles, exámenes, tratamiento de emergencias obstétricas, asistencia psicológica social, tratamientos en infecciones de transmisión sexual (excepto del SIDA); recibirán micronutrientes de acuerdo a sus necesidades.
- * Asistencia al parto normal, complicado, cesáreas, uso de medicamentos y exámenes, establecidos por las normas de salud reproductiva del Ministerio de Salud Pública.
- * Asistencia al post-parto, control médico en el post parto inmediato, mediano y tardío, capacitación para la lactancia materna y cuidado del recién nacido.
- * Asistencia de emergencia obstétricas, programas de salud sexual y reproductiva: detección oportuna del cáncer cérvico-uterino y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (con excepto SIDA).

por las asignaciones provenientes del Fondo Solidario de Salud que serán transferidas por la Unidad Ejecutora, por las asignaciones municipales y por otros recursos que provengan de la cooperación nacional o internacional.

⁸¹ Ídem, Artículo agregado por Ley No. 129, publicada en Registro Oficial 381 de 10 de Agosto de 1998.

⁸² El CAAS esta conformado por Ministerio de Salud Pública, el Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA), el Consejo Nacional de Mujeres (CONAMU) y el Consejo Nacional de Salud (CONASA). Art. innumerado después del Art. 3

⁸³ Reglamento para la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita, Art. 1, literal a).

- * Atención a los niños nacidos/as vivos, sanos, prematuros, de bajo peso o con patologías y a niños menores de cinco años.

4.5 Contexto de Salud en la Provincia de Cotopaxi

La Provincia de Cotopaxi, es un territorio ubicado en el centro del Ecuador con una superficie de 1175 kilómetros cuadrados⁸⁴, con una población de 1.845.385, mayoritariamente indígena. Está dividido en siete cantones, Latacunga, Salcedo, Saquisilí que pertenecen a la región sierra, Pujilí, Pangua y Sigchos, que comparten las dos regiones (sierra y costa) y la Maná cuyo territorio pertenece a la región costa.

Cuadro No. 7

Sector / Indicador⁸⁶	Cotopaxi	Latacunga	La Maná	Pangua	Pujilí	Salcedo	Saquisilí	Sigchos
POBLACIÓN								
Población (habitantes)	349540	143979	32115	19877	60728	51304	20815	20722
Población - hombres	169303	69598	16446	10329	28499	24405	9792	10234
Población - mujeres	180237	74381	15669	9548	32229	26899	11023	10488
Estimación de la población indígena rural	28.9%	9.3%	0%	0%	51.6%	51.5%	52.4%	40.9%
Índice de feminidad	106.5	106.9	95.3	92.4	113.1	110.2	112.6	102.5

Cotopaxi es una provincia que cuenta con una mayoritaria población indígena, especialmente en los cantones de Salcedo, Saquisilí, Sigchos y Pujilí, la población mestiza habita en las zonas urbanas del territorio y la población montubia que habita, principalmente, en el Cantón La Maná y en una parte costera (Palo Quemado) del Cantón Sigchos, poblaciones que limitan entre el cantón Pangua y La Maná, así como poblaciones de limitantes entre Pujilí y La Maná.

La organización de estos tres tipos de poblaciones, se pueden agrupar en dos, ya que los montubios se agrupan dentro de los mestizos. Las diferencias radican, tanto en lo que corresponde al ámbito familiar como a la política: la población mestiza, tiene la tradicional forma de organizarse, en una familia nuclear, misma que no necesariamente debe pertenecer a un movimiento social, político, etc., pero que sin embargo, quienes optan por hacerlo preferentemente responden a una tendencia partidista. Al contrario las poblaciones indígenas

⁸⁴ Honorable Consejo Provincial, Plan Participativo de Desarrollo de Cotopaxi, Cotopaxi, 2002, Pág. 24

⁸⁵ Datos obtenidos del SIISE 3.5, 2003.

⁸⁶ Cuadro realizado por el autor del trabajo
Datos del SIISE, 2002.

se organizan en un “ayllu”, es decir, una familia conformada por los padres, hijos, abuelos, bisabuelos, respetando el árbol genealógico y; cuya autoridad formal es el Cabildo, institución organizada jerárquicamente por el Presidente, el Vicepresidente, el Secretario, el Tesorero, el Síndico y los vocales designados por la Asamblea General.

La organización política de las comunidades indígenas está dada por la afiliación de las comunidades a “organizaciones” que tienen como un común denominador el pertenecer al Movimiento Indígena y Campesino de Cotopaxi, MICC, afiliado al ECUARUNARI y a la CONAIE⁸⁷.

La dinámica agraria se relaciona estrechamente con el rol de las comunidades indígenas en torno a la propiedad de la tierra, la inserción del campesinado como sujeto social y la modernización de la producción agrícola en algunas haciendas que se da en el marco de los primeros conflictos y períodos de la reforma agraria. Se priorizó la producción pecuaria, la articulación de procesos agro-industriales y la vinculación estrecha con dinámicas económicas nacionales de agro-exportación y mercados financieros.

La forma de organizarse de las poblaciones indígenas en el Ecuador, especialmente en la Provincia de Cotopaxi, es a través de la figura comunitaria, misma que ha permitido articular procesos de reproducción económica y social, convirtiéndose en lo que hoy son las OSG's orientadas a proporcionar mayor eficacia a la intermediación en la lucha por el acceso a la tierra y el acceso a servicios.

En Cotopaxi los movimientos indígenas han adquirido una importancia notable, especialmente desde la década de los noventa donde dicho movimiento irrumpe en el escenario nacional y se incorpora el discurso de reivindicación étnica y de participación activa en las políticas del Estado.

Cotopaxi, al ser un territorio de alta variedad de poblaciones y nacionalidades indígenas, cuenta con una heterogeneidad de costumbres que han dificultado mucho el acceso de éstas a una lógica impuesta por el Gobierno Central.

Esta dispersión, heterogeneidad de características culturales ha hecho que sea muy difícil el poder encontrar un camino en el cual los servicios sociales básicos sean otorgados a la

⁸⁷ Datos obtenidos del SIISE, en el Sidempe (Sistema de Nacionalidad y Pueblos del Ecuador) versión 1.5.

provincia de una forma eficiente y equitativa. Así vemos que los indicadores básicos de la provincia dan cuenta de los graves problemas por los cuales está atravesando el territorio, tanto en educación, salud, agua potable, vivienda, alcantarillado, etc. (Anexo 5)

La población montubia, sin embargo de pertenecer a la mestiza, por vivir alejada de la cabecera provincial y de otros cantones aledaños, sufre grandes discriminaciones, ya que no son atendidos por el Prefecto, ya que consideran que por ser montubios han sido excluidos de la prestación de servicios por parte de los indígenas, que al momento representan el poder provincial.

En una mirada general de los indicadores de la Provincia de Cotopaxi, vemos existe el índice de pobreza es muy alto (75,9%), que aunado a los indicadores de educación, salud, vivienda y empleo que reflejan la poca atención del gobierno nacional hacia la población, especialmente en las zonas donde existe mayor población indígena -- rural.

Por ejemplo, cantones como Sigchos, tienen una tasa de pobreza del 93.8, es decir que casi toda la población no cuenta con los recursos mínimos para vivir, por lo que es lógico que la educación, salud, vivienda y empleo se encuentre por debajo del promedio provincial, convirtiéndose en uno de los cantones más pobres del Ecuador. Existen otros cantones que a pesar de no tener este índice tan alto, también viven en una pobreza difícil de combatir con sólo programas sociales focalizados.

Otro dato importante que hay que anotar, es que en educación las mujeres son las menos atendidas, por ejemplo el analfabetismo provincial de las mujeres, dobla al analfabetismo de los hombres (22,9 y 11,6, respectivamente) y la escolaridad de las mujeres en toda la provincia oscila entre dos años y medio, y cinco años y medio, mientras que la escolaridad de los hombres la menor es de tres años y medio y la mayor de siete años.

Al tener presentes los indicadores sociales analizados, veremos que la situación de salud de la Provincia, es una consecuencia a la baja calidad de vida de los pobladores. No existe un acceso efectivo a la salud, por un lado porque no existen los suficientes y adecuados puestos de salud en la provincia, especialmente en las zonas rurales, y por otro lado con una visión más cultural, se puede deber a que al tratar de incluir en una lógica cultural distinta a la

nuestra, formas de control y prevención de enfermedades, no se acierte con las verdaderas necesidades de la población.

Además hay que notar que la provincia, la mayoría de las enfermedades y muertes son por causas previsibles y carenciales. Por lo que, la mayor parte de enfermedades frecuentes en la provincia podrían ser controladas con medidas adecuadas como: educación, mejora de la cobertura y calidad de servicios, diagnóstico y tratamientos oportunos, vacunación⁸⁸.

Otro aspecto que no se puede olvidar, dentro del contexto de salud sobre el que se desarrolla la provincia de Cotopaxi, son los agentes de medicina tradicional, quienes en un ambiente cultural distinto al nuestro, adquieren gran importancia especialmente en lo que respecta a la medicina preventiva. Los curanderos, parteras, sobadores, hierbateros, desempeñan un papel esencial en el sector rural, por sus conocimientos en la prevención y curación de enfermedades (por ejemplo el uso de hierbas medicinales).

Los Anexos 5, 6, 7, 8, 9 y 10 nos muestran varias cosas entre las que señalamos:

- * Existen siete áreas de salud, que al no corresponder a la lógica de la división política administrativa, hace difícil la cobertura a todos los cantones de la provincia, ya que cada área abarca parroquias distintas a las que conforman un cantón. Como ejemplo tenemos que el Área No. 1 que corresponde a Latacunga, es el que tiene un hospital, con 399 personas en servicio de salud, las otras áreas sólo tienen un centro de salud, que no llegan a cubrir todas las necesidades de la población. Son 743 personas al servicio de salud para los 309.090 habitantes, mismos que no son permanentes, especialmente en los sub-centros de salud que no cuentan con un personal estable. (Anexo 6)
- * El acceso a los establecimientos de salud es inequitativa por varias razones; una de ellas es que no existen centros de salud cercanos, por lo que las poblaciones indígenas rurales deben ocupar una gran parte de su tiempo para llegar a un establecimiento de salud de una población urbana, sea del mismo cantón al que pertenecen o del cantón más cercano, agravándose aún más cuando existen dificultades para la movilización y porque el sistema de salud se encuentra orientado más a la curativo que a lo preventivo. (Anexo 6 y 8)

⁸⁸ HCPC, ídem, Pág. 79.

- * El personal de salud, en comparación con la cantidad de población existente en la Provincia no es suficiente para garantizar un acceso oportuno a los servicios de salud de la población. Según los cuadros adjuntos a continuación, no existen enfermeros/as, médicos/as, odontólogos/as que trabajen para una población determinada a tiempo completo. Los pocos empleados de salud que existen en el territorio provienen de otras ciudades, impidiendo por un lado su permanencia en la Provincia por un largo período y por otro, no permiten que el personal médico oriundo a la Provincia ocupe estos puestos de trabajo.
- * Por la baja cobertura de profesionales que presten servicios materno infantiles y por razones culturales, existe una alta presencia de personal alternativo que se encarga de atender a mujeres indígenas y mujeres que viven en las zonas rurales durante la gestación, el parto y en el post-parto. (Anexo 8)
- * Paradójicamente, sucede que a pesar de que La Maná no tiene un centro de salud con internación propia, es el cantón que más profesionales de la salud posee. Esto se debe a que en la Maná, los servicios de salud que se prestan deben darse a través de profesionales privados; hecho que influye en la población para que acudan a los servicios públicos de salud del cantón Quevedo, o de servicios alternativos. (Cuadro 8 y 9)
- * Del total de afiliados del IESS el 55% corresponde al SSC y el 45% a la afiliación general, lo que beneficia a la población indígena ya que se estima que por cada afiliado al SSC se benefician cinco miembros familiares, más o menos a 226.756 habitantes, un 38% de la población rural⁸⁹.
- * Los representantes de los Gobiernos seccionales sienten preocupación por la decadencia de este servicio, más aún en cantones lejanos como Pangua, La Maná, Sigchos y la mayoría de parroquias rurales de Pujilí, que han sido abandonadas por el gobierno local.
- * Con respecto a los otros sectores sociales, los problemas no son menores, por ejemplo en Educación la tasa de analfabetismo es del 17,6% siendo mayor en las mujeres que los hombres, y esto se debe a que las mujeres niñas y jóvenes se quedan en casa cuidando a

⁸⁹ Datos obtenidos del Plan Participativo de Desarrollo de la Provincia de Cotopaxi, en lo que se refiere al sector salud.

los hermanos menores, haciendo quehaceres del hogar, mientras que los varones tienen la prioridad para estudiar.

- * Los otros servicios sociales como agua tienen graves problemas ya que muchos de los cantones, ni siquiera en las áreas urbanas existe agua potable, peor en las zonas rurales, donde el agua no sólo es necesaria para el mantenimiento personal de las familias, sino que es un recurso para el desarrollo de la actividad principal de los pobladores rurales. Es por ello, que cuando tienen inversión en agua, los pobladores no la utilizan correctamente, sino que la desperdician en el riego, que es una de las fuentes económicas más importantes para ellos.
- * Finalmente, en lo que respecta a la atención de los sectores vulnerables, existen grandes aportes de acciones sociales ministeriales, sin embargo todas enfocadas a pocos sectores y de forma des-coordinadas, lo que ha causado un exceso de inversión, pero mal ubicado.

Cuadro No. 8

Indicadores de salud de la Provincia de Cotopaxi – Años 1999 – 2002

AÑO	Nacidos vivos con atención profesional	Nacidos vivos con atención no profesional	Total nacidos vivos	Número de defunciones menores de un año		Defunciones de mujeres entre 14 y 49 años		Muerte de niños menores de un mes		Control de cáncer uterino	Control del niño sano	Control Post-parto	Diarrea en menores de cinco años	Número de controles durante el embarazo	Tasa de mortalidad en la niñez		Tasa de fecundidad	Tiempo de gestación al primer control	Tasa de mortalidad infantil
				H	M	Urb	Rur	H	M										
1998										32,2	92%	22,7%	21,2	4,6 promedio	75/1000		151	3,5 meses	
2001	3621	2336	6687	131	121	65	82	43	48										
2002															24,9%				60%

Cuadro No. 9

Indicadores de salud desglosado por cantón de Cotopaxi⁹⁰

CANTON	Camas en Establecimientos de Salud		Desnutrición crónica			Desnutrición global			Establecimientos de salud públicos con internación		Establecimientos de salud privados			Empleados de salud		
	Número	%	Número	Niños/as menores de 5 años	%	Número	Niños/as menores de 5 años	Número	Tasa por 10.000 hab.	/ Tasa demográfica	Enfermeros/as	Médicos/as	Odontólogos	Obstetrices	Auxiliares de enfermería	
La Maná	0	42,6	1542	3623	34,6	1254	3623	0	0	27060	2	11	0	0	12	
Latacunga	262	59,2	10395	17541	42,0	7383	17541	2	0,171424	116670	0	0	0	0	0	
Pangua	15	53,0	1555	2931	41,6	1218	2931	0	0	17572	0	0	0	0	0	
Pujilí	46	66,8	5077	7602	48,9	3716	7602	0	0	57999	0	0	0	0	0	
Salcedo	17	63,6	4661	7331	45,3	3321	7331	1	0,200417	49896	0	3	0	1	5	
Saquisilí	0	64,4	1376	2135	46,5	993	2135	0	0	15768	0	0	0	0	0	
Sigchos	0	70,0	2467	3526	51,7	1824	3526	0	0	18523	0	0	0	0	0	

Realizado por el autor del trabajo... Fuente SIISE e INEC⁹¹

⁹⁰Este cuadro nos demuestra que en la medida que la desnutrición aumenta escandalosamente, los establecimientos y empleados de salud pública son absolutamente insuficientes para la gran demanda que existe. Pues si existiera al menos una cobertura de medicina curativa, los índices tan altos que vemos bajarían. Debemos tomar en cuenta que la mayor parte de la población es indígena y que por lo tanto tienen una cultura y una lógica de la salud distinta a la occidental. El reto sería entonces adentrarse en dicha cultura para comprender la forma en que los pobladores buscan ser atendidos.

⁹¹ Dentro de los indicadores sobre el control a las mujeres embarazadas, también vemos que existen bajísimos indicadores de que la población acude a los centros de salud para hacerse atender, incluso para dar a luz, por ello la tasa de mortalidad de niños es muy alta, casi igual que la tasa de fecundidad de la mujer. Al contrario los controles en las primeras gestaciones casi son nulas. Lo que si podemos ver como un avance es que existe un amplio control del niño sano, pero la mayoría corresponden sólo a las zonas rurales donde existe un m

4.5.1 Servicios materno-infantiles prestados en la Provincia de Cotopaxi

El problema de salud trasladado a la especificidad de la atención materno-infantil, responde a muchas de las preguntas, especialmente sobre las causas de mortalidad. Las mujeres antes de dar a luz deben trasladarse tres o cuatro horas a los hospitales y centros de salud de la capital de la provincia, y cuando existe alguna complicación en el embarazo, el traslado significará en la mayoría de los casos la muerte de la madre o del niño que esta por nacer.

Los datos de nacimientos atendidos por los centros estatales de salud en Cotopaxi, nos dicen que sólo en 45% de los partos se atienden en hospitales o centros de salud y el porcentaje restante acude a centros de salud privado, o no tiene ningún tipo de asistencia médica lo que influye a que las tasas de mortalidad se mantengan altas (Cuadro No. 8).

Este 45% de partos que se atienden en los Sub-centros de Salud a pesar de estar dentro de un centro médico, tienen problemas ya que, estos sub-centros no se encuentran bien dotados tanto de recursos humanos como recursos materiales.

En servicios de maternidad, especialmente en las poblaciones indígenas, la comadrona ocupa un lugar preponderante en la atención de mujeres embarazadas, y parturientas. Existen casos en los cuales se ha dado una vinculación entre la atención que pueden brindar las parteras y las instituciones de salud público o privadas, donde las parteras reciben capacitación y reconocimiento del Ministerio de Salud Público, logrando dar un mejor servicio a las mujeres indígenas, que asisten a donde estas parteras para que sigan su embarazo y cuando ya esta cerca del parto y se prevea una complicación en el mismo les lleve a los centros de salud para que reciban una atención mas especializada.

Los indicadores de salud son muy claros en este punto, al decirnos que un 54.14% de los partos de nacidos vivos, al momento de nacer son atendidos por no – profesionales de la salud, de los cuales un 34.21% son asistidos por una comadrona, y el 64.5% asistidos por otra persona que no tiene ningún conocimiento sobre el asunto (Cuadro No. 8).

Otros agentes que han ayudado a mejorar la salud, previniéndola son los promotores de la salud, quienes también han recibido capacitación y autorización del Ministerio de Salud para

que repliquen sus conocimientos en comunidades rurales, donde es más propenso ser atacado por enfermedades infecto-contagiosas.

Los trabajos entre promotores y parteras han sido un mecanismo de acercamiento de información y enlace con la población, donde la ciudadanía sea co-responsable de su capacitación.

Otro punto que es importante manifestar en pos de la prevención de la muerte tanto de la madre como del niño al momento del parto es el nivel de instrucción de la madre. Datos del INEC, que lamentablemente no están por provincias, sino sólo por regiones, nos dice que cada año de escolaridad de la madre implica que ella tenga menor cantidad de hijos. Por ejemplo, una madre que tiene un nivel de instrucción secundario, tiene un promedio de uno a cuatro hijos, bajando este número en medida que sube el nivel de instrucción. De la misma manera nos dice que las madres que tienen un nivel de instrucción cero, el promedio de hijos es de cinco hijos en adelante.

Entonces, si tomamos como base la escolaridad de las mujeres en la Provincia, misma que en las zonas rurales es mucho más alta, oscilando entre 3.6 y 4 años de estudios, concluiremos que al no haber acabado ni siquiera el nivel primario, las mujeres tendrán una cantidad de hijos que no podrán atender debidamente, ya que o no tendrán los recursos para hacerlo o la madre habrá muerto al momento de dar a luz a alguno por la deficiente atención, hecho que incidirá en la miseria de dichas comunidades. “Los problemas relacionados con aborto, parto prematuro, preclamia, el parto y el puerperio encabezan la lista de muerte de las mujeres entre los 15 y 49 años”⁹² (Anexo 5).

Las causas que predominan son las hemorragias, infecciones, toxemias; enfermedades que en su mayoría son prevenibles con apropiadas acciones de los servicios de salud. Sin embargo, dentro de los indicadores del INEC, hemos encontrado otras causas de mortalidad-materno infantil que son más evidentes en la zona rural.

Entrando un poco en el segundo aspecto de los servicios materno – infantiles, los indicadores muestran que sólo 5.451 niños son atendidos por el programa Organización de Rescate

⁹² HCPC, ídem, Pág. 77.

Infantil, ORI, del mismo modo 1.305 niños son atendidos por el Instituto Nacional de la Niñez y la Familia, INNFA, 5.345 por Redes Amigas (educación pre-primaria) y con una inversión por alumno en la primaria de 103.9 dólares anuales (Anexo 10).

Si esta atención fuera coordinada al menos 12.101 niños serían atendidos por el Gobierno Central, sin contar con los recursos que son invertidos por el Gobierno Central – ministerios del ramo, los gobiernos seccionales, las cooperaciones internacionales o las fundaciones nacionales. Sin embargo lo más ocurrente es que todas las organizaciones tanto del Gobierno Central, como de los gobiernos seccionales o las cooperaciones y fundaciones se dirijan a una misma población meta, dando como consecuencia que los indicadores materno – infantiles no mejoren.

El Plan Participativo, el PNUD y el SIISE establecen como una de las principales causas de mortalidad infantil la desnutrición, misma que se encuentra ligada con las prácticas productivas y de consumos dependientes del mercado y la ausencia de políticas que garanticen la seguridad alimentaria de la población como los inadecuados hábitos de alimentación, la venta de productos propios para la compra de alimentos semielaborados, la producción agrícola orientada exclusivamente al mercado externo y la migración.

En una mirada general, el cantón que tiene los peores indicadores es Sigchos, quienes a pesar de tener una red de salud con la organización internacional Tierra de Hombres, no ha podido mejorar los índices de mortalidad materno-infantil.

En conclusión podemos decir que las tasas de mortalidad, tanto materna como infantil, más graves pertenecen a territorios donde las zonas rurales son más grandes, tal es el caso de Cotopaxi, donde existe una población indígena mayoritaria, con dificultades de acceso a las comunidades, sea por la lejanía o por la no existencia de carreteras, además de la existencia de patrones culturales y ancestrales que al no ser atendidos por la medicina convencional, son excluidos generando los indicadores que hemos analizado.

Son en estos indicadores los que se pretenden mejorar aplicando de una manera articulada herramientas como la Ley de la Maternidad, misma que pretende con un modelo de coordinación, evitar la doble cobertura y considerar aspectos sociales y culturales que limitan la demanda de servicios básicos. Se busca además que con la articulación de la ampliación de la cobertura del Seguro Social Campesino (SSC) conjuntamente con la de la Ley de

Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia - LMGAI; se incorporen nuevas prestaciones básicas de funciones esenciales del Ministerio, con una nueva Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud que migre su rol proveedor de servicios a una rectoría que considere mecanismos de acreditación, de establecimiento, monitoreo, calidad de servicios, creación de un sistema de vigilancia de la salud y capacitación para intervenir en situaciones de riesgo epidemiológico entre otros⁹³.

⁹³ BM, ídem, Pág. 241.

5. Hallazgos y Escenarios y de participación ciudadana en la Provincia de Cotopaxi

5.1 Posibilidad y ventajas de la Gestión Compartida

Antes de entrar a describir los escenarios que pueden potenciar la Gestión Compartida en la aplicación de la Ley de la Maternidad, es necesario, tener en claro la viabilidad o no de que este nuevo modelo de gestión se dé en la Provincia.

En el Capítulo I vimos las características que debe tener un modelo de gestión social, compartida y participativa, por ello creemos que es necesario que según algunas de dichas características analicemos la viabilidad y posibilidad de que ésta experiencia se dé.

Φ “El modelo de gestión compartida debe aportar a que la demanda y la oferta de servicios se acerquen hasta, casi encontrar una sintonía, donde los actores prestadores de servicios capten correctamente las demandas y puedan visualizar las necesidades de los beneficiarios¹”.

En el caso de la Provincia de Cotopaxi, un modelo de gestión compartida ayudaría a que la oferta del servicio materno infantil se aproxime más equitativamente a la población rural, ya que al intervenir todos los gobiernos seccionales, se aseguraría que en al menos todos los centros poblados tengan una oferta de servicios básicos de salud.

Del mismo modo, con la demanda, ya que la población va a tener más cerca a los prestadores de los servicios y por lo tanto exigir un servicio que esté en sintonía con las verdaderas necesidades de la población, rural ya sea indígena, mestizo y montubio.

Φ “Que la gestión esté encaminada al área social, no es una mera coincidencia, pues es necesario que los actores involucrados tengan un concepto claro de la importancia del área social dentro de los procesos de desarrollo, ya que una inversión bien hecha en lo social no

¹ MOLINA, María Belén, Análisis y Caracterización de Escenarios de Participación ciudadana que potencien la aplicación de la “gestión compartida”, en la aplicación de la Ley de la Maternidad Gratuita, en la Provincia de Cotopaxi”, Documento no publicado, Quito, 2004, Pág. 31 y 32.

sólo aporta al corto plazo, sino que en el largo plazo contribuye a que las generaciones futuras tengan posibilidades de vivir una realidad diferente con mayores oportunidades”².

Si bien es cierto, en este momento, en la Provincia de Cotopaxi no existe un concepto claro del significado de lo social, una gestión compartida puede ayudar a mejorarlo, ya que al menos los recursos que este momento se invierten desordenadamente estarán dirigidos mejor a un servicio.

En este caso, la aplicación de la Ley de la Maternidad Gratuita, es una experiencia que dará demostraciones prácticas de que una inversión social bien hecha, trae beneficios a corto y largo plazo. A corto porque la cobertura del servicio mejoraría, por un lado en el alcance territorial del servicio y por otro, el incremento de mujeres y niños que serán asistidos, ya que los servicios estarán más cercanos al lugar donde viven creando mayores lazos e interconexiones entre las diferentes culturas. A largo plazo, la gestión compartida podrá influenciar en el mejoramiento de los indicadores que analizamos en el Capítulo IV, y a que exista un orden en las inversiones sociales de la Provincia, llegando a fortalecer a los gobiernos seccionales para un futuro traspaso de competencias y recursos.

De este modo se cumpliría con una de las características que establecen que “La experiencia de gestión social, compartida y participativa debe tener resultados, que sostenido en el proceso sea visto por los beneficiarios, a quienes se les ha atendido con mayor eficiencia y equidad, potenciado su participación, y aumentando la calidad de vida de los pobladores, incentivando la inversión, a largo plazo, del capital humano”³.

⊕ “La gestión social compartida y participativa debe generar un proceso en el cual los actores involucrados en la prestación de un servicio social, en este caso los gobiernos seccionales en la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, articulen, coordinen sus acciones encaminadas a la prestación de dicho servicio”⁴.

² MOLINA, ídem, Pág. 31 y 32.

³ MOLINA, ídem, Pág. 31 y 32.

⁴ MOLINA, ídem, Pág. 31 y 32.

Una vez que exista una voluntad política de iniciar una gestión compartida, puede iniciarse con un proceso de capacitación en la que los niveles de mando medio, capten el concepto de gestión compartida y sus beneficios, para conjuntamente con ellos ir creando un modelo que se ajuste a la realidad de la provincia. En el caso de la aplicación de la Ley de la Maternidad Gratuita, existe un camino recorrido ya que hay instituciones que pueden agilizar su aplicación, siempre y cuando el tema se ponga en la agenda política y sea una prioridad para el país.

Dadas las condiciones políticas, técnicamente puede ser que en el camino existan errores e imperfecciones, pero es deber de los propios autores y gestores irlos arreglando hasta generar un modelo ordenado que fortalezcan la gestión pública seccional.

Φ “La articulación coordinada de acciones, hará que en un futuro los recursos invertidos sean mejor utilizados, optimizándolos, para llegar a cubrir mejor al territorio, dar un servicio eficiente y equitativo que satisfaga a la población y que en el futuro impacte en otras áreas de lo social”⁵.

Efectivamente la coordinación de acciones hará que los recursos invertidos en lo social, no sean desperdiciados en obras y servicios repetitivos que al contrario de beneficiar a la población sólo perjudican, ya que se sitúan en una sola población, territorio o comunidad sin pensar en la globalidad y que si no se solucionan los problemas de los territorios vecinos, por más intentos que se hagan en una sola población los indicadores generales van a seguir demostrando un desmejoramiento de la calidad de vida, especialmente en la salud de las madres y de los niños (poblaciones más vulnerables a la enfermedad y a la muerte).

Que el nuevo modelo de gestión implique un mejoramiento de la inversión está vinculado con que dicho modelo tendrá una sostenibilidad financiera, jurídica, política, social y cultural, que a largo plazo será una sostenibilidad institucional – territorial que servirá para que el modelo no se caiga en momentos de debilidad económica o política, sino que al contrario, que en éstas coyunturas el modelo se fortalezca.

⁵ MOLINA, ídem, Pág. 31 y 32.

Esta sostenibilidad de la que estamos hablando, sólo se posibilitaría con una amplia participación ciudadana, donde como dice una de las características, “los actores que forman parte de esta gestión trabajen con un mismo nivel de responsabilidad”⁶, siendo co-responsables en la toma de decisiones y en el éxito o fracaso del modelo”.

Así por ejemplo en la aplicación de la Ley de la maternidad la participación no sólo sería de las mujeres pertenecientes al Comité de Usuarías, sino también de los médicos, las autoridades de los gobiernos locales, los representantes de los organismos secciones y los organismos en si mismos, los miembros de las organizaciones sociales que intervengan en la prestación y que ayuden a que el servicio mejore causando un beneficio a los usuarios.

⊕ “La gestión debe tener un como concepto fundamental la transparencia, misma que se debe ser un eje de trabajo tanto en la institucionalidad como en la ciudadanía, ya que es la única manera de que ambos puedan participar en la gestión, conociendo el proceso en el cual se está trabajando para que sea puedan tomar decisiones, dar seguimiento y evaluar el proceso de gestión con una responsabilidad compartida”⁷.

Finalmente la gestión compartida potenciaría la transparencia de la gestión pública en la Provincia de Cotopaxi y elevaría los esfuerzos que se han hecho hasta hoy por realizar una gestión pública con control social.

5.2. Implicaciones del Modelo de Gestión Compartida

Como vemos la gestión compartida es posible ser implantada en la Provincia de Cotopaxi y las ventajas son mayores a las desventajas del modelo. Sin embargo el modelo implica algunas condiciones que a continuación vamos a analizar.

5.2.1 Decisión política

⁶ MOLINA, *idem*, Pág. 31 y 32.

⁷ MOLINA, *idem*, Pág. 31 y 32.

Un elemento primordial para que la gestión compartida se de en la Provincia de Cotopaxi es la decisión política de realizarlo.

Al hablar de la decisión política de los actores, no sólo debemos tomar en cuenta a las autoridades de los gobiernos seccionales de la Provincia, prefecto, alcaldes y representantes de las juntas parroquiales, sino también a otras autoridades políticas de las comunidades, organizaciones sociales y políticas, organizaciones internacionales y otros actores que puedan influenciar en la gestión pública de la Provincia.

Esta decisión política no sólo tiene que ver con la aceptación para realizar una gestión compartida de los servicios de la Ley de la Maternidad Gratuita, como reasignaciones y nuevas asignaciones de recursos para capacitación de técnicos, fortalecimiento del servicio, aumento de instrumentos y personal para el mejoramiento del recursos; sino que además implica perder poder sobre la prestación del mismo, ya que el responsable del servicio no será ya una sola localidad, sino que ahora serán varias instituciones articuladas en un territorio.

5.2.2 Articulación de instituciones y organismos presentes en el territorio para la prestación de un servicio

Una vez que existe la voluntad política de las autoridades involucradas en la prestación de servicios, debemos bajar a niveles medios de poder, a las personas que cuentan con los conocimientos técnicos que hagan posible la construcción del modelo de gestión compartida, en este caso en la aplicación de la Ley de la Maternidad Gratuita.

Este momento del proceso implica que quienes estén involucrados en la prestación del servicio conozcan el diagnóstico actual del servicio, cuáles son los aportes de cada institución a la gestión del servicio y que se puede mejorar con la gestión compartida.

Este paso requiere un compromiso en el cual las instituciones establezcan los aportes que darán desde ese momento para lograr que el modelo de gestión compartida se ponga en práctica, mismos que pueden ser recursos humanos, económicos, culturales, etc.

5.2.3 Capacidad institucional para llevar a cabo el proceso

La capacidad institucional tiene que ver con que las instituciones que finalmente, acordaron política y técnicamente realizar una gestión compartida, tengan la capacidad de sostener el proceso, es decir que los recursos que se hayan invertido en el arranque del proceso no sean coyunturales sino que puedan mantenerse en el tiempo.

La capacidad tiene como componentes en primer lugar que los técnicos involucrados en el proceso, tengan en sus saber un concepto claro de gestión compartida y de los pasos metodológicos que implica el mismo; en segundo lugar implica que sea transparente, ya que los recursos que se inviertan en esta gestión sean entregados al proceso, pudiendo cualquier otra institución administrarlos directamente.

5.2.4 Participación ciudadana

Finalmente, no por ser de menor importancia, sino porque será tratado con mayor amplitud al ser el motivo de la investigación, está la “participación ciudadana” como elemento potenciador del arranque y sostenibilidad de la gestión compartida.

Al hablar de participación no sólo se refiere a la participación de la sociedad civil, sino de todos los actores que pueden influir en la construcción del modelo, entre ellos los gobiernos seccionales, las organizaciones internacionales, las organizaciones y movimientos sociales, las comunidades indígenas, las comunidades rurales, y la sociedad civil no organizada.

Por ello, antes de hablar de los posibles escenarios que potencian la gestión compartida en la Ley de la Maternidad Gratuita es necesario hablar de cómo se encuentra hoy en día la participación en la provincia para lo cual he realizado la siguiente caracterización.

Los criterios para agrupar algunos escenarios se basaron en las siguientes características:

- a) **Pertenencia étnica**, misma que está destinada a encontrar diferencias de participación entre las poblaciones indígenas y la población mestiza dentro de la cual se encuentra la población montubia que principalmente en el cantón La Maná, y en sectores rurales de los cantones de Pujilí, Sigchos y Pangua.
- b) **Zona en la que viven**, ya que una de las características que más diferencian las acciones participativas de la población cotopaxense es el territorio en el que viven, que puede ser urbano o rural.
- c) **Área en la que participa la ciudadanía**, pues nos indicará el interés de la población por participar en áreas sociales sea de salud, educación, agua saneamiento y atención a los más vulnerables.
- d) **Por el género de quienes participan**, al ser el tema de esta investigación la aplicación de la Ley de la Maternidad, es necesario prever el papel tanto de hombres como de mujeres dentro del proceso.
- e) **Con quienes participan**, es decir saber si la decisión de entrar en un proceso participativo tuvo que ver con alguna exaltación de los gobiernos locales (prefectura, municipios, juntas parroquiales), organizaciones sociales sean nacionales o internacionales, la iglesia, etc.; o si el proceso participativo es una iniciativa propia de la población como una iniciativa propia.

5.2.5 Por la pertenencia étnica

5.2.5.1 Indígenas

La participación indígena es ancestral y se dirige a dos temas:

- El primero, la participación de los indígenas dentro de su vida cotidiana que involucra temas como la organización familiar, en la que existen varias costumbres participativas, que van desde la realización de mingas donde algunas familias se reúnen para la construcción de obras familiares o comunitarias; hasta la toma de decisiones en la comunidad donde conviven.

- El segundo tipo de participación gira alrededor de la política de la Provincia de Cotopaxi, ya que la población indígena tiene algunos representantes de los gobiernos seccionales, por lo tanto deben responder a los lineamientos de los movimientos indígenas (Movimiento Indígena de Cotopaxi (MICC) y a la Ecuarunari), tanto en la planificación de la gestión, como en la rendición de cuentas al final de la gestión.

La participación indígena sin embargo, está sesgada por la óptica cultural que se ha convertido en una suerte de impedimento que no permite ver ni aceptar una lógica global que promueva el desarrollo de la población indígena.

La participación indígena cotopaxense, en el orden político, ha alcanzado ha ejercer niveles de presión tanto a nivel local como nacional. En lo que respecta a la Provincia de Cotopaxi, el Movimiento Indígena de Cotopaxi (MICC) tiene mucha representatividad con los dirigentes indígenas que han alcanzado un puesto en los gobiernos seccionales de la Provincia, pues en estos casos, ya sea el prefecto, los alcaldes, los representantes de las juntas parroquiales y los representantes al consejo provincial y/o concejo municipal, deben informar de su plan de trabajo, así como realizar una rendición de cuentas sobre lo realizado en el gobierno seccional.

Este tipo de escenario participativo se circunscribe únicamente a la población indígena ya que ésta no permite que otras poblaciones se integren en los procesos de control social que hacen a las autoridades seccionales indígenas.

Ya dentro de la aplicación de la LMGAI, se puede ver una apatía participativa ya que las indígenas poco o nada acceden a los servicios materno-infantiles, por lo tanto al no acceder no tienen mucho que exigir dentro de un Comité de Usuarías que hasta el momento lo único que han hecho es concienciar en derechos que las indígenas no comprenden por ser contrarios a sus patrones culturales.

5.2.5.2 Mestizos

La participación de las poblaciones mestizas depende más de dónde se encuentren ubicadas, ya que como veremos más adelante, por necesidad, quienes se encuentran más alejados de la ciudad necesitan juntar esfuerzos y participar para mejorar las condiciones de las poblaciones alejadas.

Aunque los mestizos no han tenido esa costumbre de participación que caracteriza a los indígenas, en las zonas rurales, o en los cantones alejados de la cabecera provincial (Latacunga), se ve el mismo nivel de participación en la co-elaboración o ejecución de obras tanto de mestizos como de los indígenas, ya sea en la cooperación para el levantamiento de obras de infraestructura, para la ejecución de proyectos conjuntos y en menor medida para la colaboración en la prestación de servicios sociales. Además se nota un mejor acercamiento de estos ciudadanos para exigir al representante del gobierno local más cercano, sea el prefecto, el alcalde o el representante de las juntas parroquiales, para que cumpla con el plan de trabajo o con las obras ofrecidas en el presupuesto anual.

Tal acercamiento no existe en todos los cantones y juntas parroquiales de la Provincia de Cotopaxi, ya que en la mayor parte de zonas rurales se encuentran poblaciones indígenas que tienen su propia lógica de participación, a pesar de ello en el Cantón Sigchos se está abriendo la posibilidad que tanto mestizos-urbanos como indígenas (urbanos o rurales) unan sus capacidades para comenzar una planificación conjunta, empezando el año pasado con el presupuesto participativo⁸.

Otros sectores rurales de los cantones La Maná, y Pangua, también nos dan ejemplo sobre la participación, ya que a pesar de que no existe población indígena, dichos habitantes se han visto en la necesidad de aunar esfuerzos para generar mejores obras. En las conversaciones con los representantes de los gobiernos seccionales, manifestaron que la mayoría de obras que se realizan en las zonas rurales son de administración directa y que, ya sea la población mestiza o

⁸ El presupuesto participativo de Sigchos fue realizado bajo una metodología realizada por el PROMODE – GTZ en Octubre de 2003.

indígena colaboran en la construcción conjunta de la obra, aunque a veces algunas poblaciones no realizan mantenimiento de la misma.

En La Mana, por ejemplo, existe un comedor público, para cuyo funcionamiento aportan todos los que pueden, y generalmente quienes más lo hacen, son las habitantes que viven fuera de la zona urbana, ya que ellos tienen una pequeña parcela en la que producen lo suficiente para alimentarse y donar al comedor comunitario. Pangua a la vez, en las zonas rurales tienen varios proyectos productivos conjuntos, ya sea de caña de azúcar, para hacer azúcar orgánica, o alcohol; frutas como la mora, naranjilla, para ser vendidas en la ciudad de Quevedo, ya que este cantón está más cerca que Latacunga⁹.

En los otros cantones de la Provincia de Cotopaxi, las zonas rurales, están habitadas por indígenas, de cuya participación hablamos oportunamente.

La población que habita las zonas urbanas, al contrario de lo que ocurre con las zonas rurales, no genera ninguna participación, más que acudir a las urnas para votar por su candidato. Esperan que el gobierno, sea central o seccional solucione todos los problemas, y ellos son unos meros receptores de los servicios otorgados.

Con respecto a la participación en la aplicación de la Ley de la Maternidad, a pesar de que este tipo de población tiene mejores posibilidades de participar en este proceso de control social, por su sintonía con la prestación de servicios materno-infantiles occidentales, en la realidad no existe tal participación. En efecto, los comités de usuaria se encuentran creados, pero lastimosamente no tienen ningún poder al momento de exigir que sus derechos sean cumplidos, ya que no existe forma de que los recursos sean transferidos a las localidades.

5.2.5.3 Montubios

⁹ Reflexiones personales y comentarios de la entrevista realizada por el PROMODE – GTZ al Prefecto y los Alcaldes de las Juntas Parroquiales, en Agosto del 2003.

La población montubia, constituye el menor porcentaje de la población de la Provincia de Cotopaxi, se encuentran habitando principalmente en el Cantón la Maná, dos parroquias de Sigchos, una parroquia de Pujilí y en los territorios que limitan Pangua y la Maná.

Esta población por encontrarse tan lejana de la cabecera cantonal, (en los casos de Sigchos y Pujilí), y de la cabecera provincial (La Maná y Pangua), siente que ha sido discriminada, y poco atendida por la autoridad provincial, razones por las cuales han generado procesos aislados de participación, que dan cuenta de su abandono.

La población que mayormente participa en esta zona, son los montubios rurales, quienes han generado proyectos productivos conjuntos para poder vender los productos que se dan en la zona. En lo que se refiere a participación dentro de la gestión de la autoridad local, el punto mayor de participación en la co-ejecución de obras que el alcalde realiza por administración directa.

Este tipo de participación en la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita, es nula, ya que en primer lugar en algunas zonas no existen los médicos públicos a quienes hacerles la contraloría social, no existen los recursos para una mejor atención.

En la Maná donde existe la mayor cantidad de montubios, no está conformado el Comité de Gestión, por ello la prioridad del Alcalde en este momento es avanzar con un proyecto de salud que ayude a su población a no gastar en este servicio, mejorándolo.

Pangua a pesar de tener un hospital, no cuenta con los instrumentos necesarios para una adecuada atención a los enfermos, peor aún con la capacidad para ir hacia las zonas rurales a atender a las mujeres embarazadas, por lo que, dichas mujeres deben atenderse con la medicina alternativa.

5.2.6 Zona en la que viven

5.2.6.1 Rurales o Urbanos

La zona en la que vive la población de la Provincia de Cotopaxi es una característica muy influyente en el tipo de participación que tienen en los dos escenarios ya que las diferencias tienen mucho que ver con el tipo de necesidades que cada población tenga.

Sean mestizos (montubios o serranos) o indígenas, la población que habita en las zonas rurales participa más que la población de las zonas urbanas, esto se debe a los patrones culturales, que tienen las dos poblaciones, ya por un lado los pobladores de la urbe sienten que el Estado, esté representado por el gobierno central o por los gobiernos seccionales, son quienes deben prestar los servicios a la población, y ellos ser simplemente unos receptores pasivos de la misma. Al contrario en las zonas rurales por ser mayores las necesidades y menores los recursos, los pobladores están acostumbrados a trabajar conjuntamente con la institución prestadora de los servicios, generalmente los gobiernos seccionales, quienes realizan obras por administración directa, poniendo el material y el asesoramiento técnico para que la obra sea realizada y los pobladores beneficiarios ponen la mano de obra. Esta costumbre de trabajar ha generado un empoderamiento de la ciudadanía de las obras para cuidarlas y mantenerlas permanentemente.

En las zonas rurales donde habita la población indígena es casi imposible ver que las mujeres acudan a los centros de salud para ser atendidas en su proceso de gestación, parto y post-parto, peor aún que se reúnan para hacer ejercer sus derechos de recibir servicios materno-infantiles gratuitos, ya que sus lineamientos culturales las guían de una manera diferente. A pesar de esto, existen grupos minoritarios de mujeres que acuden a los centros de salud para ser atendidas, caminan largas horas (o porque no existe carreteras, o porque no existe transporte público que las comunique), hasta llegar al centro o sub-centro de salud y encuentran que está cerrado o que el médico –como no es residente del cantón- no está y que regresa en varios días; este comportamiento crea una inseguridad de atención a las mujeres indígenas por lo que nunca más vuelven y acceden nuevamente a las atenciones de la medicina tradicional.

Por ello es evidente que si las mujeres indígenas no son beneficiarias de los servicios materno-infantiles poco o nada les va a interesar formar un grupo de participación ciudadana que haga control social sobre estos servicios.

En los casos de mujeres no indígenas que habitan en las zonas rurales, la mayoría de ellas no acceden a este servicio por la falta de un centro de salud cercano, como sucede en la Maná donde como vimos en el capítulo dos, a pesar de tener la mayor cantidad de médicos y enfermeras todas ellos pertenecen al sector privado, dejando al sector público con ningún servicio de salud. Por este motivo las mujeres deben acceder a medicina alternativa, del mismo modo que las mujeres indígenas.

5.2.7 Área de participación

La participación ciudadana no tiene un área definida, sin embargo, lo que se puede notar es que su interés mínimo está en los servicios sociales, ya que a pesar de implicar un mejoramiento de la calidad de vida, no reciben productos o resultados concretos que visualicen su trabajo.

En la Provincia de Cotopaxi, la mayoría de las organizaciones no políticas, están dirigidas al fomento de proyectos productivos, en los cuales varias personas se unen para trabajar conjuntamente para producir algo (generalmente productos agrícolas orgánicos) y sacarlo a la venta a Latacunga, Quito, Quevedo, y otras ciudades aledañas.

La participación ciudadana en la prestación de servicios sociales es baja, los casos más próximos están en los cantones de Sigchos y Saquisilí, el primero más que el segundo, ya que en Sigchos desde el 2002, se ha iniciado con la Red de Salud, donde la ONG “Tierra de Hombres”, hizo un convenio con el municipio para mejorar el servicio de salud en el cantón, con gran participación de la ciudadanía en la capacitación de la población para mejorar sus servicios.

En Saquisilí se ha realizado un proceso de generación de un nuevo modelo de gestión participativo, en el cual se ha co-responsabilizado a la población para la planificación del trabajo municipal. Además, existe el Concejo de Salud, mismo que dedica sus acciones a tratar de abrir mayor cobertura de la salud en la población urbana y rural.

En lo que respecta a la aplicación de la Ley de la Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia la Provincia de Cotopaxi, tiene conformado los Comités de Usuarias, donde las mujeres están capacitadas en sus derechos, pero en la práctica, ninguno de estas funcionan, ya que no existe el conocimiento adecuado en el ejercicio de los mismos, sin conocer cómo participar. En muchos casos por la falta de conformación de los Comités de Gestión para la aplicación de la Ley.

5.2.8 Por género

La participación del movimiento indígena en la Provincia de Cotopaxi, está duramente sesgada por el machismo cultural en el que se ha subsumido, a pesar de esto, existen mujeres que con mucho esfuerzo han salido del común de las mujeres (mujeres que realizan los quehaceres domésticos), y han estudiado generando procesos de participación femenino muy importantes.

La mayoría de las mujeres han dedicado su vida a las actividades domésticas y a la agricultura, para mantener el hogar, mientras que los hombres tienen la actividad principal de la caza de animales y otras veces ayudan en la agricultura. Las mujeres dedican su participación a crear procesos productivos, en los cuales se han unido con otras formando pequeñas micro-empresas ya sean de agricultura y artesanía, logrando tener un sitio de poder dentro de las comunidades indígenas.

Los hombres, desde siempre, han dedicado gran parte de su tiempo a la política, por ello ahora no es sorprendente que la mayoría de cabezas de los movimientos indígenas sean hombres. En Cotopaxi el Movimiento de Indígenas de Cotopaxi - MICC, es uno de los más fuertes del Ecuador, pues de este movimiento han salido los principales líderes indígenas nacionales, quienes han motivado fuertemente, la participación política de los indígenas de la Confederación de Nacionalidades Indígenas Ecuatorianas (CONAIE), uniéndose posteriormente con otros movimientos sociales de tendencia de izquierda para conformar el Pachacutik, que se ha convertido el brazo político de la CONAIE.

Esta disparidad de participación entre hombres y mujeres, en la cual se destaca la localidad de la segunda y la generalidad de la primera, ha hecho que no exista un orden común en la prestación

de servicios sociales, especialmente en la aplicación de la LMGAI, que como hemos visto es de poca importancia para ellos, por las causas que analizamos anteriormente.

La participación de la población mestiza tiene una lógica de género machista al igual que en la población indígena, pero con otras consecuencias, ya que en esta cultura las mujeres deben permanecer protegidas por el hombre, quien es el único que puede participar activamente en cualquier proceso público que se esté formando. En la Provincia de Cotopaxi, no se ve una participación activa de las mujeres mestizas, más que lo indispensable en procesos en los cuales deben colaborar los dos grupos.

En lo que respecta a la aplicación de la Ley de la Maternidad Gratuita, es evidente que las mujeres son quienes mayormente participan en la aplicación dicha norma; se han conformado los Comités de Usuarias, las mujeres han sido capacitadas en sus derechos, sin embargo estos no han podido ser aplicados, ni concretados debido a la falta de recursos que hagan posible la aplicación correcta de esta Ley.

5.2.9 Con quienes

La participación ciudadana en lo que respecta al con quien participa, tenemos dos escenarios que cada vez se hacen más evidentes, el indígena - rural y el urbano - mestizo.

En lo que respecta a la población indígena, estos tienen varios patrones de participación.

En primer lugar participan entre las comunidades indígenas, con quienes se ayudan para la construcción de procesos tanto culturales como materiales; generalmente no existen celos, sino una confraternidad para lograr un objetivo común, que es el progreso de las comunidades. Esta participación al ser por demás ancestral tiene sus consideraciones internas, participan en la pobreza, y tratan de mantener sus patrones culturales a pesar de la injerencia occidental que se trata de hacer continuamente.

En segundo lugar participan con las Organizaciones Sociales Nacionales e Internacionales, presentes en el territorio, ya que son ellas las que en la mayoría de las veces financian procesos de mejoramiento de la calidad de vida, ya sea en el orden social, productivo, infraestructura, entre otros. Con ellos tienen una forma muy participativa de colaborar, ya que las Organizaciones permiten que las comunidades indígenas tomen decisiones y sepan priorizar sus necesidades. En relación con estos actores la participación se da en el sentido de colaborar con la ejecución de la obra, sin empoderarse del proceso por completo, y lo trabajan mientras la ONG está en el territorio; con una debilidad muy grande y es que en el momento en que la ONG, se retira del territorio porque se acabó en dinero o porque su intervención llegó al final, procede un retroceso en lo avanzado en la o las comunidad/es ya que no han sabido dejar un proceso sostenible, que no interfiera con la presencia o ausencia de la ONG.

En tercer lugar está la participación con el gobierno; que está dividido entre la participación con el gobierno central y la participación con los gobiernos seccionales, actores fundamentales en la prestación de servicios sociales, tanto por los Ministerios como por la Prefectura, municipios y juntas parroquiales.

En lo que respecta al gobierno central, la participación ciudadana es casi nula, ya que el Estado es el gran padre que da servicios a sus hijos ciudadanos, sin esperar que éstos participen, y por tanto no piden participación y al mismo tiempo la población, al verse sin más servicios de los que obtienen del gobierno central, se conforman con los servicios que les son otorgados; y en el momento en que quieren reclamar, son tan alejados los caminos para hacer ejercer sus derechos, que prefieren mantenerse con los servicios que les son otorgados. Vemos así que en el sector de la Ley de la Maternidad, el Estado es el encargado de hacer fluir la conformación de los Comités de Gestión, que no ha sido posible hasta el momento por las trabas que se han puesto en el Ministerio de Salud, especialmente.

Con los gobiernos seccionales la participación es más directa, pues la cercanía de los pobladores con las instituciones locales, hace que a la falta de un servicio u obra se acerque en primer lugar al municipio para exigir el cumplimiento de lo prometido en los planes de trabajo de cada aZo. Esta participación para solicitar obras, o exigir el cumplimiento de otras que no han sido

cumplidas, también se ha revertido en otros tipos de participación en la que la ciudadanía ha adquirido co-responsabilidad de la gestión, planificando conjuntamente, como el presupuesto participativo de Sigchos, o el modelo de gestión participativo de Saquisilí, la ejecución de obras en las zonas rurales en los cantones alejados de la capital, y el control social que privativamente hacen las comunidades indígenas a los representantes seccionales pertenecientes a estas comunidades.

5.2.10 Otros escenarios de participación integrada

- * El escenario más claro de participación integrada, se da cuando hombres y mujeres intervienen en la gestión del alcalde, en varios espacios públicos ya sea con la ejecución de obras realizadas por la municipalidad mediante administración directa (este tipo de participación que mayormente se ven en Cotopaxi), o con la planificación conjunta del presupuesto (Caso de Sigchos) o en las protestas en contra de las autoridades para la mejora de los servicios públicos, o la obligatoriedad de transferencia de dineros para la Provincia, etc.
- * Otro caso de integración para la participación, se da cuando la autoridad local tiene suficiente liderazgo, mismo que hace que tanto indígenas como mestizos y montubios participen; es el caso concreto del Cantón Sigchos, en el que toda la población, tanto indígenas, mestizos y montubios se reúnen en asambleas parroquiales para la elaboración del presupuesto participativo, así como la generación de otros servicios como la Red de Salud, donde todos aportan para que la atención mejore dentro del cantón, sin tener que salir para ser atendidos en Latacunga. Otro ejemplo es el del Cantón Saquisilí, en donde han encontrado puntos concretos de la gestión del alcalde que lo han hecho de manera participativa con población mestiza e indígena ya que este cantón no tiene jurisdicción en la costa de la Provincia.
- * De la misma manera, la población puede participar conjuntamente con varios actores en simultaneidad, por ejemplo, en Saquisilí, Sigchos, y otras parroquias rurales de otros cantones, la población en miras del mejoramiento de un servicio participa conjuntamente con la autoridad local y también con otras organizaciones presentes en el territorio. Por ejemplo,

la realización de Plan Participativo de Desarrollo de la Provincia de Cotopaxi, se dio con una participación activa de la población, especialmente indígena, en coordinación con otras instituciones nacionales e internacionales.

- * Existen también ocasiones en que la coyuntura política obliga a la población a unirse y participar, un ejemplo claro de esto se da cuando la Provincia decide hacer paro, para que el Gobierno transfiera el dinero a las localidades, en esos momentos, se une toda la población cotopaxense, para participar en un pedido al gobierno.

5.3 Escenarios de participación ciudadana

Una vez que hemos descrito las características de la participación ciudadana en la Provincia de Cotopaxi podemos establecer algunos escenarios que potencien la gestión compartida, que en muchos casos al contrario de ser excluyentes uno del otro pueden complementarse para alcanzar el objetivo principal que es mejorar el servicio materno infantil, apegándose a la normativa vigente, a través de una gestión compartida.

5.3.1 Escenario de participación urbana:

Este escenario vislumbra una participación mayoritariamente urbana, en la que tanto mujeres, como hombres sean estos indígenas, mestizos o montubios, pertenecientes o no a organismos locales.

Esta participación se debe dar en tres niveles:

El primero es de quienes son parte de las instituciones que van a gestionar conjuntamente el servicio o de quienes van a aportar para que se pueda llevar a cabo. Este nivel de participación es netamente técnico, es decir que ellos son quienes construyen el modelo acercándose a las bases sociales, para generar una preocupación general.

Lo más importante dentro de esta participación es la metodología con la cual elaboren el modelo, ya que debe tomar en cuenta un diagnóstico del problema a ser resuelto, al cual deben aportar las

necesidades de los demandantes de los servicios, especialmente de las mujeres en estado de gestación y los niños menores de cinco años.

El segundo nivel está dado por quienes son parte de la prestación del servicio, los/as médicos/as, los/as enfermero/as, las personas con conocimientos de medicina alternativa (comadronas y parteras), quienes conjuntamente deben aportar para que el servicio sea adecuado a las condiciones culturales presentes en el territorio.

Antes de construir el modelo de gestión compartida, se debe establecer las necesidades reales, en servicios, de la población, los recursos que necesitan para que los servicios sean prestados oportuna y eficazmente.

Los patronatos, son instituciones que en lo urbano deberían preocuparse por la atención de las poblaciones de la urbe, dejando así a las otras instituciones que accedan a las zonas rurales, para alcanzar una mejor cobertura y equidad.

El tercer nivel de participación, es la sociedad civil que puede ser organizada o no, es un nivel de participación tan importante como los anteriores ya que este nivel es el que debe establecer las necesidades y demandas a ser satisfechas mediante la gestión compartida.

La sociedad civil debe co-responsabilizarse con la gestión de los otros actores que tienen en sus manos la gestión de los servicios materno – infantiles, ya que a la vez que demanden servicios deben ayudar a que estos sean dados con organización, y de acuerdo a lo planificado.

Por ello se considera que no sólo el Comité de Usuarías es el organismo participativo llamado a actuar como co-responsable de la prestación de los servicios materno infantiles, sino otros espacios en los cuales interactúen todos los miembros de la sociedad.

5.3.2 Escenario de participación rural

Este escenario de participación es mucho más complejo, ya que como hemos visto existen características territoriales y culturales que dificultan grandemente una comunión que facilite la participación ciudadana.

Sin embargo, es preciso rescatar las potencialidades rurales, mismas que pueden ser una fortaleza al momento de implicar en la aplicación de la Ley de la Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

De igual manera este escenario tiene tres niveles:

El primer nivel de participación, al contrario del escenario urbano, está en la población, ya que en este caso es la única instancia que puede hacer que la gestión compartida arranque y se sostenga a largo plazo.

La población (indígenas, mestizos y montubios) tiene la oportunidad aunar esfuerzos y conjuntamente decidir el tipo de servicios que necesitan, en dónde y cómo deben ser prestados, ellos son quienes deben tender un puente entre las costumbres de las zonas rurales con los servicios otorgados por la medicina formal.

Además, la ciudadanía participará a lo largo del proceso, por un lado ayudando a construir el modelo de gestión compartida y por otro, haciendo un monitoreo de la experiencia y de los servicios que se están prestando.

En el segundo nivel, están los prestadores del servicio, quienes conjuntamente con la población rural deben establecer los criterios con los cuales van a prestar los servicios materno – infantiles y como podrían coordinarse las acciones dirigidas a gestionar dichos servicios. Es importante manifestar que dentro de los prestadores del servicio, están las comadronas y las parteras, ya que ellas son quienes atienden la época de gestación y los partos de las mujeres que habitan en las zonas rurales. Uno de los puntos más importantes es la capacitación que deben recibir las parteras para que puedan acompañar la gestación de las mujeres y a la vez estén atentos de cualquier problema que se pueda dar durante este período y en el momento del parto, para que

sean acercados a los espacios de atención médica, donde exista la tecnología adecuada para el efecto.

Finalmente, sin ser menos importantes son los actores que emprenderán con la gestión compartida, quienes deben acompañar estos procesos previos para que con todas las opiniones, sugerencias, metodologías, establecidas por la población beneficiaria y los prestadores del servicio se diseñe el modelo de gestión compartida, pongan los recursos, y los procesos que se encaminen a la realización del mismo.

Antes de ir al tercer escenario, es importante resaltar lo que se ha tratado de integrar y respetar en estos dos escenarios

- * Se ha respetado la existencia de una lógica diversa en lo que se refiere a la forma de vida de las zonas urbanas y rurales, tratando de que en la zona urbana la participación ciudadana se integre poco a poco a la gestión institucional, entendiendo que los cambios de procesos son largos y requieren más tiempo. Por ello, el escenario se forma de arriba hacia abajo, poniendo como organismo consultor a la ciudadanía, quienes además tienen la obligación de monitorear y evaluar que lo planificado se cumpla y que los derechos establecidos en la Ley y la Constitución sean garantizados en estas instituciones.
- * Se ha respetado la existencia de diversas poblaciones tanto en la zona urbana como en la zona rural, es decir que en cada territorio la población tendrá la posibilidad de elegir según sus costumbres, cómo se darán los servicios y cuál será el nexo entre los profesionales tradicionales con los conocedores de la medicina ancestral.

5.3.3 Escenario de participación unificada

Este escenario trata de unificar los dos escenarios establecidos con anterioridad, es decir que se trata de ver en una sola escena varias lógicas de participación que van encaminadas a un mismo objetivo, llegar a coordinar acciones para mejorar la prestación de los servicios materno-infantiles.

El escenario tiene varios momentos de participación que incluyen los tres niveles antes establecidos; ya que aquí no es tan importante en cuando participen sino cómo van a participar en cada momento.

El primer momento es la aceptación de las autoridades políticas para hacer una gestión compartida de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia; es una decisión participativa ya que se tratará de que sean incluidos todos los actores que se ocupan de prestar los servicios de salud (materno-infantiles), es decir, los gobiernos seccionales, las instituciones del gobierno central, otras organizaciones presentes en el territorio, y representantes de la sociedad civil.

En un segundo momento, se debe realizar un diagnóstico de cómo se encuentra los servicios de salud tanto en zonas urbanas como rurales, este momento también será realizado participativamente, ya que en cada comunidad se realizarán talleres en los cuales hombres y mujeres puedan manifestar como sienten que se encuentra el servicio y cómo pueden mejorar.

Este momento es el más complejo de todos ya que como sabemos las diversidad cultural pueden marcar algunas distancias entre lo que se demanda y lo que se puede ofertar, por ello es necesario llegar a consensos mínimos, sobre cuáles van a ser los primeros cambios que se van a dar en la prestación del servicio, lo que implica que a largo plazo se construya una experiencia que abarque las necesidades de las poblaciones con patrones culturales distintos.

El diagnóstico dará a las autoridades las herramientas necesarias para hacer las correcciones más necesarias y trabajar en las estructurales para que la gestión compartida tenga tanto resultados a corto como a largo plazo.

Dichas correcciones deben implicar el inicio de una gestión compartida es decir que los actores que acuerden trabajar conjuntamente, pongan los recursos que invierten en la prestación de servicios materno – infantiles en la una gestión articulada, donde los y las beneficiarias hagan un constante monitoreo del cumplimiento del plan realizado por ellos en una primera instancia.

Como podemos ver la construcción del modelo implica que la ciudadanía este continuamente participando, ya que son el eje principal de la propuesta, son quienes harán que exista una sintonía entre la oferta y la demanda.