

**CENTRO DE ESTUDIOS DE POBLACIÓN Y
DESARROLLO SOCIAL**

**POLÍTICAS DE SALUD Y REFORMA
SECTORIAL:**

La opinión de los actores de la salud en el país.

Quito, diciembre de 1.999

CEPAR

563

Centro de Estudios

**Políticas de salud y reforma sectorial: la opinión
de los actores de la salud en el país/ Rubén Páez;
Patricio Lozada; Mónica Villalobos.—Quito: CEPAR,
1999**

97 p.: il

**/ENCUESTAS CAP //OPINIÓN PÚBLICA//REFORMA DEL
SECTOR SALUD//DESCENTRALIZACIÓN//SEGURIDAD
SOCIAL//POLÍTICAS DE SALUD/**

POLÍTICAS DE SALUD Y REFORMA SECTORIAL: ***La opinión de los actores de la salud en el país.***

Autores - Investigadores:

Dr. Rubén Páez Landeta
M.Sc. Mónica Villalobos Espinosa
Dr. Patricio Lozada Dávalos

Coordinadores:

Lcdo. Fernando Maldonado (El Oro)
Dra. Tatiana Arias (Imbabura)
Lcda. Cecilia Ugalde (Azuay)
Dr. Patricio Villacis (Tungurahua)
Lcda. Silvia Rey (Pichincha)
Lcdo. Luis Eduardo Herrera (Loja)
Srta. Gloria Lazo (Esmeraldas)
Lcda. Rosa Plaza (Napo)
Sra. Lourdes Naranjo (Guayas)

Informática:

Sr. Fernando Carlosama (procesamiento)
Sr. Patricio Rivadeneira (digitación, codificación)
Ing. Xavier Andrade. (diagramación)

Consejo Editorial:

Lic. María Elena Yepéz.
Dr. Nelson Oviedo.
Ec. Caton Olmedo
Dr. Ruben Paez
Dr. Luis Revelo.
Lic. Kleber Mantilla.

Portada: Sr. Eduardo Arguello

AGRADECIMIENTO

El Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR), el Proyecto Análisis y Promoción de Políticas de Salud (PAPPS) y los autores del presente estudio agradecen a todas las personas e instituciones que contribuyeron con su opinión, conocimiento y experiencias a describir la situación de la Reforma del Sector Salud en el país. Por tratarse de un estudio que utilizó una metodología de encuesta autoadministrada, expresamos un especial reconocimiento a las personas que respondieron el formulario y nos hicieron llegar oportunamente sus criterios, a los coordinadores en cada una de las provincias, cuya insistencia permitió disponer de la información requerida.

De la misma manera, expresamos nuestro agradecimiento a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, (USAID) por su apoyo en la ejecución de este estudio.

PRESENTACIÓN

En el marco de una de las más severas crisis económicas, políticas y sociales del país, el sector salud se propone enfrentar enormes desafíos de reforma en los ámbitos de la gestión, organización, financiamiento y provisión de servicios; la propuesta es reestructurar el sector salud para mejorar su equidad, efectividad, eficiencia, calidad, calidez, cobertura y acceso a los servicios.

Sin embargo, se observa de inicio que en la consecución de esta meta, salud, debe competir con otros sectores sociales por los escasos recursos disponibles y encontrar respuestas a la potencial definición de responsabilidades y relaciones de los subsectores: público, de la seguridad social y privado, que actúan en el país.

Entre otros, los problemas estructurales y el establecimiento de modelos de desarrollo particulares, en el sector salud, han llevado a desconocer, en la práctica, el potencial de las acciones intersectoriales como estrategia para promover mejores condiciones de salud y calidad de vida para la población.

El modificar los perfiles de salud, demanda al sector cambios cuantitativos y cualitativos en su forma de gerenciar el complejo proceso de la salud. La población demanda medidas urgentes para controlar el impacto negativo de la crisis en su salud y bienestar, se observa como impostergable la implementación de políticas de Estado que permitan resolver las necesidades de la población, incrementar y orientar adecuadamente los recursos destinados para salud.

El presente informe recoge la opinión de: políticos, técnicos y directivos de varias instituciones y organizaciones del sector público y privado de la salud en relación con las políticas y reforma sectorial. Estamos seguros que la información presentada será un importante aporte para fortalecer y/o reorientar las acciones que se realizan en el país dirigidas a mejorar las condiciones de salud de la población y contribuir a recuperar el progresivo deterioro de su calidad de vida.

*Dr. Nelson Oviedo Valdivieso
Director Ejecutivo de CEPAR*

CONTENIDO

TEMA	PÁGINA
<i>CAPITULO I</i>	1
<i>ANTECEDENTES:</i>	1
<i>CAPITULO II</i>	8
<i>METODOLOGÍA</i>	8
<i>CAPÍTULO III</i>	12
<i>EL PROCESO DE REFORMA DEL SECTOR SALUD</i>	12
<i>PRINCIPALES LOGROS DEL PROCESO DE REFORMA DEL SECTOR SALUD</i>	23
<i>PRINCIPALES LIMITACIONES DEL PROCESO DE REFORMA DEL SECTOR SALUD</i>	25
<i>LA PROMOCIÓN DE LA SALUD</i>	29
<i>LAS REDES PLURALES DE ATENCIÓN</i>	30
<i>LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL</i>	33
<i>ELEMENTOS QUE DEBEN SER PARTE DEL PROCESO DE REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL</i>	34
<i>CAPITULO IV</i>	36
<i>EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD</i>	36
<i>EI ROL DE LAS INSTITUCIONES Y ORGANIZACIONES DEL SECTOR SALUD</i>	41

<i>CAPITULO V</i>	51
<i>SISTEMA DESCENTRALIZADO DE SALUD</i>	51
<i>CAPITULO VI</i>	54
<i>RECURSOS HUMANOS DE SALUD</i>	54
<i>CAPITULO VII</i>	61
<i>EL FINANCIAMIENTO Y REFORMA SECTORIAL</i>	61
<i>CAPITULO VIII</i>	67
<i>MARCO JURIDICO Y REFORMA SECTORIAL</i>	67
<i>CAPITULO IX</i>	71
<i>DESCENTRALIZACION Y DESCONCENTRACIÓN EN SALUD</i>	71
<i>CAPITULO X</i>	81
<i>REFLEXIONES FINALES:</i>	81
<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	89

ANTECEDENTES:

La necesidad de implementar en el país políticas que permitan una modernización del Estado y la reforma del sector salud tiene como antecedentes generales por una parte, los cambios, las nuevas reglas de orden económico, político, internacional y por otra, la presencia de una profunda crisis interna, el deterioro de las condiciones de salud de la población, de los servicios, el incremento acelerado de los costos, problemas de financiamiento para la atención de salud, predominio de los modelos de atención curativa, bajas coberturas y calidad de la atención.

Ante el requerimiento, se han planteado y están implementando acciones tendientes a favorecer la reforma del sector salud, la misma que involucra cambios en los sistemas de gestión, organización, financiamiento y provisión de servicios. El trabajo desarrollado durante estos últimos años ha permitido poner en práctica algunas de las propuestas, por lo que se hace evidente la necesidad de conocer la opinión de actores políticos, directivos y técnicos del sector público, privado y la seguridad social, sobre los cambios reales o posibles de las propuestas.

Es fundamental conocer el potencial o las limitaciones que tienen las propuestas de cambio involucradas en la reforma para concretar efectivamente en la práctica; pues, no siempre todo lo que se propone se logra, más aún, cuando los cambios demandan altos niveles de viabilidad política, factibilidad técnica y financiera. Además, es preciso tener presente que situaciones que plantean cambios profundos, como es el caso de la reforma del sector salud, en muchos momentos se acompañan de resistencias, evidentes en unos casos, ocultas en otros, que frenan los procesos y las propuestas. Estas resistencias obedecen a factores como: la incertidumbre en el futuro, las motivaciones particulares y/o a la complejidad en las relaciones

institucionales o sectoriales que es importante reconocer y analizar para superarlas.

Desde inicios de la presente década, en el país se desarrollan y debaten una serie de propuestas de reforma del sector salud dirigidas a enfrentar sus problemas. Entre otras es posible citar aquellas que surgieron desde:

1. La Subcomisión Técnica de la Reforma, organismo dependiente de la Comisión Biministerial Ministerio de Salud Pública (MBS) y Ministerio de Bienestar Social (MBS) constituida con miembros de diversas instituciones nacionales MSP, IESS, FF.AA, Sector Privado, ONG's en diciembre de 1994, cuyos contenidos operativos tocan temas como:
 - El modelo organizativo: presupone el replanteamiento de la concepción, estructura y funciones del Sistema Nacional de Salud.
 - El modelo de atención: propone como características ser integral, universal, focalizado y culturalmente aceptado.
 - El modelo financiero considera cuatro regímenes financieros: para el financiamiento de los programas de salud pública, seguro contributivo, seguro subsidiado y los subsidios directos.
 - El modelo de gestión: hace hincapié en la descentralización, autonomía, autogestión de las áreas de salud del MSP, hospitales del MSP, del IESS con la participación activa, autogestionaria de los Gobiernos Seccionales, de las ONG's y de las organizaciones comunitarias locales.
2. El Consejo Nacional de Modernización, (CONAM), y su Comisión de Seguridad Social en enero de 1995 presentan una propuesta de reforma de la Seguridad Social, los contenidos operativos menciona temas como:

- El modelo de atención: abre la posibilidad de la afiliación familiar y un plan integral de salud de carácter obligatorio, uniforme que se base en la atención médica integral a toda la población afiliada mediante un seguro de salud de beneficio individual y familiar. La propuesta presenta un esquema de aseguramiento de riesgos de enfermedad y maternidad con una respuesta de atención médica hospitalaria y ambulatoria a las demandas de las coberturas de los afiliados al sistema. Lo preventivo se limita al control prenatal, del hijo de la afiliada hasta el primer año, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.
 - El financiamiento: plantea dos regímenes, el contributivo, basado en el aporte de empleadores y trabajadores, según su nómina de ingreso y el subsidiado, con recursos fiscales, (incluye nuevos impuestos), transferencias de solidaridad del régimen contributivo y cuotas periódicas de los afiliados según su capacidad.
 - La organización y gestión: plantea la separación de funciones de administración y recaudación a cargo de las organizaciones de medicina prepagadas y la de prestación de los servicios a cargo de los proveedores de servicios de salud y del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) en Salud.
3. El Consejo Nacional de Salud, (CONASA) como respuesta a la necesidad de que el sector salud asuma el liderazgo de su propia reforma, luego de superar varios inconvenientes, en abril de 1996 presenta la versión 01. de la propuesta de reforma y en junio del mismo año, la versión 02. La propuesta incorpora los siguientes contenidos operativos:
- El modelo organizativo: propone la formación de un Sistema Nacional de Salud mediante la articulación funcional de las instituciones que conforman el sector y como eje para la definición de los nuevos roles y funciones institucionales en tres niveles: a) dirección, regulación y

control, b) financiamiento y aseguramiento y c) prestación y provisión de servicios.

- El modelo de atención trata dos elementos, el de la salud pública y el de la atención personal, cuya separación conduce a considerar una gestión y financiamiento diferenciado:

- En la salud pública se plantea como líneas de acción para ampliar su limitada visión, el fortalecimiento técnico y financiero de los programas especialmente de los de mayor impacto epidemiológico, la territorialización de los programas y asignación de recursos per cápita, según índices demográficos y de riesgo epidemiológico, a realización de acciones de salud pública con otros sectores del desarrollo social, económico, el fomento de medidas de promoción y prevención.
- En los servicios personales se plantea: un modelo de aseguramiento a través del cual toda la población dispone de un seguro de salud que cubre sus riesgos de enfermedad así como las medidas de prevención y promoción.”¹

4. Finalmente, en julio de 1998, luego de múltiples consultas, como medidas urgentes de aplicación en el país se publican los lineamientos estratégicos para la transformación del sector salud; a manera de una “agenda estratégica que cohesione y oriente las acciones para impulsar los procesos de cambio del sector salud y su ulterior institucionalización.”²

¹ Texto tomado y adaptado del documento preparado y publicado por: CEPAR. ECHEVERRÍA, R.- El Proceso de Reforma del Sector Salud en el Ecuador, 1992 – 1997: Aportes para el debate. 1era. Ed. Quito.1997.

² MSP.- “Rol del Estado, Políticas Nacionales de Salud y Reforma Constitucional”, propuesta para mejorar la salud de todos los ecuatorianos/as. 2da. Ed. Quito, 1998

Las líneas de acción estratégica formuladas para guiar la reforma sectorial propuestas son:

- Desarrollo de un nuevo modelo conceptual en salud: superar el concepto de salud limitado a los servicios, en la mayor parte de atención médica curativa, por una concepción integral de salud. Ello permitirá: el desarrollo de las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a nivel individual colectivo, la articulación de redes de atención, la acción intersectorial, participativa de la sociedad y la formación de recursos humanos.
- Organización del Sistema Nacional de Salud: se sustenta en la articulación funcional, enfatiza la coordinación, cooperación y complementación sobre la base de reglas de común acuerdo, no afecta el marco institucional particular de cada entidad, ni de sus autonomías.
- Descentralización y participación social: como parte de los nuevos modelos de gestión y el elevar la capacidad resolutoria de los servicios; sustenta la organización territorial de la atención de la salud, el rol de nuevos actores como los municipios y la transferencia de nuevas responsabilidades, la creación de un Sistema Descentralizado de Salud de cobertura universal con la participación de los diversos actores institucionales del sector salud a través de la conformación de redes plurales de atención, el manejo de sistemas de gestión y financiamiento local donde los municipios tienen un rol importante al incorporar la salud como parte de sus planes de desarrollo local.
- Modernización institucional: de instituciones claves como el MSP, el CONASA, el IESS de acuerdo a los nuevos roles del Estado en salud (rectoría, promoción, garantía del acceso equitativo a la atención y provisión descentralizada de servicios).

- Otros procesos que deben ser considerados incluyen: actualización del marco legal, instrumentos de financiamiento sectorial, innovaciones de contenidos en la salud pública y reforma de la seguridad social.³

Ante las propuestas, es importante señalar que la realidad que pretende construir la reforma necesita de acuerdos y consensos por lo que es necesario conocer el punto de vista de sus actores frente a las mismas y las acciones implementadas; evaluar las estrategias, anticipar sus posibilidades de concreción, rediseño o crear mejores condiciones para su ejecución.

Uno de los resultados que promueve el proyecto “Análisis y Promoción de Políticas de Salud” (PAPPS) que actualmente ejecuta el CEPAR es generar información para la toma de decisiones y aportar al logro de consensos entre los líderes del sector salud, tanto público como privado, comunitario y social, en temas de significativo valor para la reforma sectorial. Esto conlleva la necesidad de contar con un instrumento que permita hacer un seguimiento al conocimiento que poseen los líderes y sobre todo a su actitud para lograr el consenso, generar e incorporar algo más que cambios en el sector de las transformaciones.

A través del presente estudio “Políticas de Salud y Reforma Sectorial”, el CEPAR y el PAPPS se propone:

- Recabar información de actores políticos, directivos, profesionales y técnicos del sector salud público, privado y la seguridad social entorno a: las estrategias del proceso de reforma, el sistema nacional de salud, la situación de los recursos humanos, la descentralización, la autogestión, el marco legal, las funciones de las instituciones y el financiamiento. Aportar al fortalecimiento de la reforma del sector salud, con información que permita identificar sus potencialidades de concreción, limitaciones y fortalezas.

³ IBID

- Analizar el conocimiento, opinión y actitud de actores políticos, directivos, profesionales y técnicos del sector público, privado y la seguridad social frente a la reforma del sector salud en el país.
- Conocer los cambios reales o potenciales de las propuestas en las actividades y políticas institucionales, los niveles de consenso y desacuerdos.
- Describir los logros, limitaciones e identificar nuevas propuestas de los diferentes sectores para promover cambios y participar en la búsqueda de consensos.

Los temas sujetos a la opinión se inscriben en la necesidad de tomar en cuenta las cambiantes relaciones entre el Estado y la sociedad, el fortalecimiento de la participación social e institucional en salud y, la necesidad de información para objetivizar las decisiones.

METODOLOGÍA

Los criterios que orientaron la selección propositiva de los informantes de opinión fueron: institución a la que se encuentran vinculados, tipo de cargo o función que desempeñan y región. El nivel de conocimiento y vinculación con el proceso de reforma se consideró importante pero no imprescindible.

Distribución porcentual de informantes de opinión según instituciones

▪ Ministerio de Salud Pública	57.2
▪ IESS y Seguro Social Campesino	11.8
▪ Organizaciones no Gubernamentales	7.5
▪ Universidades	6.7
▪ Gobiernos Seccionales	6.6
▪ Organismos Internacionales	3.5
▪ Fuerzas Armadas	1.2
▪ Congreso Nacional	2.7
▪ SOLCA y Junta de Beneficencia de Guayaquil	2.0
▪ Gremios y Sindicatos	0.4
▪ Medios de Comunicación	0.4

Distribución de los informantes de opinión según cargo y función

• Director, Subdirector y Jefe de Área, Jefes de Departamentos	48.5
• Director Ejecutivo y Presidente	6.7
• Personal de Salud: medicina, enfermería	
• Odontología, Trabajo Social, Educación para la Salud	22.8
• Personal Administrativo	12.6
• Alcaldes, Prefectos, Comisarios de Salud	2.4
• Diputados Comisión de Salud	2.7
• Supervisor Regional	4.3

Distribución de los informantes de opinión según región o lugar de residencia

SIERRA	70.2	COSTA	20.8
▪ Azuay	11.8	El Oro	5.1
▪ Bolívar	0.4	Esmeraldas	2.7
▪ Cañar	0.4	Guayas	12.2
▪ Carchi	0.8	Los Ríos	0.4
▪ Cotopaxi	0.4	Manabí	0.4
▪ Chimborazo	0.4	AMAZONÍA	9.0
▪ Pichincha	16.4	Morona Santiago	0.8
▪ Tungurahua	13.7	Napo	5.8
▪ Imbabura	14.5	Pastaza	2.0
▪ Loja	11.4	Sucumbios	0.4

- La encuesta se aplicó a una población seleccionada de 375 personas. Considerando todas las limitaciones operativas que involucra una encuesta de tipo autoadministrada se estimó en un 20% la no respuesta o la no devolución de la misma.
- El listado de informantes de opinión se sujetó a partir de la base de datos del CEPAR, las sugerencias y recomendaciones de las personas e instituciones consultadas.
- Los contenidos del sondeo se definieron considerando:
 - Las propuestas de cambio vinculadas al proceso de reforma sectorial.
 - La implementación de dichas propuestas de cambio.
 - Los requerimientos de información de las instituciones, proyectos y personas vinculadas con la reforma del sector salud.
- Los temas seleccionados y sujetos a sondeo de opinión son:
 - El proceso de reforma: participación en eventos, caracterización del mismo, estrategias implementadas, logros, limitaciones, los modelos conceptual, de

gestión y atención, el sistema nacional de salud y las redes plurales de atención, la formulación de políticas nacionales de salud. La reforma del IESS.

- El Sistema Nacional de Salud: objetivos, funciones, estrategias para su organización, roles, funciones de instituciones claves del sector salud: MSP, Dirección Provincial de Salud, IESS, Gobiernos Municipales, Junta de Beneficencia, SOLCA, Seguro Social Campesino, Salud de las Fuerzas Armadas, salud de la Policía, ONG's, sector privado con fines de lucro, organizaciones gremiales y sindicales del sector salud.
 - El Sistema Descentralizado de Salud: características y financiamiento.
 - Los Recursos Humanos de Salud: rol de las Universidades, el mercado, el proceso y las condiciones de trabajo, la practica profesional y la administración de personal.
 - El financiamiento: fuentes del sistema nacional de salud, asignación y distribución de recursos, cobro de las prestaciones y políticas de incentivos.
 - El marco jurídico: los cambios, sus logros, aportes a la reforma sectorial.
 - Descentralización y desconcentración: elementos necesarios para que se ejecuten, cualidades, funciones de los Gobiernos Seccionales y la participación comunitaria.
- La encuesta se validó con informantes claves de instituciones y organizaciones del sector público y privado. Se analizó la consistencia, comprensión, dificultad, relevancia del tema y el tiempo que toma la encuesta. Se incorporaron sus sugerencias y recomendaciones a la encuesta definitiva.
 - Se seleccionó y capacitó a los coordinadores provinciales, quienes asumieron la responsabilidad de entregar la encuesta a los informantes seleccionados, recuperarlas y

verificar que se respondan las preguntas para finalmente enviarlas al CEPAR.

- En la mayor parte de casos la encuesta se entregó personalmente a los informantes de opinión, los coordinadores explicaron la importancia de la información, los objetivos de la encuesta, acordaron el tiempo necesario para regresar y recuperar la encuesta.
- A quienes tuvieron alguna dificultad para llenar la encuesta se les prestó la ayuda necesaria.
- Se diseñó el Plan de Análisis considerando los siguientes aspectos metodológicos:
 - Diseño de un libro de códigos que permitió agregar las respuestas considerando los ejes temáticos sujetos a opinión.
 - Diseño de las bases electrónicas de datos que permitieron el procesamiento de las 255 encuestas recuperadas.
 - Elaboración de frecuencias para evaluar la consistencia de la información recopilada.
 - El análisis consideró la necesidad de presentar la información de acuerdo a la institución, cargo, nivel de responsabilidad y región.

EL PROCESO DE REFORMA DEL SECTOR SALUD

La reforma del sector salud plantea cambios en la organización, gestión, financiamiento y provisión de servicios de salud. “En particular se anota un nuevo rol del Estado, una mayor participación de la sociedad civil y del sector privado en el desarrollo de los servicios públicos, impulso a los procesos de descentralización, modernización del Estado y nuevas bases para el desarrollo social considerando entre sus principios fundamentales: la equidad, eficiencia, calidad, solidaridad y universalidad.

En este sentido se han formulado algunas propuestas desde varios espacios del Estado y la sociedad, la mayor parte de ellas orientadas a buscar alternativas para cambiar el modelo de atención, organización, gestión y financiamiento de las instituciones que conforman el sector salud, con el propósito de mejorar las condiciones de salud de toda la población y contribuir de este modo al desarrollo nacional.”⁴

Es importante señalar que el proceso de reforma del sector salud, luego de un período inicial caracterizado por el planteamiento de propuestas y el debate de sus iniciativas; debate que aún no ha permitido alcanzar los acuerdos necesarios que viabilicen o contribuyan a lograr los objetivos propuestos, ha iniciado la aplicación de algunas acciones operativas; sin embargo existen problemas que limitan su total ejecución, entre otros la inestabilidad política, económica y social del país, la escasa valoración social y política de la salud, la poca predisposición para establecer consensos en relación con la direccionalidad del proceso y los cambios requeridos, la limitada

⁴ ECHEVERRÍA, RAMIRO.- El Proceso de Reforma del Sector Salud en el Ecuador 1992 – 1997: Aportes para el Debate. CEPAR, 1997.

participación de actores institucionales y sociales claves, la poca aplicación y consolidación de los soportes políticos, legales, técnicos, administrativos y financieros, la debilidad del MSP. para cumplir sus funciones de rectoría en el sector salud, los escasos fondos disponibles para impulsar las transformaciones, finalmente, el escaso nivel organizativo y de coordinación.

La velocidad de los cambios, en un proceso tan complejo como la reforma del sector salud, está definida, entre otros elementos, por la decisión política, el consenso de los actores, la disponibilidad de información objetiva y de recursos, el apoyo y la demanda de todos los sectores que tienen responsabilidad con la salud de la población. De lo ejecutado hasta hoy, es posible comprender que estos elementos exigen fortalecer una serie de acciones preparatorias, como los sistemas de información, educación, comunicación, la generación de conocimientos sobre las necesidades reales de la población los servicios; información que permita analizar, consensuar y ejecutar las estrategias de cambio.

INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

La participación social, la difusión de información y la capacitación de los recursos humanos involucrados en el proceso de reforma sectorial ha sido, una de las estrategias fundamentales para implementar los cambios y alcanzar los consensos. Al analizar la participación de los entrevistados en eventos de información, educación y comunicación sobre la reforma, un importante 27.5% señala que no ha podido asistir a los eventos organizados con el fin de dar a conocer y/o analizar las propuestas de cambio. Situación que hace evidente la necesidad de ampliar la convocatoria de participantes ya que en ellos se deposita gran parte de la responsabilidad de ejecutar las transformaciones que requiere el sector salud.

Las instituciones a las que pertenecen bs entrevistados, que señalan haber participado en eventos de información, educación y comunicación sobre la reforma del sector salud, el 41.9%

trabaja en el MSP, el 5.9% en el IESS, el 5.5% en (ONG's), el 5.1% en las Universidades y centros formadores de recursos humanos en salud, 4.3% en Gobiernos Seccionales, 2.7% en SOLCA, la Junta de Beneficencia, 0.4% de los gremios y sindicatos, situación que hace evidente la escasa participación de funcionarios de otras instituciones del sector salud de quienes el proceso demanda una mayor vinculación.

PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE I.E.C. SOBRE LA REFORMA SECTORIAL

INSTITUCIÓN	ASISTENCIA A EVENTOS DE I.E.C		
	SI	NO	TOTAL SI*
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	77.0	23.0	41.9
IESS, SEGURO SOCIAL CAMPESINO	50.0	50.0	5.9
ORGANISMOS INTERNACIONALES	88.9	11.1	3.1
ONG's	78.7	21.3	5.5
UNIVERSIDADES	76.9	23.1	5.1
GOBIERNOS SECCIONALES	64.7	35.3	4.3
SOLCA y JUNTA DE BENEFICENCIA	40.0	60.0	2.7
SANIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS	100.0	----	1.2
GREMIOS Y SINDICATOS	100.0	----	0.4
COMISIÓN DE SALUD DEL H.CONGRESO	71.4	28.6	2.0
MEDIOS DE COMUNICACIÓN	100.0	-----	0.4
TOTAL INSTITUCIONAL	72.5	27.5	

* Comparación entre instituciones

FUENTE: III. Sondeo de Opinión sobre Políticas de Salud y Reforma Sectorial
ELABORACIÓN: CEPAR.

Es importante mencionar que el 85.7% de los Directores Nacionales, Departamentales y Jefes de Área, el 64.7% de Directores Ejecutivos o Presidentes de ONG's, el 18.2% de los Supervisores Regionales o Nacionales, el 80.8% del personal administrativo, el 70% de educación para la salud, el 66.5% de médicos, odontólogos, enfermeras, los prefectos y alcaldes

entrevistados señalan haber recibido información, a través de eventos organizados para analizar las estrategias y planteamientos de la reforma sectorial.

Los temas abordados en los eventos de información, educación y comunicación a los cuales, los informantes de opinión señalan haber asistido fueron:

- El Plan Nacional de Salud y la Planificación Estratégica Local de Salud.
- Política Nacional de Recursos Humanos en Salud.
- El Sistema Nacional de Salud: objetivos, finalidades
- La Reforma del Sector Salud en Ecuador y América Latina
- Los Sistemas Descentralizados de Salud: desconcentración y descentralización
- Gerencia, Planificación y Gestión de los Sistemas de Salud.
- Los Comités Locales de Salud: coordinación institucional y participación social.

Como se puede apreciar la mayor parte de eventos abordaron temas relacionados con la organización y gestión del sector salud, dejando un importante vacío por cubrir en relación con temas de significativa importancia para la reforma como: el financiamiento, el modelo de atención y provisión de servicios. El personal de las unidades de salud demanda información sobre estos temas, en algunos casos señalan que ello permitiría superar, en lo financiero y económico, la incertidumbre y el conflicto que se genera a partir de la escasa definición de situaciones como el cobro de las prestaciones, el establecimiento de los tarifarios, el uso y destino de los ingresos económicos, los subsidios, copagos y las exoneraciones.

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE REFORMA DEL SECTOR SALUD IMPLEMENTADO EN EL PAIS

La mayor parte de los informantes de opinión (el 50.2%) señala que el proceso de reforma sectorial se caracteriza por ser: parcial, poco participativo, institucionalizado en el MSP y como una propuesta de Gobierno. En contraposición se estima que la reforma debería ser una propuesta del Estado que obligue, en la práctica y no únicamente como una declaración constitucional, legal o política, la vinculación de todas las instituciones y organizaciones que forman parte del sector salud.

Considerando las instituciones la mayor parte de informantes de opinión de los organismos internacionales, ONG's, universidades, formadores de recursos humanos en salud, SOLCA, Junta de Beneficencia, gremios, sindicatos, diputados de la Comisión de Salud y Medio Ambiente del H. Congreso Nacional, estiman que el proceso de reforma sectorial es parcial, poco participativo, institucionalizado en el MSP y que se establece en la práctica como una propuesta de Gobierno.

Tan sólo un 11.8% de informantes de opinión estima que el proceso de reforma tiene la característica de ser **integral**, es decir que incorpora en la práctica las acciones de promoción de la salud, prevención, atención, rehabilitación de la enfermedad. **Integrado** es decir que articule, coordine el trabajo de las entidades organizaciones del sector, contemple todas y cada una de las fases del proceso desde su concepción y diseño hasta el monitoreo y evaluación.

**CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE REFORMA
DEL SECTOR SALUD**

INSTITUCIÓN	CRITERIOS	
	IDEAL	REAL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	55.7	45.3
IESS, SSC	52.0	48.0
ORG. INTERNACIONALES	16.7	83.3
ONG's	35.4	64.6
UNIVERSIDADES	23.3	76.7
GOBIERNOS SECCIONALES	54.8	45.2
SOLCA y JUNTA DE BENEFICENCIA	40.1	59.9
SANIDAD DE LAS FF.AA.	87.5	12.5
GREMIOS Y SINDICATOS	33.3	66.7
COMISIÓN DE SALUD DEL H.CONGRESO	18.2	81.8
MEDIOS DE COMUNICACIÓN	100.0	-----
PORCENTAJE TOTAL	49.8	50.2

*FUENTE: III. Sondeo de Opinión sobre Políticas de Salud y Reforma Sectorial
ELABORACIÓN: CEPAR.*

El 16.8%, estima que el proceso es participativo y democrático; únicamente el 8.7% considera que la reforma se sustenta en el consenso de los diferentes actores institucionales de salud y el 12.5% lo califica como una propuesta de Estado.

El 15.7% de los informantes de opinión estima que el proceso de reforma es **parcial y fraccionado**, a ello se adiciona el 11.9% que estima que el proceso es **poco participativo** por lo que los cambios y las propuestas no incorporan a todos los actores del sector salud.

Adicionalmente, el 14.2% señala que el proceso de reforma se encuentra **institucionalizado y centrado en el MSP**, dando la sensación de que la reforma involucra cambios exclusivamente para los servicios de esta institución. El 8.5% manifiesta que la reforma se ejecuta como una propuesta de gobierno quedando la incertidumbre de no saber si con los cambios de gobierno las estrategias y procedimientos puedan mantenerse.

ESTRATEGIAS PARA IMPLANTAR LA REFORMA

En relación con la necesidad de acordar mecanismos de coordinación, complementación y un liderazgo alrededor de la reforma que permita orientar el proceso de cambio y su conducción; en ello, ha sido una seria limitante de la aguda crisis por la que atraviesan las instituciones del sector salud.

Adicionalmente, aún no se hace evidente una decisión política desde el Estado que permita conducir el proceso, por lo que los distintos actores institucionales gubernamentales y no gubernamentales involucrados en el sector salud se encuentran realizando esfuerzos aislados y particulares por superar sus crisis, esfuerzos que no contribuyen a lograr una propuesta nacional.

Las diferentes instituciones y organizaciones que forman parte del sector salud, han implementado varias estrategias aisladas para ejecutar sus propuestas de reforma, lo que demuestra que se realizan esfuerzos independientes y aislados sin los mínimos niveles de coordinación funcional en las acciones que ejecutan.

Ante la necesidad de evaluar la opinión sobre las estrategias planteadas por el proceso de reforma del sector salud, la

encuesta solicitó a los entrevistados describir los cambios que reconocen se han propuesto y/o se están implementando. Entre los que mayor reconocimiento tienen, se señalan:

ESTRATEGIAS DEL PROCESO DE REFORMA DEL SECTOR SALUD	PORCENTAJE
Gestión descentralizada y desconcentrada.	24.8
Modernización gerencial, hospitalaria, capacitación de recursos humanos, promoción de la salud. Diagnóstico	18.0
Fortalecimiento de áreas, calidad de los servicios, planificación estratégica local y planes operativos.	11.1
Participación social de los actores del sector y los comités de salud, información, difusión y equidad.	10.4
Fortalecer el rol del Estado y redefinir los roles.	5.3
Recuperación de costos.	5.3
Diseño de políticas de estado en salud. Sistema único	4.4
Lograr consensos.	3.0
Contratar una unidad ejecutiva ejecutora, manejo del concepto de paquete básico de salud.	2.5
No sabe, no responde.	4.6
Otros	10.6

FUENTE: III. Sondeo de Opinión sobre Políticas de Salud y Reforma Sectorial
ELABORACIÓN: CEPAR.

- **En relación con la organización y gestión:** la descentralización y desconcentración, la modernización gerencial de los servicios de salud, especialmente lo hospitalario, el diagnóstico de salud como base de los

procedimientos de planificación local de salud, la elaboración de planes operativos, la participación social en salud y la formación de Comités Locales de Salud. La definición del rol del Estado en salud, la definición de competencias por niveles de prestación y el rol de las diferentes instituciones y organizaciones del sector. La necesidad de formular el Sistema Nacional de Salud, el diseño de políticas de Estado en salud. El avanzar en la consecución de consensos.

- **En relación con financiamiento:** recuperación de costos, el establecimiento de un seguro solidario y universal de salud.
- **En relación con la provisión de servicios:** desarrollar la atención primaria de salud, evitar la municipalización y privatización de las prestaciones, fortalecer las áreas de salud, las redes de atención, la calidad de los servicios, la capacitación de los recursos humanos en salud, privilegiar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Quedan importantes temas sin mencionar entre otros: la necesidad de vincular la medicina tradicional a la prestación de servicios, la autogestión, la acción intersectorial, la asignación de recursos ligada a resultados, la satisfacción de los usuarios, la administración del sistema de suministros y medicamentos, los sistemas de información, la coordinación intersectorial, la reforma de la Seguridad Social, la administración de personal, el mercado de trabajo las condiciones laborales, la acreditación y el marco jurídico.

EL ROL DE RECTORÍA EN EL SECTOR SALUD

En la medida que el proceso de reforma ha generado mayores evidencias de cambio en las acciones del MSP, los informantes de opinión que participan en este estudio estiman que esta institución para cumplir con ese rol deben:

REQUISITOS DEL MSP PARA CUMPLIR SU ROL DE RECTORÍA	PORCENTAJE
Hacer efectiva la descentralización y despolitización de las Direcciones Provinciales de Salud.	14.4
Mejorar su capacidad de gestión, fortalecer sus niveles de credibilidad y proporcionar información objetiva sobre la reforma.	12.7
Asumir el liderazgo de la reforma y el sector salud.	12.3
Mejorar la motivación, capacitación y remuneración de sus recursos humanos.	10.3
Modernizar sus sistemas de gestión, prestación de servicios, atención y actualizar el marco jurídico.	10.0
Incrementar el presupuesto y lograr una distribución equitativa de los recursos.	9.5
Promover la formulación de políticas de Estado en salud.	7.5
Concertar con otros sectores públicos y privados.	6.9
Organizar el Sistema Nacional de Salud y el Plan Nacional de salud	4.6
Mejorar la cobertura con servicios de salud de calidad.	3.8
Fortalecer la atención primaria de salud	2.3
Coordinar sus acciones con Universidades y centros de formación de recursos humanos en salud	2.8
No sabe, no responde.	2.9

*FUENTE: III. Sondeo de Opinión sobre Políticas de Salud y Reforma Sectorial
ELABORACIÓN: CEPAR.*

“Tomando en cuenta que el Estado es garante del derecho a la salud de toda la población como bien público y que la formulación de políticas nacionales es una función indelegable del mismo, se plantean los siguientes roles fundamentales en el campo de la salud, ejercidos a través del MSP, el CONASA y las entidades públicas descentralizadas que por transferencia o delegación lo hayan asumido de las instituciones nacionales o provinciales de salud.

RECTORIA EN SALUD: Este rol implica la responsabilidad del Estado de conducir, regular, normar, coordinar y evaluar las actuaciones de las personas y entidades públicas y privadas para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud que incluye tareas sustantivas en materia de autoridad sanitaria, cuya aplicación se da a nivel central como a nivel intermedio y local.

PROMOCION DE LA SALUD: El Estado debe privilegiar la promoción de la salud generando condiciones favorables de vida y trabajo, incorporando acciones intersectoriales, la participación y movilización social, el establecimiento de políticas públicas saludables y otras acciones conducentes al desarrollo y bienestar ciudadano, garantizando el respeto de los valores étnico-culturales, de género y los derechos de las personas y comunidades.

GARANTIA DE ACCESO EQUITATIVO A LA ATENCION: El Estado debe establecer políticas, estrategias y modalidades de financiamiento para garantizar el acceso equitativo a la atención de salud de toda la población del país, con énfasis en las intervenciones de salud pública y la protección de los grupos poblacionales de mayor riesgo biológico y socio-económico. Para el efecto se coordinará con otros actores sectoriales y comunitarios.

PROVISION DESCENTRALIZADA DE SERVICIOS: El Estado debe impulsar el diseño y aplicación de modelos de atención integral y de gestión descentralizada basados en principios de

equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia, en coordinación con otros proveedores públicos y privados con la participación de organismos seccionales y de la sociedad civil”⁵.

PRINCIPALES LOGROS DEL PROCESO DE REFORMA DEL SECTOR SALUD

Los entrevistados identifican a: la desconcentración, descentralización, la formulación de entidades de gestión local, el fortalecimiento del modelo de atención que privilegia la promoción de la salud y demanda elevar los niveles de calidad y calidez en los servicios, la coordinación intersectorial y la incorporación de la salud como parte de las reformas constitucionales y la concientización sobre la necesidad de cambiar para mejorar las condiciones de salud, como los logros de mayor significación. Todo ello por cuanto se estima que estas estrategias permiten una mayor participación social y multidisciplinaria, el haber llegado a los distintos niveles de atención, las instituciones y organizaciones del sector; sin embargo se reconoce que no existe un procedimiento establecido para monitorear y o evaluar su impacto.

Cabe destacar que se mencionan también aspectos como la necesidad de documentar el proceso, la capacitación y motivación del personal, fortalecer la atención primaria de salud, el apoyo a los programas o proyectos que se ejecutan en salud y la necesidad de garantizar el presupuesto.

⁵ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR.- Rol del Estado, Políticas Nacionales de Salud y Reforma Constitucional, Propuesta para mejorar la salud de todos los ecuatorianos/nas. Segunda edición, Quito, 1998.

PRINCIPALES LOGROS DE LA REFORMA SECTORIAL	PORCENTAJE
El haber iniciado la descentralización, desconcentración, el autofinanciamiento y la autogestión.	23.1
La formulación de las entidades locales de gestión en Salud, la participación intersectorial, la vinculación de las áreas de salud en la planificación local, el fortalecimiento de la participación social.	12.9
El establecimiento de un nuevo modelo de atención que privilegia la promoción de la salud, la equidad, eficiencia, calidad, calidez y mejores condición de vida.	9.6
La incorporación del tema salud en las reformas Constitucionales, la concientización ante la necesidad de cambiar para mejorar las condiciones de salud.	7.8
Los esfuerzos que se realizan por organizar el Sistema Nacional de Salud.	6.1
El documentar el proceso de reforma.	5.7
La motivación y capacitación al personal de salud.	5.7
No sabe, no responde.	5.4
El fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud.	4.0
El apoyo a los programas y proyectos de salud	4.0
Definición del rol del Estado.	3.5
La necesidad de garantizar el financiamiento para la salud	3.5
Discusión de la reforma.	2.8
Ninguno.	1.8
Otros	4.1

FUENTE: III. Sondeo de Opinión sobre Políticas de Salud y Reforma Sectorial
ELABORACIÓN: CEPAR.

PRINCIPALES LIMITACIONES DEL PROCESO DE REFORMA DEL SECTOR SALUD

Los informantes de opinión identifican como las principales limitaciones del proceso de reforma del sector salud en el país: la crisis del país, la falta de recursos económicos, de infraestructura, las bajas remuneraciones especialmente en el sector público, los problemas políticos, la corrupción, la falta de credibilidad, lo poco participativo del proceso, la falta de información de aceptación de la comunidad, el recurso humano insuficiente poco comprometido, el sindicalismo, la resistencia al cambio, la falta de aplicación y cumplimiento de las normas establecidas, el cambio constante de autoridades, la ausencia de un proyecto global detallado, el centralismo, la priorización de proyectos que no contribuyen significativamente con las propuestas de cambio, la ausencia de un Sistema Nacional de Salud (SNS) y la falta de liderazgo sectorial.

Se menciona también como los factores que no permiten conducir y aplicar el proceso de reforma: los inadecuados modelos de atención, la escasa coordinación y diversidad de instituciones que hacen salud, el modelo de atención basado en la enfermedad de tipo curativo, el enfoque privatizador del IESS y la escasa predisposición para generar mayores consensos.

LIMITACIONES DE LA REFORMA SECTORIAL	PORCENTAJE
La crisis económica del país, la falta recursos económicos, de infraestructura, las bajas remuneraciones del personal de la salud.	17.7
Los problemas políticos, el cambio constante de autoridades y la falta de normas.	14.8
Lo poco participativo del proceso, la falta de información y aceptación de la comunidad.	13.0
Recursos Humanos insuficientes, no comprometidos, el sindicalismo y la resistencia al cambio.	12.5
La falta de credibilidad en el proceso y la corrupción.	10.1
La falta de un proyecto global de reforma en salud y de liderazgo sectorial.	8.3
La centralización y ausencia de un Sistema Nacional de Salud.	7.6
Priorización de proyectos que no contribuyen significativamente con las propuestas de cambio.	4.1
Generar consensos.	3.4
Inadecuados modelos de atención.	3.0
No sabe o no responde.	2.8
Enfoque privatizador del IESS.	2.7

FUENTE: III. Sondeo de Opinión sobre Políticas de Salud y Reforma Sectorial
ELABORACIÓN: CEPAR.

EL MODELO CONCEPTUAL Y LA REFORMA SECTORIAL

El proceso de reforma plantea la necesidad de superar el concepto de salud limitado a los servicios de atención en la mayor parte de casos de tipo curativo y basado en la enfermedad, por una concepción integral de salud que aborde tanto los aspectos biológicos como los sociales del proceso salud-enfermedad. Es decir, las expresiones finales de la enfermedad conjuntamente con sus determinantes causales.

Se estima que esta concepción permitirá el desarrollo de las estrategias de promoción de la salud y de atención primaria de la misma, la articulación de redes de atención, la definición de las funciones esenciales de la salud pública, la formación de los recursos humanos con una visión integral de la salud y lo que es más importante la acción intersectorial y participativa de la sociedad.⁶

Los entrevistados, señalan que los elementos que deberían formar parte del nuevo modelo que oriente conceptualmente la reforma y las acciones de salud son:

- El 31.9% señala que es fundamental lograr la definición de una política de salud que incorpore los principios de equidad, solidaridad, universalidad, eficiencia, calidad e integralidad de las acciones, vinculando la atención con la promoción y la prevención.
- El 15.8% indica que es preciso fortalecer la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la capacitación del recurso humano con una visión integral de la salud, las iniciativas locales y la comunicación social.
- El 15.3% considera que se debe fortalecer la participación comunitaria y la vinculación de las organizaciones indígenas, la acreditación de los prestadores de servicios, la coordinación y cooperativación interinstitucional, el trabajo en equipo vinculando lo público y privado.

⁶ IBID.

Es imprescindible cambiar el actual modelo de atención caracterizado por ser individual, curativo, biólogo y medicalizado.

MODELO DE GESTIÓN Y LA REFORMA SECTORIAL

La reforma plantea optimizar la gestión del sector salud, para ello se han planteado cambios al modelo centralizado, vertical de administración, planificación y gerencia en salud. Los informantes de opinión, señalan que los elementos que deberían formar parte del nuevo modelo de gestión en salud deberían ser:

- El 14.3%, autónomo, descentralizado y desconcentrado.
- El 14.1% promotor del desarrollo humano permanente y la educación continua del personal de salud.
- El 12.3% promotor de la autogestión, eliminando los servicios gratuitos, elevando la capacidad resolutoria de los servicios, y la formación de redes plurales de salud.
- El 10.1% financiado adecuadamente, con disponibilidad suficiente y oportuna de recursos humanos, económicos, financieros, insumos y materiales.
- El 9.1% con absoluta claridad sobre la responsabilidad del Estado, los roles institucionales, liderazgo del MSP, óptima gerencia y planificación institucional.

MODELO DE ATENCIÓN Y LA REFORMA SECTORIAL

El proceso de reforma incorpora, entre otros los principios de integralidad, de base primaria y énfasis preventivo, flexible, que responda a diferencias que caracterizan al país, organizado en redes plurales de atención, que cuenten con una asignación de recursos basada en resultados con la satisfacción de los

usuarios, la regulación por parte del MSP y un permanente control social.

Los informantes de opinión, señalan que los elementos que deberían formar parte del nuevo modelo de atención en salud deberían ser:

- El 21.7%, equitativo, solidario, con cobertura universal.
- El 14%, integral, que priorice la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, que considere un paquete básico de prestaciones y se ubique sobre la base de una política de salud con un alto grado de sostenibilidad.
- El 10.4%, basado en la satisfacción de los usuarios, eficiente y eficaz, humanizado y de bajo costo.
- El 9.1%, ubicado en el marco de un proceso de autogestión y elevados niveles de gestión.
- El 6.0% promotor del desarrollo humano.

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Ha sido incorporado como parte de los elementos básicos que permitan orientar la provisión de servicios, se la define como el proceso tendiente a proporcionar a las personas los medios necesarios para mejorar sus condiciones de salud y ejercer un mayor control sobre la misma, “trasciende la idea de formas de vida sana” para incluir “las condiciones y requerimientos para la salud, como, vivienda, educación, alimentación, transporte, recreación, bienestar social, un ecosistema estable, los recursos sostenibles la justicia social y la equidad”⁷

Las acciones que estiman los informantes de opinión, deben formar parte de la promoción de salud, son las siguientes:

⁷ OMS/OPS, Salud Para Todos en el año 2.000 La carta de Ottawa, 1986

ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	PORCENTAJE
Privilegiar la educación para la salud y la comunicación en salud.	34.6
Fortalecer una cultura de salud y la creación de ambientes saludables.	11.2
El trabajo en equipo, la coordinación intersectorial, la participación comunitaria y de los Municipios.	16.4
Priorizar al ser humano como eje del desarrollo y entregar una atención de calidad.	10.0
Conocer el perfil epidemiológico del sector.	7.5
La implementación de la red de servicios.	6.4
No sabe o no responde.	5.8
Dotación de servicios básicos.	3.0
Otros.	5.1

*FUENTE: III. Sondeo de Opinión sobre Políticas de Salud y Reforma Sectorial
ELABORACIÓN: CEPAR.*

La opinión privilegia el hecho de que la salud conlleva proyectos sociales, políticos y que la generación de salud tendrá como sustento el que la población disponga de los bienes necesarios para sobrellevar su vida con dignidad y el autocuidado.

LAS REDES PLURALES DE ATENCIÓN

La organización de redes de provisión de servicios de salud debe establecer mecanismos que permitan garantizar la participación de los principales actores del sector, la coordinación y complementariedad de las acciones a nivel inter e intrasectorial, la calidad y calidez de las prestaciones, el establecimiento de normas legales y técnicas que permitan la regulación del

mercado de proveedores, fortalezcan su articulación y permitan la satisfacción de las necesidades de los usuarios.

PRINCIPIOS PARA LA FORMACIÓN DE REDES PLURALES DE ATENCIÓN	PORCENTAJE
Complementariedad, coordinación, calidad, calidez, solidaridad y sostenibilidad	25.8
Equidad y responsabilidad	12.4
Cobertura universal, prestación de servicios básicos de salud y tarifas unificadas.	10.8
Autonomía en la gestión, reconocimiento de las particularidades y vinculación de la medicina tradicional	8.0
Rol rector del Ministerio de Salud Pública, liderazgo y normalización.	7.7
Acreditación de servicios y control comunitario	6.9
No sabe o no responde	6.4
Promotor del desarrollo de los recursos humanos	6.1
Bajar índices de morbi-mortalidad.	4.9
Atención móvil de servicios quirúrgicos y clínicos	3.6
Adecuados sistemas de referencia y contrarreferencia.	3.2
Otros.	4.2

*FUENTE: III. Sondeo de Opinión sobre Políticas de Salud y Reforma Sectorial
ELABORACIÓN: CEPAR.*

Se percibe la idea de que la conformación de las redes permitiría dotar de insumos a los servicios, proporcionaría sostenibilidad a las acciones, permitiría la modernización de los servicios de salud, mejorar la dotación y disponibilidad de medicamentos,

viabilizaría un seguro universal, garantizaría la solidaridad y se unificarían las tarifas. Se menciona el reconocimiento de las heterogeneidades y la incorporación de la medicina tradicional.

RECOMENDACIONES PARA FORTALECER LA FORMULACIÓN, DISEÑO Y EJECUCIÓN DE LAS POLÍTICAS NACIONALES EN SALUD

El objetivo central es generar condiciones sociales seguras y saludables, donde cada individuo tenga iguales oportunidades para proteger su salud y pueda hacerlo con buenas bases informativas.⁸ Además de considerar que las políticas públicas deben caracterizarse por su legalidad, legitimidad y universalidad, se comprende que deben orientar las acciones técnicas, operativas y administrativas del sector salud.

Las recomendaciones que realizan los informantes para fortalecer la formulación, diseño y / o ejecución políticas son:

- El fortalecimiento e implementación de sistemas de carrera profesional que mejoren significativamente la capacidad de los recursos humanos para la formulación, gerencia y administración de las políticas de salud.
- Disponibilidad de recursos: humanos, físicos, materiales, económicos y presupuestos reales.
- Mejorar las remuneraciones del personal de salud.
- Descentralización y desconcentración.
- Fortalecer la organización y gestión del sector salud, las áreas de salud y las redes de servicios.
- Garantizar el funcionamiento, la sostenibilidad del CONASA, la participación sectorial y social en salud.
- Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud (APS), nuevo modelo de atención que privilegia la promoción de la salud.

⁸ Barreto Barrera, Carrión, Ciudades y Pueblos saludables. Lineamientos para la promoción de la salud en ciudades y pueblos del Ecuador. Convenio OPS – Ciudad Quito, Junio 1996.

- Fortalecer la rectoría del MSP y la formación de líderes en políticas de salud.
- Promover la formulación de políticas de Estado en salud, superando de esta manera la práctica de formular y ejecutar políticas de Gobierno que se agotan cuando finaliza su período.
- Incorporar la experiencia de otras instituciones y organizaciones no gubernamentales y comunitarias que ejecutan acciones de salud, especialmente a nivel local.

LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Se estima que es fundamental vincular a la reforma del sector salud aquella que se propone ejecutar la Seguridad Social, estableciendo sistemas claros y objetivos de coordinación funcional de actividades.

Como antecedente vale la pena señalar en este momento que la Comisión Interventora del (IESS) envió un proyecto de Ley de Reforma de la Seguridad Social al Congreso Nacional. El planteamiento presentado está siendo analizado y enfrenta modificaciones generadas por la Comisión de Codificación y Legislación, empero, el espíritu legal persiste bajo el objetivo de mejorar la calidad de los servicios modernizar la organización, estructura, financiamiento y prestación de servicios.

Al consultar a los encuestados si consideran que existe alguna relación entre la reforma del sector salud y la Seguridad Social, señalaron:

- El 57.8%, responde que **si existe relación** entre ellas. Sus ámbitos más evidentes son:
 - El 30.3%, señala a las estrategias de compra y venta de servicios.
 - El 29.6% a la necesidad de implementar cambios que promuevan la modernización institucional, especialmente

- su organización, gestión y eficiencia de los servicios de salud.
- El 20.5%, considera que es preciso fortalecer el derecho a la salud.
 - El 13.1%, la equidad y solidaridad como principios básicos.
 - El 6.5%, a pesar de que señala que si existe relación, no comenta o explica en qué ámbitos se produce la misma.
- El 42.2%, responde que **no existe relación** entre la reforma del sector salud y la del Seguro Social. Sus comentarios explicativos se expresan en los siguientes términos:
 - El 32.6%, sostiene que existe una consideración especial para el IESS, por lo que sus procesos de cambio se asumen como autónomos y no vinculados con la reforma sectorial.
 - El 22.5%, estima que en el país se realizan reformas específicas, de tipo institucional que no contribuyen a un cambio integral y significativo del sector salud.
 - El 19.1%, responde que hay diferencias de fondo y forma en sus estrategias por lo que las ubican como no complementarias.
 - Un importante 10.1%, señala que no conoce la reforma del IESS, el 15.7%, a pesar de responder que no existe relación entre las reformas, no expresa sus comentarios.

ELEMENTOS QUE DEBEN SER PARTE DEL PROCESO DE REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Se considera que la reforma de la Seguridad Social debe ser una obligación, pues es preciso: mejorar significativamente su prestación de servicios, ampliar la cobertura, especialmente a los trabajadores del sector informal y los miembros de familia que no mantienen relación de dependencia laboral, mejorar el rendimiento de las inversiones garantizando su seguridad, rendimiento, liquidez, exigir el pago de la deuda del Estado,

incrementar las recaudaciones disminuyendo la evasión cobrando la mora patronal, incorporar la autonomía de gestión operativa y financiera de sus áreas de prestación de servicios, entre ellas, pensiones, jubilación, cesantía, salud y seguro social campesino, fortalecer la participación activa del sector privado en las prestaciones y establecer un incremento en los aportes considerando las posibilidades reales de la población.

ELEMENTOS QUE DEBEN SER PARTE DEL PROCESO DE REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL	PORCENTAJE	
	SI	NO
Ampliar la cobertura a sectores actualmente no protegidos (trabajadores del sector informal y familia)	66.7	33.3
Mejorar el rendimiento de las inversiones garantizando su seguridad y liquidez.	63.9	36.1
Exigir el pago de la deuda del Estado	58.8	41.2
Promover la obligatoriedad de incorporar cambios que permitan mejorar la prestación de servicios.	57.3	42.7
Establecer un incremento en los aportes considerando la capacidad de la población.	27.5	72.5
Aumentar las recaudaciones, disminuyendo la evasión, cobrando la mora patronal	54.1	45.9
Autonomía de gestión operativa y financiera de las prestaciones (pensiones, jubilación, cesantía).	50.2	49.8
Participación activa del sector privado en las prestaciones.	43.9	56.1

FUENTE: III. Sondeo de Opinión sobre Políticas de Salud y Reforma Sectorial
ELABORACIÓN: CEPAR.

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Las líneas de acción política de salud a nivel sectorial disponen “conducir el proceso de creación, organización y funcionamiento del (SNS), mediante la articulación funcional de las instituciones públicas y privadas, a través de la plena vigencia del (CONASA)... El sistema propiciará un modelo de salud que integre la promoción y la atención integral de salud a nivel personal, familiar y comunitario, mediante una gestión descentralizada, participativa con respeto a las diversidades locales y orientado por los principios de equidad, universalidad, eficiencia, solidaridad y sostenibilidad”.⁹

Atendiendo a su estructura, el sector salud ha sido descrito, entre otras cosas, como: fragmentado, inequitativo, estratificado, carente de liderazgo y coordinación; además, los servicios de salud, especialmente del sector público, no logran satisfacer en calidad y cantidad las necesidades de salud de la población, la mayor parte de recursos permanece concentrada en las ciudades con mayor desarrollo y en los polos urbanos. Se estima que es necesario superar estas limitaciones generar un sector salud ordenado articulado que oriente adecuadamente los recursos contribuya a mejorar las condiciones de salud y la calidad de vida de la población.

Algunas experiencias regionales señalan la necesidad de insertar las propuestas y estrategias de desarrollo del sector salud en un plan integral e integrado que permita potencializar las actividades de salud concediéndoles continuidad y eficiencia. En el país, desde hace algunos años atrás se han realizado esfuerzos para orientar la reorganización y reorientación de los sistemas salud, entre ellos:

⁹ Op. Cit.- MSP Rol del Estado, Políticas Nacionales de Salud y Reforma Constitucional.

- A principios de la década de los ochenta el Plan Nacional de Desarrollo señaló la necesidad de “Crear, organizar y poner en marcha el SNS, a fin de coordinar acciones, evitar el desperdicio de recursos, mala utilización de los mismos, racionalizar la inversión y uniformar el proceso de planificación”.¹⁰
- En febrero de 1980 se creó el CONASA con la finalidad de coordinar las instituciones del sector salud, orientar la política de salud y realizar estudios para la creación del Servicio Nacional de Salud.
- Posteriormente, ocho años más tarde, se ampliaron las finalidades del CONASA para apoyar a las instituciones del sector salud, con miras a la conformación del SNS.
- Actualmente, la Constitución de la República señala, en su Título III de los derechos garantías y deberes. Capítulo 4 de los derechos económicos, sociales y culturales. Sección Cuarta: de la salud. Artículo 45.- “El Estado organizará un SNS, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa”.¹¹

A pesar de las disposiciones establecidas no ha sido posible crear el SNS, definir el conjunto de mecanismo a través de los cuales los recursos y la capacidad instalada se organizan por medio de un proceso administrativo y de una práctica médica para ofrecer prestaciones de salud integrales y cubrir la demanda de servicios de la población con los fondos disponibles. La atención integral de salud demanda la incorporación, articulación funcional y coordinación, de todos los sectores para alcanzar logros unificados sin embargo, ante la propuesta de unidad en la diversidad y heterogeneidad, la generación de misiones individualizadas, en cada subsector, tendientes a conseguir su fortalecimiento particular aparece, actualmente, como una seria debilidad y amenaza a la aspiración de alcanzar el SNS.

¹⁰ PLAN NACIONAL DE DESARROLLO.- 1980 – 1994. Tomo III.

¹¹ Op.Cit.- MSP Rol del Estado, Políticas Nacionales de Salud y Reforma Constitucional.

Los problemas estructurales y el establecimiento de modelos de desarrollo particulares en el sector salud han llevado a desconocer, en la práctica, el potencial de las acciones intersectoriales como estrategia para promover mejores condiciones de salud, calidad de vida y control de la enfermedad. El cambio en los perfiles de salud, demanda al sector cambios cuantitativos y cualitativos en su forma de actuar, organizarse y administrar el complejo proceso de planificar, ejecutar y evaluar estrategias y programas de salud.

La población demanda medidas urgentes para controlar el impacto negativo en su salud y bienestar. Se observa como impostergable la implementación de una política nacional que responda en forma integral a los intereses de la población, incremente y oriente adecuadamente los recursos destinados para salud.

OBJETIVOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El presente estudio rescata de los informantes de opinión sus criterios con relación a los objetivos del sistema los mismos que se describen a continuación:

- Optimizar la organización y gestión del sector salud: garantizar la participación y coordinación de las instituciones y organizaciones que ejecutan acciones de salud en el país.
- Propender a la formulación y ejecución de políticas de Estado en Salud.
- Incrementar y garantizar los recursos: económicos, humanos, de infraestructura, insumos y materiales necesarios para la prestación de servicios de salud.
- Definir criterios y objetivos para la acreditación de los servicios y el personal de salud.
- Fortalecer el modelo de atención primaria de salud que privilegia la promoción de la salud y la prevención de la

enfermedad, la equidad, la cobertura universal con servicios eficientes, de calidad sobre la base de las necesidades reales de la población y el perfil epidemiológico local.

- Garantizar el financiamiento del sector salud, el eficiente uso del recurso la focalización del gasto en la población de menores recursos con mayores niveles de deterioro en sus condiciones de salud y calidad de vida.
- Propender a la formación de una cultura por la salud que incorpore el autocuidado la generación de espacios, hábitos y costumbres saludables.

Es importante destacar que en los señalamientos descritos implícitamente se deja constancia de que el principal objetivo del SNS es mejorar las condiciones de salud de la población y contribuir al desarrollo social mejorando su calidad de vida.

FUNCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Los entrevistados señalan que entre las principales funciones que deberían formar parte del sistema, se ubican las siguientes:

- Normar, controlar, supervisar y evaluar las acciones de salud.
- Definir planes coordinados para el desarrollo de acciones de salud basados en las prioridades locales.
- Ejecutar una Dirección Técnica de las acciones de salud y velar por el óptimo funcionamiento de las instituciones de salud.
- Optimizar la asignación equitativa de recursos.
- Garantizar la coordinación de las instituciones, organizaciones y proyectos que ejecutan acciones de salud.
- Garantizar la disponibilidad de información como insumo fundamental para la gerencia del sector salud.
- Privilegiar en los programas y proyectos las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la

integralidad de las acciones y cobertura universal de las prestaciones.

- Promover la capacitación permanente de los recursos humanos de salud.
- Apoyar al desarrollo institucional del Ministerio de Salud Pública.
- Hacer cumplir las disposiciones constitucionales y legales que rigen el sector salud,
- Garantizar la gestión descentralizada y desconcentrada de la salud.

ESTRATEGIAS PARA IMPLEMENTAR EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La mayor parte de actores responsables de la salud en el país, reconocen la necesidad urgente de implementar en el país el SNS como instancia que permita mejorar la organización, gestión, el financiamiento y la provisión de servicios. Sin embargo, existen serias limitaciones que cruzan desde la falta de decisión política para implementarlo, hasta la ausencia de acuerdos por parte de las instituciones, organizaciones y proyectos que ejecutan acciones de salud en el país, limitando con ello sensiblemente su creación.

Ante la necesidad real de contar con un SNS, se consultó a los informantes de opinión su criterio con relación a cuáles consideran son las mejores estrategias para lograr la implementación del mismo:

- El 21% señala que es fundamental crear espacios de análisis, reflexión y debate, impulsar un proceso de participación ciudadana que permita lograr una concertación nacional y de consenso entre las instituciones, organizaciones sociales, comunitarias y más actores del sector salud.

- El 20.9%, estima necesario formar comisiones interinstitucionales, respetar la autonomía de las instituciones y organizaciones, despolitizar el sector salud y exigir el cumplimiento de las responsabilidades del Estado con la salud.
- El 14.7%, considera que es preciso fortalecer el rol rector del MSP, superar el centralismo y asignar una cuota de participación equitativa que considere la capacidad, responsabilidad y funciones de los actores de la salud.
- El 7.2%, señala que es importante aplicar los roles y funciones de quienes forman parte del sector salud, incorporar al sector privado con y sin fines de lucro, a las universidades y centros de formación de recursos humanos en salud.
- El 5.5%, considera necesario fortalecer, hacer cumplir los mandatos constitucionales y legales establecidos para implementar el SNS.
- El 2.1%, estima propicio realizar encuestas de opinión y, a través de ellas, recoger los criterios de los principales actores del sector salud.
- Otras opiniones están relacionadas más bien con la necesidad de fortalecer el modelo de atención y aprovechar los importantes recursos disponibles en las diferentes instituciones y organizaciones que forman parte del sector. Un importante 10% de entrevistados no responde.

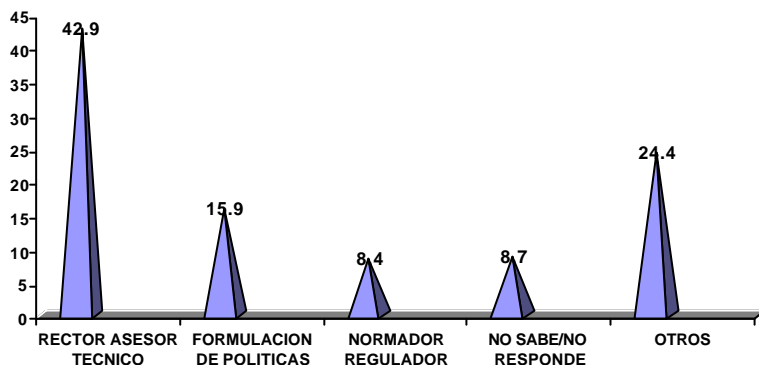
EI ROL DE LAS INSTITUCIONES Y ORGANIZACIONES DEL SECTOR SALUD

Se consultó a los informantes de opinión que participan en el presente estudio sobre los tres principales roles que, a su criterio, deben asumir las principales instituciones y

organizaciones que forman parte del sector salud, los Gobiernos Seccionales, gremios y sindicatos ligados a la salud.

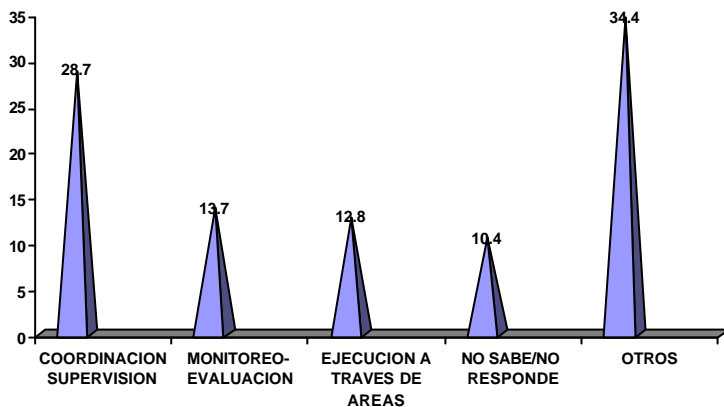
- **MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA:** la mayor parte de los encuestados estima que el MSP debe cumplir las funciones de rectoría, asesoría técnica, formulación de políticas de salud, control y evaluación de las acciones y servicios. Otras funciones que se asignan son: la organización del SNS, la planificación y programación, garante de la atención y descentralización de los servicios de salud

ROL DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



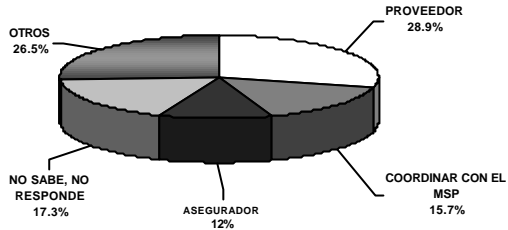
- **DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD:** entre las principales funciones se le asigna: la coordinación, el monitoreo, evaluación del trabajo en las áreas de salud y la prestación de servicios a través de las áreas. Además de ello: la administración del fondo económico de las áreas, la gerencia de las acciones locales, la asesoría técnica a las redes de servicios, la ejecución de acciones de información, educación y comunicación, la vigilancia epidemiológica, la capacitación de los recursos humanos de salud, la formulación de políticas locales de salud y la rectoría local de salud.

ROL DE LAS DIRECCIONES PROVINCIALES DE SALUD



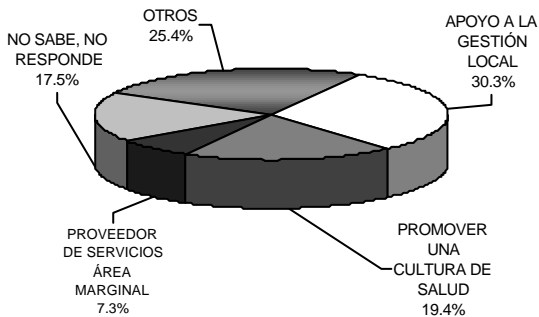
- **INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL (IESS):** fundamentalmente se lo observa como proveedor de servicios de salud, coordinador de las acciones de salud con el MSP y asegurador universal de salud. Otras de las funciones que los informantes de opinión señalan son: el pago de los servicios médicos, la supervisión y evaluación, la ejecución de acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, apoyo a la formulación de políticas, normas técnicas y la descentralización en salud.

ROL DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL(IESS)



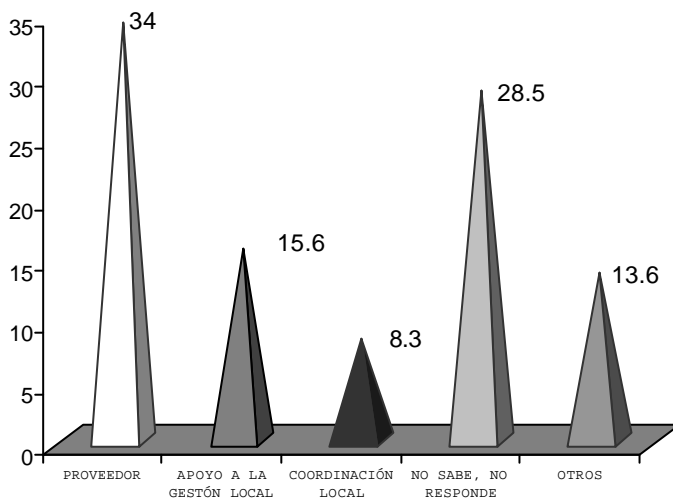
- **GOBIERNOS SECCIONALES (Municipios):** coordinación y apoyo a la gestión local de salud, acciones de prevención de la enfermedad, promoción de la salud y generación de una cultura en salud, proveedor de servicios en áreas marginales. Además: control de las acciones de salud y los servicios, fortalecimiento de la infraestructura y el saneamiento ambiental, administración de los recursos, especialmente económicos, coordinación y planificación de las acciones con el MSP y promotor del desarrollo comunitario.

ROL DE LOS GOBIERNOS SECCIONALES (Municipios)



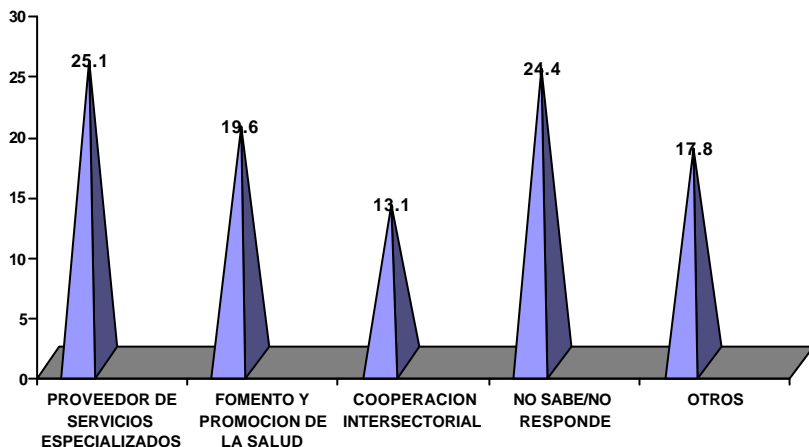
- **JUNTA DE BENEFICENCIA:** proveedor de servicios de salud, apoyo a la gestión local de salud, a la formulación de políticas de salud, coordinación local de salud. Además, administración de servicios, en especial de hospitalización, capacitación de los recursos humanos en salud, educación para la salud, prevención de la enfermedad y promoción de la salud, supervisión, control y evaluación de servicios de salud.

ROL DE LA JUNTA DE BENEFICENCIA



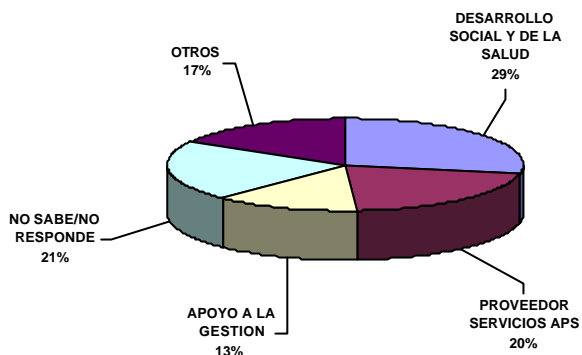
- **SOLCA:** proveedor de servicios médicos especializados, fomento y promoción de la salud, coordinación con las instituciones y organizaciones del sector salud. Además, apoyo en las acciones de control y evaluación, fortalecimiento de la investigación en salud, asociación para la prestación de servicios a través de convenios de cooperación.

ROL DE SOLCA



- **SEGURO SOCIAL CAMPESINO:** apoyo al desarrollo social y comunitario, proveedor de servicios de salud, especialmente de atención primaria para el sector rural y las comunidades campesinas, apoyo a la gestión local de salud: coordinación, supervisión y control. Además, integrarse al SNS, coordinar acciones con los servicios de medicina tradicional, organizar los servicios de salud bajo la modalidad de prepago.

ROL DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO

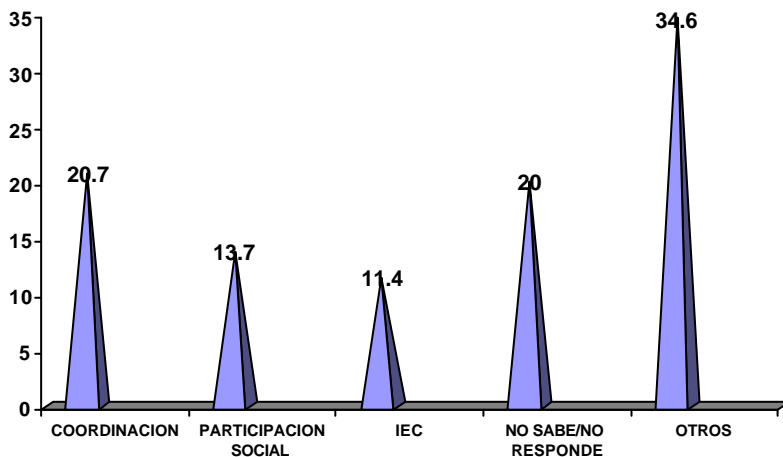


- SALUD DE LAS FUERZAS ARMADAS Y POLICÍA:**
 proveedores de servicios de salud comunitaria y atención de base primaria, educación para la salud, integrarse al SNS y coordinar sus acciones con el MSP. Además, participar en acciones de supervisión, control y evaluación, apoyar la formación de recursos humanos en salud y ampliar la cobertura de atención para la población civil.

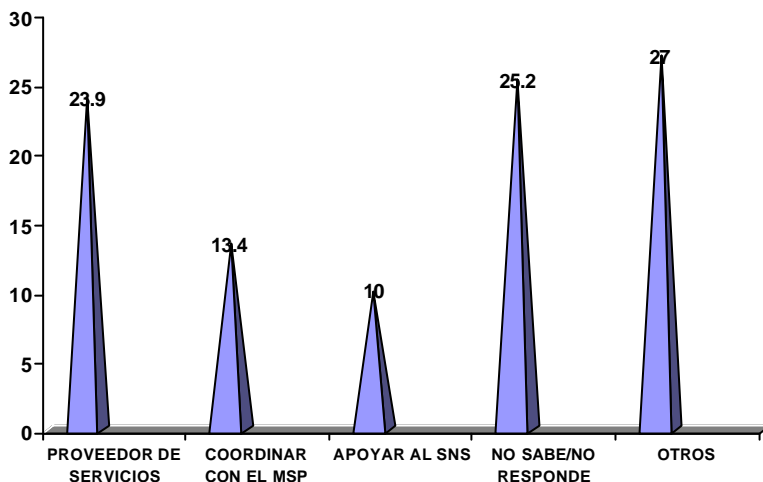
	SALUD DE LAS FF AA	SALUD DE LA POLICIA NACIONAL
PROVEEDOR DE SALUD COMUNITARIA	14.7	20.8
EDUCACION PARA LA SALUD, PROMOCION Y PREVENION	12.0	14.9
INTEGRARSE AL SNS. COORDINAR CON EL MSP	25.7	18.1
NO SABE NO RESPONDE	24.7	28.5
OTROS	22.9	17.7

- **ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES:** coordinación y asistencia técnica, participación social y gestión local, información, educación y comunicación. Se observa además la necesidad de que las ONG´s participen como proveedores de servicios, apoyo a la formación de recursos humanos en salud, atención a comunidades rurales, marginales, apoyo a la vinculación de la medicina tradicional.

ROL DE LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES



- **SECTOR PRIVADO CON FINES DE LUCRO:** proveedor de servicios, coordinar acciones con el MSP, apoyar la gestión en salud formando parte SNS. Además, apoyar el sistema de financiamiento del sector salud, la formación de recursos humanos en salud, la estrategia de salud familiar, las acciones de educación para la salud y fortalecer las redes de salud.



- **ORGANIZACIONES GREMIALES / SINDICALES:** aún cuando sus funciones son específicas, los informantes de opinión establecen entre los tres roles fundamentales los siguientes:
 - El 24.5%, estima que deben integrarse al proceso de reforma, coordinar con el MSP y apoyar la gestión, especialmente la planificación de las acciones.

- El 22.5%, señala que deberían vincularse a las estrategias de participación social y apoyar las acciones de información, educación, comunicación.
- El 10.9%, apoyar las acciones ofreciendo asesoría técnica, fortalecer las acciones de control y vigilancia de la calidad de los servicios.
- Un importante 25.3%, no sabe o no responde la inquietud planteada de señalar las tres principales funciones que deberían asumir los gremios y sindicatos del sector salud.
- Un significativo 9.9% estima que no debería haber sindicalismo en el sector salud y, el 6.9% restante, señala que estos grupos deberían participar apoyando las reformas curriculares de las entidades de formación de recursos humanos y aportar a la gerencia del proceso

SISTEMA DESCENTRALIZADO DE SALUD

La visión tradicional de las políticas sociales incorpora una idea de Estado centralista, a la vez financiador y proveedor de los servicios sociales. La nueva visión introduce la descentralización como un elemento importante en el análisis, diseño y ejecución de las distintas políticas.

La Ley de Descentralización establece la “transferencia de responsabilidades y atribuciones de la administración central, de la función ejecutiva o de los organismos nacionales que concurren en el campo de las actividades seccionales al régimen seccional autónomo”. Este concepto implica que los organismos centrales de decisión renuncian a parte del poder que poseen en la fijación y monitoreo de las políticas sociales, transfiriéndolo a los ámbitos locales de decisión y reservando al gobierno central la tarea de dictaminar las directivas globales

La descentralización no es solamente una medida de trazado geopolítico, sino que debe acompañarse de medidas complementarias en el orden de la administración pública y la economía. En muchos casos la descentralización se acompaña de nuevas atribuciones o delegaciones en la atención de servicios tradicionalmente de manejo centralizado como la educación, la salud y la cultura.¹²

En el campo de las políticas sociales, la descentralización constituye un medio para elevar su efectividad. Así, existe consenso en que en el largo plazo convendría que los gobiernos locales asuman en gran parte la ejecución y administración de los programas. No obstante, está pendiente definir cuál es la

¹² JUAN MANUEL SOTELO, M.C, M.S.P. La Salud desde el Municipio, una Estrategia para el Desarrollo, Salud Pública de México julio-agosto de 1998, vol 36.

mejor estrategia, en el corto plazo, para avanzar hacia ello. Una opción es transferir las funciones que los gobiernos locales estén en capacidad de asumir y simultáneamente mejorar su capacidad de gestión, asignándoles recursos suficientes.

CARACTERÍSTICAS QUE DEBEN SER PARTE DEL SISTEMA DESCENTRALIZADO DE SALUD

En el marco de la modernización del Estado ecuatoriano, se encuentra el proceso de descentralización del sector salud. Para que el mismo se desarrolle en forma adecuada, los entrevistados estiman conveniente que el sistema reunirá las siguientes características:

- El 19.6% un modelo de atención de cobertura universal, solidario, equitativo en la asignación de los recursos, que incorpore y permita satisfacer las necesidades de los usuarios, que fortalezca la APS.
- El 17.2% se inclina por un modelo de gestión autónomo, que permita asumir adecuadamente la delegación de funciones, especialmente de planificación, ejecución, control y evaluación local de salud, con liderazgo, y rectoría de MSP, eficiente y sostenible.
- Un 12.7% manifiestan que en la organización debe ser: coordinado funcionalmente, que permita optimizar el uso de los escasos recursos disponibles, formado por un equipo multisectorial, con la participación de todos los actores del sector salud, que recoja la experiencia de modelos demostrativos y de esa manera permita mejorar la calidad de las prestaciones.
- Con financiamiento necesario, adecuado y oportuno, que fortalezca el autofinanciamiento está de acuerdo el 10.1%.
- El 8.2% porque se permita la capacitación y actualización permanente de los recursos humanos de salud.
- Por la infraestructura y equipamiento adecuado el 6.9%.

- El 5% por un sistema de información actualizado y oportuno, que incorpore la investigación, como sustento de la planificación, evaluación y toma de decisiones.

FUENTES QUE PERMITAN EL FINANCIAMIENTO DE LOS SISTEMAS DESCENTRALIZADOS DE SALUD

Considerando la severa crisis económica que vive el país, se estima que el MSP no está en capacidad de financiar totalmente las acciones de los sistemas descentralizados de salud pues ha sufrido algunas reducciones presupuestarias en sus diferentes líneas de gasto, por lo que ante la pregunta ¿cuáles considera serían las fuentes que permitan el financiamiento de los sistemas descentralizados de salud, los informantes de opinión responden:

FUENTES DE FINANCIAMIENTO DE LOS SISTEMAS DESCENTRALIZADOS DE SALUD	PORCENTAJE
Presupuesto del Estado, regalías del petróleo, ingresos producto de las exportaciones: divisas del banano.	19.5
Fortalecimiento del autofinanciamiento: cobro por los servicios: establecimiento de sistemas de prepago, aporte personal de los usuarios considerando su capacidad de pago, subsidios y, venta de servicios	32.6
Considerar el aporte de las ONG's, los fondos de la cooperación internacional y las donaciones.	11.2
Incremento y apoyo del presupuesto de los Gobiernos Seccionales: Municipal, Concejos Provinciales.	8.6
Aporte privado: patronal del IESS, fondo de solidaridad, creación de empresas de economía mixta.	7.3
Incrementar los impuestos a los cigarrillos, bebidas alcohólicas, vehículos de lujo y turismo.	3.1
Optimizar la programación de necesidades considerando las acciones y presupuesto de las redes locales de salud	6.0

*FUENTE: III. Sondeo de Opinión sobre Políticas de Salud y Reforma Sectorial
ELABORACIÓN: CEPAR.*

RECURSOS HUMANOS DE SALUD

El tema de los recursos humanos en salud, nos conduce a una compleja problemática. Por una parte, se ubica, su formación, básicamente como responsabilidad de las universidades quienes generan recursos con una importante fortaleza teórica para atender la enfermedad y ejecutar acciones de tipo curativo y, por otra, la distribución que concentra la mayor parte en las áreas urbanas y en las ciudades de mayor desarrollo.

“Sin embargo, se reconoce que los ámbitos en los que se mueve el recurso humano son más complejos que la formación y la distribución por si solas, existen espacios como: el proceso, las condiciones y el mercado de trabajo, la calidad de la práctica y las remuneraciones, entre otras, que la reforma sectorial y la política de recursos humanos debe asumirla para promover mejores condiciones de salud y de los servicios. Por ello, el análisis de la situación de los recursos humanos no puede ser enfrentada por un solo actor y desde una sola perspectiva, sino que requiere de un abordaje conjunto donde los distintos intereses se vean representados e impriman al quehacer un carácter estratégico dirigido a un objetivo común ¹³.

Con la inserción de una serie de propuestas y cambios promovidos por los procesos de reforma del sector salud, el tema de los recursos humanos ha tomado significativa importancia y su campo de acción se ha ampliado de manera importante; como ya se señaló anteriormente, restringido al análisis de temas relacionados con su formación y distribución, actualmente se observa la necesidad de complementarlo con el análisis del mercado y las condiciones de trabajo, la calidad de la práctica

¹³ Dr. Barragán, Arenas, Italo, Recursos Humanos en Salud en el Ecuador, OPS / OMS, Septiembre 1993.

profesional, la administración de personal y el marco jurídico regulador de la misma.

Actualmente el proceso de reforma está incorporando algunos cambios por lo que es necesario analizar sus efectos sobre el personal y su gestión. Sin duda la reforma afectará y promoverá cambios en el proceso de trabajo y por lo tanto en los recursos humanos. Podríamos señalar que actualmente ellos mantienen un alto nivel de expectativas, por ejemplo, frente a la estructura ocupacional y en ello las remuneraciones, la oferta de oportunidades de empleo, su distribución, el establecimiento de nuevas formas de contratación, el control de su ejercicio profesional, las nuevas líneas de prioridad en el proceso de trabajo, su formación y educación complementaria, etc.

Se estima que la reforma generará transformaciones en las condiciones laborales, se prevé se pondrá mayor énfasis y preocupación en procesos como:

- La redefinición de criterios para evaluación a partir del desempeño, productividad y capacitación.
- La profesionalización como base de la acreditación y competencia.
- La flexibilidad laboral e incremento de modalidades de contratos por tiempo parcial o por servicios.
- Los cambios en los regímenes salariales, enfatizando los sistemas de incentivos por productividad y desempeño.
- La disminución relativa y absoluta de recursos en el sector público.
- La programación, presupuestación, selección y reclutamiento de personal en el nivel local.
- La movilidad y redistribución para enfrentar problemas de concentración.
- La reorganización del trabajo para mejorar la calidad de la atención.

- El desarrollo de programas educativos para la capacitación en servicios y en respuesta a problemas y necesidades del servicio.¹⁴

EL ROL DE LAS UNIVERSIDADES EN LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

FUNCIONES DE LAS UNIVERSIDADES EN LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD	PORCENTAJE
Fortalecer y orientar los nuevos modelos de atención: el trabajo de la medicina familiar comunitaria, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la salud pública, la atención integral en salud, la red de servicios.	23.0
Formar profesionales considerando las necesidades de salud de la población y la disponibilidad de plazas de trabajo.	15.0
Promover la investigación científica, capacidad crítica y creatividad	13.1
Coordinar e integrarse a las acciones que ejecuta el MSP y las instituciones empleadoras.	12.3
Mejorar y actualizar los programas y contenidos ajustándolos en función de las realidades local y nacional.	12.3
Fortalecer la docencia en los servicios de salud, educación permanente, continua y formación de verdaderos postgrados, especialmente para la formación de mandos medios y gerentes.	10.6
Asumir la rectoría en la formación de recursos humanos en salud.	8.1
No sabe, no responde	5.6

*FUENTE: III. Sondeo de Opinión sobre Políticas de Salud y Reforma Sectorial
ELABORACIÓN: CEPAR.*

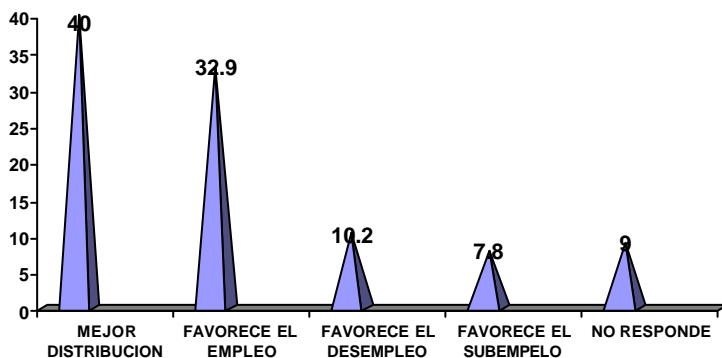
¹⁴ OPS, PROGRAMA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS. DIVISIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD. Gestión Descentralizada de Recursos Humanos de Salud en la Reforma Sectorial. En. Gestión de Recursos Humanos en la Reformas Sectoriales en Salud: Cambios y Oportunidades. Washington, 1996.

Todo proceso de cambio demanda una formación apropiada de los recursos humanos. No se puede pretender que se implementen modificaciones o reformas significativas exclusivamente con órdenes o reduciendo el personal. La adecuada formación fomentará el cambio de actitudes, motivará al equipo, le hará participe del cambio propuesto, es más, hará nacer el espíritu de equipo y compromiso necesario para asegurar el éxito de cualquier proyecto. Quienes fueron consultados estiman que las universidades frente a la reforma deben asumir determinados roles y funciones.

SITUACIÓN DEL MERCADO DE TRABAJO EN LA REFORMA SECTORIAL

El 40% de entrevistados señala que el proceso de reforma permitirá mejorar la distribución de los recursos humanos en el país, el 32.9% tiene confianza y reconoce que los cambios favorecerán el empleo y se ampliará el mercado laboral, el 10.2% estima que la reforma será un generador de desempleo y el 7.8% de subempleo. Un importante 9.1% no responde.

LA REFORMA SECTORIAL Y LA SITUACIÓN DEL MERCADO DE TRABAJO



El 79.1% de los entrevistados estima que al incorporarse sistemas de incentivos por productividad y desempeño se operan

cambios en el régimen salarial y mejorarán las remuneraciones, el 20.1% señala que se modificarán los horarios y se extenderá la jornada de trabajo debido a la incorporación de sistemas de flexibilización laboral y la incorporación de sistemas de pago por productividad. Únicamente el 0.8% considera que se deteriorarán los niveles de remuneración.

CALIDAD DE LA PRACTICA PROFESIONAL EN LA REFORMA SECTORIAL

En la actualidad el término calidad relacionado con las prestaciones médicas le resulta familiar a la mayoría de los profesionales de la salud. Numerosos artículos sobre calidad, aseguramiento de calidad, calidad de atención, mejoría de calidad, controles de calidad, etc., aparecen en los proyectos de reforma del sector salud.

CAMBIOS EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL Y LA REFORMA SECTORIAL	PORCENTAJE
Reorganización del trabajo para mejorar el modelo de atención.	31.9
Redefinición de criterios de evaluación a partir del desempeño y la capacitación.	29.7
La profesionalización como base de la acreditación y mejoramiento de la competencia.	24.8
Elevados niveles de control en el ejercicio profesional.	13.6
Otros	0.4

*FUENTE: III. Sondeo de Opinión sobre Políticas de Salud y Reforma Sectorial
ELABORACIÓN: CEPAR.*

El cuidado de la calidad en la prestación de servicios de salud se estima contribuye consistentemente al mejoramiento de las condiciones de salud y la calidad de vida. Dicha asociación identifica atributos específicos relacionados con la promoción de

la salud y prevención de enfermedades, participación informada de los usuarios, atención sobre bases científicas y el uso eficiente de los recursos.¹⁵

Los informantes de opinión que participan en el presente estudio señalan que la reforma sectorial promoverá los cambios señalados en el cuadro de la práctica profesional y la reforma sectorial.

LA ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL Y LA REFORMA SECTORIAL

La mayor parte de informantes de opinión señala que la reforma del sector salud promoverá cambios en la administración de personal, entre ellos: mejorar la programación, selección, reclutamiento y definición de los requerimientos económicos y financieros del personal de salud, especialmente en el nivel local, elementos que han sido formulados como parte de la descentralización.

CAMBIOS EN LA ADMINISTRACION DE PERSONAL Y LA REFORMA SECTORIAL	PORCENTAJE
Mejorar la programación, presupuestación, reclutamiento y selección de personal local.	47.9
Nuevas formas de contratación: tempo parcial, por servicios o productos.	28.7
Incorporación de sistemas de flexibilidad laboral.	17.1
La disminución de recursos en el sector público.	5.3
Otros: optimización integral de los recursos, capacitación, distribución.	1.0

*FUENTE: III. Sondeo de Opinión sobre Políticas de Salud y Reforma Sectorial
ELABORACIÓN: CEPAR.*

¹⁵ "The American Medical Association" Quality of Health Care, Quality Management. Epstein A New Engl. J. Med., 335: 1228-31, 1996.

Son también importantes sus señalamientos con relación a: las nuevas formas de contratación por tiempo parcial, por servicios o productos, la flexibilidad laboral, la disminución de recursos en el sector público y su optimización.

EL PROCESO DE TRABAJO Y LA REFORMA SECTORIAL

Se estima que los cambios permitirán modernizar el sector salud: su organización, gestión, coordinación intersectorial, participación social y trabajo en equipo. Además, permitirán fortalecer el nuevo modelo de atención y con ello las condiciones de salud de la población, mejorar la calidad de las prestaciones y ampliar la cobertura, incorporando como eje fundamental del trabajo una cultura por la promoción de la salud, la protección ambiental y el saneamiento. Se estima que será una oportunidad para mejorar los salarios y racionalizar los recursos, facilitar la descentralización y desconcentración.

CAMBIOS EN EL PROCESO DE TRABAJO	PORCENTAJE
Modernización institucional y sectorial, gestión, organización, participación social, coordinación y trabajo en equipo.	41.2
Mejorar el modelo de atención: las condiciones de salud de la población, las prestaciones y la cobertura, la cultura por la promoción de la salud, la protección ambiental y el saneamiento	17.2
Oportunidad de mejorar los ingresos.	13.2
Racionalización y uso eficiente de los recursos.	6.3
Desconcentración y descentralización	5.4
El horario de trabajo y la duración de la jornada en función de las necesidades de la población	4.3
No saben o no responden.	12.4

*FUENTE: III. Sondeo de Opinión sobre Políticas de Salud y Reforma Sectorial
ELABORACIÓN: CEPAR.*

EL FINANCIAMIENTO Y REFORMA SECTORIAL

Está claro que toda reforma orientada a mejorar la cobertura y calidad de la atención, requiere de nuevos fondos de inversión para impulsar los cambios, desarrollar los recursos humanos, adecuar las instituciones, mejorar las condiciones de la oferta, efectuar estudios y demostraciones necesarias, promover y consensuar los cambios¹⁶ La reforma plantea fortalecer el modelo de financiamiento como mecanismo para asegurar la eficiencia y sostenibilidad de las prestaciones de salud. Se han diseñado varias estrategias con el fin de definir la responsabilidad de garantizar la recaudación, distribución y el uso de los fondos destinados a financiar las acciones, sobre la base de legislaciones específicas, además de prever el contratar la provisión de servicios previamente acordados, ya sean con el sector público o con el privado¹⁷.

FUENTES PARA FINANCIAR EL SECTOR SALUD Y EN ELLO EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Los encuestados estiman que las fuentes de financiamiento del sector salud, de acuerdo a su importancia y responsabilidad, deben ser: el aporte del Estado a través del presupuesto para la salud y los recursos que se generan, especialmente del petróleo, incrementando así las asignaciones gubernamentales.

Otras alternativas que se expresan son: las donaciones, el apoyo de ONG's, Organismos Internacionales y la consecución de préstamos no reembolsables, la autogestión, recuperación de costos a partir del establecimiento de tarifas de acuerdo a la

¹⁶ Henriquez, F. El Gasto en Servicios de Salud en el Ecuador, en gestión N.23, Quito, Mayo de 1996

¹⁷ MSP, Convenio Hipólito Unanue, CIAR, Reforma del Sector Salud en el Area Andina, Quito, Ecuador 1996.

capacidad de pago de los usuarios y la creación de fondos locales para la salud y el desarrollo. La formulación de leyes especiales, el fondo de solidaridad y en última instancia el incremento de impuestos a los consumos especiales.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD	PORCENTAJE
Aporte del Estado, a través del presupuesto para la salud.	24.4
Donaciones, apoyo de ONG´s, préstamos no reembolsables	18.8
Autogestión y tarifas	13.0
Aporte de los usuarios considerando su capacidad de pago	11.5
Fondo de Leyes especiales y fondo de solidaridad	6.4
Empresa privada, utilidades de las empresas	5.5
Impuestos, especialmente a consumos selectivos.	5.3
Organismos seccionales y Municipios	4.4
Seguros privados y el IESS	3.4

FUENTE: III. Sondeo de Opinión sobre Políticas de Salud y. Reforma Sectorial
ELABORACIÓN: CEPAR

EQUIDAD EN LA ASIGNACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS

Los informantes manifiestan que para que la asignación y distribución de recursos sean equitativas, deben considerarse los impuestos que genera la región, su productividad, el monitoreo y evaluación periódica de las unidades de salud. La realidad local, el perfil epidemiológico del sector, la morbilidad materna e infantil, la programación local, los niveles de atención, la concentración poblacional y la accesibilidad a los servicios de salud.

Se cree necesario realizar un análisis financiero del sector salud, los recursos disponibles en la comunidad, las características geopolíticas, el coeficiente de pobreza, el mapa de pobreza, las necesidades básicas insatisfechas, la situación socioeconómica

de la familia, determinar el grado de desarrollo de la población y la capacidad de pago de los usuarios de los servicios de salud. Otros factores determinantes serían el racionalizar el gasto, fortalecer la descentralización, la capacidad resolutive de los servicios, la recuperación de costos y la autogestión.

CRITERIOS DE EQUIDAD PARA LA ASIGNACION Y DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS	PORCENTAJE
Ingresos que genera la región y productividad de las unidades de salud.	19.5
Morbilidad materna e infantil, perfil epidemiológico del sector y programación local.	16.7
Concentración poblacional (número de habitantes) y cobertura.	16.7
Recursos disponibles en la comunidad, características geopolíticas.	13.8
Coeficiente de pobreza, mapa de pobreza, necesidades básicas insatisfechas, situación socioeconómica de la familia.	12.7
Racionalización del gasto, fortalecimiento de la descentralización y capacidad resolutive de los servicios.	8.6
Recuperación de costos y autogestión	5.0
No sabe o no responde.	7.0

FUENTE: III. Sondeo de Opinión sobre Políticas de Salud y Reforma Sectorial
ELABORACIÓN: CEPAR.

EL COBRO DE SERVICIOS DE SALUD EN EL SECTOR PÚBLICO

El 83.9% señala que se debe cobrar por las prestaciones y tan sólo el 11% no está de acuerdo con el pago de los servicios. Todos los informantes vinculados a los municipios, consejos provinciales, Sanidad de la Fuerzas Armadas, organismos internacionales y SOLCA están de acuerdo con el pago por los servicios en un 100%. No así los informantes del MSP, las ONG's, el IESS, las universidades y la Comisión de Salud del H.

Congreso Nacional quienes manifiestan que si, en unos casos y que no en otros, considerando los siguientes argumentos:

- El presupuesto asignado por el Estado para salud no es suficiente.
- La población puede pagar tarifas considerando su capacidad de ingreso.
- Los valores que se recauden ayudarían a financiar bienes y servicios.
- La gratuidad no siempre ha sido buena.
- Los ingresos permitirán mejorar la calidad de la atención y el sistema de abastecimiento de medicamentos e insumos médicos.

EL PAGO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL SECTOR PÚBLICO	SI	NO	NO RESPONDE
MSP, HOSPITALES, CS, SCS.	88.3	6.2	5.5
FUNDACIONES Y ONG'S.	63.2	26.3	10.5
MUNICIPIOS y CONSEJOS PROVINC.	94.1		5.9
IESS y SSC.	76.7	20.0	3.3
SANIDAD DE LAS FF.AA.	100.0		
ORGANISMOS INTERNACIONALES	100.0		
SOLCA	100.0		
UNIVERSIDADES	58.8	35.3	5.9
H. CONGRESO NACIONAL	85.7	14.3	
TOTAL	83.9	11.0	5.1

FUENTE: III. Sondeo de Opinión sobre Políticas de Salud y Reforma Sectorial
ELABORACIÓN: CEPAR.

Quienes sostienen que no se debe pagar por los servicios, lo hacen señalando que la Constitución Política del Estado manifiesta el derecho a la salud y la gratuidad de los servicios.

CRITERIOS PARA DEFINIR EL COBRO DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

- El 41.3%, de los informantes señala que el cobro debe realizarse en base a un análisis de la situación social y económica de los usuarios: ingreso familiar, bono de la pobreza, situación laboral.
- El 32.8% estima que es importante considerar además, el nivel de resolución de las unidades de salud, su cobertura, la calidad de la prestación y el tipo de problema de salud (crónico, agudo, emergencia), el costo real de la atención.
- El 14.8% considera que debe tomarse en cuenta estrategias de solidaridad que permitan implementar un seguro universal de salud, ningún cobro a menores de 5 años, mayores de 65 años, discapacitados y personas que perciben el bono solidario. Usuarios con capacidad de acceso a otros proveedores, especialmente del sector privado.
- El 4.9% estima que es necesario considerar la situación geográfica y los riesgos medioambientales.
- El 6.2% no responde.

FORMULACIÓN DE UNA POLITICA DE INCENTIVOS DIRIGIDA A OPTIMIZAR LA PROVISIÓN DE SERVICIOS

Los encuestados señalan que los criterios que deben ser parte de una política de incentivos dirigida a optimizar la provisión de servicios son: el incremento real del presupuesto para las unidades de salud y el incremento de su cobertura, de estándares de calidad, productividad, calidez, la resolución de problemas, el incremento de acciones de promoción y el desarrollo de acciones de Salud Pública.

CRITERIOS QUE DEBEN INCORPORARSE EN LA FORMULACIÓN DE UNA POLÍTICA DE INCENTIVOS	PORCENTAJE
Cumplimiento de estándares de calidad	16.0
Cumplimiento de estándares de productividad.	14.0
Cumplimiento de estándares de calidez.	13.8
Incremento de las acciones de promoción.	12.7
Incremento de la cobertura.	10.7
Resolución de problemas.	11.4
Desarrollo de acciones de Salud Pública.	11.2
Incremento real del presupuesto en la unidad.	10.2
Otros	1.0

FUENTE: III. Sondeo de Opinión sobre Políticas de Salud y Reforma Sectorial

ELABORACIÓN: CEPAR.

MARCO JURÍDICO Y REFORMA SECTORIAL

Entre los logros de mayor significación en el proceso de reforma del sector salud, se destacan el contar con una base legal, que permita el desarrollo tanto de la desconcentración como de la descentralización de los servicios de salud, proporcionando a los niveles locales la suficiente autonomía para desarrollar su capacidad de gestión, administrar los recursos humanos y financieros a través de los mecanismos que su propia realidad permite.

- Una serie de decretos, acuerdos, registros oficiales, reglamentos, que constituyen la actual base legal que se han expedido y se encuentran en vigencia, permiten viabilizar la gestión y promueven la participación comunitaria, ellos son entre otros:
- Las Reformas Constitucionales en Salud, abren el camino para la formulación y ejecución de políticas de Estado en Salud y establecen el mandato de implementar un sistema nacional de salud y los procesos de cambio que demanda el país y la reforma sectorial.
- El Acuerdo Ministerial N.01229, de Septiembre de 1998 establece:
 - Art. 42 "Garantizar el acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia."
 - Art. 43 "Los programas y acciones de salud Públicas serán gratuitas para todos y que los servicios públicos de atención médica lo serán para las personas que lo necesiten".
 - Art. 46 "El financiamiento de las entidades públicas del SNS, provendrá de aportes obligatorios, suficientes y

oportunos del Presupuesto General del Estado, de personas que ocupan sus servicios y que tengan capacidad de contribución económica y de otras fuentes que señale la Ley”

- En el Decreto Ejecutivo No. 502 del 22 de Enero de 1999 el Señor. Presidente de la República, faculta al Ministerio de Salud Pública el desarrollo y la implementación de sistemas descentralizados de salud que incorporen Modelos de Autonomía de Gestión de los Servicios.
- Con el Acuerdo Ministerial No. 018 del 18 de Marzo de 1999, el Ministerio de Finanzas expide las normas para " Facilitar la utilización de los recursos de autogestión de las entidades y organismos del gobierno central”.

**LOGROS Y/O APORTES A LA REFORMA SECTORIAL
FACILITADOS POR LAS NUEVAS INCORPORACIONES Y/O
MODIFICACIONES AL MARCO LEGAL**

LOGROS Y/O APORTES DEL MARCO JURÍDICO	PORCENTAJE
Ley de descentralización.	17.6
Regulaciones para el financiamiento	12.7
Reformas Constitucionales en salud	11.8
Participación comunitaria	9.3
Organización del Sistema Nacional de Salud	7.5
Modernización de las instituciones	6.1
Participación de Gobiernos Seccionales	4.1
El nuevo modelo conceptual de salud	4.1
Intersectorialidad y redes de servicio	2.7
Optimización de los recursos	1.1
Ninguno.	1.1
No sabe o no responde.	21.9

FUENTE: III. Sondeo de Opinión sobre Políticas de Salud y Reforma Sectorial
ELABORACIÓN: CEPAR.

CREACIONES Y/O INNOVACIONES LEGALES QUE HACEN FALTA PARA FORTALECER LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

REFORMAS LEGALES NECESARIAS	PORCENTAJE
Marco legal funcional y práctico	11.8
Reformar el Código de Salud.	12.9
Excluir la “politiquería” sindicalización	11.5
Crear políticas de Estado con el aporte de lo local	5.0
Impulsar la descentralización	9.6
Elaboración de políticas desde lo local	5.0
Eliminar la medicina rural y ubicar personal de planta en las unidades de salud	4.1
Venta de servicios y fortalecimiento de los mismos.	4.1
Crear el fondo nacional de salud	3.1
Coordinación con otros sectores	2.9
Establecimiento del prepago por lo servicios	2.6
Eliminar el aporte obligatorio al IESS y generar mecanismos para que el usuario pueda optar por otro sistema de aseguramiento.	1.7
Revisar convenios del MSP con las universidades	2.4
Legalización y reconocimiento de la medicina tradicional.	1.7

*FUENTE: III. Sondeo de Opinión sobre Políticas de Salud y Reforma Sectorial
ELABORACIÓN: CEPAR.*

De acuerdo a la información presentada, es evidente el limitado conocimiento, difusión e información sobre los cambios que se han incorporado a la base legal del sector salud.

Ello es posible señalar por cuanto, tanto en la pregunta: **Logros y/o aportes a la reforma facilitados por las nuevas incorporaciones y/o modificaciones al marco legal**, como en la pregunta **Reformas, creaciones y/o innovaciones legales que hacen falta para fortalecer el desarrollo de la reforma del sector salud**, la respuesta no sabe / no responde ocupa el primer lugar con el 21.9% y el 22.5% respectivamente.

Lo que hace presumir el limitado uso que se debe estar dando a los cambios e incorporaciones realizadas al nuevo marco legal; sin embargo, en el grupo que responde se destacan como logros: la formulación de la Ley de Descentralización, las nuevas formas de financiamiento, la redistribución de fondos priorizando necesidades, las reformas constitucionales, el Decreto 502, la participación comunitaria y de la sociedad en salud.

Entre las innovaciones o creaciones legales que harían falta se señalan: el actualizar la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa, actualización y revisión de los Acuerdos Ministeriales, la Ley del Sistema Nacional de Salud, reformas al Código de Salud y de Trabajo. Todo ello, considerando la necesidad de ubicar los cambios en un sistema legal funcional, práctico y un proceso de reforma y modernización institucional que excluya la “politiquería” y el sindicalismo, contribuyendo con ello a la formulación de políticas de Estado que reconozcan y recojan los planteamientos locales en salud.

**DESCENTRALIZACIÓN Y DESCONCENTRACIÓN
EN SALUD**

Como se había señalado, la Ley de descentralización establece la “transferencia de responsabilidades y atribuciones de la administración central, de la función ejecutiva o de los organismos nacionales que concurren en el campo de las actividades seccionales al régimen seccional autónomo”. Este concepto implica que los organismos centrales de decisión ceden a parte del poder que poseen en la fijación y monitoreo de las políticas sociales, transfiriéndolos a los ámbitos locales de decisión y reservando al gobierno central la tarea de dictaminar las directivas generales.

“Es importante adicionar que la descentralización no mejora, por el hecho mismo de hacerlo, la provisión de servicios. Se debe tener en cuenta las particularidades de cada situación, las capacidades regionales y de los recursos humanos para asumir las nuevas responsabilidades, la cultura democrática y el diseño de los programas de transferencias desde las órbitas centrales a las locales. El proceso de descentralización puede tener un costo muy alto si el marco institucional es limitado y no se adapta a las particularidades locales.

En particular se pueden profundizar las heterogeneidades de los servicios e instituciones, lo cual produciría una emigración de personas y recursos desde regiones donde los servicios son de peor calidad y mayor precio hacia aquellas donde la provisión del servicio es más eficiente... Si la descentralización alcanza a la recaudación impositiva, las regiones pobres pueden verse privadas de los fondos que en el modelo centralista recaudaba la administración central para luego distribuirlos mejorando y considerando formas más eficientes y equitativas. Es decir que un exceso de descentralización lleva implícito el riesgo de profundizar las desigualdades. Por otro lado, un proceso de

descentralización puede ser muy caro si cada comunidad debe reproducir todas las actividades que se realizaban anteriormente en forma centralizada.¹⁸

ELEMENTOS QUE SE CONSIDERAN SON FUNDAMENTALES PARA QUE SE PRODUZCA LA DESCONCENTRACIÓN EN SALUD

La organización estatal ha sido caracterizada como desordenada y centralista; el desorden en la organización del Estado se expresa en la superposición de funciones, que se da no sólo entre los niveles de gobierno central, regional y local, sino también en el interior de cada nivel de gobierno: entre ministerios, organismos públicos y municipalidades. Entre las alternativas para superar los problemas que se derivan de esta forma de organización se ha planteado la desconcentración y descentralización de algunas funciones, entre otras, las gerenciales y administrativas:

- Desconcentración: el gobierno central funciona a nivel local en forma de agencias de ministerios, sin la presencia de gobiernos locales. Un ejemplo lo constituyen las oficinas sucursales. Esta modalidad se recomienda para actividades que no pueden ser asumidas de manera inmediata por los gobiernos locales.
- Delegación: El gobierno local actúa como un agente del gobierno central, ejecutando en su nombre ciertas funciones de su responsabilidad.
- Devolución: A diferencia de la anterior, se transfiere al gobierno local no sólo la responsabilidad de implementación o ejecución sino también la capacidad de decisión.

¹⁸ CEPAL, La Descentralización de la Educación y la Salud, Vitacura, Santiago, Chile, 1999

ELEMENTOS NECESARIOS PARA QUE SE PRODUZCA LA DESCONCENTRACIÓN EN SALUD	PORCENTAJE
Fortalecer la capacitación y transparencia del personal en el manejo de fondos, especialmente a nivel local y de los servicios.	26.1
Mejorar la disponibilidad, asignación y organización de los recursos: humanos, físicos, financieros, insumos y materiales.	15.4
Despolitización y reorganización de entidades públicas. Delegación de competencias y facultades. Fortalecimiento del liderazgo del sector salud.	12.0
Crear un marco legal, normas y procedimientos claros para el manejo de los fondos y vigilar su uso.	11.5
Participación comunitaria, actitud favorable al cambio, voluntad política del sector salud.	11.4
Romper el centralismo gerencial y fortalecer los procedimientos técnicos.	8.0
Crear políticas de incentivos por productividad, eficiencia y calidad.	6.0
No sabe no responde.	9.6

*FUENTE: III. Sondeo de Opinión sobre Políticas de Salud y Reforma Sectorial
ELABORACIÓN: CEPAR.*

**ELEMENTOS QUE SE CONSIDERAN SON
FUNDAMENTALES PARA QUE SE PRODUZCA LA
DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD**

El Acuerdo Ministerial No. 01229, en su Artículo 45, señala: “El Estado organizará un Sistema Nacional de Salud que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y

comunitarias del sector y funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa”.

Los encuestados estiman que se podría lograr una verdadera descentralización si se realiza una redefinición del orgánico funcional, administrativo, financiero institucional en el sector salud y, si se introducen cambios en el modelo de atención que permitan una provisión coordinada, integral e integrada de servicios.

ELEMENTOS NECESARIOS PARA QUE SE PRODUZCA LA DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD	PORCENTAJE
Redefinición del orgánico funcional, administrativo, financiero y el cambio del modelo de atención.	14.2
Equidad: asignación y distribución oportuna y necesaria de infraestructura, tecnología y recursos.	14.2
Fortalecimiento y aplicación de un marco legal definido, políticas locales y delegación de funciones.	13.8
Capacitación de los recursos humanos: formación de gerentes y ubicación en cargos directivos.	12.4
Coordinar con otras entidades del sector, fortalecer, la participación comunitaria, social y fijar objetivos comunes.	9.8
Incrementar el presupuesto y financiamiento, implantando la autonomía de gestión.	9.4
Mejorar el compromiso de los trabajadores, sus remuneraciones y el pago oportuno de los mismos.	8.7
Evaluación permanente de la gestión y los servicios.	6.9
No sabe, no responde.	10.6

FUENTE: III. Sondeo de Opinión sobre Políticas de Salud y Reforma Sectorial
ELABORACIÓN: CEPAR.

Además, si se cuenta con suficiente y adecuada infraestructura, tecnología de punta, recursos humanos, equidad en la entrega de recursos, un marco legal definido, con delegación de funciones, políticas locales establecidas, financiamiento, autonomía de gestión y presupuestos suficientes y oportunos.

Se considera que la capacitación del recurso humano es fundamental para lograr una eficiente descentralización, formar gerentes e incorporarlos a cargos directivos, evaluar mensualmente la gestión de servicios, su transparencia, fortalecer el compromiso de los trabajadores, la participación de la comunidad y la coordinación con otras entidades del sector salud.

CUALIDADES DE LOS MUNICIPIOS PARA CUMPLIR UN ROL DE CONCERTACION EN TORNO A LA SALUD EN EL NIVEL LOCAL

Para que los Municipios cumplan un rol de concertación a nivel local, los informantes consultados sostienen que se debe contar con representatividad, legitimación, designación democrática, aceptabilidad, credibilidad, liderazgo, concientización de las autoridades, actitud participativa, negociadora, diplomática, con una cultura de solución de problemas existentes, apertura al cambio y limitar la politización especialmente de las acciones técnicas.

Se considera que los Municipios deben contar con un equipo gerencial con capacidad técnica y una sólida estructura administrativa, financiera, infraestructura física, equipamiento y lo que es fundamental un excelente conocimiento de las necesidades de salud de la población y una visión integral e integrada de la salud pública.

CUALIDADES DE LOS MUNICIPIOS PARA CUMPLIR UN ROL DE CONCERTACIÓN	PORCENTAJE
Liderazgo: representatividad, legitimidad, aceptabilidad, credibilidad, honradez y capacidad.	23.7
Gestión y Organización: participativa, con capacidad de concertación, diplomática, cultura de resolución de problemas existentes, que promueva el desarrollo de la sociedad civil, la coordinación y el dialogo.	19.6
Presupuesto necesario y oportuno, financiamiento adecuado, infraestructura equipamiento y personal suficiente.	16.4
Visión integral e integrada de la salud pública y apertura al cambio.	15.8
Equipo gerencial con capacidad técnica y eficiente estructura administrativa.	13.2
Conocimiento de los problemas y necesidades de salud de la población, las políticas sociales, de salud y la reforma sectorial.	2.0
No sabe o no responde.	9.3

*FUENTE: III. Sondeo de Opinión sobre Políticas de Salud y Reforma Sectorial
ELABORACIÓN: CEPAR.*

LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y LA REFORMA EN SALUD

Más de la mitad de los consultados, consideran que la reforma del sector salud si favorece la participación comunitaria, por lo que se estima necesario fortalecerla.

Un alto porcentaje de los entrevistados que forman parte del MSP, las ONG's, universidades, organismos Internacionales, municipios y consejos provinciales, estiman que el proceso contribuye a la participación comunitaria. Tanto SOLCA como

Sanidad de la Fuerzas Armadas en forma unánime se inclinan a manifestar que la reforma de salud si favorece la participación comunitaria, no así la Comisión de Salud del H. Congreso Nacional donde la mitad de los entrevistados considera que la reforma no está promoviendo la participación institucional, social y comunitaria en la definición y ejecución de las acciones de salud.

Se considera que entre los principales problemas que ha enfrentado la descentralización se ubican la limitada capacidad técnica existente a nivel regional o local y la escasa participación e involucramiento de los actores de la salud en el país.

INSTITUCIONES	FAVORECE LA REFORMA LA PARTICIPACIÓN EN SALUD?		
	SI	NO	NO RESPONDE
MSP, HOSPITAL, CS, SCS.	72.6	14.4	13.0
FUNDACIONES Y ONG´s	68.4	21.1	10.5
MUNICIPIOS Y CONSEJOS PROV.	76.5	17.6	5.9
IESS Y SSC	70.0	23.3	6.7
SANIDAD MILITAR.	33.3		66.7
ORGANISMOS INTERNACIONALES	66.7	22.2	11.1
SOLCA	60.0		40.0
UNIVERSIDADES	58.8	29.4	11.8
COMISIÓN DE SALUD DEL H. CONGRESO NACIONAL	42.9	42.9	14.2
TOTAL	69.8	17.6	12.6

FUENTE: III. Sondeo de Opinión sobre Políticas de Salud y Reforma Sectorial
ELABORACIÓN: CEPAR.

FUNCIONES Y/O COMPETENCIAS DE LOS CONSEJOS PROVINCIALES DE SALUD

Ante la propuesta de crearse los Consejos Provinciales de Salud, el grupo de estudio identifica la necesidad de que se establezcan convenios intersectoriales, se defina la cooperación y coordinación intersectorial, se cumplan las disposiciones legales y asuman las funciones determinadas en las mismas. Además, se fortalezcan los mecanismos de gestión, generando políticas locales de salud, evaluando las acciones de salud, partiendo de un análisis situacional de la realidad provincial y desarrollando programas que garanticen la calidad. Muy pocos consideran que no deben crearse los consejos provinciales de Salud ya que se produciría más burocracia, el país ya dispone de suficientes entidades para cumplir con la gestión en salud por lo que es necesario fortalecerlos y garantizar su eficiencia.

FUNCIONES Y/O COMPETENCIAS DE LOS CONCEJOS CANTONALES DE SALUD

Los entrevistados consideran que entre las funciones más importantes que deben cumplir están las de: planificación, coordinación, evaluación, promoción de la salud, fortalecimiento de la participación de los actores de salud, de los sistemas de provisión de servicios, la evaluación de las acciones y ejercer un liderazgo en salud y en la toma de decisiones. Un pequeño porcentaje estima que no deben existir y que no deben crearse estos concejos, un 12.1% no sabe o no responde a la inquietud planteada.

**FUNCIONES QUE DEBERIAN ASUMIR LOS
CONSEJOS PROVINCIALES DE SALUD.**

FUNCIONES QUE DEBERIAN ASUMIR LOS CONSEJOS PROVINCIALES DE SALUD.	PORCENTAJE
Organización y Gestión: coordinación intersectorial, participación de todos los actores de la salud, crear una red de servicios, fortalecer los mecanismos de gestión y apoyar los programas del MSP.	29.5
Generar políticas locales de salud que favorezcan las áreas críticas y grupos vulnerables y conducción del proceso de fortalecimiento de las acciones de salud.	19.8
Desarrollar programas de garantía de calidad, evaluación de acciones de salud en la provincia y de los logros alcanzados.	19.1
Fortalecer el modelo de atención: en base a un análisis de la realidad provincial, con priorización de problemas, creación de servicios de atención integral y priorizar a la promoción de la salud.	6.7
Control y supervisión del gasto en salud. Fortalecimiento del financiamiento para la salud.	7.0
No está de acuerdo, no deben existir.	5.9
Cumplir disposiciones de Ley	2.4
No sabe o no responde.	9.6

*FUENTE: III. Sondeo de Opinión sobre Políticas de Salud y Reforma Sectorial
ELABORACIÓN: CEPAR.*

FUNCIONES QUE DEBEN ASUMIR LOS CONCEJOS CANTONALES DE SALUD

FUNCIONES QUE DEBEN ASUMIR LOS CONCEJOS CANTONALES DE SALUD	PORCENTAJE
Promocionar de la salud cantonal, vigilancia epidemiológica, investigación en salud y cobertura universal.	26.9
Formular políticas locales de salud, planificar las acciones, fortalecer la toma de decisiones y el liderazgo en salud.	22.2
Garantizar el financiamiento de la provisión de servicios: fortaleciendo la coordinación de los presupuestos y ubicando alternativas de financiamiento.	16.1
Mejorar la organización y gestión: coordinación interinstitucional, creación de sistemas de información, apoyo a programas del MSP, participación de todos los actores de la salud.	13.4
Evaluar las acciones, el cumplimiento de las metas y coberturas.	5.3
No deben crearse.	3.3
No sabe o no responde.	12.8

*FUENTE: III. Sondeo de Opinión sobre Políticas de Salud y Reforma Sectorial
ELABORACIÓN: CEPAR.*

REFLEXIONES FINALES:

Con la información presentada a través de los sondeos de opinión, ejecutados por el CEPAR en estos últimos años, se aspira contribuir a fortalecer y/ reorientar los cambios e iniciativas que se ejecutan y proponen implementar en el proceso de reforma del sector salud en el país. Valorar las limitaciones, fortalezas del proceso, la actitud y nivel de conocimiento que los actores del sector tienen sobre las propuestas, insumo que se considera de significativo valor para alcanzar las metas establecidas.

En esta búsqueda de opinión han participado informantes que tienen responsabilidades políticas, técnicas, administrativas, de difusión, comunicación, educación y capacitación ante las demandas de la reforma sectorial. Informantes de opinión que son parte de instituciones, organizaciones gubernamentales, sociales, comunitarias, políticas y medios de comunicación.

Los planteamientos de cambio propuestos como parte de la reforma del sector salud se consideran deben ser ubicados tanto en los procedimientos de organización y gestión como en los de financiamiento y provisión de servicios.

En relación con la organización y gestión:

- Se considera que no ha sido posible implantar un modelo de organización que incorpore la coordinación funcional de quienes ejecutan acciones de salud en el país. En principio, se reconoce el esfuerzo por darle al Consejo Nacional de Salud esta función y además, el establecer las Entidades Locales de Gestión como organismos encargados de planificar y evaluar las acciones de salud. “Es indispensable la participación de todos los actores del sector salud en el Consejo Nacional de Salud, aplicar sus políticas y disponer

de una legislación nacional que permita regular las acciones del sector”.

- En un inicio se consideró que el proceso de reforma debía ser liderado por un organismo mixto que involucre a todos los actores del sector salud. Actualmente, ante la dificultad de poder establecer acuerdos y observar que en la práctica las instituciones han decidido, por sí solas, ejecutar su propuesta de cambio, se estima que el MSP, ejerciendo su rol de rector y fortaleciendo sus sistemas de organización, gestión y financiamiento, debería asumir la conducción y el liderazgo de la reforma sectorial.
- Se describe el proceso de reforma sectorial como: parcial, poco participativo, institucionalizado en el Ministerio de Salud Pública y como una propuesta de Gobierno. En contraposición se estima que la reforma debería ser una propuesta del Estado que obligue, en la práctica y no únicamente como una declaración Constitucional, legal o política, la vinculación de todas las instituciones y organizaciones que actualmente forman parte del sector salud.
- Se señala que es importante establecer mecanismos de coordinación, complementación y un liderazgo alrededor de la reforma que permita orientar el proceso de cambio y su conducción; en ello, ha sido una seria limitante la aguda crisis por la que atraviesan las instituciones del sector salud en el país. Adicionalmente, aún no se hace evidente una decisión política desde el Estado que permita conducir el proceso, por lo que, como se ha señalado, los distintos actores institucionales gubernamentales y no gubernamentales involucrados en el sector salud se encuentran realizando esfuerzos aislados y particulares por superar sus crisis, esfuerzos que no contribuyen a lograr una propuesta nacional.

- Se considera que las propuestas de cambio han generado mucha polémica y por lo tanto escasos acuerdos y consensos, especialmente en los sectores gremiales, políticos y sindicales. Es fundamental fortalecer la vinculación y el establecimiento de compromisos de estos actores en la formulación y ejecución de las proposiciones de reforma. “En el trabajo conjunto es importante el diálogo, acercamiento de las partes y buscar políticas comunes para evitar que cada cual trabaje por su lado, lo que determina que no lleguemos a ningún punto en concreto”.
- Se estima fundamental formular un Plan Nacional de Salud con la participación de todos los actores del sector. “Los programas responden a acciones absolutamente coyunturales que no llevan a alcanzar metas a largo plazo, los programas cambian con el cambio de las diferentes autoridades..., los programas que existen en salud son solamente parches, se toman medidas para borrar problemas y calmar la opinión pública pero no se buscan soluciones a la raíz de los problemas”.
- La organización de redes locales de atención de salud, bajo la conducción del MSP, en coordinación con los Gobiernos Municipales, debe establecer mecanismos que permitan la coordinación, complementariedad, fortalecer la calidad, calidez, responsabilidad, el establecimiento de normas legales y técnicas que permitan la regulación del mercado de proveedores, fortalezcan su articulación y la satisfacción del usuario.
- Las estrategias para fortalecer la formulación, diseño y /o ejecución de Políticas Nacionales en Salud, focaliza el enfoque al desarrollo del recurso humano, enfatizan en la asignación de recursos económicos y financieros, el fortalecer los procesos de descentralización, con la creación de comisiones interinstitucionales y la participación comunitaria.

En resumen, se estima que los elementos que deberían formar parte del nuevo modelo de organización y gestión en salud deberían ser: coordinado, participativo, autónomo, descentralizado y desconcentrado, promotor del desarrollo humano permanente y la educación continua del personal de salud y la autogestión eliminando los servicios gratuitos, favoreciendo la capacidad de negociación, elevando la capacidad resolutoria, el poder de negociación de los servicios y la formación de redes plurales de salud, el sistema debería ser financiado adecuadamente, con disponibilidad suficiente y oportuna de recursos humanos, económicos, financieros, insumos y materiales, con absoluta claridad sobre, la responsabilidad del Estado, los roles institucionales, liderazgo del MSP, óptima gerencia y planificación institucional.

En relación con el financiamiento:

- Se ubican cuatro potenciales vías para el financiamiento de la salud en el país: los recursos del sector público, los del sector privado, las fuentes internacionales y los usuarios. El presupuesto del Estado debe ser la principal fuente, el apoyo del sector privado en segundo término y otras fuentes alternativas en tercer lugar.
- Se demanda un incremento en el presupuesto del Estado para la salud, el mismo que debería proveer una distribución equitativa, atendiendo con prioridad a la población de menores recursos y de zonas desprotegidas.
- Se destaca la necesidad de: “fortalecer la autogestión, el establecimiento de tarifas que consideren la capacidad de pago de los usuarios, la ubicación de préstamos no reembolsables, la creación de fondos locales y de solidaridad en salud. Además la formulación de leyes especiales o el incremento de las cargas impositivas a los consumos selectivos.

- La propuesta de establecer el cobro por los servicios de salud en el sector público es acogida favorablemente por la mayor parte de los entrevistados. Estiman importante, para la definición de las tarifas: considerar la situación social y económica de las familias, que sea la comunidad quien asuma esta responsabilidad, se cuente con una investigación social que determine el nivel de pago, se establezca un paquete de prestaciones y una clara categorización y acreditación de los servicios y proveedores.

En relación con la provisión de servicios:

- Se estima necesario fortalecer la incorporación y el trabajo coordinado con las organizaciones no gubernamentales en la provisión de servicios de salud; ellas dinamizarían la atención a los usuarios por no estar sujetas a determinadas decisiones de tipo político y exagerados trámites administrativos... Es importante mantener convenios recíprocos de cooperación en la venta y compra de servicios”.
- “Los programas que se ejecutan en salud son parciales y sin coordinación, se implementan y no tienen el respaldo necesario, especialmente, económico”.
- Es fundamental incorporar el cumplimiento de estándares de calidad, “la atención que actualmente se brinda en las unidades de salud es ineficiente, carente de calidad y calidez”.
- Es importante priorizar las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. No todos los actores están de acuerdo en la prioridad asignada al fortalecimiento de los hospitales como estrategia de la modernización de los servicios de salud sin embargo, se considera que es fundamental apoyar las acciones dirigidas a mejorar los servicios de atención primaria de la salud.

- El costo de la medicina privada es muy elevado y “no todos los servicios son buenos... se deberían establecer sistemas que permitan regular. Ante la necesidad de ubicar respuestas a su situación de salud, en muchos casos los usuarios acceden a estos servicios deteriorando el consumo de bienes como: alimentación, vivienda, educación, recreación, entre otros.

En general, se señala que los elementos que deberían formar parte de los nuevos modelos que orienten conceptualmente la reforma y la prestación de servicios de salud deberían ser: lograr la definición de una política de salud que incorpore los principios de equidad, solidaridad, universalidad, eficiencia, calidad e integralidad, fortalecer la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la capacitación del recurso humano con una visión integral de la salud, las iniciativas locales y la comunicación social, la participación comunitaria y la vinculación de las organizaciones indígenas, la acreditación de los prestadores de servicios, la coordinación y coparticipación interinstitucional y el trabajo en equipo. Sobre la base de una política de salud con un alto grado de sostenibilidad y en función de las necesidades de salud y satisfacción de los usuarios.

En relación con los recursos humanos en salud:

- Se considera necesario implementar una reforma universitaria que involucre: un mayor contenido de la Salud Pública, una actualización permanente de los contenidos, cambios en el pensum académico en acuerdo con las necesidades de salud de la población y la realidad epidemiológica del país, la implementación de sistemas de educación continua y en servicios, la formación de gerentes en salud, fortalecer la investigación en salud y la oferta de becas.
- Se requiere mejorar la comunicación entre el MSP y las instituciones formadoras de recursos humanos, formar

personal con capacidad de responder a las necesidades de salud de la población, el establecimiento de sistemas de acreditación de las instituciones formadoras.

- Se estima que la reforma debe fortalecer la capacitación en temas como: articulación de la medicina tradicional y otro tipo de prácticas a la prestación de servicios, la autogestión, la acción intersectorial, la asignación de recursos ligada a resultados y la satisfacción de los usuarios, la administración del sistema de suministros y medicamentos, los sistemas de información en salud, la coordinación intersectorial y la reforma de la Seguridad Social, la administración de personal, el mercado de trabajo y las condiciones laborales, la acreditación y el marco jurídico.
- Se señala que el proceso de reforma permitirá mejorar la distribución de los recursos humanos en el país, se tiene confianza que los cambios favorecerán el empleo y se ampliará el mercado laboral; sin embargo, existe un importante grupo de opinión que estima que la reforma será un generador de desempleo y subempleo.
- La mayor parte de entrevistados estima que al incorporarse sistemas de incentivos por productividad y desempeño se operaran cambios en el régimen salarial y mejorarán las remuneraciones, se modificarán los horarios y se extenderá la jornada de trabajo debido a la incorporación de la flexibilización laboral y el pago por resultados.
- La reforma obligará a una reorganización del trabajo para mejorar el modelo de atención, implantará nuevos criterios de evaluación a partir del desempeño y la capacitación, la profesionalización como base de la acreditación y mejoramiento de la competencia y elevados niveles de control del ejercicio profesional. En

este mismo sentido, la mayor parte de informantes de opinión señala que la reforma del sector salud promoverá cambios en la administración de personal, entre ellos: mejorar la programación, selección, reclutamiento y definición de los requerimientos económicos y financieros del personal de salud, especialmente en el nivel local, elementos que han sido formulados como parte de la descentralización. Son también importantes sus señalamientos con relación a las nuevas formas de contratación por tiempo parcial, por servicios o productos, la flexibilidad laboral, la disminución de recursos en el sector público y su optimización.

Finalmente, los informantes de opinión identifican como los principales logros y limitaciones de la reforma a:

Logros: Los principales logros son la descentralización, la formación de entidades de gestión local, el fortalecimiento del modelo conceptual de atención que privilegia la promoción de la salud y demanda elevar los niveles de calidad y calidez en las prestaciones, la incorporación de la salud como parte de las reformas constitucionales y la necesidad de cambiar para mejorar las condiciones de salud. Sin embargo, se reconoce que no existe un procedimiento establecido para monitorear y/o evaluar su impacto.

Limitaciones: se reconocen los siguiente hechos: la crisis del país, la falta de recursos económicos, de infraestructura y las bajas remuneraciones especialmente en el sector público, los problemas políticos, la corrupción, la falta de credibilidad, lo poco participativo del proceso, la falta de información, el sindicalismo, la resistencia al cambio, la poca aplicabilidad de las regulaciones y normas establecidas, el cambio constante de autoridades, la ausencia de un proyecto global detallado, el centralismo, la priorización de proyectos que no contribuyen significativamente con las propuestas de cambio, la ausencia de un Sistema Nacional de Salud y la falta de liderazgo sectorial.

BIBLIOGRAFÍA

1. CEPAR. ECHEVERRÍA, R., El Proceso de Reforma del Sector Salud en el Ecuador, 1992 – 1997: Aportes para el debate. 1era.Ed. Quito.1997
2. CEPAR-OPS/OMS, MSP, IESS, ISSP, REDSP, Memorias del Seminario Taller Funciones Esenciales de la Salud Pública, Retos para el Desarrollo de los Recursos Humanos frente a la reforma Sectorial, Salud Pública Educación y Reforma. Quito, Marzo 1999.
3. OMS, OPS, Salud Para Todos en el año 2.000 La carta de Ottawa, 1986
4. Granda Edmundo, La Formación en Redes de Salud, Correo Poblacional, Vol. 7 CEPAR, Quito, Agosto 1999
5. Barreto Barrera, Carrión, Ciudades y Pueblos saludables, Lineamientos para la promoción de la salud en ciudades y pueblos del Ecuador. Convenio OPS – Ciudad Quito, Junio 1996.
6. MSP / CONSEJO NACIONAL DE SALUD, Rol del Estado, Políticas Nacionales de Salud y Reforma Constitucional, propuesta para mejorar la salud de todos los ecuatorianos, Auspicio CEPAR Quito, Julio de 1998
7. Rodas, Andrade Edgar, Ministro de Salud Pública, Informe Anual de Actividades, Quito, 10 de Agosto de 1999
8. Sotelo, Júan Manuel M.C, M.S.P, . La Salud desde el Municipio, una Estrategia para el Desarrollo, Salud Pública de México julio-agosto de 1998.6.
9. Barragán, Arenas, Italo, Recursos Humanos en Salud en el Ecuador, OPS / OMS, Septiembre 1993.

10. French, Bell, Desarrollo Organizacional, El Cambio, quinta edición Quito, 1998
11. "The American Medical Association" Quality of Health Care, Quality Management. Epstein A New Engl. J. Med., 335: 1228-31, 1996
12. SCHMIDT, America Latina, Entre la Polarización del Mercado Mundial y la Apertura, CAAP; Quito, 1992.
13. MSP, Convenio Hipólito Unanue, CIAR, Reforma del Sector Salud en el Area Andina, Quito, Ecuador 1996
14. Henriquez, F, El Gasto en Servicios de Salud en el Ecuador, en Gestión N.23, Quito, Mayo de 1996
15. MSP, Acuerdo Ministerial N.01229, Quito, Septiembre de 1998.
16. CEPAL, La Descentralización de la Educación y la Salud, Vitacura, Santiago, Chile, 1999.
17. OPS, PROGRAMA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS. DIVISIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD. Gestión Descentralizada de Recursos Humanos de Salud en la Reforma Sectorial. Cambios y Oportunidades. Washington, 1996.