

Anita Krainer y María Fernanda Mora
Coordinadoras

Actores, procesos y retos de la descentralización en Ecuador

Una mirada retrospectiva a la década 1998-2008

Juan Ponce
Director FLACSO Sede Ecuador

Barbara Hess
Directora Residente -GIZ

Christian Breustedt
Responsable del Programa PROMODE-GIZ

Autores:

Susan Rina Velasco Portillo (FLACSO)
Jimena Sasso (FLACSO)
Carlo Ruiz Giraldo (GIZ)

Equipo de apoyo:

Carlo Ruiz Giraldo (GIZ)
Diana Balarezo Vinueza (FLACSO)
Rubén Álava Cajiao (GIZ)



Actores, procesos y retos de la descentralización en Ecuador / coordinado por Anita Krainer y María Fernanda Mora. Quito: FLACSO, Sede Ecuador: Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), 2013

136 p. : cuadros y gráficos

ISBN: 978-9978-67-403-1

DESCENTRALIZACIÓN ; ASPECTOS POLÍTICOS ; ASPECTOS JURÍDICOS ; CONSTITUCIONES ; LEGISLACIÓN ; MEDIO AMBIENTE ; SALUD ; GOBIERNO LOCAL ; ECUADOR

352.283 - CDD

© De la presente edición:

FLACSO, Sede Ecuador

La Pradera E7-174 y Diego de Almagro

Quito-Ecuador

Tel.: (593-2) 323 8888

Fax: (593-2) 323 7960

www.flacso.org.ec

Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

Agencia Quito

Íñaquito E3- y Av. Amazonas

Casilla 17-07-8721

Quito - Ecuador

Tel.: (593-2) 243 6333

Fax: (593-2) 243 9907

giz-ecuador@giz.de

www.giz.de

ISBN: 978-9978-67-403-1

Cuidado de la edición: Paulina Torres

Diseño de portada e interiores: FLACSO

Imprenta: Creatibros

Quito, Ecuador, 2013

1ª. edición: septiembre de 2013

Esta publicación fue financiada por la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH por encargo del Ministerio de Cooperación Económica y Desarrollo (BMZ) del Gobierno Federal de Alemania, a través del Programa de Modernización y Descentralización del Estado (PROMODE).

Las ideas y las opiniones expresadas en esta obra son las de los autores y no reflejan necesariamente el punto de vista de la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH.

Índice

Presentación	7
Introducción	8
<i>Anita Krainer y María Fernanda Mora</i>	
La influencia de los actores multinivel en la descentralización ambiental en Ecuador (1998-2008)	15
<i>Susan Rina Velasco Portillo</i>	
Descentralización del sector salud en Ecuador (1998-2008)	59
<i>Jimena Sasso</i>	
La transición hacia una nueva forma de descentralización: El proceso de reforma del Estado en Ecuador a raíz de la aprobación de la Constitución del 2008	95
<i>Carlo Ruiz Giraldo</i>	

Descentralización del sector salud en Ecuador (1998-2008)

Jimena Sasso*

Una revisión histórica

Desde mediados de la década de los noventa, en correspondencia con el contexto global y nacional de debate sobre descentralización en el marco de la reforma del Estado, se impulsó una discusión sobre la necesidad de reorganizar el sector salud. La modernización del Estado, y en particular la del sector salud, estuvo respaldada por entidades financieras internacionales como el Banco Mundial (BM) a través de créditos condicionados a la realización de los ajustes estructurales (reducción del Estado, liberalización del comercio, privatizaciones, etc.) como sucedió con el proyecto de Modernización de los Servicios de Salud (MODERSA). En la discusión interna nacional, las propuestas de reforma fueron variadas, las primeras se centraron en promover cambios a la seguridad social mientras que otras lo hicieron en el acceso a la salud.

A continuación, se realiza un recorrido histórico que permite identificar las primeras propuestas de reforma de los años noventa así como los

* La autora es licenciada en Ciencias Políticas y Administración Pública de la UNAM (México) y Maestra en Ciencias Sociales con mención en Estudios Socioambientales de la FLACSO-Ecuador. Ha realizado investigaciones cortas relacionadas con economía solidaria, descentralización, seguridad social para el Boletín Actuar en Mundos Plurales del programa de Políticas Públicas de la FLACSO-Ecuador. También se desempeña como profesora de cursos virtuales en la misma institución. Actualmente está iniciando sus estudios de doctorado en la UNAM (jime.sasso@gmail.com).

cambios que fueron realizados a partir de la promulgación de la Constitución de 1998. Más adelante se revisa el rol de diversos actores involucrados tanto en el debate como en el proceso de descentralización del periodo 1998-2008, objeto de este estudio. En este capítulo se busca identificar de qué manera la posición de los actores involucrados influyó en la descentralización del sector salud en el Ecuador, en ese periodo. Además se sugieren algunos temas que, tras la revisión bibliográfica, las entrevistas y el análisis realizado se identificaron como nudos críticos que podrían ser estudiados a profundidad en futuras investigaciones.

La crisis del sector salud

El sector salud comenzó a conformarse en 1967 cuando se creó el Ministerio de Salud Pública. Al nuevo ministerio se integraron instituciones como la Dirección de Sanidad, la Asistencia Pública, la Misión Andina y la atención municipal. Durante el Gobierno nacionalista de Rodríguez Lara (1972-1976) y en un contexto de bonanza petrolera, se estableció como eje de la política estatal de salud la ampliación de la cobertura, bajo la premisa de construir “un sistema de salud al que debería acceder toda la población del país, sin ninguna distinción de edad, etnia, sexo o condición socioeconómica” (Velasco, 2011: 325). Con este objetivo se extendió la infraestructura de servicios de salud:

De 72 centros comunitarios (...) en 1967, se edificaron 1760 más hasta la década del ochenta. Esta tendencia continuó con otros gobiernos y solo se detuvo en la década del noventa con el nuevo modelo neoliberal que restringió el gasto en salud. Para 1994, la cifra de establecimientos llegó a 2693 y en los siguientes 12 años solo se incrementaron 305 unidades, elevándose en 2006 a 2998 unidades ambulatorias de salud (Velasco, 2011: 325).

Sin embargo el sistema de salud integrado por diversos niveles decisorios no logró ser consolidado. Como explica Velasco (2011) entre 1990 y 2005 multiplicaron sus actividades diversas instituciones de salud tanto públicas

(Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social –IESS–) como privadas, con y sin fines de lucro (seguros privados y servicios de fundaciones y de la Junta de Beneficencia de Guayaquil) y con cobertura territorial y poblacional disímil (Municipio de Quito, servicios médicos especiales para la Policía y la Marina). Esta proliferación de instituciones de salud no fue controlada ni integrada al sistema de salud del Ministerio de Salud Pública (MSP), mostrando éste una reducida capacidad de liderazgo político-técnico.

Con la consolidación de las políticas neoliberales, el Ministerio redujo aún más su campo de acción, hubo una mínima inversión en infraestructura (entre 1999 y 2006 no pasó el 0,3% del producto interno) y se inició con el cobro de servicios en los hospitales, que recuperaban el 15% de su presupuesto mediante el pago de la población (Velasco, 2011: 326).

En este contexto, los debates sobre la reforma del Estado en general, y del sector salud en particular, estuvieron basadas en una realidad que mostraba un desorganizado sector salud, con un ministerio sin capacidad rectora y sin presupuesto. La mayoría de las propuestas de reforma que se realizaron en ese tiempo buscaban formas de financiamiento y abogaban por la disminución e incluso eliminación de los servicios brindados por el Estado. “En la lógica de mercado, el Estado era una barrera para el desarrollo de los sistemas de salud –barrera para privatizar la atención– y no un factor del desarrollo” (Brito, 2010 citado por Velasco, 2011: 326).

Las primeras propuestas de reforma al sector salud estuvieron ligadas a la transformación de la seguridad social. En efecto, “antes que las reformas del sector salud como tal, están como telón de fondo las propuestas de reforma a los esquemas vigentes de seguro o seguridad social y a menudo asociadas con políticas de privatización de empresas y servicios de área económica” (Echeverría, 1997 citado en CEPAR, 2000: 39). De acuerdo con este autor, lo que se buscaba con la reforma a la seguridad social era básicamente la liberación de los recursos de los seguros sociales en el mercado de capitales, bajo el argumento de que los cuantiosos ahorros de los fondos de pensiones deberían tener algún beneficio financiero. Así mismo, debido a que la salud es una de las prestaciones más importantes de todos los regímenes de seguridad social, la reforma de éstos tendría una alta influencia en la reforma al sector salud.

Al mismo tiempo que se discutía sobre la necesidad de abrir la seguridad social al mercado financiero, la reforma al sector salud como tal se fundamentó en el consenso generalizado sobre la situación de crisis interna, expresada en la incapacidad de cubrir en cantidad y calidad la atención de la salud de la población ecuatoriana, además de problemas de financiamiento, altos costos del servicio y predominio de la atención curativa sobre la preventiva (CEPAR, 1999). Esta crisis fue expresión y a la vez consecuencia de los problemas macroeconómicos del país, así como de la orientación de una gran parte del presupuesto nacional al pago de la deuda. En este periodo conocido como la “reforma silenciosa” del sector salud se redujo paulatinamente el presupuesto para salud: “El gasto en salud se ha reducido de 8,6% del Presupuesto General del Estado en 1988, a 7,5% en 1992 y 4,9% en 1995” (CIDH, 1997) mientras que para 1999 el presupuesto asignado para salud bajó a 3,8% y a 2,8% en el 2000, dedicando en cada uno de estos dos años el 38% y el 54% respectivamente, al pago de la deuda externa (CDES, 2002: 5).

Como explica Delgado (2009) con base en la información del Banco Central, el gasto en salud frente al presupuesto del Gobierno central (PGC) en el 2000 fue el más bajo debido a la crisis de 1999. De 1998 al 2000 bajó de 3,5% al 2,4% del PGC para aumentar poco a poco a 3,3% en 2001, 4,8% en 2002 para llegar a 6,16% en 2006, representando no más del 2,85% del PIB en este año.

Al tiempo que el Gobierno reducía el presupuesto para salud, se autorizó el cobro de servicios en los hospitales gratuitos, lo cual excluyó del acceso a la salud a personas de bajos recursos así como a indigentes (CIDH, 1997). Así, la crisis del sector salud era tanto de presupuesto como de gestión y se expresaba en problemas como el poco abastecimiento de medicamentos, la baja disponibilidad de camas así como la mala distribución y la insuficiencia de los recursos (CIDH, 1997). En el contexto de máxima neoliberalización, durante el Gobierno de Durán Ballén, se realizó la primera propuesta de reforma a la salud que partía desde la seguridad social.

Las propuestas de reforma

La propuesta del CONAM

El primer proyecto de reforma fue realizado en 1994 y presentado en abril de 1995 por la Comisión de Reforma de la Seguridad Social del Consejo Nacional de Modernización (CONAM), institución recién creada por la Ley de Modernización de 1993. Esta es tal vez la propuesta más claramente ligada a los conceptos neoliberales en los que prevalecen principios mercantiles. Así, la salud se entendía como un bien productivo “esencial para aumentar la productividad del país e indispensable para adquirir competitividad” (Echeverría, 1997 citado en CEPAR, 2000: 44) en tanto garantiza el mejor rendimiento de los trabajadores en un contexto internacional cambiante y demandante. De ahí que se haya enfocado principalmente en la seguridad social como medio de reparación de la salud de los trabajadores. Asimismo, esta iniciativa incluyó al sector privado como un nuevo actor en el servicio, financiamiento y gestión de la salud. Consideraba que el financiamiento, la administración, la gestión y la provisión de servicios debían ser mixtos, es decir público-privado, dando espacio a la medicina pre-pagada y los pagos individuales. “El trasfondo es a todas luces, la creación de un mercado de aseguramiento donde se abra la participación de empresas privadas, y con ello abrir el camino a la privatización del IESS” (Echeverría, 1997 citado en CEPAR, 2000: 47). Esta propuesta se centró, pues, en el seguro médico más que en la reforma del sector salud de una manera amplia.

El año 1995 fue de gran debate sobre la reforma del Estado en general, además de la discusión sobre el sistema de seguridad social ecuatoriano, el Gobierno de Durán Ballén presentó otros asuntos relacionados con la modernización del Estado entendida como privatización, siguiendo los preceptos de la Ley de Modernización. Temas como la despolitización de la justicia, la eliminación de los sindicatos públicos y la privatización de áreas estratégicas como el petróleo, las telecomunicaciones y la electricidad fueron propuestas de reforma constitucional desde la presidencia, las cuales, al no ser aprobadas por el Congreso, fueron sometidas a consulta

pública en noviembre de ese año. Dicha consulta, que fue calificada por unos sectores como una acción torpe desde el gobierno y por otros como una verdadera acción de participación de la ciudadanía, resultó negativa para el presidente. En el caso de la seguridad social, se preguntaba sobre si la afiliación al IESS debería ser obligatoria y sobre la libertad de cada persona para escoger el seguro al cual afiliarse. En un análisis de coyuntura realizado por Carlos Arcos y Roque Espinosa (1995), ellos identificaron que quienes apoyaban el “sí” con la campaña “Por un país sano, vota Sí” eran principalmente los sectores empresariales a través de las Cámaras, el sistema financiero nacional, las autoridades monetarias e, incluso, organismos como el Fondo Monetario Internacional (FMI). Si bien su discurso oficial era el de la búsqueda de una mejoría en la salud y en las condiciones de jubilación, lo que se encontraba en el fondo de sus argumentos era el interés por acceder a los ahorros de las aportaciones al IESS, que ascendían a 90 mil 57 billones de sucres y que serían puestos a funcionar en el mercado de capitales. Tal como Arcos y Espinosa (1995: 5) sostienen,

lo preocupante, en este sentido, de la campaña a favor del Sí es que más allá de resaltarse las bondades abstractas de un sistema privado que tiene como telón de fondo el acceso a una impresionante cifra de recursos financieros, ignora los problemas sociales vinculados a una efectiva prestación de servicios por parte del sistema de seguridad social, entre ellos el servicio de salud.

Por el otro lado, quienes se manifestaban en contra de la liberalización de la seguridad social eran básicamente centrales sindicales, el movimiento indígena y campesino, la burocracia estatal y los propios trabajadores del IESS. Su argumentación estaba enfocada a la dificultad que enfrentaría el IESS en caso de ser desfinanciado, al pasar todas las aportaciones a las administradoras privadas, debiendo atender, sin embargo, a un universo creciente de afiliados. La privatización de las aportaciones significaría además, romper con el principio de solidaridad que permitió la existencia del Seguro Social Campesino. El problema respecto al “no”, era que en su interés por evitar la privatización del IESS desconocían los problemas reales de dicha institución y de la seguridad social ecuatoriana: “el 70% de

los ecuatorianos no acceden a ningún sistema de seguridad. Menos del 1 por ciento acceden a seguros privados, el 18,5 por ciento al IESS y el 9,9 por ciento al Seguro Campesino. Una conclusión es evidente: la seguridad social actual es el privilegio de una minoría” (Arcos y Espinosa, 1995: 5).

Si bien en ese momento se suspendió la división del sistema de seguridad social entre público y privado como consecuencia de los resultados de la consulta, con la Constitución de 1998 se aprobó que la prestación de la seguridad social se realizará “con la participación de los sectores público y privado, de conformidad con la ley” (Art. 55). En consecuencia “se separaron los fondos y los seguros (entre ellos los de salud) y se dispuso la reforma legal” (Aguilar Santacruz, 2007: 373). La nueva ley de seguridad social conocida como Ley 2001-55 en la que se formuló el régimen mixto, se expidió en noviembre de 2001. Con esto quedó abierta la puerta para la entrada de las aseguradoras privadas.

Propuestas de la Comisión Bi-Ministerial y del CONASA

La comisión Bi-Ministerial se formó con integrantes de los ministerios de Salud y de Bienestar Social en mayo de 1994 así como representantes de otras instituciones del sector salud. Esta comisión formó a su vez una Subcomisión Técnica encargada de producir una propuesta de reforma al sector salud, la cual contó con el apoyo del BID y fue presentada en diciembre de 1996. Durante la elaboración de esta propuesta se mantuvieron reuniones con la comisión paralela del CONAM que generó la propuesta revisada arriba, sin embargo, a pesar de que consideró la posibilidad de integrar los dos grupos técnicos “hubo oposición de algunos delegados institucionales por considerar que la propuesta de la Comisión Bi-ministerial debe ser más comprensiva y alternativa a la del CONAM” (Echeverría, 1997 citado en CEPAR, 2000: 30).

Esta propuesta se centró en el sector salud más que en la seguridad social. Consideraba que la reforma “debería comprender los cambios que se requieren no sólo en el sistema de provisión de servicios, sino en todo el proceso de atención; al mismo tiempo que debería promover modificaciones

en el sistema social orientadas a mejorar la calidad de vida de la población” (Echeverría, 1997 citado en CEPAR, 2000: 51). Así mismo, se propuso como modelo de gestión la descentralización, autonomía y autogestión de los hospitales del MSP y del IESS y de las áreas de salud del MSP. También le dio un rol central a los municipios y a las organizaciones sin fines de lucro de la sociedad civil en la gestión del aseguramiento y de la provisión de servicios (Cfr. Echeverría, 1997 citado en CEPAR, 2000). Planteó además que el IESS se mantenga como entidad central de aseguramiento en el régimen contributivo y el Seguro Social Campesino en el régimen subsidiado.

Sin embargo, la propuesta de esta Comisión no tuvo mayores consecuencias, pues la Comisión se disolvió en diciembre de 1994 y el espacio de la discusión sobre la reforma se copó con el tema de la reforma –privatización de la seguridad social y el llamado a la consulta popular en 1995.

La tercera propuesta que se realizó fue la del Consejo Nacional de Salud (CONASA), presidido por el entonces Ministro de Salud, Alfredo Palacio. El trabajo del CONASA se realizó a través del Grupo Técnico de Reforma y de la Comisión Técnica de Reforma creados expresamente para preparar “una propuesta de Lineamientos Generales para la Reforma del Sector Salud en el Ecuador y un Plan Operativo para el primer año de trabajo, los cuales fueron aprobados por el CONASA en septiembre de 1995” (Echeverría, 1997 citado en CEPAR, 2000: 56).

La propuesta del CONASA, que fue presentada en abril de 1996, consideraba que la reforma del sector salud debía necesariamente ir de la mano con las acciones de otros sectores; planteaba la necesidad impulsar la creación de un Sistema Nacional de Salud (SNS) y que el MSP debía ser fortalecido en sus capacidades de dirección, regulación y control, principalmente, pues la administración de los servicios podría ser manejada de manera descentralizada y autónoma. En este sentido, tenía como una de las estrategias principales de reforma, “la desconcentración y la descentralización a nivel local que posibilite el desarrollo de una gestión más autónoma de los servicios, la participación de los gobiernos locales, la focalización y los mecanismos de control social” (Echeverría, 1997 citado en CEPAR, 2000: 59). De manera similar a la anterior, esta propuesta sugirió que debía haber un sistema de aseguramiento universal.

Esta propuesta fue ampliamente debatida entre los actores interesados en la reforma gracias en parte a que fue apoyada por la Comisión Interagencial de Apoyo a la Reforma (CIAR) formada por representantes de varias entidades de cooperación internacional como el Banco Mundial (BM), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y la Organización Mundial y Panamericana de la Salud (OMS/OPS). No obstante, instituciones como la Junta de Beneficencia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) y los Consejos Cantonales se oponían a la creación de un Sistema Nacional de Salud por considerar que representaría la creación de un sistema centralizado que les quitaría sus autonomías institucionales. A su vez, los Consejos Cantonales exigían más descentralización y participación (Echeverría, 2007: 216).

Los cambios después de la Constitución de 1998

El 5 de junio de 1998 se aprobó la Constitución Política de la República del Ecuador. Uno de los avances que trajo consigo fue la inclusión de la salud como un derecho humano, lo cual no había sido reconocido en ninguna Constitución anterior, aunque se incluía como un factor asociado a la calidad de vida. Además, la Constitución de 1998

incorpora otros avances significativos para el desarrollo de la salud pública en el Ecuador, como: visión integral de la salud; rol del Estado en las políticas de salud y regulación del sector; inclusión de medicina tradicional y alternativa; promoción de cultura por la salud; organización del Sistema Nacional de Salud; y, financiamiento público incremental (MSP-CONASA, 2008: 5).

En el contexto de elaboración de leyes acordes a la nueva Carta Magna, se promulgó en el 2002 la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS) publicada en el Registro Oficial No. 670 el 25 septiembre 2002 en la cual se establecieron los objetivos, los principios y las normas generales para la conformación del Sistema Nacional de Salud (SNS), el cual

“tiene como finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud” (LOSNS, 2002, Art. 2) establecido en la Constitución. Los objetivos de la ley establecidos en el artículo 3, son cinco, a saber: 1. Garantizar el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud, a través del funcionamiento de una red de servicios de gestión desconcentrada y descentralizada; 2. Proteger integralmente a las personas de los riesgos y daños a la salud; al medio ambiente de su deterioro o alteración; 3. Generar entornos, estilos y condiciones de vida saludables; 4. Promover la coordinación, la complementación y el desarrollo de las instituciones del sector; 5. Incorporar la participación ciudadana en la planificación y veeduría en todos los niveles y ámbitos de acción del Sistema Nacional de Salud.

Para cumplir con estos objetivos, se planteó la creación de un plan integral de salud, accesible y de cobertura obligatoria para toda la población, que sería satisfecha mediante la red pública y privada de proveedores. El modelo de atención estaría enfocado a la atención primaria y la promoción de la salud, y gestionado de manera desconcentrada, descentralizada y participativa (Art. 6). Así mismo, la organización del SNS fue definida como descentralizada, desconcentrada y participativa estableciendo relaciones entre sus miembros a través de funciones de coordinación, provisión de servicios, aseguramiento y financiamiento (Art. 9).

De esas cuatro funciones, la de coordinación se asignó al Ministerio de Salud Pública apoyado por los Consejos de Salud (Art. 10). La de provisión de servicios de salud quedó en manos de las instituciones prestadoras de acuerdo a sus estatutos las cuales deben actuar de manera coordinada mediante mecanismos consensuados a través del SNS (Art. 11). Respecto del aseguramiento se menciona que el SNS debe aplicar medidas para cumplir con la cobertura universal, y se promover la ampliación de cobertura de todas las entidades prestadoras de servicios, de los Seguros General Obligatorio y Social Campesino, así como de los de las Fuerzas Armadas y la Policía (Art. 12). Finalmente, el financiamiento es coordinado por el CONASA para lograr asignaciones equitativas entre los diferentes grupos sociales y niveles de gobierno (Art. 13). Al respecto señala que:

en el marco de la desconcentración y descentralización en salud vigente, el Estado asignará de manera total y automática los recursos financieros correspondientes a las direcciones provinciales, jefaturas de área y los municipios que lo soliciten conforme a los planes de salud y de acuerdo con los criterios de equidad, índice poblacional y riesgo epidemiológico, a excepción de los recursos que se requieran para el ejercicio de la coordinación del Ministerio de Salud Pública (LOSNS, 2002, art. 13).

Como parte de la organización del SNS de manera descentralizada, desconcentrada y participativa, se estableció la creación de los Consejos de Salud en los distintos niveles de gobierno, así a nivel nacional está el Consejo Nacional de Salud (CONASA), a nivel provincial los Consejos Provinciales de Salud (CPS) y a nivel cantonal los Consejos Cantonales de Salud (CCS) (Art. 16). Cada uno de ellos tiene la responsabilidad de generar el respectivo Plan Estratégico de Salud para cada nivel territorial los cuales deben estar interrelacionados: el plan cantonal de salud debe servir como insumo para el provincial, y ambos para el nacional. A su vez, los planes provinciales y cantonales deben cumplir con las políticas nacionales establecidas desde el MSP y el CONASA. Estos planes estratégicos deberán tener su propio presupuesto y financiamiento, sin embargo, cada consejo de salud puede “ampliar las acciones y prestaciones contempladas en el plan integral de salud en la medida en que dispongan de financiamiento adicional” (Reglamento de la LOSNS Art. 3).

Si bien esta forma de organizar ciertas funciones a partir de los Consejos de Salud plantea de hecho retos relacionados con la coordinación y concertación sobre los asuntos de salud locales, la LOSNS no es clara, y no se plantea como objetivo, definir qué competencias, funciones y responsabilidades tendrían que asumir los gobiernos seccionales en este aspecto. Es decir, la ley como tal establece funciones de coordinación para los Consejos de Salud, tal como su definición lo establece al decir que son “organismos de representación de los integrantes del SNS, son de coordinación, concertación sectorial, articulación interinstitucional e intersectorial del sistema” (Art. 14); no obstante, en lo que se refiere a la transferencia de competencias, funciones, responsabilidades y recursos, se limita a mencionar que los

convenios correspondientes deberán contemplar algunos compromisos de las entidades receptoras, tales como:

la observancia de las políticas, normas legales, técnicas y protocolos establecidos por la entidad coordinadora; el cumplimiento de la normativa institucional en materia laboral, ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa, Código del Trabajo y demás leyes gremiales y federativas; la cobertura universal y equitativas de las prestaciones del Plan Integral de Salud; y que la certificación respecto a la disponibilidad de condiciones operativas para asumir tal responsabilidad, será emitida por la propia entidad receptora (Art. 30).

En este contexto, si bien se establece que el SNS deberá ser descentralizado, la ley no genera mecanismos ni define competencias que deberían ser asumidas por los gobiernos seccionales. Por esta razón, se generó una confusión a partir de esta ley, ya que se llegó a creer que los Consejos Cantonales serían los encargados de asumir las competencias descentralizadas (Aguilar, 2011), cuando en realidad su función se limitaba a la coordinación y concertación sectorial dentro del SNS. Este aspecto, interpretado por los actores entrevistados como de ambigüedad en la legislación, ha sido identificado como un factor clave en el poco avance de la descentralización del sector salud.

Por otro lado, en ese mismo año 2002, se expidió el Reglamento a la Ley de Maternidad Gratuita y de Atención a la Infancia que había sido promulgada el 9 de septiembre de 1994 en el Suplemento del Registro Oficial No. 523. En este reglamento se establecen, en el Artículo 3, las siguientes funciones para los municipios con el fin de hacer efectiva la aplicación de la Ley:

La implementación, dentro de su jurisdicción y con sus recursos, de mecanismos para el transporte oportuno de las emergencias obstétricas, neonatales y pediátricas a centros de mayor complejidad de atención, fortaleciendo el sistema de referencia y contra-referencia de pacientes. Esta actividad la desarrollarán en coordinación directa con las unidades operativas locales de salud y la ciudadanía.

Así mismo, se establece la creación de un Comité de Gestión encargado de administrar los Fondos Solidarios Locales de Salud (FSLs) provenientes del Fondo Nacional de Salud creado por disposición de la Ley de Maternidad en su artículo tercero y manejado por el MSP. Es obligación del Comité de Gestión la ejecución de los FSLs a través de actividades de promoción, difusión, educación y comunicación sobre salud sexual reproductiva e infantil, de acuerdo a las directrices del MSP.

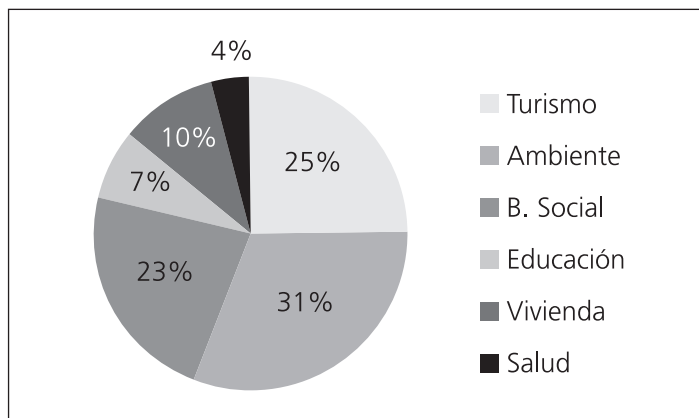
Respecto a la descentralización lo único que se menciona en esta ley es que el MSP “definirá los criterios para la acreditación de los servicios de salud de conformidad con lo establecido en la Ley de Descentralización del Estado y de Participación y Social y con la creación del SNS”.

En este contexto, la legislación sobre salud no tenía referencias claras a la descentralización, a excepción de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, las demás no establecían competencias descentralizadas de la salud. La ausencia de una matriz de competencias posibles de descentralizar generó, en parte, la confusión sobre qué debía hacer cada nivel de gobierno. Esto, sumado al modelo voluntario establecido por la ley de Descentralización y Participación Social, que dejaba la descentralización en la voluntad y decisión de alcaldes y gobiernos municipales o provinciales, y a la voluntad política del MSP (Aguilar, 2011) generó un “desorden en la administración pública” (Barrera, 2007: 184) pues se desató un proceso de descentralización desigual ya que sólo algunos sectores fueron de interés para los gobiernos locales, principalmente turismo, medio ambiente y bienestar social. En 2003, el presidente de la Asociación de Municipalidades del Ecuador afirmó que en los “últimos tres años se ha logrado que 60 municipios tengan bajo su competencia el área turística, pero esta cifra es mínima si hablamos del sector salud, vialidad o ambiente” (Diario Hoy, 4 agosto 2003).

Para 2004 los sectores de educación, vivienda y salud eran los menos solicitados. Como se puede apreciar en la siguiente gráfica, los tres últimos sectores mencionados sumaron en conjunto el 21% de las competencias solicitadas, mientras que turismo, ambiente y bienestar social cubrieron el 25%, el 31% y el 23% respectivamente. Siendo de todos ellos, el sector salud aquel en el que menos solicitudes de transferencia de competencias

se realizaron (4%) hasta julio de 2004. En general, la explicación a esta forma de solicitud de competencias se debe a que los sectores de turismo, ambiente y bienestar social recién estaban formándose, por lo tanto, no tenían una historia institucional ni competencias consolidadas por lo que fue relativamente fácil realizar la transferencia a los gobiernos que lo solicitaron.

Gráfico N.º 1
Competencias solicitadas por sectores (Julio 2004)



Fuente y elaboración: CONAM-PROMODE-GTZ, 2005 y Barrera, 2007.

Los municipios y las competencias solicitadas en el sector salud

De acuerdo con la información disponible, hasta julio de 2004¹ siete gobiernos seccionales habían solicitado la transferencia de competencias en salud. Se trata de los municipios de Chordeleg, Bucay, Cotacachi, Loja, Santo Domingo de los Colorados², Cuenca y Santa Cruz. De ellos, los cinco primeros firmaron convenios entre noviembre del 2003 y enero del 2004. Los últimos dos no tenían convenios firmados, aun cuando sus solicitudes se realizaron en septiembre de 2001 y octubre del 2003 respectivamente (CONAM-PROMODE-GTZ, 2005: 72, 73).

Conforme al modelo voluntario definido por la Ley de Descentralización de 1997, las competencias que cada municipio solicitó fueron diversas y respondieron a sus intereses propios. Así, Bucay, Cotacachi y Loja parecían mostrar un gran interés por hacerse responsables de áreas de salud en su totalidad para poder ofrecer el servicio de atención primaria de manera local. Este interés estaba vinculado a una disposición política y social de mejorar las condiciones de la población local y con la capacidad operativa con que contaban. Lo mismo sucede con las competencias solicitadas por Chordeleg y Cuenca, aunque no señalan el interés por áreas de salud en su totalidad, sí tienen disposición de responsabilizarse por la prestación del servicio de atención primaria. Por el contrario, Santo Domingo de los Colorados solicitó solamente competencias para control sanitario y prevención y promoción de la salud. Estas competencias demandan menos compromiso presupuestario y de recursos humanos en comparación con el manejo de toda un área de salud, así como más capacidad de cobro en el caso del control sanitario (Aguilar, 2011).

A reserva de futuros análisis a profundidad de las razones y contextos locales que llevaron a solicitar ciertas competencias y no otras, es posible suponer, de acuerdo a la información recabada mediante entrevistas, que las decisiones estuvieron influenciadas por los momentos políticos de cada cantón, así como por la obligación de los gobiernos locales de responder a leyes como la de Maternidad y el Código de atención a la niñez y la infancia que imponían a los municipios funciones específicas de atención a madres y niños. En el caso de la Ley de maternidad, en julio de 2002 se firmó un convenio para la transferencia de las funciones establecidas por la Ley a 118 gobiernos municipales (CONAM-PROMODE-GTZ, 2005: 68).

A partir del 98, [surge] la necesidad de los municipios de acomodar su estructura organizacional a una serie de competencias que la ley les daba: varias leyes les daban la competencia pero los gobiernos municipales no tenían capacidad de respuesta frente a ello, la ley orgánica de régimen municipal tuvo que cambiar para darles a los municipios como entidades autónomas el marco legal en que ampararse para ir asumiendo todas las competencias que antes no tenían (Aguilar, 2011).

Así mismo, la Ley del 15% propuesta y aprobada por presión del Partido Social Cristiano en 1997, autorizó la transferencia de dinero del Gobierno central a los municipios sin establecer las responsabilidades correspondientes, esto como resultado del interés de los gobiernos locales por tener acceso a mayores recursos económicos para poder hacer más obras y legitimarse ante sus electores. Tal como lo explica Ortiz, “la ley del 15%, básicamente era una ley fiscalista, una ley en la cual no se le daba más responsabilidades a los municipios y a los gobiernos provinciales, sino se les daba recursos [...] Con eso legitimaban su labor política, y su labor frente al apoyo popular que tenían” (Entrevista a Ortiz, 2011).

En este contexto, la transferencia de competencias a los gobiernos municipales tuvo el problema de la poca coordinación legal, es decir, por un lado se creó la Ley del 15% que significó la entrega de recursos sin claridad sobre en qué competencias debería ser utilizado; por el otro se definieron competencias a través de leyes específicas como la Ley de Maternidad; y además, se tenía una ley de Descentralización por convenios, ampliada por la Constitución de 1998, que dejaba a voluntad de los alcaldes la solicitud de transferencia de competencias sectoriales. En ese contexto, había una multiplicidad de opciones ante las cuales los municipios podían responder de diferente manera. Como lo menciona Aguilar, la ambigüedad legal fue uno de los principales problemas que padeció la descentralización en el periodo 1998-2008 (Entrevista a Aguilar, 2011).

Aparte de esa compleja situación legal, algunos municipios, en especial los más grandes como Quito y Guayaquil buscaron la manera de “fortalecer las capacidades locales porque veían que había un proceso de globalización, nuevas condiciones para el comercio internacional y tenían que generar condiciones para posicionarse con proyectos grandes como el aeropuerto de Quito o los proyectos del ‘Singapur criollo’ que era el Malecón y la renovación del casco urbano del centro de Guayaquil” (Entrevista a Ortiz, 2011:). Además, hubo contadas experiencias de gobiernos locales que buscaron consolidar su lugar como gobiernos alternativos, con alcaldes indígenas que “estaban rompiendo con los liderazgos tradicionales, populistas, clientelares, mestizos” (Entrevista a Ortiz, 2011). En este sentido, los casos de Cotacachi y Otavalo son ejemplares con un alcalde democratiza-

dor como Auki Tituaña y otro modernizador como Mario Conejo, respectivamente. El primero, interesado en fortalecer la participación ciudadana y el segundo en mejorar la eficiencia de las obras públicas (Entrevista a Ortiz, 2011).

Estas iniciativas no estuvieron libres de conflictos. La descentralización de la salud en Cotacachi fue un proceso largo e incompleto debido a la confluencia de diversos actores que asumieron posiciones contrapuestas. Una breve revisión del caso muestra que la voluntad de cada actor interesado fue determinante en el desenlace que truncó esa descentralización.

Cotacachi, una muestra de las disputas por la descentralización

El 15 de junio de 2002 el Concejo Municipal de Cotacachi declaró al Municipio con capacidad operativa para asumir la descentralización del Área de Salud No. 3 de Cotacachi, y realizó la solicitud oficial de traspaso de competencias al MSP el 19 de julio del 2002. De esta manera se dio inicio al proceso legal establecido por la Ley de Descentralización para solicitar la transferencia de funciones, atribuciones, responsabilidades y recursos del Gobierno central, en este caso del MSP al Gobierno local. En ese momento, el MSP mostró disponibilidad de dar continuidad a la descentralización e incluso en agosto de 2002, nombró al Dr. Fernando Torres, Coordinador General de Proyectos MODERSA, como encargado de las negociaciones para la firma del convenio. No obstante, con el cambio de gobierno y de ministro las relaciones entre el MSP y el gobierno de Cotacachi se volvieron tensas al grado de que el 8 de abril de 2003 el municipio comunicó que debido al silencio administrativo, es decir, a que no había recibido respuestas concretas del MSP para la efectiva descentralización del Área de Salud No. 3, el Gobierno local asumía las funciones, atribuciones, responsabilidades y recursos conforme a lo dispuesto en la Constitución y la Ley de Descentralización. Sin embargo, el ministro Francisco Andino rechazó la decisión unilateral apoyándose en la opinión de la Procuraduría General del Estado expresada el 13 de diciembre de 2002 en la que señalaba que el plazo para asumir silencio administrativo sólo podía contarse a partir de la

firma de los acuerdos de transferencia.

Después de la decisión de Cotacachi de asumir las funciones para el área mencionada, la Procuraduría General del Estado manifestó, el 23 de mayo de 2003, que el municipio había cumplido con todos los requerimientos legales. Se tenía incluso un convenio que fue aprobado por el equipo de trabajo del Gobierno de Gustavo Noboa y aceptado también por el de Lucio Gutiérrez, de manera que se tenía acordada la fecha para su firma el día 17 de junio de 2003. Sin embargo, el Ministro Andino en lugar de aceptar asistir a la firma, pocos días antes, el 12 de junio, sugirió para ese 17 de junio una reunión de diálogo, respaldándose en la declaración de la Procuraduría con fecha del 13 de diciembre de 2002. El 17 de junio de 2003 el Alcalde de Cotacachi, Auki Tituaña, declaró la descentralización de la salud de manera unilateral ante la ausencia del Ministro y respaldándose en el pronunciamiento del Procurador del 23 de mayo de 2003. Esta declaración se hizo en medio de un paro del Frente Nacional de Defensa del Ministerio de Salud (FENETS) que rechazaban la descentralización del Área de Salud No. 3 (Diario Hoy, 17 junio 2003).

A pesar de la declaración realizada por Tituaña, la descentralización no se realizó a cabalidad pues nunca se hizo efectiva la transferencia de recursos desde el Ministerio de Economía y Finanzas. Adicionalmente, el problema de la transferencia de recursos humanos no fue resuelto. En este sentido, lo que los sindicatos alegaban en contra de la municipalización de sus trabajadores era que perderían su antigüedad y que el cambio de patrón, del gobierno central al local, significaría un despido intempestivo. Sin embargo, este tema no fue analizado ni resuelto por ninguno de los dos niveles de gobierno (Aguilar, 2011).

A través del análisis de lo que sucedió en Cotacachi se pueden comprender varios aspectos problemáticos de la descentralización de la salud en el país. Primero, la ambigüedad legal permitió la libre interpretación por parte de los actores. Así, mientras el Alcalde Tituaña argumentaba tener cumplidos todos los requerimientos legales, el ministro Andino rechazaba este hecho reclamando “el cumplimiento de ciertas solemnidades y acuerdos para que proceda la transferencia” (Andino, 2003). Entre abril y junio de 2003 esta interpretación estuvo intercedida por el Procurador

General del Estado quien le dio la razón al Gobierno local de Cotacachi. No obstante, el Ministro de Salud no reconoció el pronunciamiento de la Procuraduría realizado en mayo de 2003 y continuó asumiendo el anterior, declarado en diciembre de 2002, lo cual llevó nuevamente al distanciamiento en las negociaciones. Por otro lado, aún cuando había una declaración de descentralización en Cotacachi, el Ministerio de Finanzas no ejecutó la transferencia de los recursos pertinentes. Al respecto, pareciera ser que igual que el MSP, el MEF no tenía interés en hacer efectiva la descentralización. En este contexto, queda abierta una cuestión que demanda un análisis de mayor profundidad, y es el relacionado con la contradicción que había en el poder ejecutivo que por un lado apoyaba leyes destinadas a fortalecer a los gobiernos seccionales, y que por otro no realizaba los cambios dentro de su propia institucionalidad para dar una respuesta efectiva a estos propósitos.

La descentralización de la salud y sus actores

El MSP en la descentralización

Con base en la información recabada con informantes clave y la revisión de noticias de la época, se ha podido constatar que una de las razones que impidió en unos casos la firma de los convenios, y en otros la ejecución de los ya signados, fue la poca disposición de la entidad ministerial de dar paso a la transferencia de competencias, tal como sucedió en Cotacachi. Si bien éstas no fueron razones oficiales, es de conocimiento de las personas que estuvieron vinculadas al proceso, que el MSP se resistía a la transferencia de competencias ya que ello significaría la reducción de sus capacidades de control. Esta resistencia estaba dada por la poca claridad que existía respecto al rol del MSP, pues hasta entonces gran parte de su trabajo había sido como prestador de servicios más que como regulador. “Para el ministerio, lo más importante eran sus unidades más que el papel de rector. Creía que se le quitaba poder” mediante la descentralización (Entrevista a Villacrés, 2011).

De hecho, el 18 de junio de 2003, el ministro Andino fue llamado por el Presidente de la Comisión de Descentralización, Desconcentración y Régimen Seccional, Alfredo Serrano Valladares, a comparecer ante el Pleno del Congreso Nacional para aclarar “los pormenores del proceso de descentralización del sector salud del cantón Cotacachi” (Serrano, 18 junio 2003). Para 2004, los ministros de Salud habían comparecido dos veces ante el Congreso con el fin de explicar las razones del lento avance de la descentralización en el caso de Cotacachi y del sector salud en general (CONAM-PROMODE-GTZ, 2005: 70). Así mismo, “los municipios de Loja, Bucay, Chordeleg, Santo Domingo de los Colorados también asumieron la transferencia de competencias por el Ministerio de la Ley, ante la imposibilidad de llegar a acuerdos con el MSP” (CONAM-PROMODE-GTZ, 2005: 70). En ninguno de los casos se realizó transferencia de recursos financieros, lo cual impidió la descentralización efectiva de las competencias asumidas.

El rol del MSP en la descentralización del sector salud ha sido poco estudiado, no obstante, es evidente que su papel está relacionado con la forma en que se ha entendido históricamente este ministerio y con la manera en que se ha construido al sector salud. En efecto, la creación del ministerio en 1967 supuso un esfuerzo importante por concentrar en una institución de nivel nacional las funciones de atención, prevención y control de la salud de todos los ecuatorianos, funciones que estaban, para ese entonces, dispersas en varias instituciones tanto públicas como privadas que generaban una multiplicidad de dispositivos y obligaciones superpuestas. En este sentido, antes de la creación del ministerio no existía una política de salud definida. Las funciones de prevención, promoción y control de enfermedades se realizaba desde la Dirección General de Sanidad del Ministerio de Previsión Social, con sede Guayaquil, mientras que la recuperación de la salud estaba asignada a las Juntas Centrales y Provinciales. Existía una notable falta de planificación, carencia de recursos financieros de operación y de inversión (Larrea Villamar, 1992: 18).

La creación del ministerio significó entonces dar al sector salud un lugar dentro de los intereses estatales, lo cual implicaba que el Gobierno nacional asumiera tanto la planificación como la ejecución de planes, pro-

gramas y presupuestos para atender la salud. Con esta nueva institución se produjo el Código de Salud, el Plan Nacional Rural, el Plan Quinquenal de Salud, y varios programas de inmunización, control de enfermedades, atención “materno-infantil, control de diarreas, enfermedades respiratorias agudas, lucha operacional contra el bocio endémico, complementación alimentaria, reequipamiento hospitalario, enfermedades transmisibles por vectores y enfermedades crónicas” (Larrea Villamar, 1992: 20).

No obstante estos logros basados en parte en una permanente búsqueda de fortalecimiento de capacidades en el MSP, con el Gobierno de Rodrigo Borja (1988-1992) comenzó a hablarse de la descentralización del sector salud dentro del contexto del debate sobre la reforma del Estado:

La propuesta pasaba por separar las funciones de rectoría y financiamiento, en manos del Estado, de las de provisión, en manos privadas; también por entregar todas las competencias y recursos financieros del MSP (cuyo 75% corresponde a personal) a municipios, en el marco de la ‘descentralización’; y, finalmente, por cobrar servicios antes gratuitos, a nombre de la ‘auto-gestión’ (combatiendo el paternalismo estatal), impidiendo que el Estado asumiera su responsabilidad de atender lo social con una cobertura universal (Hermida Bustos, 2007: 285).

Así, la descentralización la salud irrumpió en el Ecuador de los ochenta como una necesidad de modernización de un sector que tenía poco más de veinte años de existencia. La incidencia de proyectos externos como el proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en el Ecuador (FASBASE) y el proyecto de Modernización de los Servicios de Salud MODERSA (se revisan más adelante) del Banco Mundial en los años siguientes, fue asimismo, de gran importancia para la aceptación de esa tendencia en el gobierno.

Por otro lado, desde el MSP se tenía claridad respecto a la necesidad de ampliar la cobertura de servicios, para lo cual consideraba la desconcentración como el paso previo a la descentralización, y la creación de un Sistema Nacional de Salud se convirtió en el objetivo principal a partir de la LOSNS en el 2002, para lo cual apoyó la creación de los Consejos Pro-

vinciales y Cantonales de Salud. En este contexto, lo que se observa es que si bien el MSP estaba abierto a cambios institucionales internos como la desconcentración, “el problema fue que el ministerio nunca entro en una línea de descentralización” (Entrevista a Villacrés, 2011:). Y ello debido a que cuando se hablaba de descentralización del sector salud, existía una resistencia natural del MSP a perder el control sobre el eje de acción que le daba sentido, es decir, la provisión de servicios. Como explica Lucio (Entrevista 2011) “en el imaginario de la población ecuatoriana, cuando hablas del MSP hablas de la institución proveedora de servicios” y no como la institución rectora y reguladora de la salud.

Al mismo tiempo, la debilidad de esa institución como rectora y normadora de la salud se manifestaba claramente en los argumentos tanto de quienes apoyaban la descentralización del sector salud como de quienes no lo hacían: todos coincidían en la necesidad de fortalecer la capacidad rectora del MSP. Sobre la debilidad institucional del MSP, Vallejo (1997: 264) afirma que en la década de los noventa éste era visto con “un perfil muy bajo dentro del contexto gubernamental y con escasas posibilidades de desplegar acciones intersectoriales [además de que padecía de] crisis presupuestaria frente al aumento de demanda de servicios”. Ya en la década del 2000, durante la aplicación del proyecto MODERSA (que se verá más adelante) esa fragilidad institucional sería identificada como una de las razones que entorpecieron la correcta ejecución del proyecto.

Entre las razones que el MSP tenía para no realizar la transferencia de competencias, argumentó que no era posible entregar responsabilidades a municipios que no tuvieran las capacidades operativas básicas como infraestructura de agua, alcantarillado y disposición de residuos sólidos (CONAM-PROMODE-GTZ, 2005: 70). Esto nos lleva a un problema de mayor envergadura que tiene que ver con las condiciones generales del país en ese momento, en donde sólo algunos municipios tenían condiciones suficientes para asumir mayores responsabilidades. Así, además de la ambigüedad legal revisada previamente, otros problemas eran la “debilidad institucional en el ministerio y la falta de fortalezas en los gobiernos locales” (Entrevista a Aguilar, 2011).

El rol de los trabajadores de la salud

Otro elemento de análisis es el rol que tuvieron los sindicatos de la salud. En el caso de Cotacachi, ellos se oponían a que el municipio asumiera el control del Área de Salud 3 debido a que consideraban que ese proceso de municipalización afectaría sus condiciones laborales. De acuerdo con la entonces secretaria general del Sindicato de Trabajadores del Hospital Asdrúbal de la Torre, de Cotacachi, Lupina Guzmán, “con la descentralización el alcalde se haría cargo solo del área física y con la municipalización, él se encarga también de los trabajadores” (Diario Hoy, 6 julio 2003) con lo cual se suponía que perderían sus derechos de antigüedad.

En Cotacachi, la Organización Sindical Única Nacional de Trabajadores del Ministerio de Salud (OSUNTRAMSA) también alegó haber sido excluida de las negociaciones entre el gobierno local y el MSP. Así mismo, señalaron en un oficio dirigido al Alcalde Tituaña que:

Si el Municipio de Cotacachi pretende asumir las competencias en salud, para ello debe preceder un estudio económico no sólo sobre lo que tal pretensión significa en el ámbito de lo administrativo, en cuanto a equipos, sino también en cuanto a lo que esto significa al pleno respeto del contrato colectivo en vigencia, y a un razonable incremento del mismo en el futuro (OSUNTRAMSA, 2003).

Estos y otros argumentos fueron esgrimidos por los sindicatos de la salud no sólo en el contexto específico de Cotacachi sino a nivel nacional. Según Ernesto Albán, los sindicatos se oponían a la descentralización porque para ellos significaría la privatización de los servicios de salud, especialmente ante la probable incapacidad futura de los municipios de responder eficientemente. No obstante, para este autor, existía una razón de fondo. En realidad lo que representaba la descentralización para los sindicatos era el debilitamiento de su poder político y de su capacidad de movilización nacional “pues dejaría de haber un patrón único, el Estado, al cual se le formulan reclamos con relativa facilidad; reclamos y eventuales protestas que no tendrían el mismo efecto frente a los múltiples patronos municipales” (Albán Gómez, 2003).

En efecto, lo que estaba en juego especialmente para los trabajadores de la salud, es decir, los auxiliares de enfermería, los empleados de limpieza y de mantenimiento, entre otros, era su puesto de trabajo el cual estaba asegurado por un contrato colectivo con el MSP. Pasar a ser empleados del municipio quebraba la posibilidad de mantener ese contrato así como de presionar gremialmente a nivel nacional. Este problema no aplicaba para los profesionales, es decir, los médicos, enfermeras y tecnólogos médicos que tenían un puesto asegurado ganado por concurso de merecimiento, pues esta categoría les permitía mantener su nombramiento amparados por la Ley de Profesionales: ellos no tenían “ningún inconveniente, sea el patrono, el Ministerio o el Municipio, pero quienes no tenían eso [el nombramiento], en especial los trabajadores no profesionales, ellos eran los preocupados por la estabilidad laboral” (Entrevista a Cisneros, 2011).

En este respecto, Villacrés (2011) afirma que los gremios no lograron comprender que la condición laboral de los trabajadores no cambiaría dado que seguían siendo contratados por el sector público. Sin embargo, el problema de fondo es, nuevamente, la poca claridad legal. Tal como lo explica Aguilar (Entrevista, 2011) “el problema [...] nunca fue solventado o solucionado jurídicamente ni por el ministerio ni por el municipio. No fueron claras las reglas en cómo se iba a transferir al personal, y de los recursos financieros”. Así mismo, Frank (Entrevista, 2011) considera que el tema de la transferencia de los recursos humanos es un tema complicado en todos los países donde se ha buscado descentralizar competencias, y asegura que uno de los puntos más conflictivos es la poca claridad que hay respecto a cómo compensar a los trabajadores por el traslado laboral que deben asumir en el proceso.

La diversidad de opiniones sobre el rol de los sindicatos en la descentralización es una muestra de la poca claridad que existía en ese momento sobre cómo ese proceso modificaría las condiciones laborales de los trabajadores de la salud. De hecho, el tema de los recursos humanos quedó al margen de las discusiones sobre transferencia de competencias y recursos financieros lo cual, visto en perspectiva, resulta una omisión importante en la medida en que las condiciones de trabajo fueron afectadas por los ajustes estructurales que trajo la reforma del Estado. En este contexto, si bien hubo acciones

sindicales en contra de la descentralización, éstas fueron limitadas, probablemente debido a que para el tiempo en que se estaban desarrollando estos cambios, las organizaciones sindicales ya estaban siendo debilitadas.

La cooperación internacional

La labor de las agencias de cooperación internacional en el Ecuador ha sido siempre un elemento de gran importancia para el desarrollo del país. Como se mencionó antes, varias agencias tuvieron incidencia en la elaboración e incluso en la aprobación de leyes relacionadas con la reforma del Estado a través de la CIAR. Además, instituciones como la OMS a través de su sección Panamericana (OPS) ha apoyado al Ecuador en diversos frentes. Entre la década de los setenta y hasta el 2000, la OMS/OPS promovió la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), coherente con la construcción del sistema de salud que se buscó construir desde los setentas. Asimismo, la OPS cubrió, a través de sus técnicos, un vacío de conocimiento que existía en el país en aquella época y que fue asumido por ecuatorianos ya en los ochenta cuando aumentó la formación de cuarto nivel en los médicos y enfermeras. No obstante, a partir de 1992 y con la entrada de las políticas neoliberales,

la influencia de la OMS/OPS pasó a segundo plano debido a que fueron los bancos, entre ellos el Banco Mundial, los que definieron los paquetes de atención que los Estados podían ofertar a su población para reducir los costos y *cofinanciar la salud*, en su camino hacia la minimización del Estado como responsable de la salud de la población (Velasco, 2011: 326).

A continuación se hace una revisión de los proyectos de mayor importancia del Banco Mundial en relación con la reforma del sector salud.

Los proyectos del Banco Mundial

En el sector salud del Ecuador ha habido dos grandes proyectos que influyeron de manera importante en su proceso de reforma, ambos financiados por el Banco Mundial. El primero de ellos es el proyecto para el Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en el Ecuador, mejor conocido como FASBASE. Realizado entre 1992 y 2001, sus objetivos eran expandir la cobertura de atención, nutrición y sanidad, mejorar la calidad de los servicios de atención básica y fortalecer el manejo y la toma de decisiones de las instituciones relacionadas con los programas de salud, nutrición y sanidad (World Bank, 1992: VII traducción nuestra). El segundo es el proyecto de Modernización de los Servicios de Salud (MODERSA), aplicado entre 1998 y 2007, cuyo objetivo inicial era “la expansión de la cobertura y mejorar la eficiencia y calidad de los servicios hospitalarios y de atención primaria, por medio del desarrollo y aplicación de nuevos modelos de gestión” (CEPAL-RISALC, s/f).

El punto de partida de ambos proyectos era la Estrategia de Asistencia al País (Country Assistance Strategy-CAS) que el Banco Mundial había preparado en 1993 para Ecuador bajo la lógica de “lucha contra la pobreza” en la que incluía básicamente tres lineamientos: focalización, descentralización y privatización (CAIC, 2008: 3). En otras palabras “los elementos de la matriz eran la focalización de los servicios en los más pobres, restándole a los servicios de salud el carácter de universalidad; descentralización que buscaba la transferencia de las responsabilidades del Estado Central hacia los gobiernos seccionales; y, generalizar la participación del sector privado en la prestación de los servicios” (CAIC, 2008: 15). En efecto, la reforma impulsada desde el BM proponía una reforma orientada al mercado que separaba la atención pública de la individual, lo cual significaría dejar en manos del Estado la atención primaria no rentable, la pública, mientras se dejaba en manos privadas la atención hospitalaria.

De hecho, en su Informe sobre Desarrollo Mundial “Invertir en Salud” de 1993, este banco planteó tres aspectos para mejorar la salud en los países en desarrollo:

1. Fomentar un ambiente económico que permita mejorar la salud de los hogares. Políticas de crecimiento (incluyendo, de ser necesario, políticas de ajuste económico) que aseguren un ingreso para los pobres son esenciales.
2. El gasto del gobierno en salud debería estar re direccionado a programas más costo-efectivos que hagan más por los pobres, como las inmunizaciones, combate a deficiencias nutricionales, y control y tratamiento de enfermedades infecciosas.
3. Promover más diversidad y competencia en el financiamiento y provisión de los servicios de salud mediante la descentralización de los servicios gubernamentales, promoción de prácticas competitivas, fomento a organizaciones no gubernamentales y privadas, y regulación de los mercados de seguros (World Bank, 1993: iii)³.

Estos lineamientos se materializaron en el país a través del FASBASE y el MODERSA. En lo referente a la reforma del Estado, el primer proyecto apoyó la reestructuración y consolidación del CONASA además del diseño de propuestas de reforma institucional, basadas en las leyes de Presupuesto Público de 1992, la ley de Modernización de 1993 y la de Descentralización de 1997, en donde se sugería la transferencia de autoridad y recursos a los municipios para el manejo del sector social, especialmente la propiedad, financiamiento y entrega de los servicios de salud (World Bank, 2001: 9)⁴. Estas propuestas serían adoptadas más adelante por la Constitución de 1998:

particularmente aquellas concernientes al establecimiento de sistemas de salud descentralizados, la conversión de los hospitales públicos en unidades autónomas, la focalización de subsidios para los pobres a través de la clasificación de usuarios de acuerdo a su nivel de ingreso, y la integración de proveedores públicos y privados para la entrega del servicio. Estas acciones abrieron el camino para la implementación de las reformas políticas e institucionales en el sector de salud pública, apoyadas en parte por la operación del proyecto del Banco Modernización de Servicios Públicos (MODERSA) (World Bank, 2001: 9)⁵.

De esta manera, ambos proyectos tuvieron influencia en la reforma del sector salud en el Ecuador. De hecho, su ejecución fue por un momento simultánea y el MODERSA se basó en los avances del FASBASE en cuanto a la reforma política. Cabe destacar una diferencia entre estos proyectos, y es que el MODERSA fue creado, tal como su nombre lo indica, específicamente para apoyar la modernización del sector salud, mientras que el FASBASE tuvo otros elementos vinculados con las condiciones de salud de la población, especialmente durante la emergencia creada por el fenómeno de El Niño.

Así, el MODERSA se centró en tres ejes: descentralización del sistema hacia gobiernos provinciales y municipales; modernización hospitalaria; y políticas y recursos humanos. El primero de estos ejes prestó especial atención al “desarrollo de mejores mecanismos de financiamiento y manejo de los servicios de salud” y condicionó la entrega de financiamiento a la existencia de acuerdos de descentralización y vigilancia participativa (World Bank, 2007: 4).

El segundo componente se centró en la modernización del modelo organizativo y gerencial de los hospitales. El nuevo modelo “incluyó estándares bien definidos de calidad y eficiencia, con sistemas para mejorar tanto el manejo técnico, administrativo y financiero como para proveer cuidados efectivos” (World Bank, 2007: 4). Además estableció criterios para evaluar el avance en la implementación de ese nuevo modelo como medida previa a la inversión en infraestructura y equipamiento.

Finalmente, el eje relacionado a los recursos humanos y las políticas se orientó a la creación de “un marco legal para la reforma del sector salud, fortaleciendo la gobernanza y el manejo del MSP y promoviendo el desarrollo integral de los recursos humanos” (World Bank, 2007: 4). Como parte de los resultados de este componente se pueden identificar dos leyes, la Orgánica del Sistema Nacional de Salud (2002) y la Orgánica de Salud del 2006.

Los resultados de este proyecto fueron evaluados por el propio Banco Mundial como “moderadamente satisfactorios” debido a que su implementación enfrentó diversas condiciones adversas. Entre ellas se encuentran los constantes cambios de ministro y la consecuente inestabilidad de coordinadores del proyecto así como de directores de hospitales. En efecto, “los cambios permanentes en el personal tanto del MSP como de la Uni-

dad de Coordinación del Proyecto fue el factor más importante que afectó la implementación del proyecto. Debe resaltarse que el proyecto tuvo once coordinadores en sus casi ocho años de implementación” (World Bank, 2007: 5)⁶. Adicionalmente, la falta de interacción y coordinación entre los encargados de los tres componentes del proyecto fue otro factor que entorpeció su correcta implementación.

Entre los resultados positivos del MODERSA su informe final señala como logros claves en un nivel macro el establecimiento de la nueva ley de salud así como algunos cambios institucionales, que se convirtieron en una base sólida para mantener el proceso de reforma. Además, hubo logros en el nivel micro tales como difusión de las reformas, capacitación al personal, fortalecimiento a los equipos gerenciales y sistemas informáticos (World Bank, 2007: 5)⁷. Los avances en descentralización y mejoría en el acceso fueron logrados en cuatro áreas que recibieron el apoyo del MODERSA: Tena, Cuenca, Cotacachi e Ibarra. En lo que se refiere a los cambios dentro del MSP, se considera que éste requiere de mayor apoyo político para realizar la reforma del sector, además del apoyo del BM y otras agencias internacionales.

La experiencia del proyecto MODERSA muestra algunos de los factores comunes que entorpecieron la descentralización del sector salud durante el periodo 1998-2008. La inestabilidad política del país manifestada en los cambios constantes de ministros de salud se tradujo en la inconsistencia dentro de esta entidad respecto a los pasos a seguir para la reforma del sector, además de una resistencia permanente a la transferencia de competencias. Así mismo, en las lecciones aprendidas del proyecto en cuestión se menciona que la implementación del proceso de reforma requiere de un compromiso político de todos los actores involucrados, desde el nivel central hasta el local. En este sentido, según el BM solo los casos de Cotacachi y Tena podrían ser considerados como exitosos, pues solo en ellos se encontraron condiciones políticas favorables en donde la alianza de los actores claves fue fundamental para consolidar las reformas (World Bank, 2007: 13)⁸. Si bien esto puede ser cierto desde la perspectiva del proyecto, cada uno de estos casos requieren un análisis de mayor profundidad con el objetivo de revisar cuál fue el impacto del proyecto MODERSA en particular y del proyecto descentralizador de la época, en general.

Reflexiones finales

Existe un consenso generalizado respecto a la opinión de que la descentralización fracasó porque no hubo voluntad política para la firma o cumplimiento de convenios y la transferencia de recursos. Si bien ésta es una razón importante y de peso, después de esta revisión histórica consideramos que existen elementos de mayor complejidad, entre ellos una fuerte disputa por cambiar el orden de las cosas (Boltanski, 2000), en donde la voluntad política es sólo un factor más. En efecto, la descentralización del sector salud significaba trasladar competencias, funciones y recursos de un nivel de Gobierno central a otro seccional, lo cual significaba un traslado del poder de decisión y uso de recursos, además de “un cambio de la interlocución de sus actores privilegiados del nivel ministerial nacional al local” (Carrión, 2007).

En otras palabras, el eje de la disputa era la construcción de un Estado distinto ya que, desde el momento en que se incluyó la descentralización en la legislación nacional, se asumió que el Estado centralista y burocrático era lento, arcaico e ineficiente para satisfacer las necesidades de la población, por lo tanto había que reestructurarlo y modernizarlo. En esta lógica, varios actores desplegaron argumentos no sólo distintos sino divergentes, generando la disputa sobre qué Estado se quería construir y cómo querían tomar parte en ello, sus posiciones disímiles impedían la búsqueda de acuerdos. Así, mientras que para unos la descentralización era una opción para asumir más responsabilidades y presupuesto para su población y territorio, como el caso de Cotacachi, para otros, como las organizaciones sindicales, significaba la imposición desde el Banco Mundial, en alianza con los gobiernos seccional y nacional para privatizar los servicios en nombre de la eficiencia costo-beneficio que no existía en el Estado. Sin dejar de lado que, para el propio gobierno central, significaba transferir su poder de decisión y de manejo de recursos a gobiernos seccionales considerados poco capacitados para la correcta ejecución de las funciones transferidas.

Por otro lado, si bien existió cierto tipo de arreglos (Boltanski, 2000) entre diferentes partidos políticos que dieron lugar a la aprobación de leyes como la de Modernización, la de Descentralización, y la del Sistema Nacional de Salud, ninguno de estos arreglos trascendió dicha aprobación. Es

decir, fueron acuerdos locales, circunstanciales y contingentes entre actores con intereses particulares que no se tradujeron en una vía de comunicación y negociación para otro tipo de acuerdos y compromisos a largo plazo con miras al bien común (Boltanski, 2000).

En esta medida, la descentralización por convenios planteada en la Ley produjo no solamente un caos administrativo, como ya se ha mencionado, sino que promovió precisamente ese tipo de acuerdos circunstanciales cuyo alcance era limitado. Pareciera ser que la falla estaba en la raíz misma de la descentralización por convenios pues éstos dependían de la convergencia de intereses entre los actores que debían solicitar y transferir las competencias, lo cual como se vio, sucedió mínimamente en el caso de la salud.

Esto nos abre la cuestión de si era apropiado establecer un mecanismo único como el de convenios para todos los sectores tomando en cuenta que cada sector tiene una complejidad, estructura y funcionamiento específicos. Esta especificidad se tradujo en que sólo algunos sectores como ambiente y turismo, con sus características particulares, tuvieron más acogida que los de salud y educación. Sumado a esto, es probable que en la propuesta homogeneizante neoliberal de la reforma del Estado estuviera otro de los factores que impidieron la descentralización de la salud en el Ecuador.

Asimismo, llama la atención que el sector salud tenía para el año 2000 unos treinta años de existencia, en los que demasiados cambios de gobierno, ministros y políticas habían tenido lugar, por lo que era un sector relativamente nuevo y en consolidación. En este contexto, cabe preguntarse si el tipo de reforma que se planteó para éste era la indicada, es decir, una reforma que implicaba no el fortalecimiento del sector sino su debilitamiento a través de la reducción de capacidades del MSP en el contexto de las reformas estructurales.

Desde una perspectiva complementaria, el rol de la agencias de cooperación internacional es central en el análisis del periodo en cuestión. Los proyectos realizados por ellas tuvo influencia en el fortalecimiento de capacidades municipales y en el lanzamiento de iniciativas para asumir competencias desde estos gobiernos. Sin embargo, pareciera ser que su trabajo se realizó paralelamente a la línea planteada por la Ley de Descentralización ocasionando cierto desorden en el momento en que los muni-

cipios buscaron asumir competencias. En varios casos aún sin convenios firmados, los municipios se adjudicaron funciones en salud, creando lo que se conoce como descentralización *de facto*. En tal sentido, en esta investigación se identificaron dos dimensiones para el análisis futuro, una, la de las relaciones entre los actores, sus disputas y acuerdos alrededor de la descentralización (sindicatos, MSP, municipios); y otra, la de las acciones tomadas por gobiernos locales para asumir competencias sobre la salud apoyados por cooperación internacional, sin la necesaria aprobación del MSP. Esto abre la reflexión sobre la labor, objetivos e intereses que las agencias de cooperación internacional tuvieron en ese momento así como sobre la capacidad del MSP y del Gobierno central en general para regular la labor de ellas.

Dentro del ámbito académico, encontramos algunas líneas temáticas que podrían ser profundizadas para una mayor comprensión del sector salud además de las ya mencionadas, a saber: el rol de los sindicatos de la salud en la definición y funcionamiento del sector, la centralidad del sector salud en los intereses gubernamentales, la importancia de la salud para el desarrollo de una sociedad.

Una cuestión adicional inherente a las reflexiones respecto a la descentralización está relacionada con la pertinencia de dicha forma de organización estatal para la gestión de este sector, especialmente cuando a partir de la Constitución de 2008 se definió al Ecuador como “Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico. Se organiza en forma de república y se gobierna de manera descentralizada” (Art. 1). En este sentido, la reorganización estatal que plantea la nueva Constitución presupone que la descentralización llevará a hacer real la respuesta institucional que los problemas de salud (y de otros sectores) requieren en todos los niveles territoriales y administrativos. La manera en que se realice la descentralización en esta etapa será determinante para marcar la diferencia respecto a la anterior, que como se vio adoleció del acuerdo entre los actores y de un objetivo común que ahora se ha definido como “buen vivir”.

Las reflexiones finales que hemos presentado aquí buscan sembrar la semilla de futuras investigaciones sobre un tema que requiere de más ex-

ploración. La dimensión institucional de la salud, de los actores, intereses e historias que se aglomeran a su alrededor es un campo de investigación abierto para las ciencias sociales en el Ecuador. Esperamos que esta revisión histórica inicial y las reflexiones que aquí se plantean contribuyan a su comprensión e inviten a su profundización.

Bibliografía

- Aguilar Santacruz, Edison (2007). “La seguridad social y la reforma de salud”. En *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*. OPS/OMS: 368-377. Quito: OPS, OMS, CONASA.
- Andino, Francisco (2003). “Comunicación del Despacho Ministerial”. MSP. 25 de abril (Copia, archivo GTZ).
- Barrera, Augusto (2007). “Agotamiento de la descentralización y oportunidades de cambio en el Ecuador”. En *La descentralización en el Ecuador: opciones comparadas*, Fernando Carrión (Ed.): 175-206. Quito: FLACSO, SENPLADES, GTZ, COSUDE, PDDL, PRODESIMI, BTC.
- Boltanski, Luc (2000). *El amor y la justicia como competencias. Tres ensayos de sociología de la acción*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- CAIC (2008). “Informe de auditoría integral”. Convenio de préstamo BIRF 4342-EC Proyecto de modernización de los servicios de salud-MODERSA. Suscripción: 25 de Noviembre de 1998. Subcomisión de Impactos Sociales, Ambientales, de Género y Pueblos. En: <http://www.auditoriadeuda.org.ec>, visitada 22 de agosto de 2011.
- Carrión, Fernando (2007). “Interrogatorio a la descentralización latinoamericana. 25 años después.” En *La descentralización en el Ecuador: opciones comparadas*. Fernando Carrión (Ed.): 31-55. Quito: FLACSO, SENPLADES, GTZ, COSUDE, PDDL, PRODESIMI, BTC.
- CDES (2002). *La exigibilidad del derecho a la salud. Una petición ante el Sistema Interamericano de Derechos Humanos*. Quito: CDES. Febrero. 2ª edición actualizada.
- CEPAL-RISALC (s/f) *Modernización de los Servicios de Salud (MODERSA)*. Ficha. En: <http://www.risalc.org/portal/proyectos/ficha/?id=169>.

- CEPAR (1999). *Políticas de salud y reforma sectorial: la opinión de los actores de la salud en el país*. Quito: CEPAR.
- _____ (2000) *Análisis y promoción de políticas de salud: el aporte del PAPPS a la Reforma Sectorial*. Quito: CEPAR.
- CIDH (1997). *Informe sobre la situación de los Derechos Humanos en Ecuador. Capítulo 2*. En: <http://www.cidh.oas.org/countryrep/Ecuador-sp/Capitulo%202.htm>
- CONAM-PROMODE-GTZ (2005). *Estado de concreción del Proceso de Descentralización en el Ecuador. Línea base de la descentralización a julio de 2004*. Quito: CONAM, GTZ.
- Echeverría, Ramiro (1997). “Reforma del sector salud en el Ecuador 1992-1997.” P. 30-77. En *Análisis y promoción de políticas de salud: el aporte del PAPPS a la Reforma Sectorial*. Quito: CEPAR.
- _____ (2007) “Las políticas de salud y el sueño de la reforma.” En *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*. OPS/OMS: 213- 221. Quito: OPS, OMS, CONASA.
- Hermida Bustos, César (2007) “El proceso de construcción del Sistema Nacional de Salud” En *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*, OPS, OMS: 284-289. Quito: OPS, OMS, CONASA.
- Larrea Villamar, Julio (1992). “La fundación del Ministerio de Salud: un acontecimiento histórico”. En *MSP: 25 años por la salud del Ecuador (1967-1992)*. Quito: MSP.
- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS) (2002). Registro Oficial No. 670. 25 septiembre.
- MSP-CONASA (2008) *Observatorio del Financiamiento al Sector Salud*. Ecuador: MSP-CONASA. PDF.
- OSUMTRANSA (2003) Oficio No. 092 - OSUNTRAMSA - 2003 Dirigido a Auki Tituaña Males, Alcalde de Santa Ana de Cotacachi.
- Rodas Andrade, Edgar (2007). “La reforma desde la perspectiva del ministro de Salud Pública (1998-2000)”. En *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*. OPS/OMS: 277-283. Quito: OPS/OMS/CONASA.

- Serrano Valladares, Alfredo (18 junio 2003). Oficio No. ASV-218-DG Congreso Nacional.
- Vallejo, M. (1997). “Estudio de la situación de la cooperación internacional en salud en los países receptores de la región de las Américas. Caso Ecuador”. Mimeógrafo. OPS/OMS CEPAR. Mayo. En *Análisis y promoción de políticas de salud: el aporte del PAPPS a la Reforma Sectorial*. Quito: CEPAR.
- Velasco, Margarita (2011). “La salud de la población. Medio siglo de cambios” En *Estado del País. Informe cero. Ecuador 1950-2010*. Quito: ESPOL, FLACSO, PUCE, Universidad de Cuenca, Contrato Social por la Educación, ODNA.
- World Bank (1992). “Staff Appraisal Report” Ecuador. Second Social Development Project Health And Nutrition. Junio 29, 1992. www.worldbank.org
- _____ (1993). *World Development Report 1993. Investing in Health*. New York: Oxford University Press. www.worldbank.org
- _____ (2001). “Implementation Completion Report (Cpl-35100; Scl-3510a; Scpd-3510s; Scl-35101b) On A Loan In The Amount Of Us\$ 70 Million To The Republic Of Ecuador For A Social Development 11: Health And Nutrition (FASBASE)” Diciembre, 2001. www.worldbank.org
- _____ (2007). “Implementation completion and results report (ibrd-43420) on a loan in the amount of us\$45.0 million to the Republic of Ecuador for a Health Services Modernization Project” Report No: ICR0000205. October 30, 2007 www.worldbank.org

Hemerografía

- Arcos, C. y R. Espinosa (1995). “La consulta de la seguridad social” Diario Hoy. En: <http://www.hoy.com.ec/wphoy-imprimir.php?id=84641>, visitada 25 de noviembre 2011.
- Albán Gómez, Ernesto, 24 junio 2003. “Opuestos a la descentralización”. En: <http://www.explored.com.ec/noticias-ecuador/opuestos-a-la-descentralizacion-150155-150155.html>, visitada 20 de julio 2011.
- Diario Hoy, 6 julio 2003. “Cotacachi, siete años tras la descentralización”.

En: <http://www.explored.com.ec/noticias-ecuador/cotacachi-siete-anos-tras-la-descentralizacion-151019-151019.html>, visitada 20 julio de 2011.

Diario Hoy, 17 junio 2003, “Descentralización de la Salud motiva paro”.

En: <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/descentralizacion-de-la-salud-motiva-paro-149536-149536.html>, visitada 20 julio de 2011.

Diario Hoy, 4 agosto 2003. “Iniciativa local empuja a la descentralización”. En: <http://www.explored.com.ec/noticias-ecuador/iniciativa-local-empuja-a-la-descentralizacion-153193-153193.html>, visitada 20 de julio de 2011.

Entrevistas

Aguilar, Susana. Entrevista realizada el 27 julio 2011.

Cisneros, Germán. Entrevista realizada 9 de agosto de 2011.

Frank, Jonas. Entrevista realizada el 10 de agosto de 2011.

Lucio, Ruth. Entrevista realizada el 19 julio de 2011.

Ortiz, Santiago. Entrevista realizada el 7 de julio de 2011.

Villacrés, Nilhda. Entrevista realizada el 14 julio de 2011.

Notas

- 1 Después del año 2004 no hubo más solicitudes ni se establecieron nuevos convenios.
- 2 Ahora Santo Domingo de los Tsáchilas.
- 3 Traducción propia.
- 4 Traducción propia.
- 5 Traducción propia.
- 6 Traducción propia.
- 7 Traducción propia.
- 8 Traducción propia.