

# CONTENIDO

## GOBERNABILIDAD LOCAL Reflexiones desde la acción en salud



I. INTRODUCCIÓN: 5



II. CONTEXTO LOCAL 7



III. DECONSTRUYENDO UN  
CONCEPTO DE GOBERNABILIDAD  
DESDE LA ACCIÓN LOCAL 13



IV. VIABILIDADES PARA LA  
GOBERNABILIDAD LOCAL  
EN SALUD 17

Viabilidad Política  
Viabilidad técnico-institucional  
Viabilidad Socio-cultural  
Viabilidad Financiera



V. CONCLUSIONES Y  
RECOMENDACIONES 25



VI. BIBLIOGRAFÍA 27

## PRESENTACION

La gobernabilidad y la democracia son procesos que han adquirido importancia en la última década en América Latina y en el Ecuador. El propósito fundamental ha sido el de construir un buen gobierno, como mecanismo para responder a los requerimientos poblacionales para el mejoramiento de la calidad de vida.

Este camino, contradictorio y en construcción nos lleva a delimitar nuestra mirada de la vida y el desarrollo desde uno de sus elementos consustanciales como es la salud, pues ella está en estrecha relación con la calidad de vida y el ejercicio de los derechos humanos fundamentales.

El Derecho a la Salud forma parte de los derechos económicos, sociales y culturales, que son parte de la agenda política de los gobiernos latinoamericanos comprometidos con procesos de gobernabilidad.

Este documento constituye una síntesis de la reflexión-acción que se ha realizado en este año con respecto a la gobernabilidad local en salud, en el contexto del Proyecto “Construcción de Capacidades Municipales para responder efectivamente a las necesidades de Salud Reproductiva de la Comunidad” AME - MSP - OPS - USAID

Esperamos que el mismo sea punto de partida para profundizar el debate y la acción en gobernabilidad, salud y descentralización

*Ing. Diego Victoria Mejía*  
*Representante de OPS/OMS en el Ecuador*



## I. INTRODUCCIÓN:

En el marco del Proyecto “Construcción de Capacidades Municipales para responder efectivamente a las necesidades de Salud Reproductiva de la Comunidad” y con el propósito de contribuir a los procesos de gobernabilidad en salud, como una respuesta efectiva a las necesidades ciudadanas que tengan como eje de acción el fortalecimiento de la participación, se ha profundizado en el estudio de las capacidades que un cantón debe tener para construir un buen gobierno.

Este esfuerzo, se realiza en un contexto nacional, que ha generado un marco jurídico que redefine las relaciones entre el Estado y los gobiernos locales, y entre el Estado y la Sociedad Civil. Se destacan como instrumentos jurídicos:

- La Constitución Política de la República del Ecuador, que incorpora el Derecho de la Salud como un derecho fundamental y con una mirada integral, que incluye la promoción y la atención de la salud. Promueve una cultura en salud sexual y reproductiva y establece “El derecho a tomar decisiones libres y responsables en la vida sexual” (Art.23, Ítem 25). El Estado organizará un Sistema Nacional de Salud, que integrará a entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias, y, funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa. (CEPAR:2003)
- La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, que garantiza el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud. La Promoción de la Salud y la Construcción de Ciudadanía son roles asignados a instancias intersectoriales como los Consejos Cantonales, Provinciales y Nacional de Salud.
- La Ley Especial de Descentralización del Estado y Participación Social, dispone la construcción de un Estado descentralizado en “la prestación de servicios públicos...”
- La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, fortalece acciones de salud a favor de mujeres, madres, niñas y niños menores de cinco años para disminuir la muerte materno-infantil. Con mecanismos reales para integrar proveedores de servicios de salud, promover intersectorialidad con actores locales (municipio, servicios de salud, organizaciones comunitarias y organizaciones de mujeres), desarrollar procesos de descentralización, fortalecer la participación paritaria, construir ciudadanía con equidad de género a través de procesos de veeduría sociales, y, proveer un financiamiento para brindar atenciones básicas de salud como parte de un sistema social de protección. (UEPMGAI-MSP).



En la actualidad, la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, es un instrumento político-técnico no sólo para propiciar la participación equitativa y generar veeduría social en la atención a mujeres-madres, niños y niñas, sino para avanzar en la construcción de capacidades que logren gobernabilidad a través del fortalecimiento de lo público.

Este documento constituye una síntesis de la reflexión-acción que se ha realizado en este año con respecto a la gobernabilidad local en salud. La información se ha tomado de actores claves cantonales: alcaldes y alcaldesas, jefes de área y personal de salud del Ministerio de Salud Pública y del Seguros Social Campesino, organizaciones campesinas, organizaciones de mujeres, comités de usuarias y organismos no gubernamentales.

Reconstruye los datos cantonales, considerando el informe final del estudio de CEPAR y el conocimiento recogido en las visitas, reuniones y

talleres locales que dan cuenta de los actores, recursos, potencialidades y limitaciones que existen en el ámbito cantonal, para responder intersectorialmente a las necesidades de salud.

Presenta en primer término el contexto local de los cantones de Guamote, Daule, Sucre, Cotacachi, Pedro Moncayo, Francisco de Orellana, Calvas y Zamora; abordará el concepto de gobernabilidad desde la salud, y finalmente brindará insumos de viabilidad para la gobernabilidad en referencia a los ocho cantones.

Se espera que este producto, sea un estímulo para el debate y la acción sobre gobernabilidad local en salud en el Ecuador, desde una mirada integral y de equidad, en proceso de construcción.



## II. CONTEXTO LOCAL:

Los ocho cantones definidos para este proyecto, están situados en ocho provincias: dos de la Costa (Daule y Sucre en las provincias de Guayas y Manabí respectivamente), cuatro de la Sierra (Guamote, Pedro Moncayo, Calvas y Cotacachi en las provincias de Chimborazo, Pichincha, Loja e Imbabura respectivamente) y dos del Oriente (Zamora y Francisco de Orellana en las provincias de Zamora Chinchipe y Sucumbios).

Uno de los criterios que primo en la selección, fue la necesidad de lograr una heterogeneidad cantonal que diera cuenta de la diversidad del país, es decir se pretendía una “representación geográfica, política y cultural”. Otro criterio fue la existencia de proyectos y de procesos en desarrollo en estos lugares. La OPS realiza acompañamiento técnico en los cantones de Pedro Moncayo, Cotacachi, Calvas y Zamora en los consejos cantonales de salud, mesas de salud y acciones de promoción de la salud.

Estos cantones, situados a lo largo del territorio nacional son diversos político y socioculturalmente. En rasgos generales, se puede decir que Guamote y Cotacachi tienen alcaldes indígenas que lideran procesos de gestión política, en la elaboración de planes de desarrollo cantonal, desde hace cinco años. En los cantones de Pedro Moncayo, Calvas, Francisco de Orellana y Zamora sus procesos de gestión tienen un tiempo inferior de tres años y en los cantones de Sucre y Daule los procesos son del último año.

El Estudio realizado por CEPAR muestra Índices de Pobreza de Consumo con rangos de 51.5% en Zamora y 92.5% en Calvas. Excepto Zamora el resto de cantones muestran índices de más del 70%. (CEPAR:2003).

A pesar de los procesos en desarrollo, persisten las dificultades de intersectorialidad entre el sector salud y el liderazgo municipal. Estos conflictos en momentos son limitantes para lograr el consenso y actuar mancomunadamente. La participación ciudadana y la lógica de derechos, son discursos que no van de la mano de metodologías y acciones que promuevan la exigibilidad de derechos y la constitución de sujetos de derecho.

La participación de las mujeres esta limitada por la persistencia de patrones machistas y patriarcales que las convida al espacio doméstico. Las decisiones para su vida y su salud están obstaculizadas por el autoritarismo masculino, lo cual redundo en un acceso reducido a los recursos y a la atención en salud. Todos los cantones muestran tasas de analfabetismo superiores en mujeres en relación a los hombres.

En general, los servicios básicos son deficitarios en todos los cantones. La morbilidad se caracteriza por enfermedades de consumo básico como: infecciosas respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas y tuberculosis.

En cantones como Cotacachi y Orellana la muerte se produce por enfermedades del atraso como: Infecciosas Respiratorias Agudas, Enfermedades Diarreicas Agudas, Tuberculosis y Desnutrición. (CEPAR.2003)

La desnutrición crónica afecta a un alto porcentaje de niños y niñas (alrededor del 40%) (cc. CEPAR:2003).



Esta morbi-mortalidad del atraso se conjuga con patologías de la modernidad en las que se resalta: intoxicaciones por plaguicidas en Pedro Moncayo, un cantón exportador de flores. La violencia y el alcoholismo son dificultades de salud presentes en los cantones.

Las deficiencias de salud sexual y reproductiva son alarmantes, existen infecciones de transmisión sexual, abortos.

La partera constituye un actor fundamental en la oferta de servicios. (CEPAR:2003)

#### COTACACHI:

Es el cantón más extenso (1809 Km<sup>2</sup>) y más pobre de la provincia de Imbabura. Con una población de 37254 habitantes, entre mestizos, indígenas y negros. La población rural está constituida por el 80% del total poblacional. El analfabetismo funcional es de 48%. (Municipio: 2002)

Se distinguen dos zonas la andina y la subtropical. Su producción importante es la agropecuaria, seguida de la artesanal y turística.

En la actualidad preside el gobierno local, el Economista Auki Tituaña, alcalde indígena que pertenece a los municipios alternativos. En 1996, se realizó la Primera Asamblea de la Unidad Cantonal que crea instancias organizativas para el desarrollo, entre ellas el Comité Intersectorial de Salud co-

En todos estos cantones está presente la Cooperación Internacional y las contrapartes nacionales que ejecutan el proyecto como AME y MSP. Son parte de los 40 cantones en los cuales, AME y el MSP ejecutan proyectos para consolidar la implementación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, y el Código de la Niñez.

A continuación algunas características geográficas y productivas por cada cantón:

mo instancia de formulación de políticas que dispone del Plan de Salud de Cotacachi.

Algunas líneas de acción del plan son: la articulación de la medicina tradicional y la medicina occidental, la organización de la red de prestadores de servicios de salud cantonal, la promoción de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, la cooperación técnica con médicos cubanos, y el desarrollo de espacios saludables. Estos procesos han sido parte de la cooperación técnica de la OPS.

En este año, se firmó el convenio de descentralización entre el Ministerio de Salud Pública y el Municipio de Cotacachi, lo cual constituye un hito en la Salud Pública del Ecuador. (Idem).



### DAULE:

Ubicado al noroeste de la provincia del Guayas, tiene una población total de 83844 habitantes con un 63% de población rural. (CEPAR:2003).

Se caracteriza por tener un clima tropical y su temperatura asciende a 25 grados centígrados, con una alta prevalencia de enfermedades tropicales.

### CALVAS:

Cantón de la provincia de Loja, cuya capital cantonal es Cariamanga, palabra quechua que significa "Olla de Oro". Tiene una extensión de 855Km<sup>2</sup>, con 35.498 habitantes. Existe un índice migratorio alto a EEUU y España.

Tiene una altitud de 1936 msnm. Cuenta con 6 parroquias, tres urbanas (Cariamanga, Chile y San Vicente) y cuatro rurales (Colaisaca, Lucero, Utuana y San Guilín). Es rica por su producción agrícola y ganadera

### GUAMOTE:

Guamote es uno de los cinco cantones mas pobres del Ecuador y tiene una población de 35210 habitantes y la agropecuaria es su producción predominante. (Alcaldía: 2003).

En el año del 2002, se realiza el Lanzamiento del Plan de Desarrollo Cantonal que contiene seis ejes estratégicos de acción, en el cual está la salud que ha definido acciones en: atención materno-infantil; mejoramiento del sistema de agua, saneamiento ambiental y

Es considerado como una agrociudad pues su economía se sustenta en la actividad agrícola, especialmente el cultivo de arroz; se dice que el 80% de la mano de obra se concentra en la actividad agrícola. La producción ganadera es el segundo rubro de importancia en la actividad productiva. (Idem).

El clima es templado y seco, con la existencia de microclimas que hacen posible la producción de múltiples productos de los mas variados climas. La temperatura varia desde 18 a 22° C.

En este año, se inició el Plan de Desarrollo Cantonal que ha definido entre sus mesas, a la de Desarrollo Humano, en donde se incorpora Salud. Este proceso estuvo apoyado por la OPS y por su alcalde que es un médico joven.

servicios básicos; salud sexual y reproductiva: mejoramiento de la calidad de los servicios; y medicina natural. (Idem).

Este cantón pertenece también a los municipios alternativos con su alcalde indígena y tiene importantes proyectos en salud, entre los cuales se destaca el Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva con el auspicio de UNFPA.



## ZAMORA:

Cantón oriental, pertenece a la provincia de Zamora Chinchipe y cuenta con ocho parroquias: dos urbanas y seis rurales. Su población es de 21684 habitantes. (CEPAR:2003).

La actividad económica esta relacionada con agricultura y ganadería y tiene un anafabetismo funcio-

nal que llega al 19.8% (Idem).

También el Municipio de Zamora ha realizado su Plan Integral de Desarrollo. Actualmente trabajan en el Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva con el auspicio del UNFPA y organizaciones no gubernamentales locales.

## PEDRO MONCAYO:

Es uno de los cantones de la provincia de Pichincha, que se crea como tal el 26 de septiembre de 1911 con Tabacundo como cabecera cantonal y las parroquias de Esperanza, Tocachi, Malchinguí y Tupigachi. (Consejo:2003)

Esta ubicado en la hoya de Guayllabamba. Tiene una altitud entre 1730 y 4300 msnm. Con una diversidad de climas que van desde los tres hasta los 18 grados centigrados. (Idem).

El cantón ocupa una superficie de 337Km<sup>2</sup> y alberga a 25594 habitantes. En la historia se destacan los asentamientos Cayambi-Caranqui, que ha propiciado una diversidad étnico-cultural importante. (Idem).

El cantón asienta su economía en la floricultura para la exportación y la producción agrícola para subsistencia familiar. La producción de exporta-

ción no redunda en mejor calidad de vida, pues el cantón muestra un porcentaje de analfabetismo del 23.2% en mujeres y del 15.9% de hombres. En el año del 2001, el 29.9% de partos ocurren en casa. (Idem).

Se encuentra en construcción un modelo integral de desarrollo humano y en el año 2000 se conformó el Consejo Interinstitucional e Intersectorial de Desarrollo y en el 2001 el Comité de Salud. El Plan de Desarrollo Integral y a su interior el Plan Integral de Salud, se han aprobado en Asamblea Cantonal en Febrero del 2003. (Idem) Cuenta con apoyo técnico de OPS/OMS.

En la actualidad se cuenta con el Consejo Cantonal de Salud, que se ha instituido el 1 de Abril del 2003 en el marco de la Ley del Sistema Nacional de Salud. La OPS, ha acompañado técnicamente al cantón, tiene voz en el Consejo Cantonal de Salud. (Idem).



## SUCRE:

Cantón de la provincia de Manabí con una población de 52.033 habitantes, en donde el 49.7% son mujeres y el 61.9% corresponde a la población rural (CEPAR:2003)

Situado en la costa ecuatoriana, mejor conocida como Bahía de Caráquez, presenta un desarrollo urbano dado por el turismo. El clima es sub tropical seco con una temperatura de 25 grados centígrados. Se ha demostrado interés por el desarrollo de

## FRANCISCO DE ORELLANA:

Es un cantón de la provincia de Orellana, su población es de 41.291 habitantes de los cuales 45.6% son mujeres y el 55.7 es población rural. (CEPAR:2003)

El 30% de la población esta conformado por indígenas Quichuas, Shuaras y Huaoranis. (CEPAR:2003)

En Noviembre del 2001, se conformó el Consejo

proyectos vinculado Turismo y Salud.

Cantón ganadero, en donde, el sistema hidrográfico de la provincia de Manabí deposita sus aguas en esta bahía, formando un estuario.

El trabajo intersectorial en este cantón está iniciándose. Su alcalde es el Dr. Leonardo Viteri, actual presidente de la Asociación de Municipalidades Ecuatorianas.

Cantonal de Salud, como instancia para promover la salud integral y funciona hasta la actualidad. AME acompaña este proceso. (CEPAR:2003).

En materia de salud sexual y reproductiva, UNFPA, promueve un proyecto de salud sexual y reproductiva en este cantón cuya cobertura cubre a hombres, mujeres, jóvenes y naporunas de la zona.



### III. DECONSTRUYENDO EL CONCEPTO DE GOBERNABILIDAD DESDE LA ACCION LOCAL:

La noción de gobernabilidad, fue considerada por primera vez en la ciencia política en los años setenta, entendida como la disyunción existente “entre el ejercicio democrático y el progreso económico requerido por la internacionalización del mercado, dando origen a una relación perversa entre autoritarismo y subdesarrollo” (Cárdenas:1998:24).

Esta noción inicial, se ha ido deconstruyendo a través de los años, y es en la VI Cumbre Iberoamericana “gobernabilidad para una Democracia Eficiente y participativa” de 1996 en Chile que agrupa a 23 Jefes de estado, cuando se imprime una mirada estrictamente política a la gobernabilidad, necesaria para buscar consensos y forma parte del discurso ético-político. Se fortalece la idea de que la democracia es el camino para la integración social y el desarrollo económico, en los países castigados por la pobreza, la corrupción y problemas vinculados a la calidad de vida, como educación, vivienda, salud, empleo y seguridad ciudadana (Idem:25).

La VII Cumbre realizada en Venezuela, reafirma que la lucha contra la corrupción, la defensa de los derechos humanos, el derecho a una información veraz, y la corrección de los procesos electorales; estrecha la relación entre gobernabilidad y democracia. Esta relación, es una posibilidad para construir una democracia efectiva y participativa. (Idem).

En el Ecuador, a comienzos de los 90, la élite política hace suyo los términos gobernabilidad-ingobernabilidad para caracterizar la “tensión entre las demandas existentes de la sociedad civil y la incapacidad de las instituciones para satisfacerlas, fenómeno a su vez reforzado por la escasa representatividad, destreza y carencia de liderazgo de la acción gubernamental y política”. (Idem:26).

En 1996, en el Seminario “Ecuador: un problema de gobernabilidad”, desarrollado por CORDES, se asume la concepción de “buen gobierno” sustitutivo de la antigua integración comunitaria cuyo apremio es el de desarrollar, fortalecer, y organizar la sociedad civil, y la urgencia en reforzar el papel y el grado de incidencia que sus distintas manifestaciones han adquirido en las decisiones nacionales” (Idem:26).

Este trabajo, asume el concepto de Menéndez-Carrión que relaciona la gobernabilidad con la ciudadanía, e incluye a todas las personas en una perspectiva de desarrollo humano y que moviliza formas cívicas, impulsoras de prácticas sociales tendientes a favorecer la viabilidad de los procesos democráticos, desde allí la autora entiende la democracia mas allá de un sistema de instituciones en medio del pluralismo y el parlamentarismo, y lo concibe abarcativamente como el medio en que cada uno-a se relaciona con los demás,



ejerce su capacidad de disentir y resiste a las desigualdades y la injusticia prevalecientes. (Idem).

En este sentido la gobernabilidad incluye tanto la gestión gubernamental como la participación ciudadana por un principio político que legitima la ciudadanía "...en el proceso de búsqueda de incidencia en las decisiones que las afecta ya sea a través de la representación o para exigir y obtener rendición de cuentas". (Idem)

En el Ecuador, la gobernabilidad se construye en el escenario de la descentralización, y como oportunidad para permitir que los procesos de buen gobierno construyan ciudadanía activas y promuevan una cultura de derecho a favor de la vida. Se relaciona con el desarrollo y con la exigencia de una mirada que visualice otras vertientes que entran en el ámbito nacional y se muestran con mayor fuerza como la interculturalidad y el enfoque de género.

Desde lo intercultural, la emergencia del movimiento indígena y de los movimientos sociales se ven favorecidos por la presencia de Pachakutick que ha permitido que líderes indígenas asuman municipios alternativos que imprimen lo cultural como eje que atraviesa y matiza la discusión de la gobernabilidad y el desarrollo.

La interculturalidad, se sostiene como categoría, instrumento y enfoque eficaz para ar-

ticular saberes, necesidades, y prácticas de los diferentes grupos culturales que en una convivencia armónica permitan la participación de todos en el desarrollo cantonal.

La constitución del país garantiza los derechos colectivos de los pueblos indígenas y afroecuatorianos.

La interculturalidad, muy de la mano de la descentralización, produce en términos de gobernabilidad lo siguiente:

- Fortalecimiento de la acción local, para disminuir la dependencia de las transferencias del gobierno nacional y disminuir las insuficiencias de los gobiernos locales .
- Reconstruir el espacio de lo público en donde las políticas estatales permitan fortalecer su gestión al mejoramiento de la calidad de vida y la ampliación de la una democracia multi, pluri e intercultural.
- Legitimar el espacio público y propiciar confianza en un liderazgo renovado y en las instituciones democráticas.
- Promover ciudadanía como expresión de un pacto social entre la sociedad civil y el Estado, para construir una cultura del diálogo y del consenso.

El género como categoría de análisis y de acción ha propiciado dos rupturas, la primera en la dualidad público-privado y la segunda en la inclusión de lo



personal como un asunto político. Desde allí se plantea que lo que ocurre en el ámbito privado (familiar) es de competencia del Estado, y no puede quedarse consignado a hechos no relevantes; y que los asuntos políticos pasan por la inclusión de los ciudadanos y ciudadanas en los asuntos públicos en forma equitativa.

La inclusión de la mirada de género en la política ha llevado a una ampliación de los derechos humanos. Para este documento, interesa la incorporación de los derechos sexuales y reproductivos como agenda de desarrollo, lo que deviene en una ampliación del quehacer de las instituciones democráticas. En efecto, Sonia Montaña, afirma que: “para que lo personal sea político, es necesario intervenir en la política institucional” desde las diversas identidades. (Montaña:98:29).

Este abordaje conceptual de gobernabilidad, posibilita ubicar la salud como parte del desarrollo y encontrar mecanismos que aporten a un desarrollo humano y sustentable.

La salud es considerada como un concepto complejo y abarcador que pasa por el reconocimiento de los derechos del personal de salud hasta el fortalecimiento de la rectoría en salud en forma descentralizada e intersectorial.

La salud sexual y reproductiva tiene un marco jurídico y legítimo que pasa por la existencia de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, como

instrumento operativo en implementación que permite: aumentar el acceso a servicios de salud de mujeres, madres y niños-niñas menores de cinco años por asuntos reproductivos.

La ley construye intersectorialidad, fortalece la relación estado-sociedad civil, la participación equitativa para la incorporación de mujeres, la implementación de mecanismos de veeduría en salud, el fortalecimiento de los servicios públicos de salud, es decir promocionar espacios para reproducciones y sexualidades saludables y aportar al ejercicio y exigibilidad de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos.

La gobernabilidad en salud, en el nivel local, considera que la Ley de Maternidad Gratuita es parte fundamental de la agenda de desarrollo, pues no se puede hablar de gobernabilidad y de democracia en un país en donde siguen ocurriendo muertes maternas.

La maternidad de otra parte, reinserta el tema de la sexualidad, para mirar las inequidades que existen en la vivencia de la sexualidad y también en la reproducción. No solo permite el abordaje de las dificultades de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, sino también asumir el debate sobre la calidad de vida de las mujeres y trascender una visión idealista y sublime de la maternidad, que invisibiliza el trabajo materno y el riesgo para la salud.



#### IV. VIABILIDADES PARA LA GOBERNABILIDAD LOCAL EN SALUD:

Desde la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, se ha realizado una lectura de la gobernabilidad en salud, para lo cual se han establecido viabilidades o capacidades que deben existir en los cantones para aportar desde la salud a la gobernabilidad.

Las viabilidades contempladas son:

- viabilidad política, para observar la dinámica de poder de los diversos actores en el proceso de construcción de desarrollo y su actitud respecto a la intersectorialidad;
- viabilidad técnico-institucional, que permite entender el nivel de conocimiento sobre los procesos de desarrollo, salud y salud sexual y reproductiva, así

##### Viabilidad Política:

La mayoría de cantones han emprendido desde hace algunos años, la realización de Planes de Desarrollo Cantonal, que incorporan mesas de salud que son formas operativas de relación entre salud y desarrollo, y desde allí han surgido instancias intersectoriales y espacios de concertación.

En efecto, en los cantones de Cotacachi, Pedro Moncayo, Guamote y Orellana, existen procesos de concertación en desarrollo y especialmente en salud, de más de cinco años, con mecanismos y lineamientos de acción. La presencia de estructuras políticas loca-

como la disponibilidad de recursos y la capacidad de utilizarlos;

- viabilidad socio-cultural, que muestra los niveles de participación y de promoción de salud, así como el tejido socio-cultural cantonal existente; y
- viabilidad financiera, que describe la asignación de recursos económicos para la promoción de salud y las capacidades para administrar o generar recursos para la salud.

La pregunta central que ha guiado la acción es: Cómo se presentan las viabilidades para la gobernabilidad en salud en estos ocho cantones?.

les como la Asamblea de Unidad Cantonal de Cotacachi, el Parlamento Indígena de Guamote, el Comité Interinstitucional de Desarrollo de Pedro Moncayo, conjuntamente con las organizaciones de mujeres existentes en los cantones, las organizaciones no gubernamentales, los comités y las mesas de salud, son instancias que dinamizan el quehacer de desarrollo y de la salud. El nivel de coordinación no aglutina a todas las organizaciones locales.

Los Consejos Cantonales de Salud, se van constituyendo, como un espacio de liderazgo del al-



calde o alcaldesa, las Areas de Salud tienen la oportunidad de fortalecer su papel de coordinador y facilitador de procesos, los organismos no gubernamentales apoyan procesos desde su experticia técnica y las organizaciones comunitarias que se involucran lenta y progresivamente a estas instancias para posicionar su punto de vista.

En la actualidad se avanza también en la conformación de los Comités de Gestión de los Fondos Solidarios de la Ley de Maternidad Gratuita, cuyo proceso ha llevado a una reflexión de roles institucionales, se ha dicho que el Alcalde asume la Conducción política, muy de la mano del Jefe de Área que fortalece su Conducción Técnica. Las organizaciones de la sociedad civil son las responsables de promover la participación e incorporar las necesidades y demandas de la población.

En los municipios se evidencia voluntad, y predisposición para coordinar acciones en beneficio de la salud; en el sector salud existen temores, sobre todo de tipo laboral. Los conflictos de intereses van disminuyendo a través de procesos de comunicación en donde se reitera la necesidad de avanzar juntos reconociendo las capacidades del municipio, del sector salud y de las comunidades.

La encuesta poblacional, realizada por CEPAR en estos cantones muestra que los hombres y mujeres ven positiva la participación de los municipios en salud, para fortalecer la pres-

tación de servicios de salud (38%), dotar de servicios básicos (25%), ejecutar programas de educación para la salud (11%) y promover la participación ciudadana (11%). (CEPAR:2003).

Ratificando esta mirada poblacional, se observa que las iniciativas intersectoriales han permitido que algunos municipios aporten a las acciones de salud, apoyando la movilización de emergencias médicas, ubicando vehículos, combustible, insumos para apoyar campañas de salud y movilizando recursos económicos para reparar ambulancias, mejorar la infraestructura de los servicios de salud, entre otras acciones. Se resalta la iniciativa de Guamate cuya organización en red con promotores comunitarios de salud, organizaciones comunitarias, servicios de salud y una comunicación por radio han evitado muertes maternas.

La confluencia de actores en el nivel local, para trabajar mancomunadamente va de la mano de propiciar:

- Mingas por la salud, que requieren procesos de información oportunos y articulaciones armónicas entre normas jurídicas nacionales y locales, verbigracia, la Ley de Descentralización que da competencia a los municipios, y la Ley del Sistema Nacional de Salud que regula las acciones de salud.
- Niveles adecuados de gobernabilidad y democracia, como una responsabilidad que con claros procedimientos democráticos es asumida por todos



los actores involucrados. Esta en juego el ejercicio del poder local, por el bien colectivo que precisa superar un estilo político autoritario, vertical o mecánico hacia un estilo de diálogo participante, que promueva el debate y la toma de decisiones en ambientes de tolerancia, consenso y transparencia para el fortalecimiento institucional que redunde en mejoramiento de la calidad de los servicios públicos, en cuyos procesos se implementan políticas y acciones para construir sociedades democráticas desde un aprendizaje de ser gobernantes y ciudadanos.

- La construcción de liderazgos locales y promover el fortalecimiento de una rectoría en salud que en un contexto de gobernabilidad local, debe conducir a la formulación, organización y ejecución de las políticas de salud para regular -definir y garantizar- la

#### Viabilidad técnico-institucional:

Existe una mirada de la salud, medicalizada, en donde la capacidad institucional posiciona un asistencialismo que centra en su acción y tiene como base la disponibilidad de recursos humanos, económicos y materiales. Este enfoque medicalizado forma parte de una cultura, que entiende la salud como servicios de salud, y tiene dificultades de trascender a un enfoque integral y con transversalidades de la salud, que se junta con las diversas expresiones de la vida: cuidado del ambiente; derecho al trabajo, a la vivienda,

aplicación de las disposiciones normativas, el ejercicio de la autoridad sanitaria en la promoción y la atención de la salud y la gestión de recursos para la salud.

- Un reto en la actualidad es conjugar las diferentes instancias de coordinación intersectorial, para cuidar la proliferación de múltiples espacios que pueden debilitar a municipios pequeños, que se ven obligados a crear instancias para la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, el Código de la Niñez. AME plantea en los Planes de Desarrollo Estratégico Cantonal, la constitución de tres ejes: económico-productivo, desarrollo social y físico-ambiental. Al interior de cada eje se establecen mesas temáticas. Las mesas de salud se insertan en el eje de desarrollo social

a la alimentación; relaciones equitativas en la salud, sexualidad y reproducción; derecho a la participación ciudadana y veedurías ciudadanas.

El personal de salud, muestra no sólo conocimiento insuficiente del perfil epidemiológico en la salud de mujeres, niños y niñas; sino desconocimiento de las leyes nacionales y normativas jurídicas que fortalecen una acción por la salud integral en forma descentralizada.

Las barreras que existen para acceder a los servicios de salud, son múltiples: geográficos (servicios lejanos a las comunidades y no hay medios de comunicación principalmente en las zonas rurales), económicos (no existe gratuidad en la atención y el costo es alto en el caso de transporte de emergencia, exámenes y medicamentos) y culturales (religiosos, étnicos y de género).

La población percibe que los principales problemas relacionados con el embarazo se dan básicamente por falta de recursos y medicamentos (29%), poca accesibilidad económica, geográfica y cultural (24%) y violencia-machismo (19%). Destacan en sus respuestas el no respeto a valores culturales y la falta de calidad y calidez en la atención en porcentajes del 20%. (CEPAR:2003).

Se demanda el respeto a los valores culturales de la población indígena, como por ejemplo: la posición del parto, el valor de las parteras. En los cantones de Francisco de Orellana, Guamote y Cotacachi, se realizan proyectos que articulan a las parteras al sistema formal de salud tanto del MSP como del SSC.

En la inequidad de género se resalta el impedimento de la mujer para tomar decisiones con autonomía y en forma oportuna en la salud de ellas y de los niños y niñas, por una cultura machista al interior de sus espacios familiares.

En todos los cantones el acceso a laboratorios y bancos de sangre es dificultoso. El inaccessión aumenta en la población rural, por lo que es necesario incluirlas en las acciones. Se reitera la necesidad de optimizar la calidad y la calidez de la atención, y los procesos de veeduría ciudadana.

Las estrategias diversas para reducir la mortalidad materna e infantil, como los comités de muerte materna, la implementación de la ley de maternidad gratuita, la articulación de las parteras al sistema formal, el transporte de emergencias, la promoción de hábitos y estilos saludables en la sexualidad y la reproducción, de la mano de la disminución de las barreras geográficas, culturales y económicas que limitan el acceso de la población a los servicios de salud; deben ser potenciadas.

El personal de salud, habla de la urgencia de mantener continuidad en las acciones y políticas de salud, existe un discurso reiterativo, al recordar todos los programas que en su tiempo han sido importantes, pero se han descuidado. Existe una queja en relación al cambio constante de autoridades locales (Jefes de Area y Directores Provinciales), que debilita la acción del MSP. Se demanda despolitizar el nombramiento de los Jefes de Area, pues esto aumenta la vulnerabilidad institucional pues personal técnicamente capacitado esta sometido a cambios constantes y a un temor continuo e inminente de reemplazo. (Seligson:2003).



En este proceso se ha evidenciado la importancia de los Comités de Mortalidad Materna, pues en Guamo-te, muestran tres muertes maternas en el año anterior, causadas por falta de acceso a los servicios, por ausencia de transporte de emergencia y por violencia contra la mujer. Esta evidencia les ha permitido tomar acciones y evitar muertes maternas permitiendo el acceso oportuno a los servicios.

Se ha evidenciado también las dificultades de aplicabilidad de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, cuyas posibles oportunidades se ven frenadas por una gratuidad que no es homogénea en todos los cantones, una falta de empoderamiento de la ley por parte del personal, y la no concordancia entre la división territorial cantonal y la organización de las Areas de Salud. Por ejemplo, existen areas de salud como el area 5 de Bahía de Caráquez, que debe coordinar con los alcaldes de Sucre, San Vicente y Jama y conformar tres Comités de Gestión para los fondos de la Ley.

El personal de salud desconoce los derechos sexua-

**Viabilidad Socio-cultural:**

En la mayoría de cantones existen diversos espacios y organizaciones que trabajan en salud, desde instancias de concertación promocionados por el municipio hasta comités de usuarias para la defensa de la ley.

les y reproductivos. En la mayor parte del personal y en los servicios de salud las preocupaciones sobre la salud sexual y reproductiva se concentran fundamentalmente a observar los problemas biológicos derivados del embarazo, parto, puerperio y las enfermedades de transmisión sexual. Ello demanda el que los servicios de salud complementen su visión convencionalmente centrada en la enfermedad, con una mirada que construya una cultura saludable en sexualidad y reproducción.

Como un pendiente, está la necesidad de reorientar programas para mejorar el nivel de información, educación y comunicación de la población (mujeres y varones), sobre la salud sexual y reproductiva; adoptar medidas para dejar de tratarlos básicamente como procesos biológicos, centrados en lo reproductivo y en la mujer; implementar acciones que permitan eliminar las reducciones y distorsiones que aún existen sobre los roles sociales de los varones y las mujeres.

Se destaca en los cantones el liderazgo femenino en mujeres indígenas y mestizas. La participación sigue teniendo connotaciones de funcionalidad del sector salud, y no se ve el derecho de la ciu-



dadanía en la decisiones de las acciones de salud cantonales.

Los Comités de Usuarias existen en pocos cantones y han sido promovidos por el CONAMU (Consejo Nacional de Mujeres), organizaciones de mujeres como: Coordinadora Política de Mujeres y el CODEMUF (Comité de Desarrollo de Mujeres Fronterizas) y por Organismos No gubernamentales como Fundación Espacios en los cantones de Loja. Sin embargo, todos los comités de usuarias conformados tienen dificultades de continuidad y de desarrollar procesos reales de veeduría social.

No obstante hay que redoblar esfuerzos para que el personal de salud y los comités de usuarias constituyan una alianza por el mejoramiento de la calidad de los servicios.

La visión de la promoción de la salud está centrada en la entrega de información, en la difusión de los servicios y no como un proceso que involucra a todas las personas para el logro de un cantón saludable. Solamente en los cantones de Calvas y Cotacachi existe una apropiación del término. Existe pues la necesidad de ver la promoción de la salud como un proceso que brinda condiciones para el mejoramiento de la calidad de vida, a través de esfuerzos intersectoriales, equitativos y participativos.

Los obstáculos para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres son diversos, desde la falta de implementación de políticas públicas hasta las limitaciones que existen para ejercer estos derechos ciudadanos. Sobresale una cultura religiosa y patriarcal que reproduce estereotipos y discrimina a la mujer, impidiendo una toma de decisión oportuna sobre su salud y su cuerpo.

La población desconoce los derechos sexuales y reproductivos. En lo que hace relación a la Ley de Maternidad Gratuita, la encuesta poblacional realizada por CEPAR muestra que apenas un 45.8% de mujeres y un 39.6% de hombres han escuchado hablar de la misma. Un porcentaje menor, 6.3% de mujeres y 3.5% de hombres, refieren que el traslado o movilización en casos de emergencia es un derecho que se otorga a través de la ley.

En relación a la participación ciudadana, las concepciones van desde un derecho ciudadano hasta la presencia de la población para funcionalizar la acción de los servicios. La veeduría produce temor y rechazo en el personal de salud.

La encuesta poblacional, muestra que el 77.5% de mujeres y el 76.4% de los hombres consideran importante la participación de las mujeres en las decisiones de salud, y el 50% de hombres y mujeres afirman que lo importante de su participación es manifestar sus necesidades y hacer propuestas. No existe en las encuestas una referencia a la percepción de



la población sobre la veeduría social.

Es importante mejorar las concepciones y prácticas de la participación ciudadana en todos los actores para promover la participación de las mujeres, pues, en algunos cantones, la sociedad civil y las mujeres son las grandes ausentes, no son consultadas o consideradas a la hora de elaborar los planes, definir los programas y tomar acuerdos. Es neces-

#### Viabilidad financiera:

Existe la voluntad de los municipios, para movilizar recursos para la promoción de la salud, y en el tratamiento de emergencias se cuenta en los cantones de Cotacachi, Guamote y Daule, con radios, que conectan los servicios en salud y la policía y han mostrado ser un mecanismo oportuno para el acceso oportuno a servicios.

En la mayoría de Municipios se ha previsto incluir en el presupuesto montos para apoyar las actividades de promoción y difusión de la ley; y gestionar una red de transporte de emergencias obstétricas.

rio aumentar los niveles de información, educación, comunicación y participación, una gran mayoría de la población ve reducido su papel a consumidores pasivos y compradores de los servicios salud que los técnicos y políticos, definen y consideran son los que se requiere.

En la actualidad, los fondos de la ley de maternidad gratuita y atención a la infancia llegan con menos irregularidad que antes. Se debe anotar que la gestión local cuenta con fondos en salud para favorecer el mejoramiento de la calidad de vida.



#### IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

Este proceso desde la emergencia de sus actores nacionales y locales, deja líneas de acción para trabajar gobernabilidad en salud en forma descentralizada. Se resaltan las siguientes.

1. Fortalecimiento de los mecanismos interinstitucionales e intersectoriales, en donde sean definidos los roles, responsabilidades y acciones de los diferentes actores para el quehacer de la salud como un bien común de cada uno de los hombres y mujeres del Ecuador. Esto implica una articulación de la diversa normativa jurídica que existe en el país para promover el mejoramiento de la vida y al respecto la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia es la punta de lanza para entrar en una nueva mirada de gestión y organización de la salud a nivel local.
2. Defensa de lo público, en donde es urgente propiciar una toma de decisiones en forma consensuada para que los mecanismos gerenciales fortalezcan el aumento de la representatividad de las diferentes organizaciones y actores.
3. Profundizar la acción en la salud como un concepto complejo y abarcador, que pasa por la urgencia de que el personal de salud conozca los derechos y las leyes del país, hasta nuevos conceptos e instrumentos para la acción en salud tanto en el ámbito de la atención, promoción y construcción de ciudadanía. La salud y el desarrollo como una relación que permita mejorar la cultura por la vida y que requiere acciones de información, comunicación y movilización.
4. Fortalecer la Rectoría de Salud en forma descentralizada, para lograr una real conducción técnica del quehacer en salud en los cantones, una regularización de la aplicación de las normas sanitarias, que movilice y potencie los recursos locales para la salud; y trascienda la queja de una visión medicalizada, sectorializada y curativa que enfatiza en la falta de médicos, de insumos y de medicamentos. Uno de los retos es la reorientación de los servicios de salud, concebidos como espacios públicos con y para la población. Espacios en donde no solo haya mandiles blancos, medicamentos, camas y usuarios-as; sino en donde toda la población sea convocada para accionar por su salud y su vida.
5. Potenciar los mecanismos de participación, que permitan construir una práctica ciudadana para el ejercicio del Derecho a la Salud, la participación de hombres y mujeres en la Toma de Decisiones del quehacer en salud pública, y el desarrollo de claros y reales mecanismos de veeduría que fortalezcan la relación Estado-Sociedad Civil.



6. Promover el empoderamiento de las mujeres a través de la participación social por el ejercicio de sus Derechos Sexuales y Reproductivos, el reto es cómo la movilización de las mujeres, en torno a la maternidad permite trascender a una responsabilidad social sobre la maternidad, desnaturalizar la misma, visibilizar los riesgos y las inequidades que se tejen alrededor de la reproducción, disminuir la sobrecarga de las mujeres a través de su participación en los comités de usuarias, en los comités de gestión, etc., y posicionar la ventaja de su participación en salud, en el disfrute y ejercicio de sus derechos en términos de ganancia de autonomía. (construir sujetos sociales)

La conformación de los comités de usuarias muestra que no se da en forma espontánea, y que hay que articular a otros procesos de mas largo aliento, y por tanto requieren un diálogo permanente entre el Estado y sus entes rectoras de política de equidad (CONAMU) y la sociedad civil (movimiento de mujeres).

Para finalizar, se afirma que estos lineamientos se contemplaron en las diferentes acciones que se llevaron a cabo en el proyecto y que insertos en procesos públicos, han coadyuvado al fortalecimiento de coordinaciones nacionales y locales al interior del Estado, entre el Estado y la Sociedad Civil, que desde su acción cotidiana y desde proyectos promovidos por la Cooperación Internacional y por el Sistema de Naciones Unidas, aúnan voluntades para promover aquellas líneas estratégicas para trabajar gobernabilidad en salud en forma descentralizada. No obstante, el esfuerzo es mínimo en un proceso que apenas empieza en el Ecuador.



## V. BIBLIOGRAFÍA:

- AME-MSP-UNICEF, Comités de Gestión de los Fondos Solidarios de Salud, Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, Quito, 2003.
- Alcaldía de Guamote, Guamote: Historia, tradición, cultura y trabajo, -Hoy, mañana y siempre- Kaypacha, Kayapak, Wiñaypak, Trabajando por el Progreso y Desarrollo del Cantón, Revista, Año 1, Número 2, Riobamba, 2003.
- Cárdenas, María Cristina, Religión y gobernabilidad en las transiciones democráticas latinoamericanas, U. ediciones, Cuenca, 1998.
- Consejo Cantonal de Salud del Canto Pedro Moncayo, Plan Integral de Salud 2003-2007, Quito, 2003.
- CIS-Comité Intersectorial de Salud, Plan cantonal de Salud: Un Proyecto de Vida y Desarrollo Humano, Subproyecto Sistema Descentralizado de Salud de Cotacachi, Cotacachi, 2002.
- Constitución de la República del Ecuador.
- Fundación Espacios, Informe de Evaluación de Indicadores de Promoción de la Salud, Loja, 2002. Policopia.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Manual Técnico, Operativo, Administrativo y Financiero, de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, Quito, 2002.
- Montaña, Sonia, Ciudadanía y gobernabilidad, EN: Género y ciudadanía: una construcción necesaria, REPEM-CIDEM, La Paz, 1998.
- Muni´kat y Embajada de Holanda, Bajo los diez pensamientos: La nueva gobernabilidad local en Quetzaltenango, Quetzaltenango, 1999.
- OPS-AME-JEPMGAI-MSP, Informes de Talleres Locales sobre Gobernabilidad y Salud, Quito, 2003.
- OPS-OMS, Municipios y Comunidades Saludables: Guía de los alcaldes para promover calidad de vida, Washington, 2003.
- OPS-CEPAR, Apreciación de las Autoridades, Personal de Salud, Organizaciones Locales y la Población, sobre la capacidad de respuesta institucional a la situación de salud reproductiva en los cantones Sucre, Cotacachi, Francisco de Orellana, Pedro Moncayo, Calvas, Guamote, Zamora y Daule. Quito, 2003.

- Registro Oficial N° 670 del 25 de septiembre de 2.002, Ley del Sistema Nacional de Salud.
- Selgison, Mitchell y Francesca Recanatini, Gobernabilidad y corrupción, EN: Ecuador: Una agenda económica y social del nuevo milenio, Washington, 2003.
- SENDAS-ALDES, Ampliación del Proyecto “Ejercicio de Derechos y Disminución de la Muerte Materna” en el cantón Cuenca, Cuenca, 2003.
- Unidad Ejecutora del Programa de Maternidad Gratuita del Ministerio de Salud Pública (UEPMGA-MSP), Informes Cantonales en relación a la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, Quito, 2002.
- Verdesoto, Luis, Temas para una sociedad en crisis: Es posible gobernar desde los consensos?, Fundación Grupo Esquel-Ecuador y Foro de la Ciudadanía, Quito, 1996.

Proyecto "Construcción de Capacidades Municipales  
para responder efectivamente a las necesidades de  
Salud Reproductiva de la Comunidad"

MSP - AME - OPS - USAID.

Comité Consultivo del Proyecto:

OPS/OMS, Washington:

Dra. Marilyn Rice

Dra. María Teresa Cerqueira

OPS/OMS, Ecuador:

Lcda. Gloria Briceño

Dra. Zaida Betancourt

USAID:

Dra. María Palacios

MSP: Unidad Ejecutora del Programa de Maternidad Gratuita:

Dr. Gustavo Banda

Dra. Mónica Cañas

Lcdo. William Lara

Dirección de Promoción y Atención Integral de Salud:

Dra. Marcia Brito

AME: Arq. Magdalena Alvarez

OPS/OMS - ASC:

Dra. Patricia Costales

Dra. Mariana Galarza

CEPAR: Dr. Ruben Páez

Dra. Mónica Villalobos

Editores: Dra. Zaida Betancourt

Lcda. Gloria Briceño