

ESCUELA POLITÉCNICA NACIONAL

“MAESTRÍA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD”

**“PROPUESTA DE UN MODELO DE GESTIÓN
DESCENTRALIZADA EN SALUD”**

Experiencia en el Cantón Cotacachi.



**TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO EN MAGÍSTER (MBA) EN
GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD**

AUTOR: DRA. LUZ MARINA VEGA CONEJO

DIRECTOR DE TESIS: ECON. RUTH LUCIO

QUITO, AGOSTO 2006

DECLARACIÓN

Yo, Luz Marina Vega Conejo, declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría, que no ha sido previamente presentada para ningún grado o calificación personal; y que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

A través de la presente declaración, cedo mis derechos de propiedad intelectual correspondientes a este trabajo, a la Escuela Politécnica Nacional, según lo establecido por la Ley de Propiedad intelectual, por su reglamento y la por la normatividad vigente.

Dra. Luz Marina Vega Conejo

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo fue desarrollado por la Dra. Luz Marina Vega Conejo, bajo mi supervisión.

Econ. Ruth Lucio.
DIRECTORA DE TESIS

AGRADECIMIENTO

El sentimiento más noble del ser humano es la gratitud y en honor a ello quiero expresar a la Escuela Politécnica Nacional mi profundo agradecimiento por aportar a la consolidación de mi formación y experiencia profesional, que indudablemente reafirma mi vocación de servicio al país.

Este importante paso en mi vida, no hubiese sido posible sin el apoyo tesonero y permanente de mis padres, mi hermana Nina y de manera muy especial de mi esposo e hijas.

Durante el desarrollo de este trabajo conté con el apoyo y la conducción de Ruth Lucio, compañera y amiga, para quien va mi profundo reconocimiento.

Finalmente debo agradecer a Dios, por la alegría de vivir y aprender.

Luz Marina Vega C.



UNIDAD ACADÉMICA: _____

ORDEN DE ENCUADERNADO

De acuerdo a lo estipulado en el Art. 17 del Instructivo para la Aplicación del Reglamento del Sistema de Estudios, dictado por la Comisión de Docencia y Bienestar Estudiantil el 9 de Agosto de 2000, y una vez comprobados que se han realizado las correcciones, modificaciones y más sugerencias realizadas por los miembros del Tribunal Examinador para el proyecto escrito presentado por el (los) señor (es):

Luz Marina Vega Conejo

Se emite la presente orden de encuadernación con fecha: 23 de Noviembre de 2006

Para constancia firman los miembros del Tribunal Examinador:

NOMBRE	FUNCIÓN	FIRMA
Econ. Ruth Alicia Lucio Romero	Directora	
Ing. Paúl Adriano Ayora González	Miembro (1)	
Dr. Milton Reynier Vega Herrera	Miembro (2)	

Dr. Kléber Mejía Guzmán
COORDINADOR DE CARRERA

RESUMEN EJECUTIVO

En los 26 años de democracia representativa, que tiene el Ecuador, lejos de dar respuesta a las necesidades más apremiantes de la sociedad, se ha caracterizado por provocar grandes conflictos sociales, económicos y políticos, generando una grave crisis de gobernabilidad y de falta de servicios básicos.

En contrapartida con esta situación, el Municipio de Cotacachi – Gobierno Local, implementa un modelo de gestión basado en la participación social que incluye a todos los actores organizados y no organizados en la toma de decisiones, decisiones que posibilitan el ejercicio de los derechos fundamentales del pueblo multiétnico de Cotacachi. Una de las instancias más importantes del proceso de participación ciudadana, es la Asamblea de Unidad Cantonal, el Consejo Intersectorial de Salud de Cotacachi, responsables de sentar las bases organizativas, técnicas y jurídicas, para la construcción del Sistema Cantonal Descentralizado de Salud, y hacer efectivo el derecho a acceder a servicios de salud de todos los ciudadanos de Cotacachi, bajo los principios de universalidad, equidad, solidaridad, reciprocidad, e interculturalidad, como señala la Constitución Política de la República del Ecuador.

El presente trabajo, documenta cómo el Gobierno Local de Cotacachi, construye Un modelo de gestión descentralizada en salud, basado en la reforma del sector que impulsa el país, por ello en el capítulo I, realizamos un análisis de la situación de la reforma del sector salud a nivel nacional, provincial, enfatizando en el nivel cantonal, así como relaciono reforma y descentralización, por así disponer la Constitución de la República del Ecuador y otras normas jurídicas.

En el capítulo II, a fin de introducimos a profundidad en el tema, recopilamos los conceptos y enunciados teóricos, que han sido validados en el país, en distintas publicaciones realizadas por entidades del Estado como es el Consejo Nacional de Modernización del Estado, respecto de la descentralización. También es este capítulo realizamos un análisis respecto de las condiciones que el Municipio de Cotacachi ha creado para demandar o asumir nuevas competencias.

En el capítulo III, hacemos un análisis respecto de la viabilidad que tiene el Gobierno Municipal de Cotacachi, para implementar las competencias de salud de manera descentralizada. También en este capítulo, desarrollamos de manera compilada los documentos tipo, que se requieren para demandar competencias de salud.

En el capítulo IV, se presenta un análisis respecto de la sostenibilidad financiera del Municipio de Cotacachi, para la implementación de su sistema de gestión descentralizada de la salud, basada en estudios o documentos procesados en el nivel local.

Finalmente en el capítulo V, exponemos algunos de los logros más significativos, que tiene el Municipio de Cotacachi, en la gestión descentralizada de las competencias de salud.

CONTENIDO

CAPITULO 1

BREVE ANÁLISIS DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN EL ECUADOR

1.1 ANTECEDENTES DEL PROCESO DE REFORMA

- 1.1.1 Contexto nacional de la reforma
- 1.1.2 Contexto Provincial de la reforma
- 1.1.3 Contexto Cantonal de la reforma
- 1.1.4 Reforma del sector salud y descentralización

CAPITULO 2

LA DESCENTRALIZACIÓN

- 2.1 Conceptos generales
 - 2.1.1 Conceptos y enunciados teóricos generales
 - 2.1.2 Descentralización, Desconcentración
 - 2.1.3 Régimen de autonomías
 - 2.1.4 Propuestas y posiciones respecto de la Descentralización
 - 2.1.5 Proceso y condiciones para descentralizar.

CAPITULO 3

OPERACIONALIZACIÓN DE LA DESCENTRALIZACIÓN

- 3.1 Capacidad del Gobierno Local para descentralizar: Construcción de condiciones para asumir competencias de salud.
 - 3.1.1 Viabilidad Organizativa
 - 3.1.2 Viabilidad Jurídica Legal
 - 3.1.3 Viabilidad Técnica
 - 3.1.4 Viabilidad Política
 - 3.1.5 Viabilidad Financiera
- 3.2 Guía de procedimientos formales para obtener transferencia de competencias.
 - 3.2.1 Formato modelo de la resolución del gobierno local declarando capacidad operativa
 - 3.2.2 Formato modelo de la carta-oficio de solicitud de transferencia de competencias, al Ministerio de Salud Pública y al Ministerio de Economía y finanzas.
 - 3.2.3 Matriz modelo del mapa de competencias a demandar
 - 3.2.3 Formato Convenio de descentralización

CAPITULO 4

ANÁLISIS FINANCIERO

- 4.1 Análisis económico sobre las competencias susceptibles de ser descentralizadas
- 4.2 Identificar Fuentes de financiamiento para la gestión de los servicios de salud descentralizados.
- 4.3 Analizar la sostenibilidad financiera de la gestión descentralizada de la salud

CAPITULO 5

PERSPECTIVAS DE LA DESCENTRALIZACIÓN EN EL CANTÓN COTACACHI

4.1 ¿Va o no va la Descentralización?

4.1.2 Impactos: Positivo o negativo del proceso de Descentralización en la salud de la población de Cotacachi.

4.1.2.1 Análisis de cobertura de los diferentes programas. Antes y después de solicitar la descentralización

4.1.3 Desafíos del proceso de descentralización en el Cantón Cotacachi.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Anexos

TEMARIO

CAPITULO 1

BREVE ANÁLISIS DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN EL ECUADOR

1.1. ANTECEDENTES DEL PROCESO DE REFORMA

1.1.1. Contexto nacional de la reforma

Desde la década de los noventa, se ha intensificado el debate sobre la necesidad de impulsar el proceso de REFORMA DEL SECTOR SALUD, en un intento de mejorar las condiciones de salud y vida de los ecuatorianos/as; por tanto había que hacer de la REFORMA DEL SECTOR, un proceso político social, que introduzca cambios profundos en las Instituciones prestadoras de salud, especialmente las de base pública y afianzar las relaciones intersectoriales a fin de brindar condiciones de salud a la población con la contribución de otros sectores: educación, saneamiento ambiental vivienda, recreación, etc.

Por tanto el deber ser del sector salud, en la reforma, es contribuir a cambiar, modificar, implantar los conceptos, la gestión misma del proceso de atención de la salud, así como contribuir a cambiar los determinantes y condiciones que afectan el nivel de bienestar (en el sentido más amplio) de la población. Es decir el sector debe orientar su oferta de servicios de salud, en función de la demanda y generar condiciones de accesibilidad, cobertura universal, eficiencia, dirigirla hacia los que mas lo necesitan; y, simultáneamente apoyar a comprender que tener salud, o ser saludable es el resultado de interacciones sociales, culturales, políticas, económicas, que influyen directamente en la personas, en las familias, y en el ambiente en el que estas se desenvuelven.

Entre las reformas mas conocidas, tenemos a las llamadas las de “Primera Generación”, en el cual el estado tiene un papel preponderante y es el responsable directo de entregar servicios de salud universales, tenemos los casos de Inglaterra, Chile, Cuba (años cincuenta). (Redes públicas de servicios de salud).

En las de segunda generación, las reformas se orientaron a desarrollar la salud pública desde el Estado, pero introduciendo los conceptos de conjunto de prestaciones y sobre estas ampliar la cobertura y asegurar su acceso. Tenemos los casos de Costa Rica, la reforma de Chile, de Canadá.

En las de tercera generación, se replantean las relaciones entre el Estado, la sociedad civil y el mercado, introduciendo la apertura económica en este sector, muy en boga en la década de los noventa a nivel internacional y es precisamente en este escenario en el que inscribe la reforma del sector salud en el Ecuador, se introducen conceptos como costeo de las prestaciones de salud, copago, focalización del subsidio y en los últimos 4 años, aseguramiento universal en salud, impulsado desde el Gobierno Nacional.

Entre otras iniciativas de reforma del sector salud realizadas por el MSP, tenemos la impulsada por los años ochenta, que son los Sistemas Locales de Salud (SILOS), que enfatiza en la autoresponsabilidad individual y comunitaria respecto de la salud, es decir mayor participación individual y menor participación del Estado; se dio por entendido que el ciudadano y la comunidad estaban listos para autoprotgerse, las unidades operativas de salud rurales, agregan las charlas comunitarias como la estrategia para apoyar a los individuos y comunidades en su nueva responsabilidad. No existió una estrategia clara

para implementar este programa. En este periodo recrudecen las enfermedades transmisibles (sarampión, varicela...), la atención hospitalaria es caótica y poco eficiente; existía exceso de planes y programas que funcionaban de manera independiente (programa de emergencias, atención primaria de salud, atención secundaria y terciaria, medicamentos, alimentación y nutrición, recursos humanos y laborales) esta situación según el Ministro Abad, se debió a que no tenían recursos financieros y faltó mayor apoyo político.

En los años 90, se reorientan las políticas anteriores y se introduce el concepto de red, así nace el Programa de la Red Nacional de Emergencias Médicas (red de ambulancias, red de radiocomunicación, readecuación y equipamiento de salas de emergencia y capacitación del recurso humano), este programa se implementó con el apoyo de un crédito otorgado por el banco mundial y se denominó FASBASE (Fortalecimiento y ampliación de Servicios Básicos de Salud en el Ecuador). En este periodo se desarrollan campañas masivas de educación; capacitación de los recursos humanos del MSP, mejoramiento de sistemas de agua, del sistema de vigilancia epidemiológica entre otras. Los resultados de este proyecto, al decir del propio Ministerio no tuvieron mayor impacto.

En los finales de la década del 90 y principios del 2000, el Ministerio de Salud Pública, inicia otro proyecto, financiado por el Banco Mundial llamado -Modernización de los Sistemas de Salud MODERSA- ; y justifica este proyecto señalando “que el sector salud está fragmentado (MSP, IESS, Privados, ONGs, etc.), que no existe coordinación para prestar servicios de salud a la población pobre e indigente, pues los criterios, los métodos y procesos utilizados por las instancias mencionadas son aislados, dispersos, no fundamentados en un presupuesto real; existe duplicación de las funciones de gestión, financiamiento y provisión de servicios de salud; que existe un conjunto de servicios de salud poco específicos y con diferencias de calidad y beneficios no equiparables; que el MSP requiere fortalecer su conocimiento cómo promover efectivamente que las decisiones y los recursos se orienten hacia intervenciones costo efectivas especialmente las de atención primaria de salud”.

Además ilustran que esta situación se ve multiplicada y se vuelve más compleja al agregar problemas de eficiencia institucional, como son los problemas organizacionales, los de baja motivación y pobre desempeño del personal, la concentración de recursos humanos en zonas urbanas, la escasez de medicamentos y de suministros esenciales, el mantenimiento deficiente de equipos de salud y de la infraestructura física; y la asistencia y supervisión inadecuada e ineficaz que incide en la calidad de los servicios de salud.

Señalan además que parte de esta ineficacia e inequidad está relacionada con la inespecificidad de los servicios de salud en el nivel primario y su dificultad de adaptarse a las necesidades de la población a la que cubren. El modelo de organización y práctica de salud es el mismo en todo el país, sin importar las particularidades de las poblaciones que reciben el servicio, sólo con variantes derivadas del personal que se desempeña en cada servicio. Esta situación es particularmente inconveniente en población negra e indígena.

El Proyecto MODERSA, se implementa para corregir los problemas mencionados.

La ejecución de este proyecto se realizó a través de varios subproyectos, uno de ellos el denominado “Sistemas descentralizados de Salud”, cuyo objetivo central fue “garantizar a la toda la población desprotegida los servicios de salud preventivos y curativos necesarios conforme los principios de equidad, integralidad, solidaridad, calidad y eficiencia, para ello es necesario ordenar el sector, articular capacidades institucionales y la optimización de los recursos disponibles de las entidades públicas y privadas mediante la generación de un modelo de atención, gestión y financiamiento adecuado para lograr

una mejor cobertura y calidad de la atención, en el marco de esfuerzos mas amplios de cooperación y coordinación intersectorial para promover mejores condiciones de salud y vida, aspectos que están respaldados por las reformas constitucionales en salud.”

a) Modernización e identificación de roles del nivel central, provincial y local.

El Proyecto MODERSA, plantea que para modernizar el sector salud, es necesario identificar los roles de los niveles: central, provincial y local. Y establece lo siguientes roles:

a) “Al nivel central le corresponde, la conducción nacional del sistema para el establecimiento de políticas, la normatividad técnica, asignación financiera y regulaciones necesarias, estará a cargo del MSP, con el apoyo del Consejo Nacional de Salud, como espacio de concertación sectorial, para lo cual es indispensable el fortalecimiento de las capacidades re rectoría y de gestión de estas entidades.

b) El nivel provincial o intermedio asumirá – vía desconcentración- las competencias propias de rectoría provincial y se especializará en las funciones de coordinación y apoyo técnico administrativo para todas las entidades del sector salud comprometidas con el sistema.

c) A nivel local corresponderá el desarrollo operativo del modelo de cobertura universal, mediante la conformación de redes de atención de salud con proveedores públicos y privados; éstos últimos funcionando conforme a modalidades de gestión local participativa.”

Bajo estas premisas se impulsa la conformación de Consejos Cantonales en Municipios denominados piloto como son los casos de Cotacachi, Santa Elena, Santa Cruz de Galápagos, Ibarra, Cuenca, El Tena entre otros. Un rol importante del Consejo es que estos asumen la responsabilidad de coordinar y articular a los diferentes prestadores de salud presentes en el territorio cantonal.

Los subproyectos locales se denominan Sistemas Cantonales Descentralizados de Salud, mientras que la gestión y la administración de los fondos MODERSA, a nivel local se realiza a través de los Consejos Cantonales.

Este proyecto debe finalizar en junio del 2006, y de los cantones pilotos solo Cotacachi, a asumido competencias de salud, sin el apoyo y la conducción del MSP, queda aún pendiente los objetivos planteados por MODERSA al inicio de este proyecto, pues no se ha modificado el escenario antes de la intervención del proyecto, debido principalmente a:

- MODERSA se gestiona y administra como una unidad ejecutora independiente del MSP, las tensiones que vivió este proyecto, fue producto de los obstáculos y problemas generados desde el propio MSP.
- Falta de políticas claras y de estrategias para implementar el Proyecto, desde la primera autoridad del MSP: pues se delegó la responsabilidad exclusivamente al equipo técnico.
- Clarificar que el proceso de reforma, es esencialmente político y no solamente técnico, pues se dejaron intactas las estructuras de gestión, provisión, y financiamiento.
- Falta de concertación en la interpretación jurídica, pues para el MSP MODERSA, con la constitución de los Consejos Cantonales de Salud, prácticamente, establecen que se ha “concluido” con el proceso de descentralización, pero para los Gobiernos Municipales, integrantes fundamentales de los mismos, apenas es el comienzo del proceso.

b) Los consejos cantonales de salud y el proceso de modernización.

Desde nuestro punto de vista, conformar los Consejos de Salud, no responde a la necesidad de modernizar el sector, pues éstas son instancias de coordinación y de articulación tal como lo señala la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.

A fin de ilustrar mejor lo señalado, cito algunos artículos de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud

Art. 17.-El Consejo Nacional de Salud, se crea como entidad pública con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera, con domicilio en el Distrito Metropolitano de Quito.

Las resoluciones del Consejo Nacional de Salud, como resultado de la concertación sectorial, que se procurará se adopten por consenso, serán de cumplimiento obligatorio por todos los integrantes del Sistema.

El proceso de toma de decisiones constará en el Reglamento a esta Ley.

Art. 18.-Conformación.- El Consejo Nacional de Salud, estará integrado por cada una de las 17 entidades que integran el Sistema Nacional de Salud, identificadas como tales en el artículo 7, y presidido por el Ministro de Salud Pública. El reglamento normará la forma de designación y/o elección de tales representantes.

Art. 19.-Funciones del Consejo Nacional de Salud.- El Consejo Nacional de Salud tiene como funciones:

1. Concertar entre todos los actores y niveles del Sistema la aplicación de la política nacional en salud.
2. Participar conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública en la formulación del Plan Integral de Salud y los criterios para su ejecución, incluyendo la programación de extensión progresiva de cobertura y su financiamiento.
3. Coordinar la participación de los integrantes del Sistema para la implementación del Plan Integridad de Salud.
4. Aprobar la utilización común de normas técnicas y protocolos para las prestaciones; procedimientos de referencia y contrarreferencia, y, otros mecanismos necesarios para la provisión de servicios.
5. Promover la participación, el control social, el cumplimiento y la exigibilidad de los derechos de los usuarios.
6. Convocar y organizar periódicamente eventos de amplia consulta nacional sobre los temas relevantes para la salud del país.
7. Promover el desarrollo integral de los recursos humanos en salud.
8. Designar al Director Ejecutivo.
9. Las demás que le asigne la Ley, su Estatuto y el Reglamento.

Art. 23.- Los Consejos Cantonales de Salud estarán presididos por el Alcalde o su representante y la Secretaría Técnica será ejercida por el Jefe del Área de Salud respectivo o designado.

Se conformarán con representantes de los integrantes del Sistema que actúan a nivel cantonal y de las Juntas Parroquiales. Se promoverá la participación paritaria del Estado y la sociedad civil.

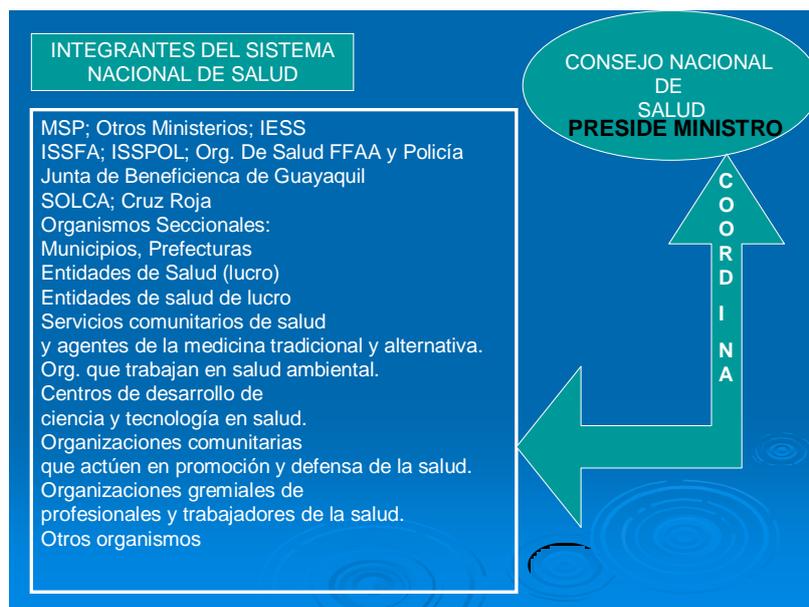
Art. 24.-Funciones.- Son funciones de los Consejos Cantonales de Salud, las siguientes:

1. Aplicar la política nacional en salud, adaptada al ámbito cantonal.
2. Formular y evaluar el Plan Integral de Salud en el cantón.
3. Coordinar las acciones de promoción de la salud con otras entidades de desarrollo provincial, local y la comunidad.
4. Apoyar la organización de la red de servicios en el cantón.
5. Promover la participación, control social y el cumplimiento y exigibilidad de los derechos de los usuarios.
6. Vigilar que la celebración de contratos o convenios de prestación de servicios de salud entre las entidades públicas y privadas del cantón, guarden concordancia con los objetivos y el marco normativo del Sistema.
7. Las demás que le asignen la Ley, su Estatuto y el Reglamento.

Art. 25.-Dos o más cantones de la misma provincia, podrán asociarse para formar un solo Consejo de Salud Mancomunado y compartir su estructura y recursos.

c) ANÁLISIS

De acuerdo a la LOSNS, el Consejo Nacional de Salud, está presidido por el Ministro de Salud Pública y en representación del MSP, es el encargado de coordinar a los integrantes del Sistema.



Los Consejos Cantonales de Salud, están presididos por el Alcalde de la ciudad, lo cual efectivamente evidencia la transferencia de una atribución como es la de Coordinación, al Municipio.



Estas acciones si bien ha logrado una importante contribución en el ámbito de coordinación entre algunos proveedores de salud a nivel del territorio, no significan que este proceso implique modernización del sector salud, pues la situación del sector mantiene los mismos problemas de hace décadas.

Para evidenciar esta problemática, es necesario señalar que en los últimos 30 años¹ la inversión en el sector social ha tenido altibajos significativos, que demuestra la ausencia de una política de estado en ésta materia.

La salud pública mantiene asignaciones históricas con una tendencia casi constante de participación de la riqueza nacional por debajo del 2% (PIB) y < 6% del PGE. Generando un Ministerio de Salud limitado y con grandes dificultades para organizar los servicios de salud, ejercer su rectoría y administrar los recursos.

Los costos en sus bienes y servicios son altos, como consecuencia del uso no adecuado de los recursos y la falta de mecanismos de seguimiento y evaluación.

Persiste una mala distribución de los recursos fiscales, que ocasionan aumento de las brechas de inequidades sociales en salud, y por ende el aumento de impuestos para financiar las ineficiencias o mal uso de los recursos asignados (Ej.: Las limitaciones en el uso de recursos por autogestión, según el Decreto 502 se establece un máximo del 20% para contratación de recurso humano, cuando en la realidad es lo que más requieren las unidades de salud, así como las relaciones porcentuales en las aportaciones que hace el gobierno central vs. los recursos propios).

Los incrementos de los presupuestos en su mayoría son para cubrir gastos fijos o corrientes (salarios, bonificaciones y demás aumentos frutos de las conquistas laborales). Desde mucho tiempo la estructura mantiene una relación de 80 – 20 (entre los gastos corrientes y los denominados de capital).

¹ Agenda para el desarrollo, Secretaría Técnica del Frente Social.

La ausencia de mecanismos y herramientas técnicas que permitan acercar los contextos y necesidades reales de bienes y servicios al presupuesto del gobierno en el área de la salud, determina grandes inequidades en los presupuestos asignados (Ej.: al comparar los presupuestos vs. el número de unidades de salud, el presupuesto vs. la población, el presupuesto vs. los recursos propios comprometidos, entre otros.).

Por lo expuesto, consideramos que el proceso de reforma en el Ecuador, aún es un tema por resolver y por impulsar.

1.1.2. Contexto Provincial de la reforma

A nivel provincial se reproducen los mismos problemas que tiene el sector Salud a nivel nacional, como la falta de articulación, de coordinación, débil gestión de la salud, agravado por la falta de recursos financieros, pues generalmente existe una gran diferencia entre el presupuesto asignado y el presupuesto ejecutado, algunas partidas presupuestarias, aún son de exclusiva decisión del nivel nacional, así por ejemplo tenemos que las partidas de déficit rural (para contratar médicos para las zonas rurales), este año no se asignaron a la provincia lo que obligó a suspender los contratos de profesionales de la salud, dejando a las unidades operativas de salud, sin médicos, enfermeras, obstetrices, lo cual ha influido negativamente en las coberturas de todos los programas de salud.

La desarticulación, la descoordinación se evidencia con mayor gravedad a nivel de las provincias, en la que coexisten prestadores públicos, municipales, privados, ONGs, organizaciones de segundo grado, todos ellos prestando servicios de salud con paquetes de prestaciones muy pequeños, limitados; replicando y duplicando sus esfuerzos y recursos y aislados de los otros sectores (educación, ambiente y otros).

A nivel provincial, la reforma del sector impulsada por MODERSA, es poco conocida, las direcciones provinciales de salud tuvieron poca participación en el proceso de debate de modernización del sector, lo cual influyó negativamente en el establecimiento de acuerdos entre los cantones y provincias, se generaron tensiones mutuas, impidiendo acuerdo mínimos en pro de aportar al desarrollo del sector salud.

1.1.3. Contexto Cantonal de la reforma

a. Participación y reforma del sector salud

Desde 1996, Cotacachi impulsa la construcción de un nuevo modelo de gestión y gobierno local participativo y democrático; el nuevo modelo pone en el centro al ser humano, para lo cual interrelaciona la estructura productiva a la estructura social en un proceso de desarrollo integral participativo de acuerdo con las metas definidas por la comunidad².

El municipio se transforma de administrador local de servicios básicos y ejecutor de obras físicas, en un verdadero gobierno local, capaz de adaptarse a las exigencias actuales y convertirse en polo de desarrollo, cuya estrategia es establecer una relación directa con sus ciudadanos/as.

El Gobierno local de Cotacachi, realiza su gestión de manera conjunta con la sociedad civil, a través de una instancia participativa denominada Asamblea de Unidad Cantonal, la

² Villacrés Nilhda, Sistema Cantonal Descentralizado de Salud, Lineamientos políticos y técnicos en el nivel nacional y cantonal, AME, Quito, Diciembre 2003. Tomado de: Guía par la Formulación y Ejecución de Políticas Municipales dirigidas a mujeres. Red Mujer y Habitat América Latina-HIC Quito: Programa de Gestión Urbana, Mayo 2000

misma que está institucionaliza, y recibe un aporte del 10% del presupuesto municipal, para dinamizar la participación ciudadana.

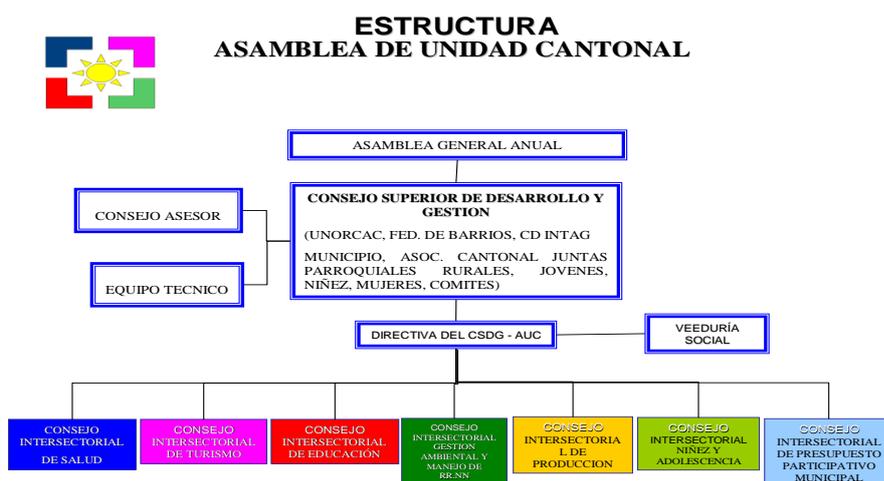
Las aspiraciones sociales dentro de la gestión participativa se prioriza a través instrumentos participativos como son: el Plan de Desarrollo Cantonal y el presupuesto participativo.

Así, el gobierno municipal ha asumido nuevas competencias y responsabilidades en estas áreas en función del mejoramiento de la calidad de vida de su población, en la que la sociedad civil tiene un rol fundamental, pues su participación activa y voluntaria, ha permitido hacer mucho mas con el mismo presupuesto, optimizar al máximo el talento humano y emprender proyectos estratégicos como el programa de Alfabetización “YO SI PUEDO”, que les permitió erradicar el analfabetismo en abril del 2005 y por ello fue declarado por la UNESCO como territorio libre de analfabetismo.

Para Cotacachi, modernizarse, reformarse, ha significado generar condiciones, y con la participación activa de la sociedad civil llevar adelante sus reformas de manera concertada.

Cotacachi, realizó como un paso previo a emprender cualquier reforma, la organización de la sociedad civil, en la Asamblea Cantonal, la misma que promueve la conformación de diversas agrupaciones sociales: Federación de Barrios para garantizar la seguridad ciudadana y fortalecer las organizaciones sociales en los barrios de la ciudad de Cotacachi; se impulsa la participación de mujeres, niños y jóvenes para la apropiación de sus derechos y responsabilidades y se crean las Coordinadoras de las Mujeres y de los Niños y Jóvenes.

La Asamblea se reúne una vez al año, generalmente en el mes de septiembre; es la máxima instancia de decisión, acoge anualmente a más de 700 delegados de todo el cantón; en ésta se rinden cuentas, se informa de los avances, dificultades, se planifica las prioridades del año, se resuelven las necesidades de tasas, impuestos o temas que requieran de la aprobación de la mayoría de ciudadanos/as



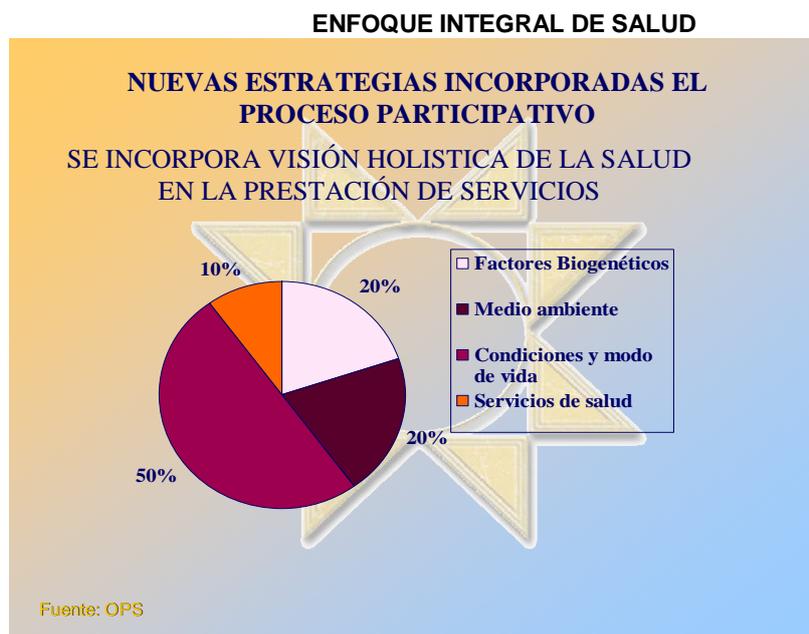
Fuente: Plan de Desarrollo de Cotacachi

b. Conformación del Consejo Cantonal Intersectorial de Salud, -CIS-, instancia de coordinación social y toma de decisiones en salud.

La I Asamblea de Unidad Cantonal, prioriza como uno de los ejes de su desarrollo a la salud, crea el Consejo Cantonal Intersectorial de Salud (ex Comité Intersectorial de salud CIS), quien tiene como responsabilidad realizar acciones de mejoramiento de acceso a la salud de la población. A fin de cumplir con este mandato el CIS realiza de manera participativa varias acciones:

- En 1997, realiza el “Diagnóstico de Salud del Cantón”, identificando los principales problemas de salud, que relacionados con las condiciones de calidad de vida de los habitantes y sus limitaciones para acceder a los bienes y valores que permitan mejorar su situación, involucrando en ello: servicios de salud, educación, infraestructura básica, saneamiento, medio ambiente, factores sociales y económicos.

Con base a este estudio, Cotacachi define que su modelo de salud debe tener como premisa que “la salud es el resultado de un conjunto de factores –riesgos de tipo económico, social, cultural, ambiental y biológico, donde los aspectos socioeconómicos y culturales son los determinantes y los otros son condicionantes; lo que se expresa en problemas de salud tanto colectivos como ligados a las personas, con consideraciones de género y generacionales, en una perspectiva de transcausalidad desde lo occidental y tradicional³.



El modelo también considera el reconocimiento, recuperación y articulación de los saberes y prácticas de la medicina ancestral, con la medicina occidental, considerando la población diversa que habita en Cotacachi.

³ Escenarios de Sostenibilidad del Modelo de Salud, GTZ, Cotacachi, 2002, p. 10

- En diciembre de 1997 el Gobierno Local declara a Cotacachi como “Cantón Saludable” a través de una Ordenanza Municipal.
- En 1998; Cotacachi es beneficiario del Proyecto de Modernización de la Salud – MODERSA- , con esto se inicia la fase de preparación para construir el Sistema Descentralizado de Salud (SDS).

La VI Asamblea de Unidad Cantonal (septiembre de 2001) resuelve que el CIS, prepare las condiciones técnicas para construir un sistema descentralizado de salud⁴. Además esta Asamblea resuelve:

- Preparar las condiciones técnicas y políticas para realizar la demanda de competencias y recursos en salud al Ministerio de Salud Pública, basados en la Constitución de República del Ecuador, Ley de Descentralización y Participación Social y su Reglamento, como estrategia para consolidar el Sistema Cantonal Descentralizado de Salud.
- Realizar la reingeniería del Hospital Asdrúbal de la Torre, con el compromiso de todos los ciudadanos de respaldar, apoyar, hacer control social al proceso y demandar el apoyo y respeto de las autoridades provinciales y nacionales a las decisiones técnicas de la reingeniería del Área de Salud No. 3.
- Coordinar con el MSP nacional y provincial a fin de que la designación del nuevo director del Área de Salud sea por concurso de merecimientos y bajo una terna elaborada por el CIS.

c. Consolidación del Sistema Cantonal de Salud.

El municipio de Cotacachi, una vez tomada la decisión de demandar competencias de salud, inicia un proceso importante de fortalecimiento del sistema cantonal de salud, para ello realiza las siguientes acciones:

- Culminar la elaboración del Plan Estratégico de Salud para el período 2002-2006.
- Iniciar el proceso de aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI) para lo cual el Comité de Gestión de los Fondos Solidarios se inserta en el CIS y como proveedores de salud se incorporan las parteras capacitadas por el Proyecto Jambi Mascaric.
- Se implementa el Proyecto de Espacios Saludables, bajo la ejecución de la Federación de Barrios. Este proyecto promueve la agricultura urbana.
- Se realiza la construcción del Centro de Medicina Física y de Rehabilitación “Sol de Vida”, destinado a la prevención y tratamiento de las discapacidades.
- Se inicia la de “Reingeniería de servicios y procesos del Área de Salud No. 3 del cantón Cotacachi.”
- Por otro lado, como parte del convenio de cooperación firmado entre el Municipio de Cotacachi y el Municipio de Viñales (Cuba), auspiciado por OPS/OMS y AME, el cantón recibe al primer grupo de médicos cubanos que apoyan a la extensión de cobertura de los servicios de salud y la definición del modelo de salud con enfoque familiar y comunitario.
- Conformación de una comisión técnica local que analice la descentralización así como su viabilidad y sostenibilidad
- Socializar el proceso de descentralización en sus diferentes ámbitos: jurídico legal, capacidad local y las implicaciones en la gestión de la salud a nivel del Gobierno Local y la Asamblea de Unidad Cantonal.

⁴ Propuesta del Proyecto MSP-MODERSA y que con los avances ya realizados por el CIS –Cotacachi articula un modelo particular de sistema descentralizado de salud para Cotacachi.

d. Planificación del desarrollo cantonal

En el Plan de Desarrollo Cantonal están definidas las políticas, estrategias y líneas directrices para el mejoramiento de la calidad de salud y vida de la población, así como su desarrollo productivo, turístico, agropecuario y de conservación del medio ambiente.

Las líneas directrices establecidas por la comunidad en su Plan de Desarrollo son:

- a. Mejoramiento de la calidad de vida de la población para un desarrollo humano equitativo basado en la pluriculturalidad.
- b. Búsqueda permanente de un desarrollo que armonice la relación del ser humano y la naturaleza como práctica cotidiana en los pobladores.
- c. Consolidación de la participación organizada de los sectores sociales y de la ciudadanía en la toma de decisiones.
- d. Fortalecer el nuevo modelo de administración municipal participativo, moderno, eficiente y eficaz que dinamice la gestión del desarrollo cantonal



e) La planificación de la salud y reforma del sector.

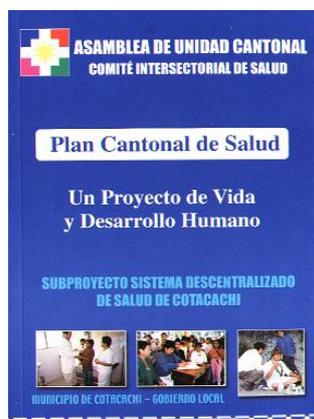
El plan “incorpora una concepción integral de la salud, producto de un conjunto de condicionantes y determinantes que requieren intervenciones intersectoriales integradas con activa participación de actores locales relacionados con la salud”⁵. Se prioriza la promoción de la salud desde lo intersectorial, la prevención colectiva e individual y el acceso universal a servicios de salud con calidez y calidad, articulando los conocimientos y prácticas tradicionales y occidentales.

El objetivo del Plan es: **construir un modelo integral e intercultural de salud que garantice un óptimo nivel de vida de la población para el desarrollo humano sostenible con equidad y democracia participativa en el Cantón.** Las prioridades territoriales se focalizan en las parroquias con mayor incidencia de pobreza que presentan riesgos mayores en relación con el resto de la población.

⁵ Plan Cantonal de Salud de Cotacachi 2002-2006, p.8

En las líneas de acción se priorizó: el fomento de estilos de vida y del entorno a través de la implementación de políticas saludables, espacios saludables y promoción de la salud, seguridad alimentaria y seguridad familiar y ciudadana. Otra de las líneas de acción fue: la reorientación de los servicios de salud, el fortalecimiento de la medicina tradicional andina, el mejoramiento del acceso a los servicios de salud, el desarrollo institucional de los servicios de salud, el desarrollo de sistemas de apoyo a la gerencia del CIS y el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

El escenario de implementación del Plan Cantonal de Salud, cambió cuando el Gobierno Local de Cotacachi asumió las competencias de Salud, lo que condujo a actualizar el Plan de Salud (abril 2005).



La contribución ciudadana a los procesos de salud través de las diferentes instancias participativas, configuró un escenario positivo para un cambio; las resoluciones de las Asambleas Cantonales ratificaban y fortalecían las acciones del Consejo Cantonal de Salud; al CIS se sumaban cada vez más actores y el trabajo era permanente; se contaba con el plan cantonal de salud, diagnósticos participativos, los lineamientos estratégicos del desarrollo integral del cantón, y estaba en plena ejecución conjunta el proyecto de Sistema Descentralizado de Salud entre el Municipio y MODERSA.

También la aplicación la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI), contribuye a consolidar el proceso de gestión de la salud, pues su alcance social involucra un mayor relacionamiento del MSP con los Gobiernos Locales.

Los avances eran evidentes, particularmente desde el año 1997 hasta el año 2002, sin embargo, no se lograba superar las limitaciones de los servicios públicos de salud (Área de Salud No 3 del MSP).

La necesidad de cambio en la atención de servicios de salud demandado por la comunidad se encontraba con grandes dificultades, puesto que las decisiones sobre los servicios públicos de salud de los que disponía el cantón, estaba a cargo del gobierno central, y que adolecía de los mismos problemas que el resto de servicios de salud del MSP en cuanto a ineficiencia, inequidad, falta de cobertura, poca accesibilidad y otros serios problemas y por tanto el CIS en cumplimiento de las resoluciones de la Asamblea, apoya al Gobierno Local a demandar las competencias de salud.

El 19 de Julio del 2002, los Municipios de Cotacachi y Loja, solicitan formalmente la transferencia de competencias de salud, en total apego al proceso jurídico establecido; la petición de transferencia de competencias de estos Municipios, puso a prueba la real voluntad política del gobierno central respecto de la descentralización en salud y a la vez, evidenció el posicionamiento contrario de los sindicatos de salud a este proceso. En julio del 2003, el Municipio de Cotacachi, asume la administración y gestión del Área de Salud No 3



Alcalde de Cotacachi y Ministro de Salud, suscriben el convenio de descentralización de las competencias de salud del MSP, al Gobierno Municipal

1.1.4 Reforma del sector salud y descentralización

El Ministerio de Salud Pública, ha enfatizado que este sector requiere modernizarse a través de la adopción modelos de gerenciamiento más ágiles y eficientes a través de la aplicación de conceptos y medios tecnológicos innovadores y adicionalmente a ello realizar cambios a nivel de la organización, gestión y financiamiento de la atención de salud,.... , es necesario diferenciar reforma y modernización, pues los procesos de reformaen el fondo contienen medidas de privatización....., si bien el proceso de descentralización seguirá siendo un eje sustantivo de la reforma, antes de ello es necesario desarrollar la capacidad de rectoría del MSP, para situar las reglas y direccionalidad de este proceso⁶.

El enfoque planteado anteriormente, sigue vigente en la actualidad, el MSP, desarrolla esfuerzos por modernizarse, y cada uno de estos esfuerzos han respondido a la lógica y prioridad dada por cada Ministro de Salud, (en 4 años de Gobierno, vamos por el quinto Ministro de Salud), sin que ninguno de los procesos iniciados anteriormente haya tenido continuidad o haya finalizado.

⁶ Ramiro Echeverría, el proceso de reforma del Sector Salud CEPAR 2000 (Ramiro Echeverría ha sido en distintas administraciones el interlocutor en mesas de negociación, en representación del MSP)

Los Gobiernos Municipales y provinciales, en estricto apego al marco jurídico que señala que la descentralización es “**la transferencia definitiva de competencias, atribuciones, funciones, responsabilidades y recursos, especialmente financieros, materiales y tecnológicos, de origen nacional y extranjero de que son titulares el Gobierno Central y las entidades de la función ejecutiva hacia los Gobiernos Seccionales autónomos a efecto de distribuir los recursos y los servicios de acuerdo con las necesidades de las respectivas circunscripciones territoriales**”⁷, han demandado competencias de salud al Ministerio de Salud Pública.

En el caso de Cotacachi, actualmente existe una descentralización administrativa, los problemas con el MSP, se vuelven cada vez más críticos y agudos. A esto se suma los constantes paros de la salud, realizados por los sindicatos nacionales, que entre su pliego de demandas, es lograr que vía acuerdo Ministerial o decreto ejecutivo se establezca, que la descentralización del sector salud no se realizará. Existe una coincidencia entre los profesionales de planta del MSP, los gremios de la salud y los sindicatos, para impedir que este proceso avance “pues es un proceso privatizador, que agravará los problemas de acceso a servicios de salud, que ya tienen los ciudadanos”.

Por su lado los pocos Municipios, que han asumido competencias de salud (Cotacachi, Bucay, Chordeleg), han demostrado con evidencias que la descentralización de las competencias de salud es beneficiosa para la población, pues al sumar recursos municipales a los recursos del gobierno central, les ha permitido ampliar la cobertura de los diferentes programas de salud.

⁷ Ref. inciso 2 Art. 225 de la Constitución Política de la República, en concordancia con el Art. 3 de la Ley Especial de Descentralización del Estado.

CAPÍTULO 2

LA DESCENTRALIZACIÓN

2.1 Conceptos generales

2.1.1 Conceptos y enunciados teóricos generales

El proceso de descentralización en el país, parte de conceptos, basados en la legislación ecuatoriana, y con el objetivo de entender el significado y los alcances de los mismos es necesario conocerlos, y así establecer un mecanismo de comunicación mas adecuado.

a. Conceptos

Descentralización. La descentralización consiste en la transferencia de competencias, atribuciones, funciones y recursos desde el gobierno central (en cualquier nivel) al régimen seccional autónomo (consejos provinciales, municipios, juntas parroquiales) y organizaciones de la sociedad.

Competencias. Son ámbitos generales de responsabilidad (incumbencia) a cargo de las instituciones sectoriales y territoriales, que forman parte de la gestión pública.

Transferencia de competencias. Es el proceso de traspaso de responsabilidades y atribuciones desde las instituciones sectoriales de los poderes centrales hacia las entidades del régimen seccional autónomo, en función de la descentralización del Estado.

La transferencia de competencias en el Ecuador, de acuerdo al marco legal, implica un ciclo de formulación, negociación, transferencia propiamente dicha, implantación y seguimiento.

De acuerdo al artículo 226 de la Constitución Política, la descentralización será obligatoria cuando una entidad seccional la solicite y tenga capacidad operativa para asumirla. Por esta razón, los procesos de transferencia de competencias deben ir acompañados de transferencia de recursos, de fortalecimiento institucional de los receptores y de difusión por parte de los otorgantes.

Concurrencia de competencias. Se da cuando el ejercicio (legal o consuetudinario) de una competencia es compartido por dos o más entidades en un territorio.

Atribuciones. Son las facultades legales que tienen las autoridades, para el ejercicio efectivo (cumplimiento) de las competencias a su cargo.

Autonomía. Consiste en la capacidad de administrarse a sí misma y dictar sus propias normas jurídicas por parte de una circunscripción institucional o territorial, sin perjuicio del control administrativo que el Estado ejerce sobre ella.

Autonomías. Son jurisdicciones territoriales (provincias, departamentos, regiones) con gobierno autónomo, para cuyo funcionamiento ejercen directamente la gestión de gobierno en lo fiscal, administrativo y en determinada normativa jurídica, dentro de su circunscripción territorial, conservando su pertenencia política a un estado unitario. La adquisición de autonomía se hace factible mediante el ejercicio descentralizado de competencias y atribuciones, más la gestión de recursos, en ámbitos manejados antes por el gobierno central. La autonomía no genera soberanía.

La región o provincia autónoma asume gradualmente la elección de sus propias autoridades ejecutivas, aunque conserva el sometimiento a cuerpos jurídicos e institucionales que pertenecen al conjunto de la nación y que tienen incidencia nacional.

Competencias no descentralizables. Según el art. 226 de la Constitución Política de la República del Ecuador, no podrán descentralizarse las competencias de: defensa y

seguridad nacional, dirección de la política exterior y las relaciones internacionales, la política económica y tributaria del Estado, la gestión de endeudamiento externo y aquellas que la Constitución y convenios internacionales expresamente excluyan.

Subsidiariedad. El fin general del principio de subsidiariedad es garantizar un grado de independencia y de cercanía al usuario para una autoridad local con relación a una autoridad central. En consecuencia, el principio involucra la coparticipación en los poderes entre diversos ámbitos de autoridad.

El principio significa que las localidades son responsables de las áreas para las cuales son capaces de administrarlas más efectivamente por sí mismas, mientras que al orden nacional se le otorgan aquellos poderes que las localidades no pueden aplicarlos satisfactoriamente. Por supuesto, no siempre los niveles nacionales poseen las capacidades para suplir carencias locales de administración.

Cantón Es el territorio comprendido por parroquias urbanas y rurales, cuyo conjunto constituye una jurisdicción administrada por la municipalidad. En cada cantón se constituye un municipio, en cuya cabecera cantonal tiene sede el correspondiente Concejo Municipal, presidido por el Alcalde

Centralización. Es la acción y efecto de centralizar. Centralizar es concentrar algo en un punto focal. En el ámbito político, es la forma de organización estatal en que las principales competencias legislativas, ejecutivas y judiciales dependen de los órganos centrales de gobierno, con jurisdicción en todo el territorio nacional.

Ciudadanía. Es la calidad que adquiere el que teniendo una nacionalidad y habiendo cumplido las condiciones legales requeridas, asume el ejercicio de los derechos políticos que lo habilitan para tomar parte activa en la vida pública del Estado y se somete a los deberes que le impone su calidad. Calidad jurídico-política especial que acredita a las personas como miembros activos del Estado y que las habilita para ejercer los derechos políticos, es decir, para participar en la vida pública estatal.

El artículo 6 de la Constitución Política determina que todos los ecuatorianos (por nacimiento y por naturalización) son ciudadanos y, como tales, gozan de los derechos establecidos en dicha Carta Fundamental, que se ejercerán en los casos y con los requisitos que determine la Ley.

CONAM. Consejo Nacional de Modernización del Estado (ver artículos 8 al 16 de la Ley de Modernización del Estado, R. O. # 349 de 31-12-93)

CONCOPE. Consorcio de Consejos Provinciales del Ecuador. Art. 118 de la Ley de Régimen Provincial: dos o más Consejos Provinciales, que tengan fines comunes que realizar, pueden unirse transitoria o permanentemente, bajo normas que ellos mismos formulen, las que serán aprobadas por el Ministerio de Gobierno. El Consorcio así formado, será regido por una entidad integrada por representantes de los Consejos Provinciales participantes.

Consejos Provinciales. Son instituciones de derecho público, gozan de autonomía y representan a la provincia. Tienen personería jurídica, con capacidad para realizar los actos que fueren necesarios para el cumplimiento de sus fines, en la forma y condiciones que determinan la Constitución (artículo 233) y las leyes.

Regímenes especiales. En el Ecuador se refiere a lo establecido en el Capítulo 4 del Título XI de la Constitución Política (artículos 238 al 241), donde se indica que existirán regímenes especiales de administración territorial por consideraciones demográficas y ambientales. Estas condiciones inciden fundamentalmente en tres ámbitos de la vida nacional: i) Desarrollo sustentable y preservación ecológica (región amazónica, Galápagos y provincias fronterizas); ii) Desarrollo específico de conglomerados étnico – culturales (indígenas y negros); iii) Desarrollo de zonas urbanas densamente pobladas (especialmente Quito, Guayaquil y sus zonas de influencia, donde se podrán crear

distritos metropolitanos y regular cualquier tipo de organización especial).

Soberanía. Es la facultad de un Estado para autoobligarse y autodeterminarse, esto es, conducirse sin obedecer a poderes y autoridades ajenos a los suyos. La noción de soberanía, referida al Estado, es el poder que éste tiene para conducir sus pasos sin otro condicionamiento que su propia voluntad.

La soberanía estatal se expresa en el interior como *supremacía*, o sea como el poder de mando más elevado que existe dentro de su territorio.

La *independencia* es, en cambio, el elemento de la soberanía que se manifiesta hacia el exterior del Estado, en sus relaciones con los otros Estados.

El artículo 1 de la Constitución Política señala que la soberanía radica en el pueblo, cuya voluntad es la base de la autoridad, que ejerce a través de los órganos del poder público y de los medios democráticos previstos en la Constitución.

Solidaridad. En los modelos de Estado y de organización territorial, el concepto de *solidaridad* se aplica a la búsqueda de relaciones de justicia y equidad entre zonas o circunscripciones territoriales de un mismo país. Específicamente se refiere a la distribución equitativa y compensatoria de las rentas públicas, para equilibrar las asignaciones y la distribución en beneficio de la población asentada en zonas de menor desarrollo relativo o de menor peso en la economía nacional.

Subsidiaridad. La subsidiaridad es un principio democrático básico de que las decisiones se toman en el nivel más bajo de la sociedad, tanto cuanto sea práctico y consistente con el bienestar público general. El principio de subsidiaridad estipula que el orden nacional debería ejercer influencia directa sobre la prestación de un servicio únicamente cuando los niveles subnacionales lo requieran.

Presupuesto General Del Estado (PGE). Es la cuantificación de ingresos y egresos previstos para un período fiscal de todas las entidades del sector público, pertenecientes a los tres poderes del Estado y a los organismos de administración del sistema electoral.

Presupuesto territorial. Es la suma de presupuestos de ingresos y egresos del conjunto de las entidades del sector público que operan en determinada circunscripción territorial: provincia, cantón o parroquia. En el caso del Ecuador, el presupuesto territorial de una provincia, estaría conformado por los presupuestos de las entidades del régimen dependiente, más los presupuestos de las entidades del régimen seccional autónomo que operan en la provincia.

Provisión. Es la responsabilidad de asegurar el funcionamiento de un sistema de financiamiento y entrega de bienes y servicios públicos, como parte del modelo de gestión, y en cumplimiento de las políticas de Estado. El status jurídico del proveedor debe ser *público*.

Prestación. Es la operación y administración de un sistema de entrega de los bienes y servicios públicos, como parte del modelo de gestión. El prestador es el intermediario entre el proveedor y el usuario, y su status jurídico puede ser *público o privado*.

Reforma del estado. La reforma del Estado persigue realizar cambios en la institucionalidad para hacer posible la adopción de un nuevo rol del Estado (rector de políticas y facilitador) y su modernización. Estos cambios toman cuerpo con los nuevos *modelos de gestión*.

Régimen. Forma de gobierno de un Estado o jurisdicción político-territorial. En el sentido del ordenamiento político real establecido en una sociedad por el juego de los poderes constitucionales y extraconstitucionales que obran sobre ella, la palabra *régimen* indica las soluciones fácticas que encuentra una sociedad a los problemas de su convivencia. Es, por decirlo así, *la manera de ser* de una comunidad política

Régimen autónomo. En el Ecuador se refiere a los Gobiernos Seccionales Autónomos, establecidos en el artículo 228 de la Constitución Política, que dice: “los gobiernos seccionales autónomos serán ejercidos por los consejos provinciales, *los concejos municipales, las juntas parroquiales y los organismos que determine la ley* para la administración de las circunscripciones territoriales indígenas y afroecuatorianas”. Y añade: “los gobiernos provincial y cantonal gozarán de plena autonomía y, en uso de su facultad legislativa podrán dictar ordenanzas, crear, modificar y suprimir las tasas y contribuciones especiales de mejoras”.

Régimen dependiente. En el Ecuador se refiere al mandato establecido en los artículos 225 y 227 de la Constitución Política, que dicen respectivamente: “El gobierno central transferirá progresivamente funciones, atribuciones, competencias, responsabilidades y recursos a las entidades seccionales autónomas o a otras de carácter regional. Desconcentrará su gestión delegando atribuciones a los funcionarios del *régimen seccional dependiente*”. “En las provincias habrá un Gobernador, representante del presidente de la República que coordinará y controlará las políticas del gobierno nacional y dirigirá las actividades de funcionarios y representantes de la Función Ejecutiva en cada provincia”.

Desconcentración. Delegación de atribuciones, funciones y recursos dentro del mismo régimen, hacia sus propias dependencias subnacionales

Funciones. Son campos de responsabilidad operativa de una institución y su respectiva autoridad para cumplir con las atribuciones que se derivan de las competencias a su cargo.

Gestión territorial. Es el manejo o administración político – institucional de las políticas públicas en determinada circunscripción territorial, sea ésta región, provincia, cantón o parroquia, sobre la base de un ordenamiento territorial establecido ex profeso.

Mancomunidad. Corporación legalmente constituida por efecto de la agrupación de provincias, cantones o juntas parroquiales. Unión transitoria o permanente entre juntas parroquiales, municipios o consejos provinciales, o una combinación entre éstos, para unir esfuerzos y recursos alrededor de un proyecto común que beneficie o sea de interés de poblaciones propias y circunvecinas.

El artículo 229 de la Constitución Política recoge el concepto de mancomunidad al determinar que “las provincias, cantones y parroquias se podrán asociar para su desarrollo económico y social y para el manejo de los recursos naturales”.

Modelo de gestión. Es un sistema a través del cual las instituciones públicas y las organizaciones privadas se organizan, coordinan y complementan para la ejecución de políticas públicas y la provisión de los bienes y servicios correspondientes.

Los componentes del modelo de gestión son: 1) Modelo de gestión desconcentrado del ente rector nacional de políticas públicas y proveedor de bienes y elementos de interés público, 2) Modelo de gestión descentralizado de los gobiernos seccionales autónomos, como proveedores y rectores locales, y, 3) modelo de gestión participativa de la sociedad como demandante, veedora y receptora de políticas de Estado y prestadora de bienes y servicios de interés público.

Modernización del estado. El proceso de modernización del Estado tiene por objeto incrementar los niveles de eficiencia, agilidad y productividad en la administración de las competencias y funciones que tiene a su cargo el Estado; así como promover, facilitar y fortalecer la participación del sector privado y de los sectores comunitarios o de autogestión en las áreas de explotación económica, reservadas al Estado (*Art. 4 de la Ley de Modernización del Estado*)

El proceso de modernización del Estado, comprende las áreas de: a) Racionalización y simplificación de la estructura administrativa y económica del sector público,

distribuyendo adecuada y eficientemente las competencias, funciones y responsabilidades de sus entidades u organismos; b) Descentralización y desconcentración de las actividades administrativas y recursos del sector público; y, c) Desmonopolización y privatización de los servicios públicos y de las actividades económicas asumidas por el Estado u otras entidades del sector público (*Art. 5 de la Ley de Modernización del Estado*).

Municipalidad. Es la estructura institucional y organizacional que utiliza el gobierno municipal.

Municipio. Es la sociedad política autónoma subordinada al orden jurídico constitucional del Estado, cuya finalidad es el bien común local y, dentro de este y en forma primordial, la atención de las necesidades de la ciudad, del área metropolitana y de las parroquias rurales de la respectiva jurisdicción.

Necesidades básicas. Son aquellas necesidades del ser humano indispensables para sobrevivir y reproducirse, a sí mismo y con sus descendientes. Se consideran necesidades básicas: la alimentación, la conservación de la salud, el acceso a la educación, la vivienda y los servicios sanitarios vinculados al lugar donde se habita.

Necesidades básicas insatisfechas (NBI). Es un índice de carencia, y se utiliza como indicador de situaciones de pobreza o indigencia de grupos sociales situados en determinadas jurisdicciones territoriales. En el Ecuador, la legislación y los sistemas de información incorporan el índice de NBI como criterio de asignación de recursos y de comparación de condiciones sociales, respectivamente.

Nuevo rol del estado. El nuevo rol del Estado consiste en formular políticas, financiarlas, facilitar la acción de los diversos actores nacionales, promover la equidad y la solidaridad, y controlar los resultados de las políticas públicas. Para ello, el Estado debe: a) Organizar la *provisión* de obras y servicios; b) Establecer las *relaciones* necesarias con la sociedad civil; y, c) Adoptar la *estructura* más adecuada para asegurar la eficacia y la eficiencia en la provisión de obras y servicios. El nuevo rol del Estado no incluye necesariamente la ejecución directa de obras y servicios, con personal propio de las entidades públicas de cualquier nivel, nacional, provincial o local.

b. Bases teóricas y jurídicas que regulan el proceso de descentralización del Estado.

¿Quiénes Pueden Demandar Competencias De Salud?

En los últimos años, el ejercicio de los derechos fundamentales como es el acceso a salud, educación, empleo y otros, ha sufrido serios retrocesos o estancamientos vinculados fundamentalmente a las crisis económicas - financieras y políticas, cuya evidencia se encuentra en los indicadores sociales que tiene el país.

Es en este contexto que en 1997, se aprueba la Ley Especial de Descentralización y Participación ciudadana, se aspiraba con esta ley a promover en los ciudadanos la posibilidad de ejercer sus derechos, acercando a lo local, la oferta de servicios públicos.

Para ello los Municipios y las Prefecturas, en aplicación del Art. 3, de la Ley de Descentralización que señala que: La descentralización del Estado consiste en la transferencia definitiva de funciones, atribuciones, responsabilidades y recursos, especialmente financieros, materiales y tecnológicos de origen nacional y extranjero, de que son titulares las entidades de la función ejecutiva hacia los gobiernos seccionales autónomos a efectos de distribuir los recursos y los servicios de acuerdo con las necesidades de las respectivas circunscripciones territoriales”, deben demandar competencias de salud, en los ámbitos previstos y reconocidos por la ley.

Fines de la descentralización

a) Lograr equidad en la participación y distribución de los recursos financieros, materiales y tecnológicos de origen nacional y extranjero del Estado y especialmente de la Función Ejecutiva hacia los gobiernos seccionales autónomos, organismos de desarrollo regional y organismos seccionales dependientes, contribuyendo así a la eficiencia en la prestación de servicios públicos en favor de la comunidad;

b) Incentivar las iniciativas y fortalecer las capacidades locales para consolidar una gestión autónoma eficiente, entre otros medios, a través de la planificación y prestación adecuada de servicios públicos a la comunidad respectiva;

c) Definir las relaciones y responsabilidades entre la Función Ejecutiva y los gobiernos seccionales autónomos, en cuanto a las áreas de servicio a la comunidad, a fin de optimizar la utilización de los recursos y servicios, y evitar la superposición de funciones;

d) Fomentar y ampliar la participación social en la gestión pública así como promover la autogestión de las fuerzas sociales comunitarias;

e) Transformar integralmente la organización administrativa y financiera del Estado y de las instituciones del sector público; así como redistribuir con justicia sus servicios y recursos financieros, materiales y tecnológicos de origen nacional y extranjero, a efectos de incrementar los niveles de eficacia, agilidad y productividad en la administración de las funciones a su cargo; y,

f) Fortalecer prioritariamente a las instituciones del régimen seccional autónomo, a través de la transferencia definitiva de funciones, facultades, atribuciones, responsabilidades y recursos que les permitan satisfacer de manera próxima y eficiente las demandas de la comunidad, sobre todo en la prestación de servicios públicos.

Estos fines están sustentados en el Art. 225, que señala “El Estado impulsará mediante la descentralización y la desconcentración”

a) el desarrollo armónico del país;

b) el fortalecimiento de la participación ciudadana y de las entidades seccionales;

c) la distribución de los ingresos públicos y de la riqueza.

Con lo cual el país, sin duda puede alcanzar el desarrollo económico social deseado.

Competencias que deben transferirse a las municipalidades

El Art. 9 de la Ley de descentralización y participación social establece lo siguiente: La Función Ejecutiva transferirá definitivamente a los municipios las funciones, atribuciones, responsabilidades y recursos, especialmente financieros, materiales y tecnológicos de origen nacional y extranjero, para el cumplimiento de las atribuciones y responsabilidades que se detallan a continuación: salud

Planificar, coordinar, ejecutar y evaluar programas integrales de salud, nutrición y seguridad alimentaria para su población, con énfasis en los grupos de mayor riesgo social, garantizando la participación activa de la comunidad, de las organizaciones de salud formales y tradicionales, y de otros sectores relacionados;

Construir, dotar, equipar y mantener la infraestructura física de los servicios de atención primaria de salud garantizando la aplicación de las normas de bioseguridad;

- **Educación**

Construir, dotar, equipar y mantener la infraestructura física en los establecimientos educativos en los niveles preescolar, primario y medio;

- **Patrimonio cultural**

Coadyuvar a la preservación y conservación de los bienes patrimoniales culturales y naturales en coordinación con los organismos competentes y en función de las políticas correspondientes y de acuerdo con la Ley de Patrimonio Cultural;

- **Recreación**

Construir, dotar, mantener y equipar instalaciones deportivas, de educación física y de recreación;

- **Puertos fluviales**

Controlar, conservar y administrar puertos y muelles fluviales no fronterizos;

- **Tránsito**

En coordinación con el respectivo Consejo Provincial de Tránsito, los municipios podrán planificar, regular, supervisar y tomar acciones correctivas, respecto de la calidad de servicio que prestan los medios de transporte público de carácter cantonal e intercantonal, con excepción de las competencias previstas en leyes especiales que se refieren a esta materia. La Policía Nacional ejercerá el control del tránsito vehicular y el transporte terrestre de conformidad con la Ley de Tránsito y Transporte Terrestres y su Reglamento, con la misma excepción antes señalada; (reformada y ampliada por art. 234 de la Constitución)

- **Vivienda**

Planificar, ejecutar y administrar programas de vivienda de interés social urbano marginal y rural, de acuerdo con las políticas nacionales que se dicten al respecto;

- **Ambiente**

Controlar, preservar y defender el medio ambiente. Los municipios exigirán los estudios de impacto ambiental necesarios para la ejecución de las obras de infraestructura que se realicen en su circunscripción territorial;

- **Reservas naturales**

Velar y tomar acción para proteger la inviolabilidad de las áreas naturales delimitadas como de conservación y reserva ecológica;

- **Catastros**

Administrar el catastro rural cantonal con sujeción a las disposiciones legales vigentes;

- **Saneamiento**

Fortalecer la planificación, ejecución, control y evaluación de proyectos y obras de saneamiento básico;

- **Vialidad**

Construir, mantener y administrar caminos vecinales al interior de los respectivos cantones;

- **Turismo**

Planificar, coordinar, ejecutar y evaluar en el respectivo cantón las actividades relacionadas con el turismo; y,
Las demás que le correspondan conforme a la Ley.

Competencias que deben transferirse a los Consejos Provinciales

El Art. 10 de la Ley de descentralización y participación social establece lo siguiente: La Función Ejecutiva transferirá definitivamente a los consejos provinciales funciones, atribuciones, responsabilidades y recursos, especialmente financieros, materiales y tecnológicos de origen nacional y extranjero, para el cumplimiento de las atribuciones y responsabilidades que se detallan a continuación:

- **Vías**

Construir, mantener y administrar caminos vecinales y carreteras en el ámbito provincial;

- **Coordinación**

Coordinar las gestiones de los diferentes municipios y mancomunidades en cada provincia y dirimir las controversias entre éstos en los casos que señale la Ley;

- **Proyectos hidroeléctricos**

Los consejos provinciales conjuntamente con las empresas eléctricas promoverán el desarrollo de proyectos hidroeléctricos;

- **Desarrollo rural**

Planificar, ejecutar y coordinar con la comunidad programas de desarrollo rural integral en el ámbito de su competencia;

- **Ambiente**

Prevenir, evitar y solucionar los impactos ambientales negativos que se puedan producir o se produzcan por la ejecución de proyectos de vialidad llevados a cabo en el ámbito provincial respectivo;

- **Riego**

Construir, mantener y operar canales de riego en coordinación con las entidades competentes en función de la materia así como desarrollar proyectos productivos en aquellas provincias en que no cumplan estas actividades los organismos de desarrollo regional;

Locales escolares Construir locales escolares, excepto en la zona urbana de la capital de la provincia; y las demás que le correspondan conforme a la ley.

Recursos financieros para el proceso de descentralización

En cuanto a los recursos financieros la Constitución Política del Ecuador CPE, establece que (Art. 226. segundo inciso); en virtud de la descentralización, no podrá haber transferencia de competencias sin transferencia de recursos equivalentes, ni transferencia de recursos, sin la de competencias; los gobiernos seccionales autónomos generarán sus propios recursos financieros y participarán de las rentas del Estado, de conformidad con los principios de solidaridad y equidad. (Art. 231)

Los recursos que correspondan al régimen seccional autónomo dentro del Presupuesto General del Estado, se asignarán y distribuirán de conformidad con la ley. La asignación y distribución se regirán por los siguientes criterios: número de habitantes, necesidades básicas insatisfechas, capacidad contributiva, logros en el mejoramiento de los niveles de vida y eficiencia administrativa.

La entrega de recursos a los organismos del régimen seccional autónomo deberá ser predecible, directa, oportuna y automática. Estará bajo la responsabilidad del ministro del ramo, y se hará efectiva mediante la transferencia de las cuentas del tesoro nacional a las cuentas de las entidades correspondientes.

La proforma anual del presupuesto general del Estado determinará obligatoriamente el incremento de las rentas de estos organismos, en la misma proporción que su incremento global.

Recursos para el funcionamiento de los organismos del gobierno seccional autónomo

Los recursos para los organismos del gobierno seccional estarán conformados por:

1. Las rentas generadas por ordenanzas propias.
2. Las transferencias y participaciones que les corresponden. Estas asignaciones a los organismos del régimen seccional autónomo no podrán ser inferiores al quince por ciento de los ingresos corrientes totales del presupuesto del gobierno central.
3. Los recursos que perciben y los que les asigne la ley. (CPR. Art. 232).

En "...los convenios... deberán señalarse con precisión absoluta los recursos financieros, materiales y tecnológicos necesarios que serán obligatoriamente transferidos para atender las nuevas atribuciones, funciones y responsabilidades. Los recursos a los que se refiere este artículo no podrán ser inferiores a los que las entidades de la Función Ejecutiva dedican para el financiamiento de la prestación de los servicios públicos a transferirse." (LDYPS. Art. 12).

En la ley especial de descentralización y participación social establece el flujo de procedimientos para efectivizar la descentralización, así en el Art.226 de la CPE (tercer inciso) establece que: La descentralización será obligatoria cuando una entidad seccional la solicite y tenga capacidad operativa para asumirla.

Reglamento a la Ley de Descentralización:

Art. 8.- El Ministro o máxima autoridad del organismo central deberá atender la solicitud de descentralización de competencias y funciones, formulado por un organismo seccional, en el término perentorio de treinta días.

Art. 9.- En el caso de que la autoridad requerida no respondiera a la solicitud, se entenderá que ha sido aceptada. Con la aceptación expresa o tácita, las partes designarán delegados para acordar los términos del convenio de transferencia de competencias y recursos.

Art. 10.- El convenio de transferencia de competencias y recursos deberá ser suscrito por las máximas autoridades del organismo centralizado y del Gobierno Seccional Autónomo, en el término de noventa días. Si la autoridad máxima del organismo central se opusiera o retardare negligente o deliberadamente la firma del convenio, se entenderá que ha sido aceptado en los términos constantes en la solicitud del organismo receptor. En este evento, no hará falta el requisito contemplado en el art. 3 de este reglamento.

Art. 11.- En el evento de negligencia u oposición señalado en el artículo anterior, la máxima autoridad del organismo receptor dirigirá una solicitud al Ministerio de Economía y Finanzas, para que ejecute la transferencia de recursos que correspondan a las competencias, funciones y atribuciones que asumirá. La solicitud deberá ser atendida expresamente en el término de treinta días. En caso contrario, el organismo receptor pedirá la intervención de la Procuraduría General del Estado.

2.1.2 Descentralización, Desconcentración

Es necesario enfatizar que estos dos términos que se utilizan como sinónimos, desde el punto de vista estrictamente jurídico, son diferentes, partamos desde los conceptos vigentes en la constitución y en las diferentes leyes.

DESCONCENTRACIÓN.- Delegación de atribuciones, funciones y recursos dentro del mismo régimen, hacia sus propias dependencias subnacionales. Por ejemplo el Ministerio de Salud Pública, es un caso claro de desconcentración.



DESCENTRALIZACIÓN. La descentralización consiste en la transferencia de competencias, atribuciones, funciones y recursos desde el gobierno central (en cualquier nivel) al régimen seccional autónomo (consejos provinciales, municipios.)



Este proceso aparentemente sencillo, requiere que tanto el que transfiere las competencias, así como el que las receipta, genere las condiciones políticas, técnicas, jurídicas, financieras en cada una de sus instituciones, en el caso del MSP, al dejar de ser el proveedor directo de los servicios de salud, debe prepararse para ejercer la función de coordinación que de acuerdo a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Comprende:

Art. 10.- Función de coordinación.- Es la función del Sistema que coordina el relacionamiento entre las demás funciones y entre los integrantes del Sistema. Su ejercicio es competencia del Ministerio de Salud Pública, en todos sus niveles, como autoridad sanitaria nacional, apoyado por los Consejos de Salud.

La coordinación deberá referirse a:

1. Conducción sectorial: Definición de políticas, objetivos y planes estratégicos y de protección social y, establecimiento de mecanismos de participación, generación de consensos.
2. Regulación sectorial: Aplicación de la legislación sanitaria, normatización técnica de bienes, servicios, mercados y prácticas que inciden en la salud; y, vigilancia de su cumplimiento.
3. Garantía del acceso equitativo a la atención de salud: Responsabilidad de definir y vigilar la prestación de un plan garantizado de cobertura de servicios.
4. Armonización de la provisión de servicios: Definición de lineamientos para la articulación y complementación de servicios de atención integral, continua y de calidad.
5. Desarrollo de las funciones esenciales de la salud pública: Involucra el conjunto de responsabilidades estatales inherentes a la protección de la salud como bien público.
6. Control y evaluación: De las políticas y planes de salud, el desempeño de los servicios y la actuación de las instituciones.

Las demás que le señale la Constitución Política de la República, las leyes y los reglamentos.

Por tanto el MSP, debe readecuar su estructura para ejercer la función de coordinación, capacitar a los recursos humanos con énfasis en la gestión y administración de esta competencia.

A la vez, los Municipios, deben generar condiciones administrativas, capacitar a sus recursos humanos para la provisión de servicios de salud en base a los principios y objetivos planteados por la descentralización.

Por ello la coordinación estrecha, responsable del MSP y de los Municipios es vital para garantizar el éxito de los procesos de descentralización de las competencias de salud.

2.1.3 Régimen de autonomías

Partiendo que los regímenes autónomos "son jurisdicciones territoriales (provincias, departamentos, regiones) con gobierno autónómico, para cuyo funcionamiento ejercen directamente la gestión de gobierno en lo fiscal, administrativo y en determinada normativa jurídica, dentro de su circunscripción territorial, conservando su pertenencia política a un estado unitario.....

La región o provincia autónoma asume gradualmente la elección de sus propias autoridades ejecutivas, aunque conserva el sometimiento a cuerpos jurídicos e institucionales que pertenecen al conjunto de la nación y que tienen incidencia nacional"; es necesario plantear que ocurre en el caso ecuatoriano.

Los Gobiernos autónomos ejercerían competencias que actualmente la Constitución de la República del Ecuador establece como no descentralizables, esto implica que cada provincia o cantón establezca su modalidad de gestión administrativa, financiera, fiscal, tributaria, de seguridad social, seguridad ciudadana, así como crear sus propios organismos de control como son la contraloría y procuraduría. Los regímenes autónómicos deberían relacionarse entre sí a través de políticas, normas y regulaciones pactadas entre el régimen autónomo y el Gobierno General en procesos de concertación política.

En países en los cuales el Estado está integrado por estados autónomos, tienen como premisa fundamental, establecer elementos de relacionamiento político, jurídico, administrativo, así como generar mecanismos de compensación, solidaridad y reciprocidad, pues existen territorios en los que se concentran la riqueza natural: petróleo, minerales, puertos fluviales, etc., riqueza natural que es patrimonio de la nación y por tanto debe beneficiar a todos.

De igual manera existen territorios con mayor capacidad tributaria, por su dinámica productiva, económica, a diferencia de otros cuya población tiene poca capacidad tributaria, en este caso también se han creado mecanismos de compensación a estos territorios, con el objetivo de ir promoviendo el desarrollo y crecimiento económico que fortalezca al territorio y al conjunto de la nación.

En el caso del Ecuador, varios gobiernos municipales, especialmente el de Guayaquil, están promoviendo la constitución de regímenes autónomos, sin establecer mecanismos de relacionamiento entre ellos, ni con el gobierno central, respecto de la gestión política, jurídica, tributaria, legislativa y tampoco se ha aclarado los mecanismos de solidaridad, reciprocidad. De establecerse por presión política esta forma de régimen autónomo, sería negativo para el país; pues si analizamos al Guayas en su conjunto, tienen riquezas naturales (el mar, puertos) que generan ingresos fiscales importantes al país y de concentrarse solo en un territorio, promovería una gigantesca brecha entre territorios con riquezas naturales, frente a otros que no los tienen.

Además, es necesario conocer que países que establecieron regímenes autónomos,

llevaron durante mucho tiempo, procesos de descentralización de competencias, en los que a medida que los gobiernos locales las asumían, fortalecían su gestión autónoma.

En el caso del Ecuador, los municipios y las prefecturas tienen amplias atribuciones para fortalecer las competencias que ya las tienen, ejercer las nuevas competencias asumidas en procesos de descentralización e ir consolidando su gestión autónoma. Considero que el país, si quiere ir hacia un régimen de estados autónomos, debe impulsar, conducir y ordenar el proceso de descentralización de competencias y en la medida que este proceso avance, ir creando los mecanismos necesarios para implementar estados autónomos.

2.1.4 Propuestas y posiciones respecto de la Descentralización

La descentralización desde los Gobiernos Municipales y desde la ciudadanía se concibe como la transferencia de la autoridad política, fiscal y administrativa a fin de mejorar el desempeño del sector salud como por ejemplo: a) mayor eficiencia distributiva de los recursos en la prestación del servicio de salud; b) mayor eficiencia productiva; c) innovación en la prestación del servicios a través de la adaptación de éstos a las características locales; d) una mayor equidad a través de la distribución de los recursos hacia las regiones y grupos tradicionalmente marginados.

De alguna manera la descentralización introduce conceptos como competencia y conciencia del costo en el sector público y le da un rol diferente al Estado Central, como es el de conductor o guía, en vez de prestador directo de servicios; así entonces la descentralización también es vista como un proceso de ampliación de la decisión o rango de alternativas de los agentes locales, en concordancia con las decisiones del nivel central a fin de no afectar el desempeño general del sistema y como resultado un mejoramiento sustancial del sistema.

En contraposición a este enfoque, especialmente desde el Ministerio de Salud Pública, se expresa que la descentralización aumenta la inequidad, porque municipios grandes con mayores fondos destinan mas recursos a la salud en comparación con los municipios pequeños o pobres; otro argumento es señalar que en los Municipios existe "pereza fiscal", es decir no generan fondos propios, por tanto no destinarán recursos adicionales a la salud, lo que incrementará la ineficiencia del recurso humano, pues recrudescerá el nepotismo.

Sin embargo, si bien estas dos posiciones tienen argumentos válidos, el éxito de este proceso depende, de cuán dispuesto está el MSP, a asumir la conducción de la descentralización y cuán dispuestos están los gobiernos locales a "dejarse guiar" en este proceso.

2.1.5 Proceso y condiciones para descentralizar.

Este municipio se preparó con responsabilidad desde el año 1996, para asumir las competencias de salud, para ello desde el Consejo Cantonal Intersectorial de Salud, se realizó un análisis prolijo, respecto de las condiciones que tenía el Municipio de Cotacachi en el año 2003, para asumir competencias de salud.

Matriz de análisis de condiciones del Municipio de Cotacachi para asumir competencias de salud

ACTIVIDAD	Calificación (1, 2, 3)			N/A	Ptje. total	Observaciones
	1	2	3			
Participación ciudadana			3			
Creación de organizaciones de la sociedad civil con apoyo del Gob. Municipal			3			El Municipio ha impulsado la organización de barrios, de mujeres, de niños, de artesanos y otros
Trabajo coordinado entre el Gob. Municipal y las organizaciones de la sociedad civil.			3			La Asamblea de Unidad cantonal se realiza cada año y rinden cuenta del trabajo de manera conjunta.
Legitimación de las organizaciones de la sociedad civil (ordenanza)			3			Existe ordenanza de creación de la Asamblea de Unidad cantonal
Participación de las organizaciones de la sociedad civil en la toma de decisiones			3			El presidente de la Asamblea Cantonal tiene una curul al interior del Concejo Municipal
Existencia de niveles de legitimación de la toma de decisiones de la sociedad civil a nivel Legislativo del Municipio.			3			Las resoluciones de la Asamblea Cantonal, es parte del POA municipal
% del presupuesto Municipal destinado a procesos participativos (máximo el 10%)			3			Destina el 10 % del presupuesto.
Calificación participación ciudadana					3	

Fuente: Municipio de Cotacachi – Gobierno Local. Proyecto de fortalecimiento institucional DED 2001

El proceso de participación ciudadana en Cotacachi, es uno de los procesos mas fuertes en el ámbito nacional, por esta razón ha sido acreedor a dos premios internacionales.

ACTIVIDAD	Calificación (1, 2, 3)			N/A	Ptje. total	Observaciones
	1	2	3			
Capacidad de Planificación e implementación						
Existencia del Plan de Desarrollo Cantonal			3			
Plan de desarrollo se ejecuta (se verifica con el POA anual del Municipio)			3			

Conocimiento por las distintas direcciones del Municipio del Plan de Desarrollo Cantonal			3		
Políticas, lineamientos o estrategias de protección social y de salud definidos en el Plan de desarrollo cantonal		2			Existen políticas generales en género y ciclo de vida, falta especificidad
Calificación de planificación e implementación				2,75	

Introducir procesos de planificación con la sociedad civil e implementarlos ha sido un reto para este municipio, pues debió diseñar herramientas sencillas, comprensibles para todos los niveles, y por otro lado a través de este proceso romper con el clientelismo político.

ACTIVIDAD	Calificación (1, 2, 3)	N/A	Ptje T.	Observaciones
Fortaleza financiera				
% de ingresos propios municipales	2			El 30% del presupuesto municipal proviene de recursos propios
% de programas de provisión de servicios de saneamiento básico (agua, alcantarillado) reales o subsidiados		3		Han mejorado notablemente de servicios totalmente subsidiados a servicios al costo real, sin utilidades
Posibilidad de mejorar ingresos propios vías tasas o nuevas contribuciones	2			Si, a través de proyecto productivos
Generación de otras alternativas de financiamiento de programas sociales y/o productivos		3		Se han generado varias empresas de economía mixta.
Capacidad de gestión para atraer otros recursos (locales, coop. Nacional o internacional)		3		Tiene una alta capacidad de gestión
Calificación fortaleza financiera			2,6	

Fuente: Municipio de Cotacachi – Gobierno Local. Proyecto de fortalecimiento institucional DED 2001

El Municipio de Cotacachi, ha pasado de un ingreso propio del 3% en 1996 al 30% en el año 2005, y lo ha realizado a través del mejoramiento de los ingresos fiscales, vía eliminación del subsidio a servicios como el agua, que actualmente ya cubren costos de operación y eficiencia administrativa del 40% que se destinaba a gasto corriente hoy se destina el 28% del presupuesto total.

ACTIVIDAD	Calificación (1, 2, 3)	N/A	Ptje total	Observaciones
-----------	------------------------	-----	------------	---------------

Actividades específicas en salud					
% de recursos destinados a la prestación de servicios de salud			3		Antes de la descentralización destinaba ya el 8%
Convenio firmado y en ejecución de la LMGYAI			3		Convenio firmado y en aplicación.
Existencia de Consejo Cantonal de Salud			3		Si, es uno de los consejos mas sólidos
Reconocimiento de la función del Consejo Cantonal de Salud, por la sociedad civil			3		La Asamblea de Unidad cantonal ha reconocido varias veces a este consejo
Otras organizaciones o instituciones que trabajan en el bienestar de la salud: centro de apoyo u otros			3		Si, Centro de Atención a la Mujer, de Discapacidades.
Existencia del fondo local de salud puede ser virtual			3		Si, el CIS, orienta las inversiones en salud de los integrante del Consejo.
Calificación Actividades específicas de salud				3	

Fuente: Municipio de Cotacachi – Gobierno Local. Proyecto de fortalecimiento institucional DED 2001

Desde la primera Asamblea Cantonal realizada en el 96, se empieza a trabajar en el tema de la salud, y es uno de los sectores donde más ha invertido el Municipio y recibido asistencia técnica de la cooperación internacional como la de la Organización Panamericana de la Salud y otras.

ACTIVIDAD	Calificación (1, 2, 3)	N/A	Ptje total	Observaciones
Voluntad política				
Alcalde apoya el proceso de institucionalización de la participación ciudadana.			3	El Alcalde es el principal promotor
Alcalde promueve y lidera los procesos de descentralización			3	Alcalde apoyado por la Asamblea de Unidad Cantonal impulsa los procesos de descentralización
Concejo Municipal, apoya las iniciativas que surgen desde la sociedad civil			3	La representación en el Concejo Municipal de la sociedad civil, hace que el Concejo Cantonal, apoye las iniciativas de la sociedad civil

Existe área encargada de la política social a nivel municipal			3		Si, varias unas bajo dependencia directa municipal y otras desconcentradas
Existen funcionarios municipales o de la sociedad civil permanentes para coordinar acciones en el tema social			3		Si, tanto del municipio como de la sociedad civil
Participa directamente el Alcalde en las instancias antes mencionadas?			3		Si, en todas ellas preside
Calificación Voluntad política.				3	

Total condiciones del Municipio para asumir competencias de salud			2,87		
--	--	--	-------------	--	--

Explicación puntaje: 1 bajo; 2 medio; 3 alto; n/a no aplica

Fuente: Municipio de Cotacachi – Gobierno Local. Proyecto de fortalecimiento institucional DED 2001

Los resultados de este análisis, fortaleció la decisión del Gobierno Municipal para demandar y asumir las competencias de salud

La voluntad política es crucial para impulsar procesos complejos como el de asunción de competencias, en el caso del Municipio de Cotacachi, el liderazgo del Alcalde y el acompañamiento de la sociedad civil les permitieron asumir las competencias de salud. Actualmente existe una descentralización Administrativa.

CAPITULO 3

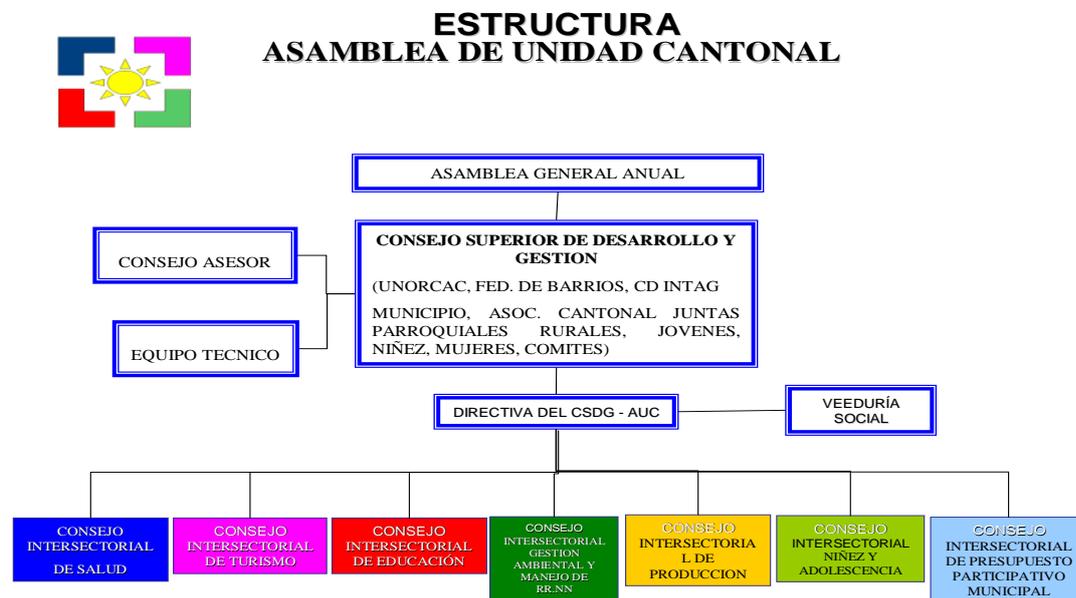
3.1 Capacidad del Gobierno Local para descentralizar: Construcción de condiciones para asumir competencias de salud

3.1.1 Viabilidad Organizativa

El Municipio de Cotacachi – Gobierno Local, promueve desde 1996 un proceso organizativo a fin de que los ciudadanos y ciudadanas ejerzan de manera conciente sus derechos políticos y para ello promueve la organización de los ciudadanos para que en procesos de capacitación, de diálogo, asuman como punto de partida que sus derechos políticos y humanos se encuentran localizados dentro del conjunto del sistema jurídico nacional y de su propio espacio de vida y convivencia local o comunitaria.

Esta organización ha logrado institucionalizarse en la Asamblea de Unidad Cantonal, en la cual los y las ciudadanos y ciudadanas participan en los asuntos públicos, que a la vez reivindica la ciudadanía y reafirma el hecho de que tomar parte de la gestión pública es un derecho ciudadano, de naturaleza individual, pero que se ejerce mejor –como esfuerzo y como objetivo- si es colectivo, y que incrementa las posibilidades de acción ciudadana para vigilar, apoyar, orientar el desempeño de los funcionarios electos.

Para el año 2006, el proceso participativo es un gran tejido social, en los que los deberes y derechos del Estado y de los ciudadanos es una corresponsabilidad mutua. La estructura del proceso participativo, cada año se hace más fuerte y compleja lo cual exige reinventar mecanismos creativos, flexibles y operativos para mantener la ilusión que moviliza a los ciudadanos de Cotacachi a participar.



La Asamblea cantonal, es la máxima instancia de decisión, acoge anualmente a más de 700 delegados de todo el cantón, su instancia ejecutiva es el **CONSEJO SUPERIOR DE DESARROLLO Y GESTION**, que se encarga de coordinar, construir alianzas y dar

funcionalidad a las decisiones de la Asamblea Anual El (CSDG), está integrado por 18 representantes. La representación de los miembros en la AUC se establece bajo los siguientes criterios: territorio, género, generación, sectorialidad, funcionalidad y representantes del estado. Está constituido por una directiva integrada por: un/a Presidente/a, un/a Vicepresidente/a, un/a Secretario/a, y además por Vocales Principales con sus respectivos suplentes. A continuación presentamos la composición del Consejo Superior de Desarrollo y Gestión de la AUC

ACTORES	REPRESENTANTE	N° MIEMBROS
TERRITORIALES	UNORCAC	1
	FED. DE BARRIOS	1
	CDI	1
	LUCHA POR LA VIDA	1
	GOLONDRINAS	1
GENERO	Comisión de Mujeres Unorcac	1
	Coordinadora de Mujeres Urbana	1
	Coordinadora de Mujeres de Intag	1
	Coordinadora de Manduriacus	1
GENERACIONAL	Jóvenes urbanos	1
	Jóvenes Intag	1
	Jóvenes Andinos	1
	Representante niñez (Andino, Intag, Urbano)	1
ESTADO	Municipio (Alcalde/sa, Concejal/a, AEM C)	3
	Asociación Juntas Parroquiales Rurales	1
SECTORES	COMITES INTERSECTORIALES	1

Los CONSEJOS INTERSECTORIALES, son instancias que ejecutan colectivamente las políticas, proyectos y actividades de su sector, orientadas por el Consejo Superior de Desarrollo y Gestión y por la Asamblea Anual General.

Los Consejos Intersectoriales son: Educación y Cultura, Salud, Turismo, Producción, Gestión Ambiental y Manejo de Recursos Naturales, Presupuesto Participativo, Niñez y Adolescencia. Cada Consejo Intersectorial nombra una directiva de entre sus miembros

Los representantes de los Consejos intersectoriales automáticamente son miembros del Consejo Superior de Desarrollo y Gestión.

El CONSEJO ASESOR, es un espacio de apoyo y de orientación a la Asamblea de Unidad Cantonal y de mediación de los posibles conflictos entre las organizaciones que conforman la Asamblea de Unidad Cantonal; está constituido por los ex - Alcaldes, ex - Concejales/las que han sido miembros del Consejo Superior de Desarrollo y Gestión y ex - Presidentes del Consejo Superior de Desarrollo y Gestión y ciudadanos profesionales que representen a sectores sociales organizados.

El equipo técnico, está compuesto por expertos locales, que han surgido del propio proceso, se encargan de la gestión administrativa, operativa de la AUC, así como brindan sustento técnico, e información relevante a la Directiva del CSDG

Veeduría social, es un espacio que de acuerdo a los estatutos de la AUC debe tener autonomía al interior de la AUC, y no depender de ella para realizar su rol de contraloría social, tanto a las gestiones de la AUC, cuanto de las inversiones municipales.

El Municipio de Cotacachi, adelantándose a las Leyes vigentes, un representante de la sociedad civil, como es la Presidenta o Presidente de la AUC, participa en las sesiones del Consejo Municipal, con voz, y aunque no tiene derecho al voto, su presencia en

Con formato: Fuente: (Predeterminado) Arial, 11 pto

Con formato: Fuente: (Predeterminado) Arial, 11 pto, Sin subrayado

Con formato: Fuente: (Predeterminado) Arial, 11 pto, Sin subrayado

Con formato: Fuente: (Predeterminado) Arial, 11 pto, Sin subrayado

Con formato: Fuente: (Predeterminado) Arial, 11 pto

Con formato: Fuente: (Predeterminado) Arial, 11 pto

Con formato: Sangría: Izquierda: 0 cm, Primera línea: 0 cm, Punto de tabulación: No en 2,57 cm

Con formato: Fuente: (Predeterminado) Arial, 11 pto

Con formato: Fuente: (Predeterminado) Arial, 11 pto, Sin subrayado

Con formato: Sangría: Izquierda: 0 cm, Punto de tabulación: 0 cm, Izquierda + No en 2,57 cm

Con formato: Fuente: (Predeterminado) Arial, 11 pto, Sin subrayado

Con formato: Fuente: (Predeterminado) Arial, 11 pto

Con formato: Fuente: (Predeterminado) Arial, 11 pto

Con formato: Fuente: (Predeterminado) Arial, 11 pto

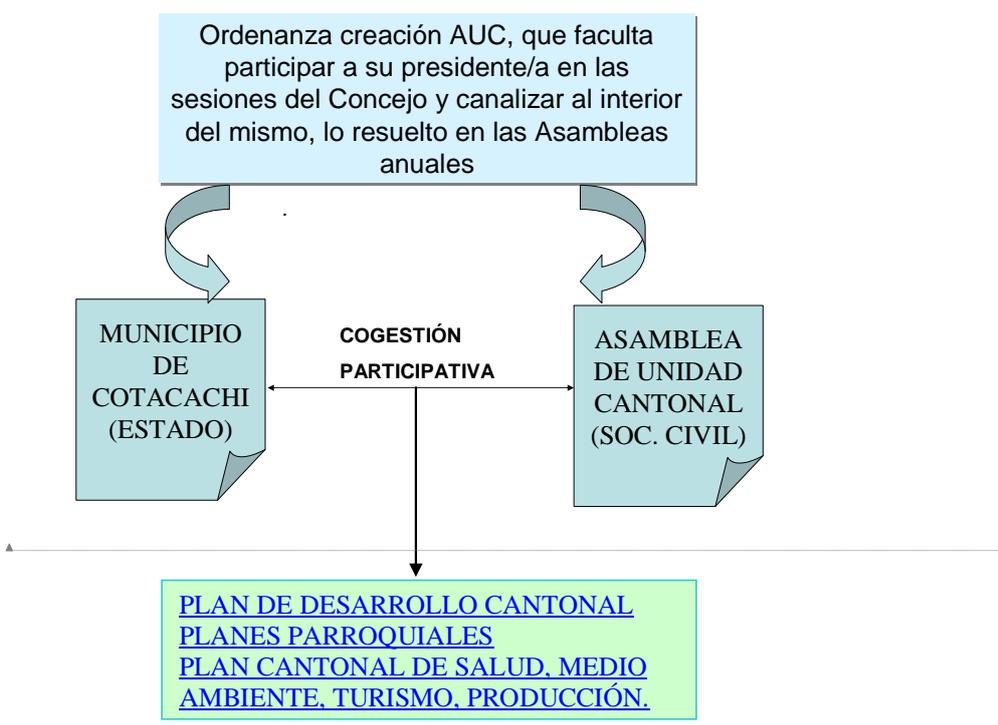
Con formato: Fuente: (Predeterminado) Arial, 11 pto, Sin subrayado, Español (alfab. internacional)

Con formato: Fuente: (Predeterminado) Arial, 11 pto

Con formato ...

representación de la sociedad civil, logra afianzar que la gestión municipal acoja las resoluciones de la sociedad civil.

La AUC, garantiza que su directiva esté representada por la sociedad civil, pues sus estatutos prohíbe al Alcalde/sa, concejales/as, asumir la presidencia de la misma. Si bien, han surgido interrogantes, si ésta sería causa de ingobernabilidad en el cantón, es necesario recordar que el o la presidente/a AUC, no es la única voz, sino que por cuestiones operativas representa a los 18 miembros del CSDG. Hasta el momento, con dificultades, que se van superando, existe un clima colaborativo entre estas instancias.



Código de campo cambiado

Con formato: Fuente: (Predeterminado) Arial, 11 pto, Español (Ecuador)

Esta particularidad en el proceso participativo de Cotacachi: en la que encontramos en los espacios del Estado a la sociedad civil y en los espacios de la sociedad civil al estado, determina que las condiciones organizativas están dadas para afianzar los procesos nuevos y complejos como es el proceso de descentralización.

3.1.2 Viabilidad Jurídica Legal

El país tiene varias normas jurídicas que regulan el proceso de descentralización, a continuación presentamos un resumen sucinto respecto de las principales leyes y normas jurídicas vigentes en el país.

a. Constitución Política de la República, Registro Oficial 1, 11-VIII-1998.

De acuerdo con el artículo 225 de nuestra norma suprema, es deber del Estado impulsar el desarrollo armónico del país, el fortalecimiento de la participación ciudadana y de las entidades seccionales, la distribución de los ingresos públicos y de la riqueza, a través de mecanismos como la descentralización y la desconcentración. El deber del gobierno

central es transferir progresivamente funciones, atribuciones, responsabilidades y recursos a las entidades seccionales autónomas o a otras de carácter regional.

Las competencias no susceptibles de descentralización son la defensa, seguridad nacional, la dirección de la política exterior y las relaciones internacionales, la política económica y tributaria del Estado, la gestión de endeudamiento externo y las que la Constitución y convenios internacionales expresamente las excluyan.

De igual manera el artículo 226 establece que para que se de la descentralización debe haber una transferencia equitativa de competencias y recursos y tiene el carácter de obligatoria cuando una entidad seccional la solicite y tenga capacidad operativa para asumirla.

b. Ley de Modernización del Estado, Privatizaciones y Prestación de Servicios Públicos, Registro Oficial 349, 31-XII-93.

De conformidad con su artículo 34, la ejecución de las políticas de descentralización que tiene por objeto la delegación del poder político, económico, administrativo o de gestión de recursos tributarios del gobierno central a los gobiernos seccionales serán coordinadas, supervisadas y controladas por el Consejo Nacional de Modernización CONAM, en coordinación con la Asociación Nacional de Municipalidades AME y con el Consorcio de Consejos Provinciales CONCOPE, en lo que sea pertinente.

La descentralización de las actividades administrativas y recursos del sector público, tienen como objetivo incrementar los niveles de eficiencia, agilidad y productividad en la administración de las funciones que tiene a su cargo el Estado; así como promover, facilitar y fortalecer la participación del sector privado y de los sectores comunitarios o de autogestión en las áreas de explotación económica, reservadas al Estado.

c. Ley Especial de Descentralización y Participación social, Registro Oficial 169, 8-IX-97.

Esta Ley tiene por objeto de acuerdo con su artículo 1, el impulsar la ejecución de la descentralización y desconcentración administrativa y financiera del Estado, la participación social en la gestión pública, así como poner en práctica la categoría de Estado descentralizado

La Descentralización del Estado conforme con su artículo 5 debe sustentarse en los principios de autonomía, progresividad, eficiencia, agilidad, coparticipación en la gestión pública y solidaridad social.

El artículo 4 establece cuales son sus objetivos: lograr la equidad en la participación y distribución de los recursos financieros, materiales y tecnológicos del Estado hacia los gobiernos seccionales; fortalecer las capacidades locales; definir las responsabilidades entre el Gobierno Central y los Gobiernos Seccionales; fomentar la participación social en la gestión pública; transformar integralmente la administración administrativa y financiera del Estado; y, fortalecer a las instituciones del régimen seccional autónomo.

Además esta Ley señala el ámbito de transferencia de las competencias y recursos a los Municipios y Consejos Provinciales, y establece las condiciones necesarias para la suscripción de convenios de transferencia de competencias y funciones, y los convenios de mancomunidad.

d. Estatuto del Régimen Jurídico Administrativo de la Función Ejecutiva, Registro Oficial 536, 18-III-02.

El artículo 11, literal j) señala como uno de los deberes del Presidente de la República, el transferir a los organismos del régimen seccional o a las entidades regionales de desarrollo las atribuciones, funciones o recursos de organismos o entidades con jurisdicción nacional. Además, detalla sobre los procesos administrativos de descentralización, desconcentración, delegación y avocación.

El artículo 51 establece que mediante la descentralización administrativa se transfieren de manera definitiva funciones que desempeñan órganos de la Administración Central a favor de entidades de derecho público de la Administración Pública Institucional (descentralización funcional) o del Régimen Seccional Autónomo (descentralización territorial).

e. Ley de Régimen Provincial, Suplemento del Registro Oficial 595, 12-VI-02.

Trata sobre la organización y funcionamiento de los Consejos Provinciales como entes descentralizados y autónomos, indicando que los consejos son instituciones de Derecho Público que tienen como misión impulsar el desarrollo cultural y material de la provincia y colaborar con el Estado y las municipalidades de las respectivas circunscripciones, para la realización armónica de los fines nacionales.

Entre las atribuciones y deberes de los Consejos Provinciales se encuentran: propender al progreso de la provincia, prestar servicios públicos, realizar obras públicas, fomentar la educación y el turismo, y en general, lograr el bienestar material de la comunidad y demás que señale la Constitución y las leyes.

f. Ley Orgánica de Régimen Municipal.

El objeto de estudio de la Ley es el Municipio, al cual le corresponde cumplir con procurar el bien común local, bienestar material de la colectividad, el desarrollo físico del cantón e incentivar el espíritu de nacionalidad.

También en esta Ley encontramos un acápite importante que regula el proceso de descentralización y que dictamina los procedimientos a seguir para hacer efectivo el proceso de transferencia de competencias, así tenemos que en el Art. 19 expresamente señala "En ningún caso de descentralización se podrá objetar o condicionar la transferencia de competencias al cumplimiento de requisitos o formalidades que no estén previstos en la Constitución Política de la República y la ley.

Para solicitar la transferencia de competencias las municipalidades deberán tener capacidad operativa para asumirla. El concejo cantonal respectivo determinará la capacidad operativa para asumir nuevas competencias

g. Ley reformativa de las finanzas públicas.

El Art. 55 de la Ley para la Reforma de las Finanzas Públicas, dice "Se entenderá que no existe despido intempestivo ni terminación unilateral de la relación laboral, si como consecuencia del proceso de modernización de las instituciones del Estado o de sus empresas, se produce una escisión, transformación, fusión, sustitución o cualquier otra modalidad por la cual se mantenga, para los trabajadores, la fuente de trabajo, y siempre que sus remuneraciones sean al menos iguales a las existentes y se reconozcan los derechos legales adquiridos inclusive los de antigüedad. En consecuencia en estos casos no podrá pactarse ni entregarse por ningún concepto indemnizaciones, bonificaciones, contribuciones, compensaciones o similares.

h. Ley de Juntas Parroquiales Rurales, Registro Oficial 193, 27-X-2000.

Establece la regulación de las juntas parroquiales como parte del gobierno seccional autónomo disponiendo, de acuerdo a mandato constitucional, la asignación, distribución de recursos, integración, atribuciones, competencias y funciones. Ayuda a materializar la descentralización y desconcentración administrativa del gobierno central, hacia las juntas parroquiales, estimulando a los sectores marginales, como agentes de su propio desarrollo y autogestión.

De acuerdo con su artículo 3, las juntas parroquiales rurales son personas jurídicas de Derecho Público que gozan de autonomía administrativa, económica y financiera para el cumplimiento de sus objetivos como fomentar la participación ciudadana, organizar centros de mediación para la solución de conflictos, promover las consultas populares, etc.

i. Ley Especial de Distribución del 15% del Presupuesto del Gobierno Central para los Gobiernos Seccionales, Registro Oficial 27, 20-III-97.

Esta Ley regula conforme señala su artículo 1, la distribución, manejo, transferencia y control de la asignación constitucional del 15% del Presupuesto del Gobierno Central, excepto los ingresos provenientes de créditos internos y externos en beneficio de los consejos provinciales y municipios para planes o proyectos de inversión.

El porcentaje asignado a los consejos provinciales y municipios debe ser manejado autónomamente y para la distribución de los recursos se toma en cuenta la presencia de la población con necesidades básicas insatisfechas, superficie territorial y volúmenes de población., de conformidad con los artículos 5 y 6.

j. Reglamento Sustitutivo al Reglamento General de la Ley de Modernización, Suplemento del Registro Oficial 581, 2-XII-94.

El Presidente de la República esta facultado a transferir a los organismos del régimen seccional o a las entidades regionales de desarrollo las atribuciones que tienen:

- Las entidades, organismos y dependencias del Estado, y otras entidades del sector público; y,
- Las personas jurídicas creadas por Ley para el ejercicio de la potestad estatal, la prestación de un servicio público o el desarrollo de actividades económicas asumidas por el Estado.

Las atribuciones susceptibles de transferencia o delegación conforme el artículo 30 comprenden el ejercicio de facultades, deberes, obligaciones, procedimientos administrativos así como la de resolver conflictos administrativos, hacer cumplir dichas resoluciones o la expedición y otorgamiento de títulos o certificado.

El artículo 31 determina en que consiste la descentralización administrativa, y señala que es el proceso mediante el cual una entidad u organismo del Gobierno Central transfiere atribuciones, facultades u obligaciones de que gozaba a favor de otra entidad que es descentralizada ya sea territorialmente o funcionalmente. La descentralización comprende también la creación de nuevas entidades para que ejerzan en el ámbito regional o provincial o de manera especializada funciones originalmente atribuidas al Gobierno Central.

Este Reglamento establece los procedimientos para llevar a cabo la modernización del Estado a través de diferentes áreas, como la descentralización administrativa. Además

estudia al Consejo Nacional de Modernización como un organismo encargado de evaluar el proceso de modernización.

k. Reglamento a la Ley de Descentralización y Participación social, Suplemento del Registro Oficial 349, 18-VI-2001.

Este Reglamento realiza un estudio sobre los convenios de transferencia de funciones, responsabilidades y recursos entre el Ministro y las entidades seccionales autónomas; los acuerdos ministeriales o resoluciones de desconcentración y delegación; y, convenios de mancomunidad.

Trata sobre la ejecución de la descentralización y desconcentración administrativa y financiera del Estado y la participación social en la gestión pública. Su objetivo es acercar la responsabilidad de los servicios a los usuarios y facilitar el informe y rendición de cuentas de los servicios descentralizados.

Realiza un estudio sobre los convenios de transferencia de funciones, responsabilidades y recursos entre el Ministro y las entidades seccionales autónomas; los acuerdos ministeriales o resoluciones de desconcentración y delegación; y, convenios de mancomunidad.

l. Reglamento de Aplicación de la Ley Especial de Distribución del 15% del Presupuesto del Gobierno Central para los Gobiernos Seccionales, Registro Oficial 688, 22-X-2002.

El Reglamento en su artículo 1 establece que el fondo de descentralización creado para los gobiernos seccionales se constituirá con los recursos equivalentes al 15% del Presupuesto del Gobierno Central, con excepción de los ingresos provenientes de los créditos internos o externos, que financian dicho presupuesto y se distribuirá entre los municipios y consejos provinciales del país, para la ejecución de planes y proyectos de inversión.

Se señala cómo se distribuirá el fondo y para qué objetivos serán destinados los recursos. Además indica que las operaciones financiadas con los recursos del fondo serán controlados por la Contraloría General del Estado.

m. Reglamento Orgánico Funcional de la Secretaría General de Planificación, Registro Oficial 128, 12-VIII-97.

La Subsecretaría Técnica de Planificación tiene como función concebir políticas y estrategias de descentralización para el desarrollo regional y local (Art. 12, literal i); así mismo la Dirección General de Planificación Regional debe generar políticas y metodologías para viabilizar los procesos de descentralización en el sector público ecuatoriano y formular estrategias de descentralización en coordinación con el Consejo Nacional de Modernización y la Oficina de Servicio Civil y Desarrollo Institucional (Art. 27, literal a y b).

n. Decreto 376 sobre la Creación de la Comisión Nacional de Descentralización y Organización Territorial, Registro Oficial 83, 16-V-2003.

El artículo 3 establece que la Comisión Nacional de Descentralización y Organización Territorial es un órgano colegiado multidisciplinario que tiene las siguientes funciones:

- Asesorar al Presidente de la República en la adopción y puesta en marcha del Nuevo Modelo de Gestión del Estado y mantenerlo informado sobre todo el proceso.
- Formular y someter a consideración del Presidente de la República el Plan Anual de Descentralización, conforme a lo previsto en la disposición transitoria trigésima segunda de la Constitución de la República;
- Vigilar el cumplimiento del Plan Anual de Descentralización;
- Vigilar la adecuada asignación de recursos a los diferentes niveles de gobierno en correspondencia con las competencias que asuman los gobiernos seccionales;
- Fomentar la racionalización de funciones entre niveles de gobierno en lo relacionado con descentralización y organización territorial;
- Identificar los problemas y restricciones que pudieren surgir respecto del proceso y recomendar soluciones relacionadas con la estructuración de la administración descentralizada del Estado;
- Coordinar con las entidades y organismos del sector público la formulación y aplicación del programa de desconcentración de funciones a que se refiere el Art. 47 de la Ley de Descentralización;
- Otras actividades relacionadas con el Nuevo Modelo de Gestión del Estado Ecuatoriano y con la estructura del Estado en su conjunto; e,
- Coordinar con las instancias respectivas, la formulación e implementación del plan en materia de descentralización y organización territorial.

o. Plan de Descentralización, Registro Oficial 365, 10-VII-2001.

El Plan de Descentralización parte de un análisis sobre la legislación aplicable en esta materia para luego definir sus objetivos los cuales son: mejorar la prestación de servicios, crear nuevas condiciones de relación entre los distintos sectores territoriales del país y profundizar la democracia motivando la participación de los ciudadanos. Determina cómo, qué y con qué recursos se llevará a cabo la descentralización, hacia quién y en cuánto tiempo.

p. La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, Ley No. 2002-80

Esta Ley establece los principios y normas generales para la organización y funcionamiento de un sistema nacional de salud, articulado, coordinado en todo el territorio nacional.

Desde el punto de vista municipal es importante se tome en cuenta la creación de los Comités Cantonales de Salud y sus correspondientes responsabilidades. Desde el punto de vista del proceso de descentralización se dispone en el Art. 30 que las entidades seccionales calificarán su capacidad operativa y la presentarán al Ministerio de Salud Pública.

q. El Acuerdo Ministerial No 0570, publicado en el Registro Oficial No 198, 27-X-2003.

A través de este instrumento legal se conforma la Comisión Interna de Descentralización del Ministerio de Salud Pública, como un ente asesor del Ministro en los procesos de descentralización y transferencia de competencias, es integrada por los directores de: aseguramiento de la calidad, quien lo presidirá, el de Gestión Financiera o su delegado, el de asesoría jurídica o su de legado, el de gestión de recursos humanos o su delegado y el de gestión de servicios de salud o su delegado. Entre sus principales funciones esta: asesorar al Ministro, identificar los problemas y restricciones operativas, coordinar con las diferentes instancias del ministerio para la implementación de la descentralización. Y entre otras establecerá medidas de diálogo con los gobiernos seccionales.

3.1.3 Viabilidad Técnica

A pesar de las distintas iniciativas que en materia de descentralización se han realizado, todas ellas han surgido como resultado de la necesidad de los gobiernos locales de mejorar las condiciones de atención y acceso a servicios fundamentales a la población, ello ha requerido que institucionalmente se fortalezcan, mejoren sus capacidades técnicas y puedan implementar las competencias asumidas con responsabilidad. A continuación presentamos las principales actividades realizadas por el Municipio para mejorar su capacidad institucional

Fortalecimiento a las capacidades institucionales – primera fase:

Organismo	Estrategia		Duración
	Transferencia de capacidades	Resultados	
Municipio de Cotacachi	-Desarrollo organizacional: mejoramiento de la eficacia municipal	Directores municipales con desarrollo de capacidades y toma de decisiones	Enero 2000 – Febrero 2002
	-Evaluación y seguimiento planes de desarrollo	Municipio y AUC, tienen como instrumento de trabajo a los planes de desarrollo. Uso cotidiano	
	-Capacitaciones diversas a todos los espacios en todos los ámbitos (concejales, federación de barrios, organización de mujeres)	Organizaciones de base trabajan de manera autónoma, no dependen ya de la asistencia técnica y cuentan con el marco jurídico: Ordenanzas o acuerdos ministeriales	
Asamblea de Unidad Cantonal	Coordinación anual de la AUC	Equipo técnico local con capacitado para coordinar la gran Asamblea Anual	Enero 2000 – Febrero 2002
	Fortalecimiento de las organizaciones de base (Federación de barrios, organización de las mujeres urbanas.	Tienen personería jurídica y cuentan con sus planes de desarrollo	
	- Mejoramiento de la capacidad de gestión de la AUC	-Conformación del Consejo Superior de Desarrollo y Gestión con capacidad de seguimiento a las resoluciones de la	

		Asamblea	
	-Acompañamiento en la conformación de los comités intersectoriales y posterior asistencia técnica intersectoriales	-Consejos intersectoriales con personería jurídica y liderando procesos de descentralización	

Fortalecimiento a las capacidades institucionales – segunda fase

Organismo	Estrategia		Duración
	Transferencia de capacidades	Resultados	
Municipio de Cotacachi	-Afianzamiento y profundización de los niveles de coordinación Municipio - AUC	-Recreación de instrumentos innovadores para procesos participativos -Mejor articulación entre el Municipio y la soc. civil	Sep. 2002 Octubre 2004
	Participación con conciencia social de los sociedad civil organizada: Declaración para la descentralización de competencias de salud	-Soc. civil apoya que la gestión de salud sea realizada por el Municipio con apoyo de la Asamblea cantonal.	
Organizaciones e instituciones miembros de la AUC	-Capacitación y socialización respecto del proceso de descentralización en salud.	-Conformado equipo técnico municipal y capacitado para enfrentar proceso de negociación con el MSP.	
ORGANISMOS	ESTRATEGIA	RESULTADOS	
Municipio de Cotacachi, Asamblea de Unidad Cantonal y consejo Cantonal de Salud	Construir el Sistema Cantonal Descentralizado de Salud y destinar el 10% del presupuesto a la gestión de salud.	Se aprueba ordenanza de constitución del Sistema Cantonal Descentralizado de Salud y se destina el 10% del presupuesto municipal a la gestión de los servicios de salud.	
	Redefinir el conjunto de prestaciones de salud y su tarifa.	Conjunto de prestaciones de salud actualizado en función del nivel resolutivo y tarifario aprobado Asamblea cantonal.	
	Articular a otros prestadores de salud y especialmente de la medicina ancestral y generar nuevas formas de	Prestadores de salud ancestral articulados al sistema de salud y usuarios sin capacidad de pago, son recíprocos con el sistema de salud a través de pago en especies o intercambio de servicios.	

	financiamiento para personas sin capacidad de pago.	
--	---	--

3.1.4 Viabilidad Política

El proceso de organización y participación ciudadana en Cotacachi, ha sido impulsado por el Alcalde de la ciudad, en una clara expresión de voluntad política que ha afianzado el derecho de la sociedad civil a tomar decisiones en la gestión pública. Toma de decisiones que se ha sustentado en una constante información, capacitación, fortalecimiento de la identidad y autoestima, desarrollando las potencialidades de la ciudadanía.

Esta forma de promover a que el ciudadano ejerza sus derechos, define que en los espacios de poder y decisión: Asamblea de Unidad Cantonal, Consejo Superior de Desarrollo y Gestión, Municipio, concejos intersectoriales, actúen sinérgicamente el estado y la sociedad civil.

En la estructura de la AUC, son miembros de los Consejos intersectoriales o en el CSDG, representantes de organizaciones, instituciones, gremios, así como representantes de organizaciones nuevas: federación de barrios, coordinadora de mujeres, y delegados de la municipalidad. La diversidad de los representantes, permite una retroalimentación constante entre ellas mismas, lo que facilita la comunicación, los consensos y la toma de decisiones. El uso de los espacios de poder y decisión, bajo el concepto de empoderamiento ciudadano, le permite al cantón Cotacachi, avanzar con pasos firmes en sectores claves para el desarrollo como son salud, educación, ambiente, producción, en la cual ha sido necesaria la voluntad política del Estado (Municipio) y de la Asamblea de Unidad Cantonal (sociedad civil).

VIABILIDAD POLITICA



3.1.5 Viabilidad Financiera

a) Análisis del convenio de transferencia de competencias en materia de recursos fiscales

Para analizar la viabilidad financiera del Sistema Cantonal descentralizado de Salud de Cotacachi, es necesario partir del compromiso adquirido entre el Ministerio de Salud Pública y el Municipio de Cotacachi, mediante el convenio de transferencia de competencias en el ámbito financiero.

El convenio expresamente señala:

Se transfiere al Gobierno Municipal de Cotacachi, las siguientes atribuciones y recursos en el ámbito financiero:

- **Fuentes presupuestarias y otras asignadas a la salud:**

Gestionar y administrar las fuentes nacionales e internacionales para la inversión sostenible, de fuente fiscal, aportes solidarios familiares, otros recursos de autogestión (cobro de tasas) y donaciones; además de recursos municipales preasignados en salud del cantón en el marco de la planificación de salud cantonal.

- **Fondo Local de salud:**

Articular los recursos financieros provenientes de diversas fuentes a través de un Fondo Cantonal de salud que garantice las acciones del plan estratégico cantonal de salud con equidad, solidaridad y eficiencia, incluyendo la cobertura universal progresiva

- **Proforma presupuestaria participativa de los servicios de salud:**

Participar y aprobar la proforma presupuestaria para la salud, la misma que será elaborada con la participación local con las instancias provinciales y nacionales respectivas del MSP, MEF.

- **Asignación presupuestaria de acuerdo a la realidad cantonal:**

Establecer criterios de asignación para redistribución de recursos propiciando la equidad social y territorial, priorizando la atención a la salud colectiva en el marco de definiciones nacionales.

En base a las responsabilidades asumidas, el Municipio de Cotacachi, a fin de hacer sostenible el sistema cantonal descentralizado de salud ha realizado algunos cambios en la manera de realizar el presupuesto.

- b) **Reorientar en lo local el presupuesto histórico, hacia un presupuesto equitativo con enfoque de derechos.**

La asunción de competencias de salud, obliga a que los gobiernos locales, impulsen el cambio de asignación histórica del presupuesto.

A pesar de que el Ministerio de Salud Pública, mantiene la modalidad de presupuesto histórico, el Municipio acoge este presupuesto, que actualmente tiene la siguiente estructura:

Área de Salud No3, presupuesto 2005

INGRESOS		
Partida	Nombre	Monto
132012551103010005	DE CIGARRILLOS	18.207,91
132012551103020005	DE CERVEZA	20.345,05
132012551103030005	DE BEBIDAS GASEOSAS	4.624,43
132012551103040005	DE ALCOHOL Y PRODUCTOS ALCOHOLICOS	7.360,73
132012551103050005	DE BIENES Suntuarios	17.982,98
132012551301080001	PRESTACION DE SERVICIOS	48.800,00
132012551301120001	PERMISOS LICENCIAS Y PATENTES	0,00
132012551501010000	DEL GOBIERNO CENTRAL	481.877,70
	TRANSFERENCIAS FONDO DE SOLIDARIDAD	41.985,69
132012552801010011	MATERNIDAD GRATUITA / UEPGM	
	TRANSFERENCIAS DE MATERNIDAD	14.806,60
132012552801010015	GRATUITA	
	Total	655.991,09
GASTOS		
Partida	Nombre	Monto
13201255G41200010035		115.501,44
101050000	REMUNERACIONES UNIFICADAS	
13201255G41200010035		209.907,84
101060000	SALARIOS UNIFICADOS	

13201255G41200010035 102030000	DÉCIMO TERCER SUELDO	27.117,41
13201255G41200010035 102040000	DECIMOCUARTO SUELDO	8.400,00
13201255G41200010035 105090000	HORAS EXTRAORDINARIAS Y SUPLEMENTARIAS	3.286,80
13201255G41200010035 105100011	SERVICIOS PERSONALES POR CONTRATO	10.826,00
13201255G41200010035 106010000	APORTE PATRONAL	16.878,17
13201255G41200010035 106020000	FONDO DE RESERVA	8.979,21
13201255G41200010035 106030000	JUBILACIÓN PATRONAL	37.247,74
13201255G41200010035 301000000	SERVICIOS BÁSICOS	6.470,98
13201255G41200010035 301000001	SERVICIOS BÁSICOS	4.700,00
13201255G41200010035 302000000	SERVICIOS GENERALES	1.125,44
13201255G41200010035 302000001	SERVICIOS GENERALES	4.700,00
13201255G41200010035 303000000	TRASLADOS, INSTALACIONES, VIÁTICOS Y SUBSISTENCIAS	4.861,86
13201255G41200010035 303000001	TRASLADOS, INSTALACIONES, VIÁTICOS Y SUBSISTENCIAS	4.600,00
13201255G41200010035 304000000	INSTALACIÓN, MANTENIMIENTO Y REPARACIONES	9.885,33
13201255G41200010035 304000001	INSTALACIÓN, MANTENIMIENTO Y REPARACIONES	2.400,00
13201255G41200010035 307000001	GASTOS EN INFORMÁTICA	2.400,00
13201255G41200010035 308000000	BIENES DE USO Y CONSUMO CORRIENTE	31.415,48
13201255G41200010035 308000001	BIENES DE USO Y CONSUMO CORRIENTE	9.800,00
13201255G41200010035 702000000	SEGUROS, COSTOS FINANCIEROS Y OTROS GASTOS	800
13201255G41200010035 801020011	APORTE 5 POR MIL A LA CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO	244
13201255G41200010038 401030001	MOBILIARIOS	9.130,00
13201255G41300110037 304040015	PROGRAMA DE EQUIPAMIENTO, INSUMOS Y MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (MANTENIMIENTO)	24.944,08
13201255G41300110037 308090015	PROGRAMA DE EQUIPAMIENTO, INSUMOS Y MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (INSUMOS)	8.850,84
13201255G41300110038 401040015	PROGRAMA DE EQUIPAMIENTO, INSUMOS Y MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (EQUIPAMIENTO)	34.726,17
13201255G43200110037 308090011	MEDICINAS Y PRODUCTOS FARMACÉUTICOS	41.985,69
13201255G43200110037 308090025	MEDICINAS Y PRODUCTOS FARMACÉUTICOS	14.806,61
Total		655.991,09

A este presupuesto histórico, se incrementan recursos usando una herramienta diseñada y aprobada por el MSP, como es el licenciamiento de las Unidades de Salud y en base a las necesidades de mejoramiento de la infraestructura y equipamiento el municipio asigna

un presupuesto extra, así como participa en la orientación de los recursos por concepto de Fondos ICE (impuesto a los consumos especiales)

En el capítulo de anexos se presentan los formularios para establecer el Índice de Licenciamiento y de los estándares que tengan como calificación (0 a 0.5), priorizar las mejoras en infraestructura física, equipamiento o contratación de recursos humanos de las partidas presupuestarias factibles de aplicar.

Este instrumento, por tanto es un apoyo, para mejorar la prestación de servicios de salud de la oferta, pues identifica los aspectos a perfeccionar, y que estos sean considerados al momento de realizar el presupuesto; lo cual permitirá alcanzar en el corto tiempo los estándares mínimos definidos por el MSP. El licenciamiento de las unidades de Salud, es vital, para que los proveedores públicos, mejoren sus condiciones internas y estén en condiciones de participar como proveedores públicos, en el sistema nacional de aseguramiento de la salud.

c) Determinar el Conjunto de Prestaciones de Salud, del sistema cantonal de salud de Cotacachi

Se determinan a través de las necesidades sentidas y no sentidas de la población que generan demanda potencial de bienes y servicios de salud (como por ej: la vacunación, atenciones de fomento y morbilidad, visitas domiciliarias, vigilancia y control epidemiológico, etc.) y que estén en correspondencia con el nivel resolutivo de las unidades de salud integrantes de la red de servicios del sistema cantonal descentralizado de salud. Este conjunto de prestaciones fue actualizado en el año 2004 y se encuentra vigente.

Conjunto de prestaciones de salud definidas participativamente

1 PRESTACIONES COLECTIVAS

1.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD

Bienes Públicos, en donde el consumo colectivo, produce un beneficio colectivo. Garantía de Universalidad y financiamiento. Gobierno Central y seccional

Hábitos y actitudes saludables
Sensibilización, concientización, y movilización social para la salud
Ambientes, vivienda saludable
Redes de auto cuidado comunitario
Salud y ambiente
Educación para la salud y nutrición

2 PREVENCIÓN COLECTIVA

Vigilancia y control de vectores: malaria, roedores
Control de zoonosis
Prevención de ETS y VIH
Prevención de accidentes
Prevención de fármacos dependencias
Seguridad alimentaria y fortificación de alimentos.

Prestaciones personales / individuales

3 PRESTACIONES PERSONALES INDIVIDUALES

Atención a la salud al niño < de un año

Actividades de consejería sobre la salud y prevención de la enfermedad (pre y post consulta)

Control de crecimiento y desarrollo

Inmunizaciones

Prevención y control de enfermedades infecto contagiosas transmisibles

Desparasitación periódica

Atención a la salud al niño < de 5 años

Actividades de consejería sobre la salud y prevención de la enfermedad (pre y post consulta)

Control de crecimiento y desarrollo

Inmunizaciones

Prevención y control de enfermedades infecto contagiosas transmisibles

Desparasitación periódica

Atención a la salud al niño de 5 a 14 años

Actividades de consejería sobre la salud y prevención de la enfermedad (pre y post consulta)

Control de crecimiento y desarrollo

Inmunizaciones

Prevención y control de enfermedades infecto contagiosas transmisibles

Desparasitación periódica

Atención odontológica: Autoprofilaxis y autocuidado

Atención a la salud del Adolescente

Atención preventiva y valoración nutricional

Educación en salud sexual y reproductiva

Atención preventiva: alcoholismo, drogadicción, prostitución.

Atención a la mujer en edad fértil

Prevención de embarazos en adolescentes

Atención prenatal, preparación para el parto, complementación nutricional, atención adolescente embarazada

Atención del parto, control del puerperio

Detención precoz del cáncer cérvico uterino

Tratamiento de las complicaciones patológicas de la menopausia

Planificación familiar

Atención al adulto Mayor

Psicoterapia de apoyo

Actividades de recreación

Bienes meritorios de consumo individual y beneficio individual, que producen externalidades positivas. Garantía de Universalidad y financiamiento. Gobierno Central y seccional

Bienes privados de consumo individual y beneficio individual. Garantía de universalidad y financiamiento público de acuerdo a disposiciones legales, recursos disponibles y grado de externalidad positiva. Es el grupo de prestaciones destinadas a financiamiento privado.

Prestaciones curativas individuales

4 Atención curativa ambulatoria general

Atención morbilidad en unidades de salud del nivel primario, incluye diagnóstico y prescripción, previa la realización de exámenes y medio diagnósticos básicos a todos los grupos de edad de las 10 enfermedades mas frecuentes.

Atención de adultos/adultas

Detección y control de enfermedades hipertensiva, diabetes, epilepsia.

Detección y control de tuberculosis, leishmaniasis, hepatitis, cistecercos

Detección y control de enfermedades por vectores: paludismo

Detección y control de enfermedades de transmisión sexual

Detección de cáncer mas frecuente (próstata)

Atención de urgencia y referencia a nivel hospitalario, a las personas de cualquier edad de forma continuada.

Atención primaria en salud buco dental, a toda la población

Atención bucal materna

4.1.1 Atención curativa ambulatoria especializada

Consulta médica de las cuatro especialidades básicas para niños/ñas; adultos/tas

Control de caries, enfermedad periodontal y extracciones a < de 14 años

4.1.2 Atención curativa hospitalaria general

Atención de casos de control prenatal y parto de alto riesgo obstétrico y complicaciones postparto, incluye cesárea.

Cirugía abdominal: apendicitis, hernias, colescistectomías

Fracturas sin complicaciones

Casos clínicos agudos de mayor frecuencia, (10) que requieren hospitalización para todos los grupos de edad.

Atención de urgencia y referencia del primer nivel a las personas de cualquier edad en forma continuada.

Odontología curativa: endodoncias, restauraciones

Fuente: Sistema Cantonal de Salud de Cotacachi

d) Actualización de las tarifas del conjunto de prestaciones de salud. Financiamiento.

El Sistema Cantonal de Salud de Cotacachi, a través del Consejo Cantonal Intersectorial de salud, aprueba el tarifario del conjunto de prestaciones, lo cual le permite ofertar servicios de salud a muy costo. Se presenta en anexo al final del documento

e) Aplicación de la Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia.

Los recursos por concepto de maternidad gratuita y atención a la infancia, en una fuente importante de financiamiento, pues permite prestar servicios gratuitos a la población beneficiaria de esta ley. El presupuesto se realiza en función de producción.

f) Orientación de los recursos de la cooperación local y otras

El Consejo Cantonal de Salud, realiza todos los años el Plan Operativo anual, en función del Plan cantonal de Salud y del Plan de desarrollo cantonal. Los integrantes del CIS, son las ONGs y otros proveedores de salud, quienes también orientan su presupuesto en función del Plan de Salud y de los requerimientos del Sistema de Salud.

g) Presupuesto Municipal asignado a la gestión de salud

El Municipio de Cotacachi, destina más del 10% del presupuesto al Sistema Cantonal Descentralizado de Salud de Cotacachi, los recursos se orientan a las necesidades definidas por el Sistema Cantonal de Salud.

En las actuales circunstancias, descentralizar las competencias de salud, implica que el Gobierno local, optimice todos los recursos disponibles y los oriente hacia el cumplimiento del Plan Cantonal de Salud, conjuntamente con los otros proveedores de salud.

- Negociar el presupuesto, sobre la base de información de la situación real del sector, desde la demanda y la oferta, para lo cual requiere un equipo técnico local suficientemente preparado en el gerenciamiento integral del Sistema.
- Tener definiciones políticas respecto del uso de los fármacos, cuyos costos inciden en el costo de las prestaciones de salud.

En el caso de Cotacachi, los temas mencionados se cumplen casi en su totalidad, sin embargo, existen otros aspectos, que están fuera de su incidencia, como es lograr que efectivamente los y las ciudadanos - ciudadanas asegurados (7%) accedan al servicio de salud del IESS, lo cual contribuye a reducir la brecha en la asignación presupuestaria, pues actualmente el Sistema de Salud, atiende en igualdad de condición a los y las asegurados/aseguradas.

Finalmente, el proceso de descentralización de las competencias de salud, es viable financieramente, cuando se generan las condiciones realizadas en Cotacachi, pero a la vez existen riesgos, por la falta de institucionalidad en la definición e implementación de políticas públicas desde el nivel central, que incide negativamente en el nivel local, pero no por ello, se pueden detener este proceso, pues se evidencia que el mayor beneficiario es la población y en mayor medida la población mas pobre, a quienes el Estado en sus diferentes niveles está obligado a proteger.

3.2 Guía de procedimientos formales para obtener transferencia de competencias.

3.2.1 Formato modelo de la resolución del gobierno local declarando capacidad operativa

Para demandar competencias de salud, una de las primeras acciones es declarar el mismo su capacidad operativa, la misma que se sustenta en análisis técnicos previos, como por ejemplo el realizado por el Municipio de Cotacachi. En este acápite presentamos el Modelo tipo para que el Municipio declara su capacidad operativa, para asumir las competencias de salud; y que puede ser utilizado por las municipalidades o prefecturas.

CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD OPERATIVA

EL MUNICIPIO DE CONSIDERANDO

1. Que, la Constitución Política de la República establece que el gobierno de la república es de administración descentralizada;

2. Que, la disposición del artículo 226 de la Constitución Política de la República establece que "Las competencias del gobierno central podrán descentralizarse, excepto la defensa y la seguridad nacionales, la dirección de la política exterior y las relaciones internacionales, la política económica y tributaria del Estado, la gestión del endeudamiento externo y aquellas que la Constitución y convenios internacionales expresamente excluyan. En virtud de la descentralización, no podrá haber transferencia de competencias sin transferencia de recursos equivalentes, ni transferencia de recursos, sin la de competencias. La descentralización será obligatoria cuando una entidad seccional la solicite y tenga capacidad operativa para asumirla.";
3. Que, la descentralización consiste en la transferencia definitiva de funciones, atribuciones, responsabilidades y recursos, especialmente financieros, materiales y tecnológicos de origen nacional y extranjero, de que son titulares las entidades de la Función Ejecutiva hacia los gobiernos seccionales autónomos a efectos de distribuir los recursos y los servicios de acuerdo con las necesidades de las respectivas circunscripciones territoriales, de conformidad con lo que prescribe el artículo 3 de la Ley Especial de Descentralización del Estado y de Participación Social;
4. Que, el Gobierno Municipal de, han llevado a cabo el estudio, análisis y concertaciones para lograr identificar las competencias, funciones, atribuciones, responsabilidades y recursos que serán transferidos.
5. Que, el Gobierno Municipal de ha realizado los análisis técnicos internos que determinan la capacidad operativa para asumir las competencias identificadas que serán transferidas desde el gobierno central, en cumplimiento de lo dispuesto en el inciso final del artículo 226 de la Constitución Política de la República; y,

En uso de las facultades de las que se halla investido,

RESUELVE:

PRIMERO: Solicitar al Ministerio de Salud Pública la transferencia definitiva de las funciones, atribuciones, responsabilidades y recursos de que es titular dicha cartera de Estado a favor del Gobierno Municipal de y que consta en el convenio que se anexa.

SEGUNDO: Declarar expresamente que el Gobierno Municipal de tiene la suficiente capacidad y condiciones operativas para asumir las funciones, atribuciones, responsabilidades y recursos que se detallan en el convenio antes indicado.

TERCERO: Autorizar al señor Alcalde y al Procurador Síndico Municipal para que en nombre y representación del Gobierno Municipal de, soliciten las competencias, funciones, responsabilidades, atribuciones y recursos del sector de salud, a favor de la Municipalidad.

CUARTO: Designar al Equipo Técnico Municipal, que representará a la Municipalidad en el proceso de negociación para la transferencia de competencias de Salud, la misma que queda integrada por las siguientes personas:

Dr.....Procurador Síndico
Director Administrativo
Director Financiero
Director de Salud

Dado en Sesión Ordinaria del del día xxx del mes xxxx del año xxxx.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, para lo cual me remito al libro de actos a mi cargo.

SECRETARIA GENERAL DEL MUNICIPIO

3.2.2 Formato modelo de la carta-oficio de solicitud de transferencia de competencias, al Ministerio de Salud Pública y al Ministerio de Economía y finanzas.

El proceso para demandar competencias de salud, tiene un procedimiento formal jurídico e inicia, justamente con la solicitud del gobierno local, al Ministerio de Salud Pública, la transferencia de competencias, funciones, responsabilidades, atribuciones y recursos del sector salud a su favor. A continuación un modelo tipo que las municipalidades deben dirigir a la autoridad del sector salud.

Gobierno Municipal de

.....a del mes de, 2006

Señor Doctor

MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

En su despacho.

Señor Ministro:

En uso de las atribuciones prescritas en el segundo inciso del Art. 225 y Art. 226 de la Constitución Política de la República, así como del Art. 12 de la Ley Especial de Descentralización del Estado y de Participación Social en concordancia con las normas del Reglamento a la misma Ley, así como de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud; en nuestras calidades de Alcalde y Procurador Sindico Municipal, debidamente autorizados por el Consejo Cantonal, conforme consta en la resolución que se anexa, acudimos ante usted a fin de que se sirva disponer la transferencia definitiva de las funciones, atribuciones, responsabilidades y recursos de que es titular su cartera de Estado a favor del Gobierno Municipal de y que consta en el convenio que anexamos a esta solicitud.

Nuestro pedido observa el procedimiento establecido en el Reglamento a la Ley de Descentralización del Estado y de Participación Social, en especial aquellas disposiciones del capítulo 3, para lo cual, nos permitimos adjuntar los documentos requeridos.

Se servirá tomar en cuenta los plazos prescritos en la Ley de Descentralización y su Reglamento para la atención de la presente solicitud.

Hacemos propicia la ocasión para expresarle el testimonio de nuestra especial consideración.

Atentamente,

ALCALDE
MUNICIPIO DE.....

PROCURADOR SÍNDICO

3.2.3 Matriz modelo del mapa de competencias a demandar

La matriz de competencias que presentamos a continuación, tiene como base la matriz que se realizó para el sector salud en el año 2001 por el CONAM, con el apoyo de la GTZ. La matriz ha sido modificada en función del nuevo escenario que exige que cada competencia tenga sustento jurídico. Se adjunta a este convenio además el anexo presupuestario, en el cual se define la modalidad para la transferencia de los recursos fiscales,

MATRIZ COMPETENCIAS, ROLES, FUNCIONES RESPONSABILIDADES Y ATRIBUCIONES EN SALUD QUE SE TRANSFIEREN AL MUNICIPIO DE.....

	COMPETENCIA	FUNCIONES /RESPONSABILIDADES/ATRIBUCIONES DEL MUNICIPIO DE.....	ROLES		
			N	P	M
1	COORDINACIÓN				
1.1	De la coordinación del Sistema Nacional de SaludSu competencia es del Ministerio de Salud Pública, en todos sus niveles como autoridad sanitaria nacional, apoyado por los Consejos de Salud. La coordinación deberá referirse a: Conducción sectorial, regulación sectorial, garantía de acceso equitativo a la atención de salud, armonización de la provisión de servicios, desarrollo de las funciones esenciales de la salud pública, control y evaluación. Art. 10 LOSNS	Coordinar en el nivel cantonal, al Sistema Cantonal de Salud, apoyado por el Consejo Cantonal de Salud, en concordancia con la función de coordinación, establecida por el MSP.	x		
1.2	Definición de Políticas, objetivos y planes estratégicos y de protección social y, establecimientos de mecanismos de participación, generación de consensos. Art. 10, ítem 1 y Art. 5 del Reglamento a la LOSNS	Emitir la política cantonal en salud, en concordancia con la Política Nacional, con el plan nacional de salud, el plan cantonal de salud y el plan de desarrollo cantonal.	x		
1.3	De los recursos humanosEl Ministerio de Salud Pública;..... En el ámbito público, desarrollará la carrera sanitaria considerando los aspectos de calidad del empleo, régimen laboral y salarial, productividad del trabajo; calidad de los servicios y gobernabilidad gestión de personal e incentivos basados	Aplicar en el nivel cantonal, para la gestión del recursos humano en salud, las políticas emitidas por el Ministerio de salud Pública.	x	x	x

	en evaluación de desempeño, ubicación gráfica y manejo de riesgo. Art. 26 LOSNS				
1.4	<p>De la información</p> <p>El Ministerio de salud Pública, con el apoyo del Consejo Nacional de Salud, implantará y mantendrá un sistema común de información sectorial que permita conocer la situación de salud, identificar los riesgos para la salud de las personas y el ambiente, dimensionar los recursos disponibles y la producción de los servicios, para orientar las decisiones políticas y gerenciales en todos los niveles. En esta actividad se establecerá coordinación con el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y con otras fuentes de información en salud. Art 27. LOSNS</p>	Implantar y mantener en el cantón....., un sistema común de información sectorial que permita conocer la situación de salud, identificar los riesgos para la salud de las personas y el ambiente, dimensionar los recursos disponibles y la producción de los servicios, para orientar las decisiones políticas y gerenciales; este sistema guardará concordancia con el Sistema común de información sectorial del Ministerio de Salud Pública.	x	x	X
1.5	<p>Subsistemas y componentes del sistema</p> <p>El Sistema Común de Información Sectorial en Salud, está conformado por los siguientes subsistemas:</p> <p>a) Vigilancia Epidemiológica, con los siguientes componentes: Alerta acción; Vigilancia a) problemas específicos; Vigilancia alimentaria y nutricional; Vigilancia ambiental y ocupacional; Vigilancia laboratorial; Vigilancia farmacoterapéutica.</p> <p>b) Servicios de salud, con los siguientes componentes: Sistema de producción de servicios ambulatorios; Sistema de producción de servicios en internación y registros médicos; Sistema de recursos humanos; Sistema de infraestructura y recursos tecnológicos; Sistema de recursos financieros;</p> <p>c) Vigilancia demográfica, de riesgos a la salud y condiciones de vida de la población;</p> <p>d) Vigilancia de la opinión de la población y grado de satisfacción del uso racional de recursos;</p>	Implantar y mantener en el nivel cantonal un sistema común de acuerdo a los subsistemas definidos por el Misterio de Salud Pública.	x	x	x

	<p>e) Vigilancia a la calidad, pertinencia y uso de resultados de las investigaciones en el campo de la salud pública; y,</p> <p>f) Los demás que el Ministerio de Salud con el apoyo del Consejo Nacional de Salud considere necesarios y que cumplan los requisitos establecidos en el presente reglamento. Art. 69 Reglamento de la LOSNS</p>				
1.6	<p>Instrumentos y documentos de soporte.- Los instrumentos, procedimientos y estándares para el levantamiento y clasificación de la información, que constituyen el soporte documental de los subsistemas y sus componentes, serán diseñados por el Ministerio de Salud Pública y posteriormente acordados con todos los actores del sector se exceptúan aquellos subsistemas, componentes e instrumentos que ya han sido probados e implementados por el Ministerio, los cuales continuarán siendo cumplidos por todas las instituciones del sector y a los que se añadirán las aplicaciones informáticas que se requieran para satisfacer las necesidades específicas de las entidades usuarias. Art. 71 Reglamento de la LOSNS</p>	Aplicar en el nivel cantonal los instrumentos, procedimientos y estándares concertados por los integrantes del sistema nacional de salud, para el levantamiento y clasificación de la información, que constituyen el soporte documental de los subsistemas y sus componentes	x	x	X
1.7	<p>Requerimientos tecnológicos mínimos del sistema.- El Ministerio de Salud Pública establecerá los requerimientos tecnológicos mínimos de conectividad, comunicaciones y enlaces que aseguren el adecuado flujo de la información, así como su ingreso y uso en el marco del Sistema Común de Información Sectorial. Art. 72 Reglamento LOSNS</p>	Implementar en el nivel cantonal el Sistema común de información sectorial, de acuerdo a los requerimientos tecnológicos establecidos por el MSP.	x	x	x
1.8	<p>De los medicamentos e insumos El Ministerio de Salud Pública,</p>	Aplicar en el nivel cantonal, las medidas emitidas por el Ministerio de Salud Pública, que permita garantizar la disponibilidad de	x	x	x

	<p>con el apoyo del Consejo Nacional de Salud, dispondrá las medidas que permitan garantizar la disponibilidad de medicamentos esenciales e insumos en el país.</p> <p>Promoverá la producción nacional y garantizará el uso de productos genéricos y organizará instancias y procesos de provisión común de los mismos, de acuerdo con el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos que se elaborará según la nomenclatura internacional aprobada por la Organización Mundial de la Salud, el mismo que será de aplicación obligatoria por las entidades del sector, con resguardo de su calidad, seguridad y eficacia y al menor costo posible. Art. 29 LOSNS</p>	<p>medicamentos esenciales e insumos en el cantón. Garantizar y orientar en las unidades de salud descentralizadas, el uso de productos genéricos y organizar instancias y procesos de provisión común de los mismos, de acuerdo con el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos, dispuestos por el Ministerio de Salud Pública.</p>			
1.9	<p>De la ciencia y tecnología en Salud</p> <p>El Ministerio de Salud Pública, con el apoyo del Consejo Nacional de Salud y la participación de la FUNDACYT, impulsará una política de investigación orientada a las prioridades nacionales y al desarrollo y transferencia de tecnologías adaptadas a la realidad del país manteniendo el enfoque pluricultural que incluye la promoción y desarrollo de la medicina tradicional y alternativa.</p> <p>Evaluará y racionalizará el uso de los recursos tecnológicos para su optimización nacional y promoverá el intercambio científico y tecnológico entre las instituciones del sector. Art. 29 LOSNS</p>	<p>Impulsar en el cantón....., una política de investigación orientada a las prioridades locales y al desarrollo y adopción de tecnologías adaptadas a la realidad del cantón, que incluye la promoción y desarrollo de la medicina tradicional y alternativa</p>	x	x	X
1.10	<p>Del Modelo de Atención: El plan Integral de salud, se desarrollará con base en un modelo de atención, con énfasis en la atención primaria y promoción de la salud, en procesos continuos y coordinados de atención a las</p>	<p>Establecer el modelo de atención en salud en el cantón.....(comunitaria, domiciliaria, ambulatoria, y de emergencia) que estén de acuerdo a las características epidemiológicas, demográficas y culturales del cantón, aplicando las normativas del modelo nacional de atención a la salud.</p>	x	x	x

	<p>personas y su entorno, con mecanismos de gestión desconcentrada, descentralizada y participativa. Se desarrollará en los ambientes familiar, laboral y comunitario, promoviendo la interrelación con la medicina tradicional y medicinas alternativas. Art. 6 LOSNS y Acuerdo Ministerial 533, 13 mayo 2004</p>				
2	COMPETENCIA: PLANIFICACIÓN				
2.1	<p>Del Plan integral de Salud Para el cumplimiento de los objetivos propuestos, el sistema nacional de salud implementará el Plan Integral de Salud, el mismo que garantizado por el Estado, como estrategia de protección social en salud, será accesible y de cobertura obligatoria para toda la población, por medio de la red pública y privada de proveedores y mantendrá un enfoque pluricultural Art. 5 LOSNS</p>	<p>La formulación del Plan Estratégico Cantonal de Salud será bienal, para ello se contará con la participación activa de todos los actores de salud y otros sectores relacionados. Su elaboración es responsabilidad de los consejos cantonales de salud y se enfocará en la salud familiar y comunitaria, garantizando una atención integral, sustentada en la atención primaria de salud y la promoción de la salud y será parte del Plan de Desarrollo Cantonal aprobado por el respectivo Consejo Municipal. Las direcciones provinciales de salud brindarán el apoyo técnico necesario. Los planes estratégicos cantonales de salud contarán con su respectivo presupuesto y financiamiento y serán el resultado de los compromisos asumidos voluntariamente por todos o algunos de los integrantes representados en el Consejo Cantonal de Salud. Para el cumplimiento de los planes de salud, los consejos cantonales y provinciales de salud, las entidades autónomas y las personas naturales y jurídicas de derecho privado son autónomas en relación al Consejo Nacional de Salud para promover el cumplimiento de los planes de salud. Art 7 y 8 del Reglamento de la LOSNS</p>			x
2.2	<p>Del Financiamiento del Plan de Salud: El financiamiento del Plan Integral de Salud, con cargo a fondos públicos, se hará conforme lo dispuesto en el artículo 46⁸ de la Constitución Política de la República. Estos</p>	<p>Para el financiamiento del Plan Cantonal de Salud, el Municipio de....., en aplicación del Artículo 46 de la Constitución Política de la República, participará en la elaboración de la proforma presupuestaria anual que realiza el MSP, a través de las direcciones provinciales, en función de garantizar acciones de salud de la población</p>	x	x	x

⁸ Art. 46 C.P.E. 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. Adicionalmente el Estado creará fondos específicos destinados a la protección de los daños causados por enfermedades catastróficas, a la población no asegurada de menores recursos.

	recursos serán destinados a garantizar las acciones de salud de la población con mayor riesgo y vulnerabilidad epidemiológica y bio-social. Párrafo 3, Art. 13 LOSNS	con mayor riesgo y vulnerabilidad epidemiológica y bio-social.			
3	CONTROLAR/ VIGILAR Y/O NORMAR				
3.1	Control y evaluación.- De las políticas, planes de salud, el desempeño de los servicios y la actuación de las instituciones. Literal 6, Art. 10 LOSNS.	Monitorear y evaluar los avances del plan cantonal de salud, en los aspectos de producción, cobertura, gestión, gasto presupuestario y participación social en términos de equidad y acceso; apoyados en procesos de veeduría social y rendición de cuentas de los actores institucionales a la sociedad civil.	x	x	X
3.2	Elaboración y aprobación de normas de vigilancia epidemiológica.- el Ministerio de Salud Pública, en su calidad de autoridad sanitaria nacional, elaborará las normas, procedimientos y estándares del subsistema de vigilancia epidemiológica y sus componentes.... Art. 70 del Reglamento de la LOSNS	Implementar en el nivel cantonal las normas, procedimientos y estándares del subsistema de vigilancia epidemiológica, así como establecer y especificar las entidades que son sujetos a control y vigilancia epidemiológica de acuerdo a la realidad cantonal.	x		
3.3	Acciones de prevención y control de los riesgos y daños a la salud colectiva, especialmente relacionados con el ambiente natural y social. Literal 2, Art. 5 LOSNS	Realizar en el nivel cantonal, acciones de prevención y control de los riesgos y daños a la salud, relacionados con el ambiente natural y social, a través del ejercicio de control sanitario.	x	x	x
3.4	Celebración de contratos o convenios de prestación de servicios de salud entre las entidades públicas y privadas del cantón, guarden concordancia con los objetivos y el marco normativo del Sistema. Literal 6 Art. 24 de la LOSNS.	Establecer, implementar y evaluar en el nivel cantonal, que los compromisos, convenios y contratos de gestión; guarden coherencia entre la asignación presupuestaria con la producción y calidad de los servicios de salud con proveedores públicos y privados en el marco de la Ley del Sistema Nacional de Salud			x
3.5	Calificar como prioritario, el proceso de Licenciamiento de los Servicios Formales de Salud como un procedimiento administrativo, de carácter oficial, obligatorio y continuo. Acuerdo Ministerial No 51 MSP, 17 julio 2003.	Colaborar en la gestión de la DPS del..... y el MSP para el licenciamiento y acreditación de los establecimientos de salud transferidos.	x	x	x
3.6	De la clasificación internacional de enfermedades.- La aplicación y uso de la clasificación internacional de enfermedades será obligatoria en todos los	Adoptar, aplicar y usar de la clasificación internacional de enfermedades	x		

	niveles y entidades del Sistema Nacional de Salud Art. 76 Reglamento LOSNS			
3.7	<p>De la carrera sanitaria.... se determinarán los mecanismos para la valorización social, técnica y humana del personal, incluyendo criterios de equidad y de justicia en la remuneración del trabajo, según el desempeño y el reconocimiento al aporte individual y colectivo. Para este propósito trabajará con los organismos e instituciones especializadas del Estado;</p> <p>a.3) Estándares de desempeño de los recursos humanos, que permitan elevar la calidad, eficiencia y calidez de los servicios de salud;</p> <p>a.4) Las estrategias e instrumentos que garanticen la suficiencia, calidad y el desarrollo del talento humano en salud; y,</p> <p>a.5) Los sistemas de cualificación, certificación y recertificación de los recursos humanos del Sector Salud;</p> <p>b) Elaborar conjuntamente con las instituciones de formación de recursos humanos, los criterios de producción y acreditación que permitan satisfacer las necesidades de tipo, calidad y número, de conformidad con el modelo de atención vigente y las necesidades cantonales, provinciales y nacionales;</p> <p>c) Promover la formación multidisciplinaria del talento humano para el desarrollo de la salud con carácter intercultural, que articule las medicinas tradicional y alternativa, con énfasis en la investigación y promoción de la salud;</p> <p>d) Apoyar la conformación del observatorio de los recursos humanos del sector salud como espacio indispensable para el desarrollo racional, integral y descentralizado de este recurso;</p>	Aplicar en el nivel cantonal, los estándares de calificación y desempeño del recurso humano transferido, de acuerdo a lo dictaminado por el Sistema Nacional de salud	x	

	e) Efectuar el seguimiento del cumplimiento de los criterios de certificación y recertificación de los recursos humanos del sector. Art. 43 y 44 del Reglamento de la LOSNS			
3.8	Del control Sanitario: El control sanitario es el conjunto de actividades específicas que de conformidad con el Código de la Salud y más disposiciones legales y reglamentarias está obligado a cumplir el Ministerio de Salud Pública través de sus dependencias y entidades competentes, con el propósito de controlar, vigilar y mejorar la salud individual y colectiva y el medio ambiente natural donde se desarrolla sus actividades. Capítulo I, Art. 1, Registro oficial No 58, 9 abril 2003.	Aplicar en el nivel cantonal las disposiciones legales y reglamentarias emitidas en materia de control sanitario por el Ministerio de Salud Pública; con el propósito de controlar, vigilar y mejorar la salud individual y colectiva y el medio ambiente natural donde se desarrolla sus actividades.		x
3.9	Áreas de control sanitario: Son áreas de control sanitario entre otras las siguientes: eliminación de excretas, aguas servidas, y aguas pluviales; abastecimiento de agua para uso humano, sustancias tóxicas o peligrosas para la salud; disposición industrial de basuras; radiaciones ionizantes, viviendas, fauna nociva al hombre y transmisora de enfermedades control y vigilancia epidemiológica, alimentos y bebidas, medicamentos cosméticos, productos higiénicos y perfumes; plaguicidas; Polución y contaminación ambiental. Art. 2 Registro oficial No 58, 9 de abril del 2003.	Áreas de control sanitario, en el nivel cantonal: eliminación de excretas, aguas servidas, y aguas pluviales; abastecimiento de agua para uso humano, sustancias tóxicas o peligrosas para la salud; disposición industrial de basuras; radiaciones ionizantes, viviendas, fauna nociva al hombre y transmisora de enfermedades control y vigilancia epidemiológica, alimentos y bebidas, medicamentos cosméticos, productos higiénicos y perfumes; plaguicidas; Polución y contaminación ambiental. Art. 2 Registro oficial No 58, 9 de abril del 2003		x
3.10	Controles sanitarios comunes aplicables a los siguientes establecimientos: Instalaciones de desagües domiciliados, alcantarillado central y pozos sépticos; Número y estado general de inodoros; Número y estado general de baños y lavabos Pisos, cielos rasos, ventilación, iluminación, enlucido de muros interiores y exteriores;	Controles sanitarios comunes aplicables por el Municipio de.....a los siguientes establecimientos: Instalaciones de desagües domiciliados, alcantarillado central y pozos sépticos; Número y estado general de inodoros; Número y estado general de baños y lavabos Pisos, cielos rasos, ventilación, iluminación, enlucido de muros interiores y exteriores; Recolección y depósito de basuras; Tenencia de animales domésticos; y, Fauna transmisora y nociva. Estos controles se realizarán tantas veces,		x

	<p>Recolección y depósito de basuras; Tenencia de animales domésticos; y, Fauna transmisora y nociva. Estos controles se realizarán tantas veces, cuantas sean necesarias a juicio de la autoridad de Salud y con un mínimo de tres visitas al año en cada uno de los establecimientos. Art. 3. Registro No 58, miércoles 9 de abril 2003</p>	<p>cuantas sean necesarias a juicio de la autoridad de de Salud Municipal y con un mínimo de tres visitas al año en cada uno de los establecimientos.</p>			
3.11	<p>Controles sanitarios específicos los que se ejercen sobre: Producción, procesamiento, importación, almacenamiento, transporte, distribución y expendio de los; Alimentos; Bebidas; Cosméticos; Artículos higiénicos y perfumes; Plaguicidas; Productos naturales procesados. En estos casos, el control sanitario se realizará respecto a las condiciones higiénicas y técnico-sanitarias siguientes: Física del local, Materias primas; Productos en proceso y terminados; Instalaciones, equipos y maquinarias, Personal; a) Ubicación, construcción, instalación y funcionamiento de establecimientos farmacéutico; b) Ubicación, construcción, instalación y funcionamiento de establecimientos industriales de alimentos y plaguicidas; c) Ubicación, construcción, instalación y funcionamiento de establecimientos de atención médica; d) Instalación y funcionamiento de clínicas veterinarias; e) Eliminación de residuos y desechos de plantas industriales, f)Ubicación, construcción, instalación y funcionamiento de establecimientos comerciales y de servicios; y g) Radiaciones ionizantes. Art. 4. Registro No 58, miércoles 9 de abril 2003</p>	<p>Son controles sanitarios específicos, aplicables por el Municipio de..... y que se ejercen sobre: Producción, procesamiento, importación, almacenamiento, transporte, distribución y expendio de los Alimentos, Bebidas, Cosméticos, Artículos higiénicos y perfumes, Plaguicidas, Productos naturales procesados. En estos casos, el control sanitario se realizará respecto a las condiciones higiénicas y técnico-sanitarias siguientes: Física del local, Materias primas, Productos en proceso y terminados, Instalaciones, equipos y maquinarias, Personal, Ubicación, construcción, instalación y funcionamiento de establecimientos industriales de alimentos y plaguicidas; Eliminación de residuos y desechos de plantas industriales, Ubicación, construcción, instalación y funcionamiento de establecimientos comerciales y de servicios; y Radiaciones ionizantes.</p>			x
3.12	<p>De los permisos de funcionamiento: Permiso de funcionamiento es el documento</p>	<p>Otorgar en el nivel cantonal el Permiso de funcionamiento es el documento expedido por la autoridad de salud Municipal, al establecimiento</p>			x

	expedido por la autoridad de salud competente, al establecimiento que cumple con buenas condiciones técnicas sanitarias e higiénicas y con buenas prácticas de manufactura según el tipo de establecimientos, de acuerdo a las disposiciones establecidas en la Legislación Sanitaria Ecuatoriana. Art.6 R.O No 58, 9 de abril 2003	que cumple con buenas condiciones técnicas sanitarias e higiénicas y con buenas prácticas de manufactura según el tipo de establecimientos, de acuerdo a las disposiciones establecidas en la Legislación Sanitaria Ecuatoriana. Se excluyen las actividades especializadas en farmacias, laboratorios).			
3.13	...Concesión de los permisos sanitarios de funcionamiento regulados por el Código de la Salud, los interesados satisfarán las tasas fijadas en este reglamento. Por su parte la autoridad de salud competente está obligada a prestar el respectivo servicio de control sanitario. El valor establecido en este reglamento por concepto de tasas por permiso sanitario de funcionamiento se fijará en salarios mínimos vitales generales. Art. 8 y 9 R.O No 58, 9 de abril 2003.	Aplicar y cobrar las tasas en el nivel cantonal y otorgar los permisos sanitarios de funcionamiento y de acuerdo a los salarios mínimos vitales fijados en el Art. 9 del R.O No 58, 9 de abril 2003			x
3.14	Se conformarán Comités de Usuarios encargados de fomentar la corresponsabilidad ciudadana en la promoción de la salud materno infantil, del seguimiento y vigilancia en la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.	Vigilar el cumplimiento estricto de la operativización de los programas nacionales y de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia tanto en prestaciones como en recursos financieros asignados.			
4	COMPETENCIA: FINANCIAMIENTO				
4.1	Movilización y captación de recursos económicos: Los recursos financieros de la cooperación internacional y, los contratados a través de créditos externos para el sector salud, priorizarán la inversión en áreas relacionadas directa o indirectamente a la aplicación de esta Ley. Inciso 4, Art. 5 de la LMGYAI	Gestionar y administrar las fuentes nacionales e internacionales, de fuente fiscal, aportes solidarios familiares, otros recursos, para la tención sostenible de las prestaciones de salud en materno infantiles.			x
4.2	De la transferencia de los recursos: Los valores producto de la aplicación de lo dispuesto en los incisos	En función del proceso de descentralización , los valores producto de la aplicación de la LMGYAI en el nivel local, serán transferidos mensualmente por el Ministerio de Finanzas a			x

	anteriores (1 y 2) serán transferidos mensualmente por el Ministerio de Finanzas a una cuenta especial del Ministerio de Salud Pública, denominada Fondo Solidario de Salud, el que los destinará en su totalidad para financiar única y exclusivamente lo establecido en la presente Ley.	una cuenta especial del Municipio, bajo el reglamento que rige para la LMGYAI, el que los destinará en su totalidad para financiar única y exclusivamente lo establecido en la presente Ley.			
4.3	De la creación de los fondos solidarios de salud: Créase en cada municipio, los fondos solidarios locales de salud, que recibirán los recursos financieros del fondo Solidario de Salud, para garantizar la aplicación de la Ley. Literal c art. Innumerado de la Ley MGYAI	Gestionar, administrar e invertir en el nivel cantonal, los fondos solidarios locales de salud, en concordancia con la Ley de MGYAY y su reglamento.			x
4.4	Del financiamiento del plan integral de salud con cargo a fondos públicos, se hará conforme lo dispuesto en el artículo 46 de la Constitución Política de la República que dispone: el financiamiento de las entidades públicas, del sistema nacional de salud, provendrá de aportes obligatorios, suficientes y oportunos del Presupuesto General del Estado, de personas que ocupen sus servicios y que tengan capacidad de contribución económica y de otras fuentes que señale la Ley. Estos recursos serán destinados a garantizar las acciones de la población con mayor riesgo y vulnerabilidad epidemiológica y bio- social	Articular los recursos financieros provenientes de diversas fuentes a través de un Fondo Cantonal de salud que garantice las acciones del plan cantonal de salud con equidad, solidaridad y eficiencia, incluyendo la cobertura universal progresiva de los servicios de salud			x
5	COMPETENCIA: ASEGURAMIENTO				
5.1	Del aseguramiento en salud.- El aseguramiento es la garantía de acceso universal y equitativo de la población al Plan Integral de Salud en cumplimiento del derecho ciudadano a la protección social en salud. A efecto de alcanzar la cobertura universal el Sistema con la participación de todos sus integrantes aplicará las medidas que sean necesarias para el cumplimiento de esta meta	Implementar en el nivel cantonal, el sistema de aseguramiento universal, en función de alcanzar la cobertura universal, Establecer un sistema de estratificación familiar en el cantón para implementar la solidaridad entre los usuarios, garantizando progresividad en los aportes y mejoría de la calidad del gasto de los hogares, propendiendo a que sean indirectos y que confluyan en un sistema de aseguramiento universal.	x	x	x

	común. Iniciaré con la aplicación del plan de aseguramiento para mujeres y niños beneficiarios de la Ley y Programas de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Se promoverá la ampliación de cobertura de salud de todas las entidades prestadores de servicios y del Seguro General Obligatorio y Seguro Social Campesino, pertenecientes al IESS, de otros seguros públicos, como el ISSFA e ISSPOL. Art. 12 LOSNS				
6	COMPETENCIA: PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD				
6.1	Armonización de la provisión de servicios.- Definición de lineamientos para la articulación y complementación de servicios de atención integral, continua y de calidad Art. 10, literal 4 LOSNS	Coordinar intersectorial y comunitariamente la implementación del modelo de atención en salud, en concordancia con los lineamientos nacionales.	x	x	x
6.2	De la función de provisión de servicios de salud.- La provisión de servicios de salud se sustenta en el cantón o mancomunidad de cantones como espacios territoriales y poblacionales definidos, sobre los cuales se ejercerá la responsabilidad local del sistema de la atención a la salud Art. 12 Reglamento de la LOSNS	Gestionar, administrar y proveer servicios de salud a nivel cantonal, a través de las unidades de salud descentralizadas al Municipio de....., de acuerdo a su necesidad y realidad local.			x
6.3	De la conformación y organización de la red.- La conformación y organización de la red plural de prestadores, de la cual forman parte los proveedores públicos, privados y los de medicina tradicional y alternativa, responderán al modelo de atención consagrado en la ley y a los protocolos de las acciones y prestaciones definidas en el Plan Integral de Salud. Las áreas de salud constituyen la base a la que se articularán las instituciones y las unidades locales de acuerdo a sus responsabilidades y capacidad resolutive. Art. 13 Reglamento de la LOSNS	Coordinar y Gestionar en el nivel cantonal, la red plural de prestadores de salud, en concordancia con lo dispuesto en la LOSNS y ejecutar participativamente y con veeduría social el plan de salud cantonal a través de las estructuras designadas por el Municipio, y la red de servicios de salud descentralizados.			x
6.4	De las áreas de Salud: Es una	El Municipio de....., asume, la gestión y			x

	delimitación geográfica poblacional; posee capacidad técnico administrativa financiera propia, para tomar decisiones y establecer prioridades y capacidad operativa para resolver los problemas de salud mas frecuentes de la población. Manual de Organización y funcionamiento de las Áreas de Salud del Ministerio de Salud Pública.	administración del área de Salud y las funciones inherentes a ella, de acuerdo a las funciones establecidas en el Manual de áreas de salud. (Funciones de la Unidad de conducción del Área: Acuerdo Ministerial No 266, 5 junio 2000).			
6.5	Constitución de la áreas de salud.- El área de Salud es una red de servicios básicos constituida por el Puesto de Salud, Subcentro de Salud, centro de salud, Centro de Salud Materno Infantil y el Hospital Base; consta de dos niveles de atención: las unidades operativas de primer nivel y un hospital de referencia que constituye el segundo nivel, cada uno tiene su especificidad y es complementario con el otro, los dos niveles interactúan funcional y administrativamente, en una relación basada en competencias diferentes. El hospital debe cumplir el rol de unidad de referencia y contrarreferencia y reconocer al resto de Unidades de Salud como lugar de síntesis de la atención ambulatoria general tanto individual como comunitaria. Acuerdo Ministerial No 266, 5 junio 2000.	Asumir, en función del proceso de descentralización la gestión y administración del Área de Salud, de acuerdo al literal 4.6.1 de la capacidad resolutive técnica; de la capacidad resolutive administrativa, de la capacidad resolutive financiera, descrito en el Acuerdo Ministerial No 288, 5 junio 200). Prestar el paquete básico de actividades, a través del Área de Salud descentralizada a la municipalidad en concordancia con el Anexo No 3, 4, 5, 6,7, del Acuerdo Ministerial No 288, 5 junio 200).			x
6.6	Promoción de la salud (Anexo No 3, del Acuerdo Ministerial No 288, 5 junio 200)	Ejecutar intersectorialmente las actividades relativas a: hábitos, entornos saludables, educación para la salud (IEC), participación social y comunicación social en salud; además de las acciones de prevención colectiva relativa a las prestaciones para las enfermedades infectocontagiosas y crónico degenerativas.			x
6.7	Atención preventiva curativa (Anexo No 3, del Acuerdo Ministerial No 288, 5 junio 200).	Ejecutar actividades de prevención individual relativa a grupos etáreos y programáticos, incluyendo las relativas a enfermedades de alta externalidad positiva.			x
6.8	Atención curativa (Anexo No 3, del Acuerdo Ministerial No 288, 5 junio 200).	Ejecutar la realización de actividades de atención curativa ambulatoria en los puestos, Subcentros y centros de salud asumidos por los municipios			x

		Ejecutar las actividades curativas hospitalarias de acuerdo a la capacidad resolutive normada del hospital cantonal transferido			
6.9	Atención médica ambulatoria, hospitalaria y red de emergencias curativa (Anexo No 3, del Acuerdo Ministerial No 288, 5 junio 200).	Ejecutar la atención de emergencias prehospitalarias y hospitalarias de acuerdo a la capacidad resolutive de la red de servicios de salud descentralizados del cantón.....			x
6.10	Definición y aplicación de las normas y procedimientos de referencia y contrareferencia.- El Ministerio de Salud Pública elaborará participativamente y mediante equipos multidisciplinarios, las normas y procedimientos de referencia y contrareferencia para asegurar la complementariedad y continuidad en la atención, los que se remitirán al Consejo Nacional de Salud para la aprobación concertada de su utilización común. Los consejos provinciales y cantonales, buscarán mecanismos que faciliten la referencia y contrareferencia de usuarios en los distintos niveles de atención. Art. 20 Reglamento LOSNS	Garantizar el funcionamiento de la red de servicios de salud y la respectiva referencia y contrareferencia de usuarios con patologías que amerita atención en centros con mayor capacidad resolutive.			x
6.11	De la historia clínica única.- El Ministerio de Salud Pública, en su calidad de autoridad sanitaria, revisará y actualizará los formularios básicos y de especialidades de la historia clínica única para la atención de los usuarios, los mismos que serán posteriormente concertados y difundidos por el Consejo Nacional de Salud en todas las instituciones prestadoras de salud del sector público, semipúblico y privado. Art. 77 Reglamento a la LOSNS	Adoptar y aplicar la Historia Clínica, concertada en el Sistema Nacional de Salud, en el Área de Salud Descentralizada.			x
6.12	Responsabilidad y custodia de la historia clínica.- La historia clínica, en tanto prueba documental, estará bajo la responsabilidad y custodia de la unidad o establecimiento operativo del lugar de residencia del ciudadano; se propenderá que exista una sola historia	Custodiar y ser responsables de la Historia Clínica, en la unidad o establecimiento operativo descentralizado a la municipalidad; se propenderá que exista una sola historia clínica por persona que será la base para el sistema de referencia y contrareferencia. Art.79 Reglamento			x

	clínica por persona que será la base para el sistema de referencia y contrareferencia. Art.79 Reglamento LOSNS.				
--	---	--	--	--	--

3.2.3 Formato convenio de descentralización

El convenio que presentamos a continuación se realizó tomando como base el convenio tipo definido por el CONAM con el apoyo de la GTZ en el año 2001. El convenio ha sido modificado para responder al marco jurídico vigente y a las nuevas exigencias del proceso de descentralización.

Convenio de transferencia de competencias atribuciones, funciones, responsabilidades y recursos del ministerio de salud pública al municipio..... de la provincia del.....

Intervienen en la celebración del presente convenio, por una parte el Sr. Dr..... Presidente Constitucional de la República del Ecuador; el señor Dr....., Ministro de Salud del Ecuador y El Sr. Eco....., Ministro de Economía y Finanzas; y, por otra parte, el Sr./Sra....., y, el Abogado, en sus calidades de Alcalde y Procurador Síndico del Municipio de....., quienes suscriben el presente convenio de transferencia de competencias, atribuciones, funciones, responsabilidades y recursos que corresponde al Área de Salud No.....de y que contiene El Hospital Base....., Centro de Salud....., Subcentro de Salud....., Subcentro de Salud Rural, Puesto de Salud.....; al tenor de las estipulaciones contenidas en las siguientes cláusulas.

CLAUSULA PRIMERA: MARCO JURÍDICO

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPUBLICA

- 1.1 Los artículos 1, inciso primero; 124 inciso primero, 225 inciso segundo; y, 226 de la Constitución Política de la República establecen que el Gobierno del Ecuador es de administración descentralizada; que el Estado impulsará mediante la descentralización el desarrollo armónico del país; que es obligación del Gobierno Central transferir funciones, atribuciones, competencias, responsabilidades y recursos; y, que todas las competencias del Gobierno Central son susceptibles de ser descentralizadas, con excepción de la defensa y la seguridad nacionales, la dirección de la política exterior y las relaciones internacionales, la política económica y tributaria del Estado y la gestión de endeudamiento externo.
- 1.2 El Art. 42 de la Constitución Política del Estado establece de manera expresa que “el Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción, y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.
- 1.3 El Art. 45 de la Constitución Política del Estado establece que “El Estado organizará un sistema nacional de salud, que se integrará con las entidades públicas, privadas, privadas autónomas, y comunitarias del sector. Funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa.

Ley orgánica del sistema nacional de salud

- 1.4 El Art. 3 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, se regirá por varios principios, señalando en el Octavo principio el de la descentralización, que establece: cumplir con los mandatos constitucionales que consagre el sistema descentralizado del país.
- 1.5 El Art. 9 del funcionamiento.- El Sistema Nacional de Salud, funcionará de manera desconcentrada, descentralizada y participativa; para el efecto, sus integrantes se relacionarán mediante las funciones de coordinación, provisión de servicios, aseguramiento y financiamiento.

Ley reformativa de las finanzas públicas

- 1.6 El Art. 55 de la Ley para la Reforma de las Finanzas Públicas, dice “Se entenderá que no existe despido intempestivo ni terminación unilateral de la relación laboral, si como consecuencia del proceso de modernización de las instituciones del Estado o de sus empresas, se produce una escisión, transformación, fusión, sustitución o cualquier otra modalidad por la cual se mantenga, para los trabajadores, la fuente de trabajo, y siempre que sus remuneraciones sean al menos iguales a las existentes y se reconozcan los derechos legales adquiridos inclusive los de antigüedad. En consecuencia en estos casos no podrá pactarse ni entregarse por ningún concepto indemnizaciones, bonificaciones, contribuciones, compensaciones o similares.

Ley especial de descentralización y participación social

- 1.7 La Ley Especial de Descentralización del Estado y de Participación Social, en su artículo 3 determina que “la Descentralización del Estado consiste en la transferencia definitiva de funciones, atribuciones, responsabilidades y recursos, especialmente financieros, materiales y tecnológicos de origen nacional y extranjero, de que son titulares las entidades de la Función Ejecutiva hacia los Gobiernos Seccionales Autónomos a efectos de distribuir los recursos y los servicios de acuerdo con las necesidades de las respectivas circunscripciones territoriales”.
- 1.8 El artículo 12 de la Ley de Descentralización establece que “Para la transferencia de las atribuciones, funciones y responsabilidades señaladas en esta Ley, el Presidente de la República conjuntamente con el Ministro de Finanzas y Crédito Público y con los demás ministros que correspondan según la materia suscribirán con los representantes legales de los Municipios y Consejos Provinciales, según el caso, los convenios respectivos en los que deberán señalarse con precisión absoluta los recursos financieros, materiales y tecnológicos necesarios, que serán obligatoriamente transferidos para atender las nuevas atribuciones, funciones y responsabilidades. Los recursos a los que se refiere este artículo no podrán ser inferiores a los que las entidades de la Función Ejecutiva dedican para el financiamiento de la prestación de los servicios públicos a transferirse”.

Ley orgánica de régimen municipal

- 1.9 Ley Orgánica de Régimen Municipal, Art. 19, expresamente señala “En ningún caso de descentralización se podrá objetar o condicionar la transferencia de competencias al cumplimiento de requisitos o formalidades que no estén previstos en la Constitución Política de la República y la ley.
Para solicitar la transferencia de competencias las municipalidades deberán tener capacidad operativa para asumirla. El concejo cantonal respectivo determinará la capacidad operativa para asumir nuevas competencias.
- 1.10 Ley Orgánica de Régimen Municipal Art. 20, establece: presentada la solicitud de descentralización de competencias y recursos por parte de una municipalidad, la

autoridad del Gobierno Central a quien está dirigida tendrá el término de treinta días para pronunciarse, de no hacerlo y vencido el término, la solicitud se entenderá aceptada en las condiciones propuestas.

Si en el término de noventa días contados a partir de la fecha de aceptación expresa o tácita de la solicitud de transferencia presentada por una Municipalidad, no se suscribiere el convenio de transferencia de competencias, entrará en vigencia la propuesta escrita de la Municipalidad y el funcionario público responsable de la omisión será destituido por la autoridad nominadora.

- 1.11 Ley Orgánica de Régimen Municipal Art. 21, establece: Suscrito el convenio de manera expresa o aceptada tácitamente la propuesta municipal, el ministerio del ramo transferirá los recursos humanos y materiales en el ámbito de su competencia y el Ministerio de Economía y Finanzas transferirá los recursos económicos equivalentes, que en ningún caso serán inferiores a los destinados por el Gobierno Central en el correspondiente ejercicio económico; además transferirá los montos necesarios para el mejoramiento integral de la infraestructura y equipamiento de las unidades descentralizadas. Las transferencias se cumplirán en el plazo de sesenta días, en forma directa y obligatoria. El Ministro de Economía y Finanzas y los funcionarios públicos responsables de su incumplimiento, serán sancionados con la remoción o destitución por la autoridad nominadora.

Intervención del municipio de.....en el área de salud y declaración de capacidad operativa.

Describir las acciones e intervenciones que realiza el Municipio en el ámbito de la Salud.....
.....

El Municipio de....., en sesión ordinaria con fechadel 2006 reconoció y declaró tener capacidad operativa para asumir las competencias de salud, las mismas que se describen en el convenio y que se adjunta como documento habilitante.

SEGUNDA: OBJETO DEL CONVENIO.-

2.1.- El Ministerio de Salud Pública transfiere las competencias, funciones, atribuciones, responsabilidades y recursos humanos, financieros, tecnológicos, físicos, y otros que corresponden al Área de Salud No..... De....., y que contiene el (Hospital Base....., Centro de Salud....., Subcentro de....., Puesto de Salud.....), a favor del Municipio de....., de acuerdo a las competencias que se detallan en la siguiente cláusula.

TERCERA: DE LAS COMPETENCIAS A TRANSFERIRSE.-

Las competencias que se transfieren, conlleva envuelta la potestad de emitir, recaudar y administrar tasas por los servicios que se presten en el ejercicio de las competencias transferidas y se aplicará de acuerdo a la matriz que se adjunta a este convenio. (la matriz está desarrollada en el ítem anterior)

CUARTA: DE LAS COMPETENCIAS DE CONTROL SANITARIO

Art. 4.1 El Municipio de....., asume a través de este convenio las competencias de control sanitario, en conformidad con lo dispuesto en el Código de la Salud y más disposiciones legales y reglamentarias pertinentes y prestará a través de sus dependencias y entidades competentes, con el propósito de controlar, vigilar y mejorar la salud individual y colectiva y el medio ambiente natural donde desarrolla sus actividades.

Art. 4.2 Son áreas objeto de control sanitario entre otras las siguientes:

- a) Eliminación de excretas aguas servidas y aguas pluviales;
- b) Abastecimiento de agua para uso humano;
- c) Substancias tóxicas o peligrosas para la salud;
- d) Disposición e industrialización de basuras;
- e) Radiaciones ionizantes;
- f) Viviendas;
- g) Fauna nociva al hombre y transmisora de enfermedades;
- h) Control y vigilancia epidemiológica;
- i) Alimentos y bebidas;
- j) Medicamentos cosméticos, productos higiénicos y perfumes;
- k) Plaguicidas; y,
- l) Polución y contaminación ambiental.

Art. 4.3 Son controles sanitarios comunes aplicables a los establecimientos determinados en este convenio:

- a) Instalaciones de desagües domiciliados, alcantarillado central y pozos sépticos;
- b) Número y estado general de inodoros;
- c) Número y estado general de baños y lavabos
- d) Pisos, cielos rasos, ventilación, iluminación, enlucido de muros interiores y exteriores;
- e) Recolección y depósito de basuras;
- f) Tenencia de animales domésticos; y,
- g) Fauna transmisora y nociva.

Estos controles se realizarán tantas veces, cuantas sean necesarias a juicio de la, autoridad de Salud Municipal y con un mínimo de tres visitas al año en cada uno de los establecimientos.

Art. 4.4 Son controles sanitarios específicos los que se ejercen sobre:

- 1. Producción, procesamiento, importación, almacenamiento, transporte, distribución y expendio de los
 - i. Alimentos.
 - ii. Bebidas.
 - iii. Cosméticos.
 - iv. Artículos higiénicos y perfumes.
 - v. Plaguicidas.
 - vi. Productos naturales procesados.

En estos casos, el control sanitario se realizará respecto a las condiciones higiénicas y técnico-sanitarias siguientes:

- vii. Física del local.
- viii. Materias primas.
- ix. Productos en proceso y terminados.
- x. Instalaciones, equipos y maquinarias.
- xi. Personal
 - a) Ubicación, construcción, instalación y funcionamiento de establecimientos industriales de alimentos y plaguicidas;
 - b) Eliminación de residuos y desechos de plantas industriales.
 - c) Ubicación, construcción, instalación y funcionamiento de establecimientos comerciales y de servicios; y
 - d) Radiaciones ionizantes.

Estos controles se realizarán por inspección periódica y con la práctica de exámenes específicos determinados por la autoridad Municipal de Salud, según la necesidad.

Art. 4. 5 El organismo encargado del control sanitario en el Cantón....., es el Municipio de....., a través de la Dirección de Salud Municipal y sus dependencias, en concordancia con esta ordenanza.

QUINTA: DE LOS PERMISOS DE FUNCIONAMIENTO

Art. 5.1 Permiso de funcionamiento es el documento expedido por la autoridad de Salud Municipal, al establecimiento que cumple con buenas condiciones técnicas sanitarias e higiénicas y con buenas prácticas de manufactura según el tipo de establecimientos, de acuerdo a las disposiciones establecidas en la Legislación Sanitaria Ecuatoriana.

Art. 5.2. El permiso de funcionamiento contendrá:

- xii. Código y número del permiso de funcionamiento
- xiii. Nombre o razón social del establecimiento.
- xiv. Nombre del propietario o representante legal;
- xv. No. RUC.
- xvi. No. cédula de ciudadanía.
- xvii. Ubicación del establecimiento.
- xviii. Tipo de establecimiento y actividad
- xix. Categoría.
- xx. Fecha de expedición y vencimiento.
- xxi. Firmas y sellos de las autoridades correspondientes.

SEXTA: DE LAS TASAS POR PERMISO SANITARIO DE FUNCIONAMIENTO

Art. 6.1 Para la concesión de los permisos sanitarios de funcionamiento regulados por el Código de la Salud, los interesados satisfarán las tasas fijadas en este reglamento. Por su parte la autoridad de salud competente está obligada a prestar el respectivo servicio de control sanitario.

Art. 6.2 El valor establecido en este reglamento por concepto de tasas por permiso sanitario de funcionamiento se fijará en salarios mínimos vitales generales.

Cód.	Concepto	Valor en SMV
1,0	Empresas dedicadas a recuocer materiales de los sitios de disposición final de basuras para la industrialización	10
2,0	Baños y balnearios privados de servicios públicos	
2,1	Piscinas	5
2,2	Baños Turcos	10
2,3	Baños Saunas	10
2,4	Los que presten dos o más servicios combinados	15
2,5	Baños ducha	2
2,6	Baños públicos	2
3,0	Gimnasios	
3,1	Lujo	10
3,2	Primera Clase	6
3,3	Segunda Clase	4
3,4	Tercera Clase	2
4,0	Centros de cosmetología y estética femenina	

4,1	Lujo	10
4,2	Primera	6
4,3	Segunda	4
4,4	Tercera	2
5,0	Centro de reducción de peso	
5,1	Lujo	10
5,2	Primera	6
5,3	Segunda	4
5,4	Tercera	2
6,0	Industrias que eliminan residuos por alcantarillado público	
6,1	Industrias	20
6,2	Pequeña industria	10
6,3	Artesanía	5
7,0	Empresas dedicadas al exterminio o control de plagas o vectores de enfermedades	3
8,0	Empresas que importan y/o comercializan plaguicidas y/o productos químicos	10
9,0	Productos Veterinarios	10
10,0	Prostíbulos, casas de cita o casa de tolerancia, o cualquiera sea el nombre que ostente	
10,1	Lujo	100
10,2	Primera	60
10,3	Segunda	40
10,4	Tercera	20
12,4	Laboratorios veterinarios:	
12.4.1	Industria	20
12.4.2	Pequeña industria	10
12.4.3	Artesanía	2
12,5	Casa de representación	10
12,6	Droguerías / distribuidoras	
12.6.1	Distribuidoras de medicamentos	10
12.6.2	Distribuidoras dentales	10
12.6.3	Distribuidoras de cosméticos	5
12.6.4	Distribuidora de veterinarios	5
12.6.5	Distribuidora de productos higiénicos	5
13,0	Establecimientos de productos naturales	
13,1	Laboratorios de producción	15
13,2	Establecimientos de envasado, distribución	6
13,3	Establecimientos de venta	3
14,0	Establecimientos de atención veterinaria	
14,1	Clínicas veterinarias	4
14,2	Consultorios veterinarios	1
15,0	Ingenios azucareros	20
16,0	Plantas procesadoras de alimentos y bebidas	
16,1	Plantas procesadoras de alimentos	
16.1.1	Industria	12
16.1.2	Pequeña industria	6
16.1.3	Artesanía	2
16,2	Plantas procesadoras de bebidas	
16.2.1	Industria	20
16.2.2	Pequeña industria	10
16.2.3	Artesanía	5
17,0	Establecimientos comerciales y de servicios	

17,1	Servicios funerarios	
17.1.1	Cementerios	
17.1.1.1	Lujo	50
17.1.1.2	Primera	20
17.1.1.3	Segunda	10
17.1.1.4	Tercera	2
17.1.2	Salas de velaciones y funerarias	
17.1.2.1	Lujo	10
17.1.2.2	Primera	6
17.1.2.3	Segunda	4
17.1.2.4	Tercera	2
17.1.3	Crematorios	10
17,2	Supermercados	50
17,3	Micromercados	
17.3.1	Primera	10
17.3.2	Segunda	5
17.3.3	Tercera	2
17,4	Delicatesen	5
17,5	Licorerías	
17.5.1	Primera	10
17.5.2	Segunda	5
17,6	Camales	10
17,7	Frigoríficos	
17.7.1	Primera	10
17.7.2	Segunda	5
17,8	Pescaderías	2
17,9	Tercena y carnicería	2
17,10	Consignaciones y bodegas	
17.10.1	Primera	5
17.10.2	Segunda	2
17,11	Tienda de Abarrotes y Abacerías	
17.11.1	Tienda de Abarrotes y Abacerías 1ra.	2
17.11.2	Tienda de Abarrotes y Abacerías 2da	1
17,12	Molinos	
17.12.1	Primera	10
17.12.2	Segunda	5
17.12.3	Tercera	2
17,13	Panaderías	
17.13.1	Primera	10
17.13.2	Segunda	6
17.13.3	Tercera	2
17.13.4	Cuarta	1
17,14	Depósitos de cerveza y bebidas	10
17,15	Restaurantes	
17.15.1	Lujo	50
17.15.2	Primera	30
17.15.3	Segunda	20

17.15.4	Tercera	10
17.15.5	Cuarta	2
17,16	Bar - restaurante	
17.16.1	Lujo	50
17.16.2	Primera	30
17.16.3	Segunda	20
17.16.4	Tercera	10
17.16.5	Cuarta	2
17,17	Boite (grill) restaurante	
17.17.1	Lujo	50
17.17.2	Primera	40
17.17.3	Segunda	30
17.17.4	Tercera	20
17.17.4	Cuarta	10
17,18	Cafeterías	
17.18.1	Lujo	10
17.18.2	Primera	5
17.18.3	Segunda	3
17.18.4	Tercera	2
17.18.5	Cuarta	1
17,19	Heladería	
17.19.1	Primera	4
17.19.2	Segunda	2
17.19.3	Tercera	1
17,20	Fuentes de Soda	
17.20.1	Primera	4
17.20.2	Segunda	2
17,21	Soda – Bar	
17.21.1	Primera	4
17.21.2	Segunda	2
17,22	Cantinas	
17.22.1	Cantinas 1era.	4
17.22.2	Cantinas 2da.	3
17.22.3	Cantinas 3era.	2
17,23	Picantería	
17.23.1	Picantería de 1era.	4
17.23.2	Picantería de 2da.	2
17.23.3	Kioscos	1
17,24	Casas de banquetes y centros de convenciones:	
17.24.1	Primera	10
17.24.2	Segunda	5
17,25	Hoteles	
17.25.1	Lujo (5 estrellas más de 300 camas)	150

17.25.2	Lujo (5 estrellas hasta 300 camas)	100
17.25.3	Primera (4 estrellas más de 50 camas)	50
17.25.4	Primera (4 estrellas hasta 50 camas)	25
17.25.5	Segunda (3 estrellas de más de 40 camas)	15
17.25.6	Segunda (3 estrellas de hasta 40 camas)	10
17.25.7	Tercera (2 estrellas de más de 30 camas)	8
17.25.8	Tercera (2 estrellas hasta de 30 camas)	5
17.25.9	Cuarta (1 estrella)	2
17.26	Hoteles - apartamentos	
17.26.1	Lujo	100
17.26.2	Primera	50
17.26.3	Segunda	30
17.26.4	Tercera	20
17.27	Residencias	
17.27.1	Lujo	30
17.27.2	Primera	25
17.27.3	Segunda	20
17.27.4	Tercera	10
17.27.5	Cuarta	5
17.28	Suites	
17.28.1	Lujo	60
17.28.2	Primera	30
17.28.3	Segunda	25
17.28.4	Tercera	20
17.28.5	Cuarta	10
17.29	Hosterías	
17.29.1	Lujo	50
17.29.2	Primera	30
17.29.3	Segunda	20
17.29.4	Tercera	10
17.29.5	Cuarta	5
17.30	Refugios y cabañas	
17.30.1	Lujo	25
17.30.2	Primera	20
17.30.3	Segunda	15
17.30.4	Tercera	10
17.30.5	Cuarta	5
17.31	Moteles y hostales	
17.31.1	Lujo más de 30 camas	70
17.31.2	Lujo hasta 30 camas	50
17.31.3	Primera más de 30 camas	40

17.31.4	Primera hasta 30 camas	25
17.31.5	Segunda más de 20 camas	15
17.31.5	Segunda hasta 20 camas	10
17.32	Pensiones	
17.32.1	De más de 20 camas	20
17.32.2	De menos de 20 camas	10
17.33	Salones de belleza:	
17.33.1	Lujo	20
17.33.2	Primera	10
17.33.3	Segunda	5
17.33.4	Tercera	2
17.34	Peluquerías	
17.34.1	Lujo	10
17.34.2	Primera	8
17.34.3	Segunda	5
17.34.4	Tercera	2
17.34.5	Cuarta	1
17.35	Plantas de lavandería y tintorería:	
17.35.1	Plantas de lavandería y tintorería:	10
17.35.2	Locales de recepción y entrega	2
17.36	Escenarios permanentes de espectáculos:	
17.36.1	Plaza de toros	
17.36.1.1	Primera	50
17.36.1.2	Segunda	10
17.36.2	Salas de cine	
17.36.2.1	Primera (en capitales de provincia)	10
17.36.2.2	Segunda (en capitales de provincia)	5
17.36.2.3	En otras localidades	2
17.36.3	Salas múltiples	
17.36.3.1	Primera	10
17.36.3.2	Segunda	8
17.36.3.3	Tercera	3
17.36.4	Discotecas y peñas	
17.36.4.1	Lujo	50
17.36.4.2	Primera	30
17.36.4.3	Segunda	20
17.36.4.4	Tercera	10
17.36.5	Casinos	100
17.36.6	Salones de billares	
17.36.6.1	Primera	10
17.36.6.2	Segunda	5

17.36.7	Salones de juegos electrónicos	
17.36.7.1	Primera	10
17.36.7.2	Segunda	5
17.36.8	Clubes deportivos privados	70
17,37	Casas cunas - guarderías	2
17,38	Asilos hogar de ancianos	1
17,39	Estaciones de servicios para vehículos (expendio de combustible y lubricantes)	
17.39.1	Primera	15
17.39.2	Segunda	7
17,40	Estaciones de envasamiento y comercialización de gas:	
17.40.1	Envasadoras	10
17.40.2	Distribuidoras	2
17,41	Granja agropecuaria	
17.41.1	Primera	7
17.41.2	Segunda	3
17,42	Hatos lecheros	
17.42.1	De más de 100 cabezas	10
17.42.2	De menos de 100 cabezas	5
17,43	Plantel avícola	
17.43.1	Primera	10
17.43.2	Segunda	5
17,44	Procesador de aves	
17.44.1	Primera	7
17.44.2	Segunda	3
17,45	Distribuidora de alimentos	
17.45.1	Mayoristas	10
17.45.2	Minoristas	3
18,0	Procesador de cuarzo	
18,1	Molinos de cuarzo	1
18,2	Chancadoras (trituradora) de cuarzo	1
19,0	Aserraderos	
19,1	Primera	5
19,2	Segunda	1
20,0	Curtiembres	
20,1	Industrias	20
20,2	Pequeña industria	10
20,3	Artesanía	5
21,0	Locales de venta de ropa usada	10

Art. 6.3 Se establece la tasa siguiente sobre el valor de la obra:

- | | | |
|----|--|------------|
| a) | Ubicación y lotización | 1/1000 SMV |
| b) | Pequeña industria | 1/1000 SMV |
| c) | Reparación o modificación del inmueble | 1/SMV |

Los presupuestos referenciales sobre el valor de la obra se calcularán de conformidad con los precios establecidos por las cámaras de la construcción, a la fecha del trámite.

La autoridad de salud municipal otorgará el permiso previo y aprobará los planos sanitarios respectivos de la obra.

Art. 6.4 Las categorías industria pequeña industria y artesanía, se ajustarán a las definiciones de sus correspondientes normas legales.

SEPTIMA: REVISIÓN, RECAUDACIÓN Y PAGO

Art. 7.1 El valor recaudado por concepto de las tasas establecidas se destinará al mejoramiento de las actividades de salud en el respectivo cantón. Su utilización se regulará mediante la promulgación de la respectiva ordenanza. Los fondos recaudados por el concepto de tasas, estarán sujetas a las auditorías correspondientes establecidas por Ley.

Art. 7.2 La autoridad municipal de salud, otorgará las autorizaciones o permisos sanitarios de funcionamiento en su jurisdicción correspondiente.

Art. 7.3 Los permisos de funcionamiento se renovarán anualmente, durante los primeros 90 días de cada año, previo el pago de la tasa correspondiente.

Art. 7.4 Los municipios, en la ejecución de las actividades de control sanitario se sujetarán y cumplirán las normas establecidas en el Código de la Salud, reglamentos y más disposiciones que dictare la autoridad de salud.

OCTAVA: DISPOSICIONES GENERALES PARA EL EJERCICIO DE LAS COMPETENCIAS DE CONTROL SANITARIO

Art. 8.1 El Municipio de....., establecerá comisiones de supervisión e inspección, para todas las áreas, objeto de control sanitario, especificadas en este convenio.

Art. 8.2 A los funcionarios que fueren designados para constituir las comisiones establecidas, les está terminantemente prohibido realizar actividades de control en forma individual, así como, actuar sin autorización de la autoridad competente y sin las credenciales respectivas emitidas por el Municipio de.....

Art. 8.3 Los propietarios de los establecimientos sujetos a control sanitario, denunciarán ante el Alcalde de la Ciudad, cualquier irregularidad o infracción al Código de la Salud y demás normas jurídicas.

Art.8.4 El Municipio de....., se sujetará a lo dispuesto en el Código de la Salud y demás normativa jurídica.

Art. 8.5 A partir de la vigencia de este convenio los establecimientos ubicados en el Cantón, en un plazo no mayor de 120 días, se acogerán a los requisitos establecidos en la ordenanza que se expedirá para el efecto y en el manual operativo emitido por el Ministerio de Salud Pública.

NOVENA: DE LOS RECURSOS FINANCIEROS.

El Ministerio de Salud Pública transfiere a favor del Municipio de....., los recursos financieros no inferiores a los que destina actualmente para el correcto funcionamiento de las unidades de Salud presentes en el cantón, así como los recursos financieros necesarios para cubrir los compromisos realizados en materia salarial, realizados por el

MSP, con el Sindicato de Trabajadores de la Salud, la Federación Médica Ecuatoriana y otras. Las mismas que se describen a continuación:

- 9.1 Las partidas presupuestarias de gasto corriente, gasto de capital y gasto de inversión que destina actualmente para la cobertura de las competencias señaladas, provenientes de fuentes de financiamiento fiscales, donaciones, autogestión, crédito externo y créditos internos, y que corresponden al Área de Salud No..... de y que contiene (El (Hospital Base....., Centro de Salud....., Subcentro de Salud....., Subcentro de Salud Rural....., Puesto de Salud.....). Estas partidas se identificarán conjuntamente entre el Ministerio de Economía y Finanzas y el Municipio de....., durante el proceso de negociación del convenio. En caso de que el convenio entrare en vigencia por el Ministerio de la Ley, el Ministerio de Economía y Finanzas, transferirá de manera total y automática los recursos correspondientes, identificados en este convenio.
- 9.2 Los recursos financieros que actualmente son administrados por la Dirección Provincial de Salud del....., como son las de Bienes y servicios de consumo, los destinados para déficit rural, los fondos para contrataciones –FONIN-, y otros rubros que actualmente se destina al Área de Salud y sus correspondientes unidades operativas.
- 9.3 Los recursos provenientes de tasas y permisos sanitarios referentes a Control Sanitario y medio ambiente y aquello relacionados con competencias de salud colectiva.
- 9.4 Los recursos provenientes de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y otros que por Ley le corresponden al Cantón.
- 9.5 El Ministerio de Salud Pública, destinará oportunamente los recursos financieros que destina a las actividades, planes, programas y proyectos nacionales y garantizará el desempeño operativo de las mismas.
- 9.6 El Ministerio de Salud Pública fortalecerá la participación del Municipio de..... en los proyectos y programas que se ejecutan en la jurisdicción con recursos financieros de la cooperación internacional que corresponden a planes, proyectos y programas en ejecución.
- 9.7 El Ministerio de Salud Pública mantendrá una política permanente de planificación y ejecución descentralizada de programas y proyectos a ejecutarse con asistencia técnica y financiera internacional.
- 9.8 El Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Economía y Finanzas, y la Municipalidad, elaborarán de manera conjunta la modalidad de administración financiera, en la que se detallarán la programación presupuestaria, ejecución presupuestaria, Registro Contable, Tesorería; ejecución de la transferencia correspondiente de ingresos y gastos. Las mismas que se detallan en el anexo presupuestario, que acompaña a este convenio. En caso de que el convenio entrare en vigencia por el Ministerio de la Ley, el Ministerio de Economía y Finanzas, transferirá de manera total y automática los recursos correspondientes, identificados en este convenio.

DECIMA: TRANSFERENCIA DE RECURSOS HUMANOS

- 10.1 El Ministerio de Salud Pública transfiere y garantiza la asignación de recursos humanos del Área de Salud No..... de, a favor del Municipio de, como son:
- 10.2 Los recursos humanos que laboran en El Hospital Base de:.....
- 10.3 Los recursos humanos que laboran en El Centro de Salud.....; y/o Subcentro de Salud.....y/o Subcentro de Salud Rural.....; y/o Puesto de Salud.....

- 10.4 Los recursos financieros para la contratación de profesionales del Programa de Salud Rural: No.....médicos rurales, No.....enfermeras rurales, No.....odontólogos rurales, No.....obstetrices rurales.
- 10.5 Los recursos financieros para contrato de personal –FONNIN- de los siguientes profesionales No.....médicos, No.....enfermeras; No.....odontólogos, No.....auxiliares de enfermera, No.....auxiliares de odontología, No.....inspectores sanitarios.
- 10.6 El Ministerio de Salud Pública, adicionalmente transferirá los recursos financieros correspondientes a la contratación de devénganles de beca, postgradistas, autogestión, servicios profesionales, servicios ocasionales y cualquier otro existente.
- 10.7 El Ministerio de Economía y Finanzas, transferirá el saldo de asignación de la unidad ejecutora a descentralizarse, constante en el presupuesto vigente y las asignaciones que se contemplaren en los presupuestos de los ejercicios fiscales futuros.
- 10.8 El Ministerio de Economía y Finanzas asume la responsabilidad de transferir los recursos financieros con las partidas presupuestarias que se precisan en el Anexo Presupuestario (adjunto). El Ministerio de Economía y Finanzas desarrollará todas las actividades necesarias para garantizar la efectiva transferencia de los recursos que el Ministerio de Salud Pública destina a la cobertura y financiamiento de las competencias transferidas, según este instrumento.
- 10.9 En caso de que el Municipio, por cuenta propia, decida reconocer beneficios adicionales a los actualmente vigentes a favor del personal transferido, o incrementar su número, las nuevas obligaciones que se generen por tales decisiones municipales serán financiadas con recursos propios del Municipio, de lo cual deberá informar al Ministerio de Economía y Finanzas.

DÉCIMO PRIMERA: DE LA TRANSFERENCIA DE RECURSOS MATERIALES

- 11.1 El Ministerio de Salud Pública, transfiere a favor del Municipio de....., los recursos materiales, tecnológicos, tangibles e intangibles que destina actualmente a las competencias de salud,
- 11.2 Los recursos a transferirse que corresponden a infraestructura física y terrenos son: del (El Hospital Base....., Centro de Salud....., Subcentro de Salud , Subcentro de Salud Rural....., Puesto de Salud.....)
- 11.3 El equipamiento, instalaciones, mobiliario, vehículos, ambulancia, y demás que existen y corresponden al (El Hospital Base....., Centro de Salud....., Subcentro de Salud , Subcentro de Salud Rural....., Puesto de Salud.....)
- 11.4 Insumos, fármacos y otros que existen y que corresponden al (El Hospital Base....., Centro de Salud....., Subcentro de Salud , Subcentro de Salud Rural....., Puesto de Salud.....)
- 11.5 La transferencia de los bienes materiales se realizará bajo inventario que realizará la Dirección Provincial del....., procedimiento que debe culminar en los 90 días establecidos, para el periodo de negociación
- 11.6 En caso de retardo de entrega de los bienes materiales, tecnológicos, físicos y demás, por las causas que fueren, por parte del Ministerio de Salud Pública, el Municipio de..... procederá a realizar inventario de los bienes materiales, los codificará y los signará a su inventario y remitirá informe de inventario a la Dirección Provincial de Salud del..... y al MSP Planta Central, mismas que no podrán objetar, dado los tiempos vencidos.

DÉCIMO SEGUNDA: OBLIGACIONES DEL MUNICIPIO DE.....

- 12.1 Adecuar su organización para cumplir eficientemente las nuevas competencias que asume a través de este Convenio.
- 12.2 Respetar lo dispuesto en el Art. 10 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, en el que se reconoce al Ministerio de Salud Pública, como la autoridad sanitaria Nacional
- 12.3 Fortalecer las condiciones técnicas y operativas necesarias para cumplir y hacer cumplir eficientemente las nuevas competencias de salud que se asume en este convenio.
- 12.4 Organizar y ejecutar un programa de rendición pública de cuentas y de gestión institucional. Adicionalmente informará anualmente al Ministerio de Salud Pública sobre la ejecución de las competencias transferidas con cargo a este Convenio.
- 12.5 Observar y cumplir las disposiciones legales vigentes de descentralización y de salud, así como las políticas, disposiciones y regulaciones de carácter general que emita el Ministerio de Salud Pública.
- 12.6 Impulsar procesos de participación ciudadana, tanto para el desarrollo de las competencias transferidas, como para la rendición de cuentas en el marco de la Ley;
- 12.7 Coordinar sus acciones con las del Ministerio de Salud Pública para procurar la efectiva realización de las competencias asumidas; y, en lo posible contar con la asistencia técnica de este Ministerio para la expedición de ordenanzas en su jurisdicción.
- 12.8 Integrar el Sistema Nacional Descentralizado de Salud conforme lo determina la Ley;
- 12.9 Mantener un flujo de información permanente con el Ministerio de Salud Pública respecto de la prestación de los servicios descentralizados.
- 12.10 Respetar los derechos adquiridos de los funcionarios, empleados, trabajadores de la salud que laboran en el cantón, alcanzados conforme la Constitución, las leyes vigentes, los contratos colectivos y demás normas válidas vigentes al momento de la suscripción del presente convenio.
- 12.11 Denominar e integrar al Área de Salud No..... de....., y sus respectivas unidades operativas, como Sistema Cantonal Descentralizado de Salud de.....
- 12.12 Nombrar al Director del Sistema Cantonal Descentralizado de Salud, en base al perfil del Ministerio de Salud Pública y a los procedimientos establecidos por la Ley Orgánica de Régimen Municipal, cuyas atribuciones, funciones, responsabilidades, serán las establecidas para el Director de Área, dictaminado en el Manual de Áreas del Ministerio de Salud Pública.

DÉCIMO TERCERA: OBLIGACIONES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

- 13.1 Transferir al Municipio de..... las competencias, recursos, toda la información, archivos y documentos que utiliza actualmente para el desempeño de las competencias que transfiere, así como la asesoría y asistencia técnica necesaria al personal del Municipio de....., que tendrá a su cargo la cobertura y prestación de los servicios que asume.
- 13.2 Disponer que la Dirección Provincial de Salud del..... y el Sistema Nacional de Erradicación de la Malaria SNEM 1321, el Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical Leopoldo Izquieta Pérez INH y cualquier otra entidad adscrita al MSP, incorpore dentro de su planificación y ejecución operativa la relación con el Sistema Cantonal Descentralizado de Salud de....., a fin de controlar y erradicar los problemas de salud para los cuales dichas entidades se crearon.

- 13.3 Comunicar regularmente al Municipio de....., a través de su instancia provincial, las políticas nacionales, normas, estándares, protocolos y otros para la atención de salud.
- 13.4 Garantizar la asignación presupuestaria de acuerdo a criterios de equidad territorial en el corto y mediano plazo, para lo cual se establecerá con el Municipio de....., los mecanismos para que se operativice.
- 13.5 Enviar la información necesaria a fin de identificar todos aquellos recursos que corresponden al Área de Salud No.....de.....; caso contrario los recursos identificados por la Municipalidad, serán los considerados a transferirse.
- 13.6 Establecer la denominación del Director del Sistema Cantonal Descentralizado de Salud, con el objetivo de construir los sistemas cantonales descentralizados de salud y estar en armonía con la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.
- 13.7 Establecer los procedimientos técnicos, jurídicos y administrativos, para que las nuevas competencias, denominaciones y perfiles ocupacionales se ajusten a los requerimientos cantonales. En caso de no hacerlo entrarán en vigencia los procedimientos establecidos en este convenio.

DÉCIMO CUARTA: OBLIGACIONES DEL MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS

El Ministerio de Economía y Finanzas se compromete a realizar los procedimientos técnicos, operativos necesarios, a fin de transferir los recursos financieros al Municipio de..... y que se detallan a continuación.

Art. 14.1 DE LA ADMINISTRACIÓN FINANCIERA

El Municipio de....., creará por ordenanza el Sistema Cantonal Descentralizado de Salud, siendo la misma una unidad ejecutora, la encargada de elaborar, aprobar y ejecutar su presupuesto con sujeción a los principios y normas de administración financiera que constan en el Acuerdo Ministerial No. 182, publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 249 del 22 de enero del 2001; Acuerdo Ministerial No. 331, promulgado en la Edición Especial No. 2 del Registro Oficial del 30 de enero del 2004; y, demás disposiciones legales, reglamentarias y normativas que se expidan sobre la materia.

Art. 14.2 DE LA PROGRAMACIÓN PRESUPUESTARIA

- a. El Ministerio de Economía y Finanzas signará un código a la Unidad Ejecutora descentralizada, denominada Sistema Cantonal Descentralizado de Salud de....., y será parte del código de la institución Municipio de..... (No xx), e identificará a la unidad ejecutora descentralizada con el No xxxx, siendo el código asignado .xxx.xxxx

Donde:

6	=	Código del Presupuesto de gobiernos seccionales
Xxx	=	Código del Municipio de
xxxx	=	Código del Sistema Cantonal Descentralizado de Salud de.....

- b. Con el objetivo de salvaguardar la política sectorial, la proforma presupuestaria de la unidad ejecutora, será elaborada de manera coordinada entre el Municipio de..... y el Ministerio de Salud Pública, como ente rector del sector, sobre la base de las directrices presupuestarias emitidas por el Ministerio de Economía y Finanzas.

- c. En base a las directrices presupuestarias emitidas por el Ministerio de Economía y Finanzas, el Municipio de....., establecerá el monto definitivo de los recursos fiscales a ser transferidos cada año a la unidad ejecutora, exclusivamente en lo que corresponde a recursos con fuente de financiamiento fiscal, mismo que deberá registrarse en el presupuesto de la unidad ejecutora.
- d. La programación de los recursos preasignados de la proforma del presupuesto que corresponden a la unidad ejecutora, se sujetará a las leyes vigentes. El Ministerio de Salud Pública, distribuirá el 85% del 100% del total recaudado por fuente ICE, a las áreas de salud y las unidades ejecutoras descentralizadas. El 15% total de lo recaudado, se destinará a planta central del Ministerio de Salud Pública. El criterio de asignación de recursos financieros de los fondos ICE, se realizará en base al un per cápita por habitante. Para el cantón....., los recursos financieros corresponden a \$..... (Área No.....de.....). El Ministerio de Economía y Finanzas, en base a este criterio transferirá los recursos financieros directamente a dicha Unidad Ejecutora descentralizada, máximo hasta el mes de Junio de cada año fiscal, dado que la información de lo total recaudado se conoce en enero de cada año.
- e. Los recursos financieros por concepto de déficit rural, se asignarán para los siguientes recursos humanos: No.....médicos rurales, No.....odontólogos rurales, No.....enfermeras rurales, No.....obstetrices rurales, dichos recursos serán transferidos directamente a la Unidad Ejecutora Descentralizada.
- f. Los recursos financieros para contratos que se realizan con fondos FONNIN, se asignarán para los siguientes recursos humanos: No.....médicos, No.....enfermeras, No.....odontólogos, No.....auxiliares de odontología, No.....auxiliares de enfermería, No.....inspectores sanitarios.
- g. Los recursos de autogestión de la proforma del presupuesto que corresponden a la unidad ejecutora, serán utilizados en base a las prioridades establecidas en el cantón, y su orientación de inversión será aprobado por el Consejo Cantonal de Salud de.....
- h. La proforma presupuestaria de la unidad ejecutora descentralizada, deberá incluir todos los recursos financieros fiscales provenientes del Gobierno Central, los que estén asignados en planta central del Ministerio de Salud Pública, los recursos ubicados en la Dirección Provincial de..... y el recurso financiero del Área de Salud No..... de....., que corresponden al (El (Hospital Base....., Centro de Salud....., Subcentro de Salud....., Subcentro de Salud Rural....., Puesto de Salud.....)

Art. 14.3 DE LA EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

- a. De conformidad con lo dispuesto en el Art. 21 de la Ley Orgánica de Responsabilidad, Estabilización y Transparencia Fiscal, la unidad ejecutora descentralizada tiene la obligación de enviar al Ministerio de Economía y Finanzas, con copia al Ministerio de Salud Pública, en los plazos legales pertinentes, toda la información presupuestaria, financiera y contable, de acuerdo con las normas de administración financiera previstas en los Acuerdos Ministeriales Nos. 182, 330 y 331, publicados en el Suplemento del Registro Oficial No. 249, Registro Oficial No. 589 y en la Edición Especial No. 2 del Registro Oficial, de 22 de enero del 2001, 4 de junio de 2002 y 30 de enero del

2004, respectivamente; y, demás disposiciones legales, reglamentarias y normativa técnica que se expidan sobre la materia.

- b. De conformidad con la normativa vigente, la unidad ejecutora descentralizada, a través de la Municipalidad, presentará el Programa de Ejecución Presupuestaria al Ministerio de Economía y Finanzas para la elaboración del Plan de Transferencias del Tesoro, en función de la disponibilidad de caja.

Art. 14.4 DEL REGISTRO CONTABLE

- a. La unidad ejecutora descentralizada elaborará el Estado de Situación Financiera que reflejará los derechos y obligaciones que se transfieren en base a las actas de entrega recepción, escritura pública u otro mecanismo contemplado en la legislación ecuatoriana para el traspaso de activos y pasivos.
- b. Una vez aprobado el presupuesto de la unidad ejecutora descentralizada, se procederá al registro contable y ejecución presupuestaria de acuerdo al desarrollo de actividades de la unidad, conforme a lo que determina el Acuerdo Ministerial No. 331, publicado en la Edición Especial No. 2 del Registro Oficial del 30 de enero del 2004.

Art. 14.5 TESORERIA

- a. El Municipio de.....deberá solicitar a la Subsecretaría de Tesorería de la Nación la apertura en el Banco Central del Ecuador de una cuenta exclusiva para la unidad ejecutora descentralizada, bajo la denominación de Sistema Cantonal Descentralizado de Salud de..... y de conformidad con la normativa vigente.
- c. La Subsecretaría de Tesorería de la Nación transferirá directamente los recursos a la unidad ejecutora descentralizada, a través de la cuenta específica. En el caso de los montos por preasignación del 10% del ICE para equipamiento, la transferencia se realizará directamente a la Unidad Ejecutora municipal y aquellos valores preasignados por Maternidad Gratuita, su transferencia se realizará directamente al Municipio de.....como actualmente opera.

Art. 14.6 POLITICAS A CONSIDERAR

- a. El Ministerio de Salud Pública deberá contar con criterios de asignación transparentes y equitativos de recursos y consolidar el presupuesto sectorial en cumplimiento a los Acuerdos Ministeriales No 182 y 331, antes citados y demás disposiciones legales, reglamentarias y normativas que se expidan. Los criterios aplicados, deberán ser informados al Ministerio de Economía y Finanzas, como soporte técnico que sustenta la asignación de los recursos fiscales, el mismo que será acogido y respetado por el Ministerio de Economía y Finanzas.
- b. Los recursos asignados al Municipio de....., de acuerdo a las diferentes leyes vigentes, se mantendrán en cuentas diferentes a los recursos que recibirán con cargo a competencias.

Art. 14.7 DE LOS RECURSOS PARA GASTOS DE PERSONAL

- a. Por el presente convenio se transfieren los recursos humanos amparados bajo el régimen de la Ley Orgánica de Servicio Civil y Carrera Administrativa y por contrato y sus correspondientes partidas presupuestarias existentes en las Unidades Operativas

de Salud que se encuentran en el Cantón..... y que son (El Hospital Base....., Centro de Salud....., Subcentro de Salud....., Subcentro de Salud Rural....., Puesto de Salud.....), que pertenece a Área de Salud No.....de

- b. De acuerdo con el principio de progresividad en el proceso de descentralización, el Ministerio de Salud Pública delega al Municipio de..... la administración de los recursos humanos amparados bajo el régimen de contrato colectivo que corresponden a las Unidades Operativas de Salud que se encuentran en el Cantón..... y que son: (El Hospital Base....., Centro de Salud....., Subcentro de Salud....., Subcentro de Salud Rural....., Puesto de Salud.....), que pertenece a Área de Salud No.....de....., por el tiempo de un año a partir de la fecha de suscripción del presente Convenio. El Ministerio de Salud Pública y el Municipio adoptarán las acciones necesarias para viabilizar esta transferencia, luego de lo cual el Ministerio de Economía y Finanzas procederá a realizar los ajustes pertinentes en el ámbito de su competencia.
- c. El Ministerio de Salud Pública mantendrá la facultad para asignar los recursos financieros para gastos del personal amparados por el contrato colectivo e informará al Ministerio de Economía y Finanzas. Los recursos serán transferidos directamente al Ministerio de Salud, quien a su vez, amparado en la figura de delegación los transferirá a la unidad ejecutora descentralizada de Salud.
- d. En caso de que el Municipio, por cuenta propia, decida reconocer beneficios adicionales a los actualmente vigentes a favor del personal transferido, o incrementar su número, las nuevas obligaciones que se generen por tales decisiones municipales serán financiadas con recursos propios del Municipio, de lo cual se deberá informar al Ministerio de Economía y Finanzas.
- e. En el caso de que el Municipio, mediante una programación de la prestación de los servicios de salud que proporciona la Unidad Ejecutora descentralizada de Salud, justificara plenamente la necesidad en base al licenciamiento del Ministerio de Salud Pública de incrementar Recursos Humanos; previo acuerdo con los Ministerios de Salud y Economía y Finanzas, las obligaciones financieras correspondientes, serán consideradas anualmente en la proforma del presupuesto del Gobierno Central, de conformidad con el Capítulo IV, sección IV, artículo 46 de la Constitución Política de la República del Ecuador.
- f. Los incrementos remunerativos que sean dispuestos por la SENRES serán financiados con recursos con cargo al Presupuesto del Gobierno Central, en virtud, de que la decisión de incremento salarial, ha sido decidido por el Gobierno central.
- g. Las asignaciones actuales para el recurso humano del (El (Hospital Base....., Centro de Salud....., Subcentro de Salud....., Subcentro de Salud Rural....., Puesto de Salud.....), presentes en el Cantón.....son:funcionarios sujetos a la Ley Orgánica de Servicio Civil y Carrera Administrativa y de Unificación y Homologación de las Remuneraciones del Sector Público; y, trabajadores amparados por el Noveno Contrato Colectivo, según constan en las Resoluciones Presupuestarias Nos. 600211 y 600248 de 10 y 15 de junio del año en curso, respectivamente. Además se transferirán los otros recursos para recursos humanos, como son los que corresponden a déficit rural, FONIN, en base a la información contenida en este convenio.

- h. El Ministerio de Salud Pública a través de la Dirección Provincial de Salud del..... se compromete a transferir Los recursos financieros por concepto de déficit rural, se asignarán para los siguientes recursos humanos: No.....médicos rurales, No.....enfermeras rurales, No.....odontólogos rurales, No.....obstétricas rurales.
- i. Adicionalmente el Ministerio de Salud Pública a través de la Dirección Provincial de Salud del..... se compromete a transferir, No.... Médicos, No....enfermeras, No....odontólogos, No....auxiliar de enfermería, No.....auxiliares de odontología, No....inspector sanitario, con presupuesto FONNIN
- j. El Ministerio de Economía y Finanzas, transferirá el saldo de asignación de la unidad ejecutora a descentralizarse, constante en el presupuesto vigente y las asignaciones que se contemplaren en los presupuestos de los ejercicios fiscales futuros.

Art. 14.8 EJECUCIÓN DE LA TRANSFERENCIA EN EL 2006.

- a. Para el año en curso se deberá realizar las reformas presupuestarias correspondientes, tanto en el Presupuesto del Gobierno Central a través del Ministerio de Economía y Finanzas, como en el de la unidad ejecutora a ser transferida. La unidad ejecutora mantendrá los conceptos y valores correspondientes al codificado a la fecha de transferencia de la competencia que permita el seguimiento y la integración en los mismos términos utilizados por las entidades del Gobierno Central.

14.8.1 INGRESOS

- a. Los recursos de autogestión son de ejecución directa (se ejecutan en la misma Institución conforme su recaudación).
- b. Los recursos preasignados correspondientes a la competencia transferida serán establecidos, de acuerdo a lo señalado en la cláusula Décima cuarta, Numeral 14.2 d.; establecida en este convenio.

14.8.2 GASTOS

- a. Presupuestariamente las partidas de gastos que corresponden a la unidad ejecutora descentralizada será registradas en el presupuesto del Tesoro Nacional como "Transferencias corrientes a gobiernos seccionales" y "Transferencias de capital a gobiernos seccionales", con el código del clasificador presupuestario de gastos xxx y xxx, respectivamente.
- b. De conformidad con el marco legal vigente, las transferencias corrientes se utilizarán en gasto corriente y las de capital en gasto de capital, producción o inversión, y se prohíbe utilizar recursos de capital en gasto corriente.

14.8.3 EN LO QUE SE REFIERE AL RECURSO FINANCIERO Y A GASTOS EN PERSONAL

- a. Transferir directamente y en el ámbito de su competencia, los recursos financieros que se precisan en este convenio, a la unidad ejecutora descentralizada del Municipio de....., de acuerdo con el anexo presupuestario que forma parte de este instrumento.

- b. El Ministerio de Economía y Finanzas, incorporará en la proforma del presupuesto del Gobierno Central de cada ejercicio fiscal, las asignaciones correspondientes a la unidad ejecutora descentralizada del Municipio de.....
- c. Desarrollar las actividades necesarias para garantizar la efectiva transferencia de los recursos descritos en este instrumento.
- d. Publicar la información financiera enviada por la unidad ejecutora y el Municipio de....., relacionada a la competencia descentralizada.
- e. Asesorar y brindar asistencia técnica presupuestaria y financiera que el Municipio de..... requiera para asumir las nuevas competencias.

14.8.4 EN LO QUE CORRESPONDE AL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.

- a. Garantizar la asignación de todos los recursos financieros y la operatividad de los programas nacionales y otros en la unidad ejecutora descentralizada.
- b. El Ministerio de Salud Pública, informará sobre los criterios equitativos aplicados, para la asignación de recursos, informará al respecto a la Unidad ejecutora Descentralizada de Salud. a través del Municipio de..... y en base a esta fórmula, se realizarán la asignación de los recursos financieros.
- c. El Ministerio de Salud Pública se compromete a cumplir con las actividades y proyectos nacionales de manera oportuna al Municipio de.....

14.8.5 EN LO QUE CORRESPONDE AL MUNICIPIO DE.....

Supervisar y garantizar la gestión operativa de la unidad ejecutora descentralizada e informar los resultados de acuerdo a la periodicidad determinada por el Ministerio de Salud Pública.

En la parte pertinente a las finanzas públicas, deberá ceñirse a lo dispuesto en la Constitución Política de la República, Ley de Presupuestos del Sector Público, su Reglamento, Ley Orgánica de Responsabilidad, Estabilización y Transparencia Fiscal, Ley para la Transformación Económica del Ecuador y Normativa del Sistema de Administración Financiera y demás normas expedidas por el Ministerio de Economía y Finanzas en su condición de ente rector de las finanzas públicas.

DÉCIMO QUINTA.- INCUMPLIMIENTO

- 15.1 En caso de incumplimiento del presente convenio por parte del Municipio de, el Ministerio de Economía y Finanzas conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública podrán denunciar la violación del mismo, cuando los recursos del Estado entregados a la unidad ejecutora se destinen para fines diferentes a los que estipula el Convenio y el presente convenio, dando lugar a la suspensión de la entrega de los recursos por transferencias, sin perjuicio de las responsabilidades que estableciere el organismo competente.
- 15.2 El Municipio de....., podrá denunciar el Convenio, por resolución unilateral, en el caso de que no se haga efectiva la entrega de los recursos que se prevén en este instrumento.
- 15.3 Por tratarse de un proyecto de interés común que mira al desarrollo armónico del país, las partes declaran su mejor predisposición para solucionar cualquier problema a través de acuerdos directos, mediación o cualquier otro método alternativo de solución de conflictos pero para el caso de controversias insalvables, se sujetarán a la resolución de la Comisión Nacional de Competencias y demás autoridades competentes para el efecto.

DECIMO SEXTA: SUBSIDIARIDAD.-

- 16.1 Será de exclusiva responsabilidad del Municipio de..... la ejecución de las competencias que ahora asume.
- 16.2 De acuerdo con el artículo 17 de la Ley de Descentralización, la Función Ejecutiva podrá, sin necesidad de un nuevo Convenio, suplir la prestación de un servicio o la ejecución de un proyecto u obra siempre y cuando se demostrase su grave y sustancial deficiencia, paralización o indebida utilización de los recursos asignados para esos fines por parte del Municipio de.....
- 16.3 Esta gestión subsidiaria se practicará con la expedición del respectivo Decreto solo en el caso de registrarse las condiciones contempladas en el literal c) del artículo 34, del reglamento de la Ley de Descentralización y no podrá durar más que el tiempo indispensable para normalizar la gestión municipal o para corregir desviaciones detectadas.

DECIMO SEPTIMA: PLAZO Y CONDICIONES.-

El presente convenio entrará en vigencia a partir de la fecha de suscripción con el cumplimiento de las acciones aplicables, sin perjuicio de las condiciones y plazos que se requieran para su total ejecución.

Por su naturaleza, con las condiciones que se expresan a continuación, el presente convenio tiene el carácter de indefinido.

Los trámites que se hubieren iniciado en el Ministerio de Salud Pública deberán ser tramitados hasta su resolución por el propio Ministerio, pero los nuevos trámites deberán ser presentados y resueltos por el órgano correspondiente al Municipio de de acuerdo con las competencias que hubiese asumido. En ningún caso se exigirán nuevas solicitudes, pruebas, procedimientos o tasas que afecten a los solicitantes.

DECIMO OCTAVA.- DOCUMENTOS HABILITANTES.-

Se adjuntan como documentos habilitantes para la validez del presente Convenio los siguientes:

- 18.1 Copia certificada de los nombramientos de las autoridades correspondientes.
- 18.2 Solicitud de la demanda de transferencia de competencias por parte del Municipio.....
- 18.3 Original o copia certificada de la Resolución del Concejo Municipal de.....declarando: la capacidad operativa para asumir las competencias de salud, el tener la capacidad para operarlas, así como la delegación a los representantes legales para que puedan suscribir este Convenio.

DECIMO NOVENA.- MODIFICACIONES.-

Las partes podrán proponer cualquier modificación de las estipulaciones del presente Convenio, excepto de las previstas en el numeral 2.1, que corresponde al Objeto del Convenio.

Para constancia de lo estipulado, suscriben los comparecientes, en cuatro ejemplares de idéntico tenor y efecto en la ciudad de el ... de ... del año 200...

.....
PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

MINISTRO DE ECONOMÍA Y FINANZAS

ALCALDE DEL MUNICIPIO DE

PROCURADOR SÍNDICO MUNICIPAL

ANEXO PRESUPUESTARIO PARA LA TRANSFERENCIA DE LOS RECURSOS FINANCIEROS

I. TRANSFERENCIAS DE RECURSOS FINANCIEROS AL MUNICIPIO DE

El Ministerio de Salud Pública transfiere los recursos financieros que corresponden al Área de Salud No.....de..... y que contiene el (El (Hospital Base....., Centro de Salud....., Subcentro de Salud....., Subcentro de Salud Rural....., Puesto de Salud.....).

UNIDADES OPERATIVAS AREA No..... DE..... / 2006

INGRESOS

GRUPO/FUENTE	CODIFICADO
15-0 Aporte Fiscal Corriente	
FISCAL	
11-5 Impuestos	
28-5 Transferencias de Capital	
PREASIGNADOS	
TOTAL	

GASTOS

ACT/PROY GRUPO/FUENTE	CODIFICADO
G412-000-51-0 Gastos en Personal	
G412-000-53-0 Bienes y Servicios de Consumo	
FISCAL	
G413-001-73-5 Bienes y Servicios de Inversión	
G413-001-84-5 Bienes de Larga Duración	
G432-001-73-5 Bienes y Servicios de Inversión	
PREASIGNADOS	
TOTAL	

II. RECURSOS FISCALES

Los recursos fiscales por **US \$**, que se transfiere al Municipio de.....del Área de Salud No.....de.....a partir del mes de xxx, corresponde a:

GASTOS EN PERSONAL

Dirección Provincial del.....
 Código presupuestario US \$,
 Área de Salud No.....de.....
 Código presupuestario US \$,

El personal que se transfiere del Área de Salud No.....de....., al Municipio de....., correspondiente al personal del (El (Hospital Base....., Centro de Salud....., Centro materno Infantil.....,Subcentro de Salud....., Puesto de Salud.....), a:

PART. PRES.	N. CÉDULA	5 APELLI DOS	DENOMINACION	No.	MENSUAL	ANUAL
TOTAL RECURSOS FINANCIERO						

El personal que se delega del Área de Salud No..... de....., al Municipio de....., correspondiente al personal del (El (Hospital Base....., Centro de Salud....., Centro materno Infantil....., Subcentro de Salud....., Puesto de Salud.....), a:

PART. PRES.	N. CÉDULA	6 APELLI DOS	DENOMINACION	No.	MENSUAL	ANUAL
TOTAL RECURSOS FINANCIERO						

Los Recursos financieros que se transfiere del Área de Salud No.....de al Municipio de....., para el programa de Salud Rural de (El (Hospital Base....., Centro de Salud....., Centro materno Infantil....., Subcentro de Salud....., Puesto de Salud.....)

UNIDAD OPERATIVA DE SALUD	CARGO	Partidas presupuestarias	Remuneración (distributivo MSP)
medico rural	Programa de salud rural	
odontólogo rural	Programa de salud rural	
enfermera rural	Programa de salud rural	
obstetriz rural	Programa de salud rural	
	...auxiliar odontología	FONNIN	
TOTAL RECURSOS FINANCIERO			

a. De la Dirección Provincial de Salud del..... se transfiere los recursos que corresponden al siguiente personal del Programa de Salud Rural y FONNIN

No.....Médicos Rurales US \$
 No.....Odontólogo Rural US \$
 No.Enfermera Rural US \$
 No.....Obstetriz Rural US \$

- b. De la Dirección Provincial de Salud del.....se transfiere los recursos que corresponden al siguiente personal, presupuesto FONNIN

No.....Auxiliares de Odontología US \$
 No.....Auxiliares de enfermería US\$
 No.....Inspectores Sanitarios US \$
 No.....Laboratorista US\$
 No.....Técnico en rayos X

6.1.1 Bienes y Servicios de Consumo

Área de Salud No.....de.....: (El (Hospital Base....., Centro de Salud....., Subcentro de Salud....., Subcentro de Salud Rural....., Puesto de Salud.....).

Las asignaciones para los bienes y servicios de consumo, de conformidad con los parámetros emitidos por el Ministerio de Salud Pública, se distribuye de la siguiente manera: 30% para financiar las competencias hospitalarias al Hospital Base.....; el 70% par la atención ambulatoria distribuida para le resto de las Unidades de Operativas

Área de Salud No.....de.....

Código presupuestario del Área

Presupuesto Área de Salud No.....de.....: US

Población total asignada Área No.....de.....:

Hospital Base

UNIDADES OPERATIVAS	Pb. asignada Unidad Operativa	Porcentaje 30%	
Hospital Base			
Presupuesto del ICE que corresponde al 70% a distribuirse a las Unidades Operativas, en base a la población:			
Unidad Operativa	Población asignada	Porcentaje en base a la población	Recursos que corresponden por U. O
		%	
Población Total U. O			

O/ Centro de Salud

UNIDADES OPERATIVAS	Población asignada por U.O.	Porcentaje en base a la población	Recursos que corresponden por U. O
		%	
Población Total U O			

Fuente: Población asignada, por el MSP 2005

Las asignaciones para los bienes y servicios de consumo, de conformidad con los parámetros emitidos por el Ministerio de Salud Pública, se distribuye de acuerdo a la

población asignada a cada una de las unidades operativas por el MSP, que corresponden al Área de Salud No..... de

RECURSOS PREASIGNADOS

Los rubros preasignados, correspondiente al ICE, se calcularán de manera similar al presupuesto de recurso fiscal, y serán transferidos directamente a la Unidad Ejecutora descentralizada del Municipio de.....

PREASIGNADO DEL AREA DE SALUD No.....de.....: US\$.....

Hospital Base

UNIDADES OPERATIVAS	Pb. asignada por U.O.	Porcentaje 30%	
H.B			
Presupuesto del ICE que corresponde al 70% a distribuirse a las Unidades Operativas, en base a la población:			
Unidad Operativa	Población asignada	Porcentaje en base a la población	Recursos que corresponden por U. O
		%	
Población Total U. O			

Las asignaciones para los bienes y servicios de consumo, de conformidad con los parámetros emitidos por el Ministerio de Salud Pública, se distribuye de la siguiente manera: 30% para financiar las competencias hospitalarias al Hospital Base.....; el 70% par la atención ambulatoria distribuida para le resto de las Unidades de Operativas

O/ Centro de Salud

UNIDADES OPERATIVAS	Población asignada por U.O	Porcentaje en base a la población	Recursos que corresponden por U. O
Población Total U. O			

Las asignaciones para los bienes y servicios de consumo, de conformidad con los parámetros emitidos por el Ministerio de Salud Pública, se distribuye de acuerdo a la población asignada a cada una de las unidades operativas por el MSP, que corresponden al Área de Salud No..... de

TOTAL AREA No.....de.....	Porcentaje en base a la población	Recurso que corresponde por U:O
ATENCIÓN HOSPITALARIA Y AMBULATORIA	%	
ATENCIÓN AMBULATORIA	%	
Unidad Operativa	%	

RECURSOS DE AUTOGESTION (1)

- a. Los recursos de autogestión de la proforma del presupuesto que corresponden a la unidad ejecutora, serán utilizados en base a las prioridades establecidas en el cantón, y su orientación de inversión será aprobado por el Consejo Cantonal de Salud.
- b. Los rubros correspondientes al Programa de Maternidad Gratuita serán calculados en base a la producción de cada una de las Unidades Operativas de Salud, los mismos que serán transferidos directamente al Gobierno Municipal de.....

RECURSOS PREASIGNADOS

Maternidad Gratuita

Área No.....de.....

Código Presupuestario **US \$**

Esta distribución se la realiza en función a la producción de cada una de las Unidades Operativas de Salud.

Insumos, Mantenimiento y Equipamiento Hospitalario

Área No.....de.....

Código Presupuestario.....**US \$**

En lo referente a los valores preasignados del Programa de Insumos, Mantenimiento y Equipamiento Hospitalario, que consta en la Ley Reformatoria a la Ley de Régimen Tributario Interno publicada en el Suplemento del Registro Oficial No. 120 de 31 de julio de 1997 financiados con el 10% del Impuesto a los Consumos Especiales – ICE, se transferirá al Municipio desde el Ministerio de Economía y Finanzas, en función de la recaudación del ICE, de conformidad al Art. 2 del Reglamento para la Distribución de Recursos Económicos del Programa de Equipamiento, Insumos y Mantenimiento Hospitalario, emitido con Decreto Ejecutivo No. 1612, publicado en el Registro Oficial No. 365 de 21 de julio de 1998.

Las asignaciones para los bienes y servicios de consumo, de conformidad con los parámetros emitidos por el Ministerio de Salud Pública, se distribuye de la siguiente manera: 30% para financiar las competencias hospitalarias al Hospital Base.....; el 70% par la atención ambulatoria distribuida para le resto de las Unidades de Operativas

CAPITULO 4

ANÁLISIS FINANCIERO

4.1 Análisis económico sobre las competencias susceptibles de ser descentralizadas

A lo largo del documento, observamos que todas las competencias de salud se transfieren a los Gobiernos Locales, excepto la Competencia Rectoría, que es exclusiva del Ministerio de Salud Pública. Partiendo de esta base, es necesario analizar el financiamiento actual de las competencias de salud.

a) Financiamiento público de las competencias de salud - Ministerio de Salud Pública⁹.

El presupuesto que recibe el Ministerio de Salud Pública, viene de las siguientes fuentes: casi un 80% recursos fiscales y preasignaciones, un 10% provienen de aportes propios de las entidades de salud (autogestión), un 6% promedio de recursos de crédito interno (fondos de proyectos hoy FEREPS) y 4% de créditos externos, asistencia técnica y donaciones.

Los rubros provenientes de los denominados créditos internos entre los años 2003 y 2006 han sido los que mayor crecimiento, como consecuencia del aporte principal de los fondos del FEREPS para proyectos y programas de salud, pasando de 600 mil dólares en el año 2003 a 45 millones de dólares en el presupuesto del 2006 (incremento del casi 5000%), como también el asenso de los aportes de contraparte local de créditos asumidos con el MSP que de 400 mil dólares en el año 2003 pasaron a 2.5 millones en el año 2006 (315%), y los importantes aumentos en los montos de recursos preasignados y créditos externos. Situación que en los últimos 2 años, reduce el peso porcentual de los recursos fiscales (82 al 61%) y los recursos por autogestión (9,8 al 8,7%) de manera progresiva.

Presupuesto del MSP según fuentes de financiamiento (Origen), Período: 2003 - 2006

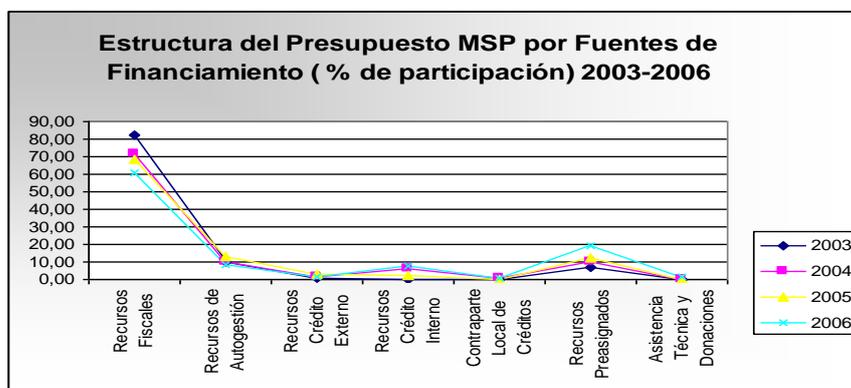
Descripción	Años				2003	2004	2005	2006	% Variación 2003 y 2006
	2003	2004	2005	2006					
Recursos Fiscales	306.330.772,08	276.303.812,62	300.913.017,98	340.258.459,87	82,07	71,32	68,56	60,58	-26,18
Recursos de Autogestión	36.802.271,33	39.787.486,77	56.519.261,75	49.182.643,11	9,86	10,27	12,88	8,76	-11,19
Recursos Crédito Externo	4.000.000,00	6.000.000,00	15.015.000,00	8.868.000,00	1,07	1,55	3,42	1,58	47,34
Recursos Crédito Interno	600.000,00	23.620.833,00	10.597.032,10	45.020.000,00	0,16	6,10	2,41	8,02	4886,56
Contraparte Local de Créditos	400.000,00	1.500.000,00	1.000.000,00	2.500.000,00	0,11	0,39	0,23	0,45	315,36
Recursos Preasignados	25.131.373,50	40.189.225,01	54.852.809,28	109.180.822,27	6,73	10,37	12,50	19,44	188,72
Asistencia Técnica y Donaciones				6.644.724,00	0,00	0,00	0,00	1,18	100,00
Total	373.264.416,91	387.401.357,40	438.897.121,11	561.654.649,25	100,00	100,00	100,00	100,00	

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas

En la siguiente gráfica se puede apreciar que en la estructura de ingresos los rubros más significativos son: i) Recursos fiscales (61%), ii) Recursos preasignados (19%) para programas de equipamiento, insumos y mantenimiento de las unidades de salud, y iii) Recursos de Autogestión (9%), que pese a su pérdida relativa de peso con el total recursos, se mantiene entre los 3 principales rubros de ingresos.

⁹ CONAM, Criterios de Asignación Equitativa/ Germán Flores Junio 2006

En los 4 años tanto los créditos externos como los fondos por contraparte local de créditos mantienen montos cuyos pesos representan menos del 2 y 0,5% respectivamente, lo que refleja que la proporción del endeudamiento internacional para inversiones en salud es poco significativa.



Se aprecia una relación constante en los recortes presupuestarios anuales del orden del 30% entre lo programado y aprobado al inicio de cada año por el Congreso Nacional y Presidencia de la República, lo que demuestra dos aspectos: **i)** Persistencia en mantener presupuestos históricos al margen de las propuestas técnicas de inversiones y reales necesidades, y **ii)** Poca capacidad de negociación de los presupuestos por parte de directivos y responsables de la gestión sanitaria en el Ministerio de Salud.

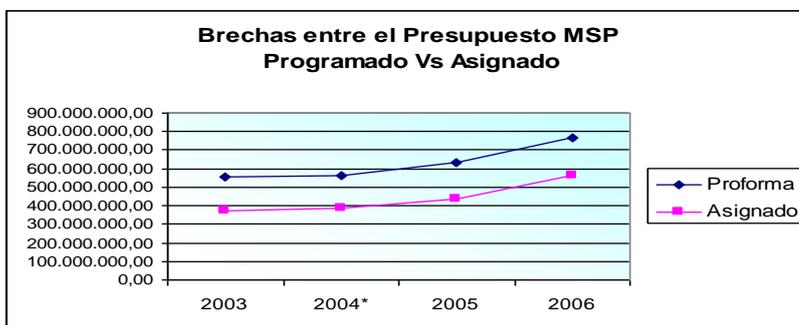
Ministerio de Salud Pública - Relación entre Presupuestos 2.003 - 2.006 Diferencias entre presupuestos requeridos, asignados y codificados

Años	Pro forma	Presupuesto Asignado	Presupuesto Codificado	%Variación Prof : Asig.	%Variación Asig : Cod
2003	557.949.388,92	373.264.416,91	366.446.420,75	-33,10	-1,83
2004*	560.000.000,00	387.401.357,40	381.715.453,58	-30,82	-1,47
2005	630.702.435,81	438.897.121,11	445.854.407,50	-30,41	1,59
2006	767.391.086,37	561.654.649,25		-26,81	

Notas: (*) = Proforma estimada por falta de información exacta

Fuente: Dirección de Gestión Financiera – MSP/ Ing. Germán Flores

Así, mientras los requerimientos en los 4 años se incrementaron en algo más de 200 mil dólares (un promedio de 50 millones por año), tanto en los presupuestos programados como en los aprobados inicialmente, en la práctica al comparar con los presupuestos codificados es decir, el presupuesto que cortado a una fecha determinada (Sep.2005), muestra su realidad en términos de **reducciones** hechas al presupuesto inicial, entre los años 2003 y 2005 subió en 79 millones de dólares, esto significa un promedio anual de 26 millones de dólares. Entonces se puede inferir que de cada dólar que se solicita con los actuales mecanismos tradicionales de asignación financiera en la práctica se agrega 50 centavos de dólar, es decir que el **recorte real es del 50%**. En la siguiente gráfica se observa la tendencia y amplitud constante que mantienen los presupuestos en sus fases programáticas y de aprobación.



Por grupos de gasto, al tomar la información disponible en el Frente Social sobre los gastos nominales del presupuesto codificado a sep.2005 del MSP, se destaca que los gastos más significativos de las 18 categorías de gasto son: i) Gastos en Personal con 58% de promedio anual, ii) Bienes y Servicios para la inversión (16% promedio) y iii) Bienes y Servicios de Consumo con un 14% promedio año, y representan el 98% del total gastos reales efectuados.

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO

La distribución del gasto que tiene el presupuesto del Ministerio de Salud entre los años 2004 y 2006 es:

- ✓ Gastos Corrientes: Que tienen relación con las remuneraciones, estímulos económicos y demás elementos que componen la masa salarial, equivalente al **76%** del presupuesto total en el año 2004 y a un **85%** para el presupuesto del año 2006.
- ✓ Gastos de Capital: Comprenden inversiones en temas tales como: i) Instalación, mantenimiento y reparaciones, ii) Contratación de estudios e investigaciones, iii) Gastos en Informática, iv) Bienes Muebles y v) Programa de Equipamiento, Insumos, Mantenimiento y Medicinas, principalmente. Su peso relativo bajo de **24%** en el año 2004 al **15%** para el presupuesto 2006.
- ✓ Fondos por concepto de Maternidad Gratuita y atención a la infancia.- Los recursos financieros procedentes de este fondo, se asigna en función de la producción en las prestaciones materno infantiles determinadas por la Ley. La debilidad de estos recursos es que se asigna exclusivamente para medicamentos, insumos, y otros. De acuerdo al estudio realizado por CEPAR en el año 2003, la Ley no se aplica en la gran mayoría de unidades de salud, por cuanto no existe el recurso humano necesario como médicos, enfermeras, obstétricas, que garantien el uso de esos recursos en la población beneficiaria de estos recursos.

Presupuestos Asignados				Gastos de Capital (Producción e Inversión)		% de Gasto de Capital Anual		
Código	Descripción	2004	2006	2004	2006	2004	2006	% Variación
OOO0	Ministerio de Salud-Planta Central	77.400.598	177.299.858	38.972.779	95.699.251	50,35	53,98	7,20
OOO1	Subsecretaría Medicina Tropical	2.456.777	2.847.578	76.416	324.835	3,11	11,41	266,75
OOO2	Maternidad Gratuita	20.838.771	355.293	20.303.886	16.400	97,43	4,62	-95,26
O101	Azuay	13.879.807	19.553.419	1.514.367	2.939.638	10,91	15,03	37,79
O102	Bolivar	5.525.696	7.761.562	602.076	932.668	10,90	12,02	10,28
O103	Cañar	6.485.322	8.445.950	718.386	1.146.624	11,08	13,58	22,56
O104	Carchi	4.930.996	6.527.862	866.131	1.215.370	17,57	18,62	6,00
O105	Cotopaxi	7.639.621	10.262.416	929.704	1.608.923	12,17	15,68	28,83
O106	Chimborazo	10.693.254	14.688.237	1.149.445	1.918.365	10,75	13,08	21,67
O107	El Oro	12.701.528	17.361.805	1.479.439	2.771.951	11,65	15,97	37,07
O108	Esmeraldas	10.421.918	13.016.931	1.386.469	2.467.870	13,30	18,96	42,51
O109	Guayas	47.150.625	63.394.810	4.464.454	9.977.373	9,47	15,74	66,22
O110	Imbabura *	9.038.140	12.717.856	1.538.586	1.809.982	13,91	14,23	2,31
O111	Loja	12.532.343	16.439.120	1.331.007	2.103.346	10,62	12,79	20,47
O112	Los Ríos	7.799.429	11.418.729	935.183	2.268.695	11,99	19,87	65,70
O113	Manabí	25.906.869	36.019.082	2.634.139	5.570.420	10,17	15,47	52,10
O114	Morona Santiago	5.030.677	6.159.071	700.814	1.109.232	13,93	18,01	29,28
O115	Napo	3.662.018	4.865.877	338.417	672.090	9,24	13,81	49,46
O116	Pastaza	2.616.508	3.205.926	305.363	507.406	11,67	15,83	35,62
O117	Pichincha	64.399.107	83.902.427	7.108.986	12.089.026	11,04	14,41	30,52
O118	Tungurahua	8.481.084	12.478.387	1.203.640	2.130.377	14,19	17,07	20,30
O119	Zamora Chinchipe	3.478.066	4.516.733	416.769	710.472	11,98	15,73	31,27
O120	Galápagos	2.017.567	2.454.108	101.307	162.507	5,02	6,62	31,88
O121	Sucumbios	4.082.628	4.505.740	372.890	715.083	9,13	15,87	73,76
O122	Orellana	1.750.082	2.227.489	107.018	251.149	6,12	11,27	84,38
1321	Servicio de Erradicación Malaria	5.061.825	6.179.253	0	0	0,00	0,00	0,00
1322	Instituto Nacional de Higiene	11.420.103	12.475.495	2.692.794	2.880.920	23,58	23,09	-2,06
1323	Consejo Nacional de salud	0	593.636	0	74.000	0,00	12,47	100,00
	Total	387.401.357	561.654.649	92.250.464	154.073.972	23,81	27,43	15,20

(*) Imbabura, para el cálculo del % Inversión se tomó los datos del año 2005 y 2006 (por falta de información)

Fuente: Dirección de Gestión Financiera

Elaboración: Ing. Germán Flores E.

Nota: Para el cálculo de los Gastos de Capital (Producción e Inversión) se han tomado las partidas presupuestarias preasignadas de los rubros: I) Instalación, mantenimiento y reparaciones, II) Contratación de estudios e investigaciones, III) Gastos en Informática, IV) Bienes Muebles y V) Programa de Equipamiento, Insumos, Mantenimiento y Medicinas.

La asignación presupuestaria a las competencias descentralizadas de salud, en el ámbito local, presentan un panorama mas favorable, debido a que la orientación de la inversión de los recursos financieros, se establece en base a instrumentos técnicos, como el Licenciamiento de las Unidades Operativas de Salud, el Conjunto de Prestaciones de Salud, Gerenciamiento Técnico del Sistema Cantonal y articulación entre las distintas fuentes de financiamiento, lo que ha posibilitado tener un presupuesto mas acorde con las necesidades de atención en salud de la población de Cotacachi.

Sin embargo, al no existir transferencia de los recursos financieros al Municipio, los recursos que provienen de fuente central, se sujeta a los mismos problemas del nivel nacional, lo cual incide en el cumplimiento de las metas propuestas en salud del cantón, sin embargo pese a esta situación la descentralización se presenta como el escenario favorable para revertir los problemas que son históricos e ir hacia otra modalidad del financiamiento de las competencias de salud.

b) Financiamiento de las competencias descentralizadas de salud del Sistema Cantonal Descentralizado de Salud de Cotacachi.

El Sistema Cantonal Descentralizado de Salud de Cotacachi- Área de Salud No 3, administra el presupuesto de manera conjunta con el Municipio de Cotacachi, esto les permite aplicar algunos mecanismos propios, con el objetivo de mejorar el presupuesto histórico, asignar recursos financieros adicionales en función del Plan Operativo Anual en salud.

- **Uso eficiente y efectivo de los recursos económicos**

A través de la articulación de las fuentes de financiamiento nacionales o internacionales para asegurar intervenciones de salud, con el apoyo de herramientas de gestión

(organización, planificación, sistemas de información y costos, monitoreo y evaluación.....).

- **Capacidad de negociación**

La pro forma presupuestaria, es previamente realizada al interior del Sistema Cantonal de Salud, la misma se realiza aplicando instrumentos técnicos que permitan orientar los mecanismos de asignación de recursos fiscales en base a criterios e indicadores (licenciamiento, gestión sanitaria y mejoramiento de coberturas con calidad, eficiencia y equidad). Fundamentados en estos instrumentos el Gobierno Local, y el Consejo Cantonal de Salud, acuerdan el presupuesto que cada uno de los integrantes destinará para el cumplimiento de los objetivos y metas en salud definidos para el cantón

- **Mecanismos de oportunidad en la asignación y ejecución presupuestaria.**

- ✓ El Sistema Cantonal descentralizado de Salud –Área de Salud No 3, es una Unidad Ejecutora, dependiente jurídicamente del Municipio, prepara anualmente sus programaciones presupuestarias conforme a su realidad, población a atender y prioridades programáticas, en coordinación con las políticas y directrices del Ministerio de Salud y Dirección Provincial de Salud de Imbabura, tomando como referencias también las directrices presupuestarias determinadas por el Ministerio de Economía y Finanzas.
- ✓ Posteriormente el MSP recibe e integra en la proforma hasta el 30 de Junio de cada año y la envía al Ministerio de Economía y Finanzas, a través del Sistema Informático denominado “SIGEF” (Sistema de Información de Gestión Financiera).
- ✓ El Ministerio de Economía y Finanzas procede a realizar los desembolsos directamente al Área de Salud No 3, conforme al convenio, Programaciones y PPS (Programa Periódico de Caja), requeridos mensualmente.
- ✓ Se cuenta con proyectos de inversión entre los meses de junio y julio, así cuando se reciben los recursos provenientes del ICE en octubre, se inicia rápidamente se invierten evitando que este recurso retorne al Ministerio de Economía y Finanzas por falta de gestión oportuna.
- ✓ Paralelamente a la gestión que se realiza para captar recursos del gobierno central, el gobierno local, aproximadamente por el mes de julio negocia con los integrantes del Consejo de Salud, el presupuesto que cada miembro aportará para la programación anual que realiza el Sistema Cantonal de Salud. En octubre de cada año, el sistema de salud conoce los recursos que los integrantes del CIS aportarán al Sistema.
- ✓ Participación en el presupuesto participativo. El Sistema de Salud participa en el proceso de planificación y presupuestación participativa que realiza el gobierno local, y a más del 10% que el gobierno local destina a la gestión de salud, el sistema logra concertar con otros actores y el municipio un recursos adicional en caso de requerirlo.

- **Uso e implementación de herramientas técnicas y gerenciales.**

Un aspecto importante a resaltar es que las herramientas técnicas se implementan en el sistema cantonal descentralizado de salud, las de mayor aplicación son: planificación, fortalecimiento de la cohesión interna las unidades operativas de salud integrantes de la red de servicios de salud, incorporación de sistemas, normas y procedimientos más ágiles y eficientes para mejorar el control de costos, revisión y actualización de tarifas de prestaciones de salud nuevas y otras, aplicación de una matriz de programación de actividades para el mejoramiento de la gestión sanitaria, que se estructura en función de los indicadores de eficacia, equidad, calidad y eficiencia que se adjuntan en el anexo. Los

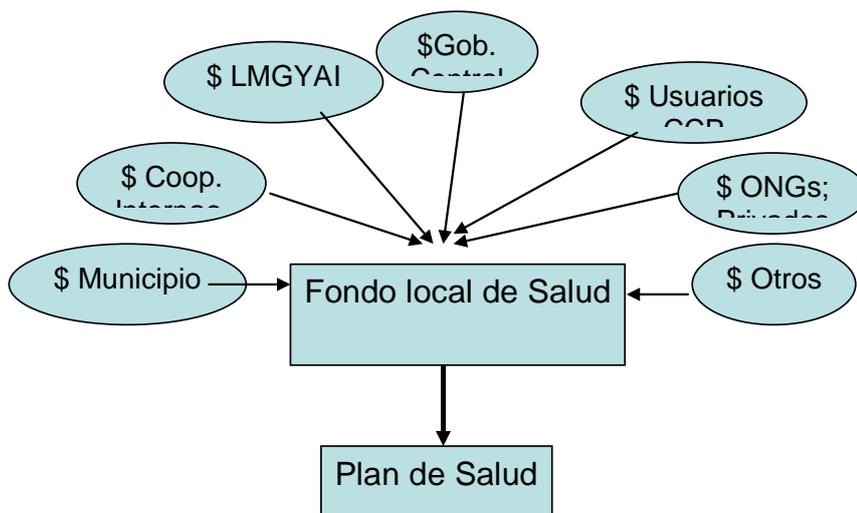
elementos básicos de la matriz contienen metas de gestión, actividades, recursos necesarios, costos referenciales y fuentes de financiamiento.

- **Creación del fondo local de salud.**

La Dirección Cantonal de Salud, unidad administrativa del Sistema Descentralizado de Salud tiene la responsabilidad de articular los recursos fiscales del nivel central, con los del Municipio, los provenientes de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, así como los recursos financieros de las ONG's, aportes de los usuarios y los aportes de cooperación internacional. En una segunda instancia se esperaría sumar recursos de las demás entidades del sector público (IESS, Seguro Social Campesino), privados, para configurar un modelo de sostenibilidad financiera sostenible de la Red local de Servicios.

Esta modalidad permite financiar las actividades del sistema de salud, de manera más ágil, oportuna y de manera planificada, pues sus recursos se administran bajo el concepto de un Fondo Local de Salud que aglutina las aportaciones económicas y otros recursos, para ser invertidas en las acciones definidas en el Plan Cantonal de Salud, el ordenador del gasto es el la Dirección del Sistema Cantonal Descentralizado de Salud bajo las directriz del Consejo Cantonal de Salud.

Financiamiento del Sistema Cantonal Descentralizado de Salud de Cotacachi



4.2 Identificar fuentes de financiamiento para la gestión de los servicios de salud descentralizados

a) **Responsabilidad del Estado por el bienestar en salud de la población ecuatoriana**

En el capítulo 3, señalamos algunas fuentes de financiamiento, en este ítem las analizaremos con mayor detenimiento, empezando por la investidura jurídica prevista en la Constitución Política del Estado Ecuatoriano, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud –LOSNS- respecto del Financiamiento para la salud.

El Art. 13 LOSNS, Párrafo tercero, señala: El financiamiento del Plan Integral de Salud, con cargo a fondos públicos, se hará conforme lo dispuesto en el artículo 46 de la Constitución Política de la República. Estos recursos serán destinados a garantizar las acciones de salud de la población con mayor riesgo y vulnerabilidad epidemiológica y bio-social.

El Art. 46 C.P.E establece 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.

Adicionalmente el Estado creará fondos específicos destinados a la protección de los daños causados por enfermedades catastróficas, a la población no asegurada de menores recursos. En función de estos enunciados es necesario realizar un análisis de la inversión actual en el sector social, a fin de evidenciar que estos mismos recursos presentes pueden ser optimizados y orientados hacia la consecución de resultados esperados.

- **Breve análisis de la inversión social en el Ecuador**

Los gobiernos de turno, en sus planes de gobierno prometen: reducir la pobreza, asignar mayor presupuesto para la educación, salud, generar empleo; reducir las brechas de inequidad social, etc., sin embargo la realidad advierte que, la inversión en el sector social, es reducida.

**INVERSIONES EN EL SECTOR SOCIAL (Presupuestos Codificados*)
GASTO NOMINAL EN MILONES DE DOLARES, PERIODO 2002 - 2005**

Sectores	Años				Porcentajes del Total Gobierno			
	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005
Bienestar Social	115,20	277,60	274,90	280,40	9,90	19,93	17,27	16,25
Salud	314,70	366,40	409,10	473,40	27,05	26,30	25,70	27,43
Educación	733,50	748,90	907,80	971,80	63,05	53,77	57,03	56,32
Total	1.163,40	1.392,90	1.591,80	1.725,60	100,00	100,00	100,00	100,00

(*) = Codificado a Septiembre 2005

Fuente: Secretaría Técnica Frente Social

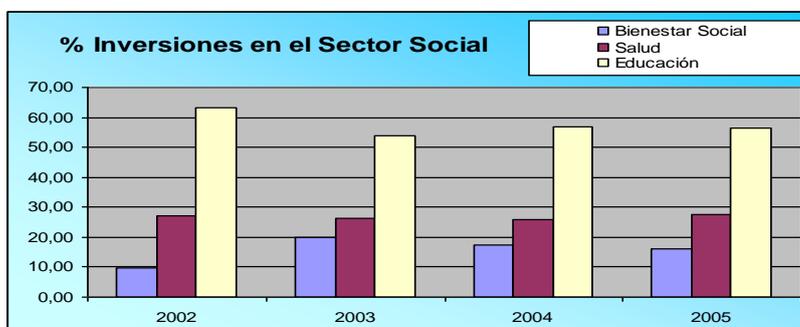
Elaboración: Ing. Germán Flores E.

Entre los años 2002 y 2005 los Ministerio de Educación, Salud y Bienestar Social han tenido una participación que en conjunto representa un promedio del **20%** de asignaciones con respecto a los presupuestos generales del gobierno. (Educación **12%**, Salud **6%** y Bienestar Social **2%** del Presupuesto General)

Siendo educación el subsector que mayores recursos fiscales recibe (cerca del **56%** de los 3 Ministerios), seguido de Salud (participación promedio del **27%**) y finalmente Bienestar Social (**17%** de las 3 entidades). Sin embargo los incrementos en volumen se deben en mayor parte a los gastos corrientes destinados para el pago de salarios a maestros y profesionales de la salud cuyos incrementos obedecen a las conquistas laborales logradas con el Gobierno Central.

Se destaca que la tendencia, aunque leve se mantiene en un claro asenso de recursos fiscales para el sector, con un crecimiento promedio anual del **12%** en monto, siendo

Bienestar social quien ha casi duplicado sus ingresos fiscales desde el año 2003 en adelante, en tanto que salud mantiene una proporción constante en los 4 años de estudio, y educación un peso porcentual ligeramente hacia la baja.



Haciendo una comparación de los presupuestos de educación, salud y bienestar social con el producto interno bruto (PIB), se puede decir que éstos no superan el **5.5%** de participación del PIB. Así Educación presenta porcentualmente un promedio del 3% del PIB constante en el período (con excepción del año 2003), Salud con un rango entre **1,29** y **1,48%** del PIB, y Bienestar Social que creció del 0,47 al 0,88% del PIB alcanzando su mayor participación en el año 2003 con un 1,02% del PIB.

Comparativamente con otros países, se puede decir que mientras Estados Unidos destina para la salud el **14%** del PIB, en Canadá es del **9%** y en Reino Unido se estima en un **7%**, con presupuestos que fácilmente superan el **20% del PGE**, en nuestro país sumando los 3 sectores (educación, salud y bienestar social no llegamos al 6% del PIB).

PRESUPUESTO SOCIAL COMO PORCENTAJE DEL PIB Período: 2002 - 2005 (Presupuestos Codificados *)

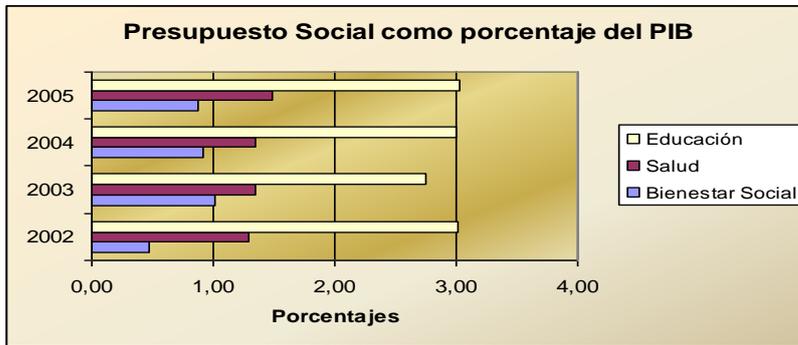
Sector	Años			
	2002	2003	2004	2005
Bienestar Social	0,47	1,02	0,91	0,88
Salud	1,29	1,35	1,35	1,48
Educación	3,02	2,75	3,00	3,03
Total	4,78	5,12	5,26	5,39

(*) = Codificado a Septiembre 2005

Fuente: Secretaría Técnica Frente Social

Elaboración: Ing. Germán Flores E.

Como se puede observar, si bien hay una marcada tendencia al incremento del presupuesto social en educación, salud y bienestar social con respecto al presupuesto general del estado, la relación con respecto al Producto Interno Bruto (PIB) es menor, por las proyecciones que se hacen del crecimiento de la producción con respecto al Presupuesto General.



Finalmente al relacionar los presupuestos destinados a cada entidad vs su población a atender en el año (per cápita), se puede decir que en promedio una persona disponía en el año 2002 de un subsidio de **\$. 9** dólares para sus necesidades de bienestar social, casi **\$. 25** dólares para sus atenciones de salud y **\$. 58** dólares año para su educación. En suma el gobierno destinó **92** dólares promedio persona para satisfacer las necesidades básicas.

**GASTO PERCAPITA EN EL SECTOR SOCIAL (En dólares)
Período: 2002 - 2005 (Presupuestos Codificados *)**

Sector	Años			
	2002	2003	2004	2005
Bienestar Social	9,10	21,62	21,11	21,22
Salud	24,85	28,53	31,41	35,82
Educación	57,94	58,31	69,69	73,54
Total	91,89	108,46	122,21	130,58

(*) = Codificado a Septiembre 2005
Fuente: Secretaría Técnica Frente Social
Elaboración: Ing. Germán Flores E.

La falta de inversión en los servicios básicos repercute cada vez más en las condiciones de vida de los sectores considerados más vulnerables de la población ecuatoriana, pues como se advierte en el año 2005 el gasto per cápita en general para los 3 sectores del área social subió a \$. 131 dólares, equivalentes a un promedio de \$11 dólares promedio mensuales que el estado garantiza para servicios de bienestar social, educación y salud, o lo que es lo mismo un promedio de 0,36 centavos de dólar día persona para estos servicios básicos. Valores muy por debajo de las reales necesidades, que comparativamente con otros países más desarrollados, mantienen grandes diferencias ej: España destina un per cápita promedio de 800 dólares persona año, en nuestra región se pueden tomar otras evidencias con países como Colombia, Chile, Venezuela, etc. con diferencias similares.



A pesar que mantener un peso porcentual relativamente bajo del presupuesto para el área de salud (menos del 6%), el Ministerio de Salud de manera progresiva a mejorado en volumen sus asignaciones en los últimos años, así entre el año 2.001 y el 2.005 se puede decir que casi se duplica su porcentaje de participación en relación al presupuesto general del estado (3,16 al 5,98%).

Al revisar los ritmos de incrementos en el período 2001 al 2005, se observa que los mismos mantienen variaciones irregulares (20% cae al 4% y sube al 13%), en especial si comparamos con las promesas de campaña del Gobierno que planteaba la priorización de las inversiones para los más pobres en salud (aseguramiento universal) y educación principalmente, en donde los incrementos no mantienen una tendencia lógica, con un ligero repunte en el último año. Se destaca además que dichos aumentos en el presupuesto se deben en gran parte a las presiones y conquistas salariales de los diferentes gremios y profesionales de la salud, que definitivamente constituyen gastos corrientes, cuyos beneficios no mejoran la calidad estructural de los servicios de salud (recurso humano, infraestructura, equipamiento, insumos médicos, capacitación, investigación, calidad de atenciones, etc.).

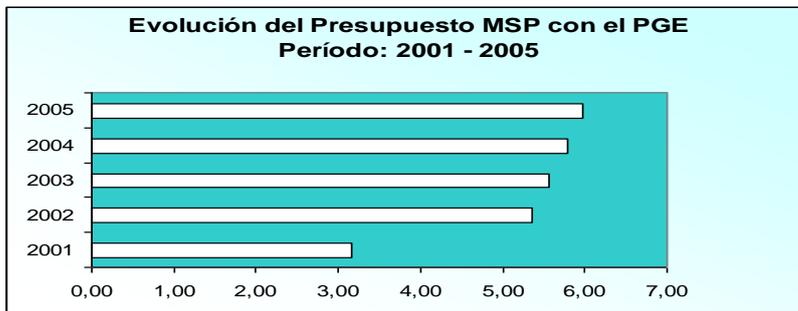
Según estimaciones de la Unidad de Gestión Financiera del Ministerio de Salud Pública Analizar el impacto fiscal, en la transferencia de los recursos humanos, jubilaciones, compromisos económicos y otros de los trabajadores de la salud, asumidos en el 9no contrato colectivo y con la Federación Médica Ecuatoriana representarían un aumento en los gastos corrientes anualmente promedio de 150 millones de dólares.

Presupuesto del Ministerio de Salud - Relación con el PGE
Período: 2.001 - 2.005

Años	Ingresos del Estado	Presupuesto General del Estado	Presupuesto Asignado	Producto Interno Bruto	% MSP/PGE	% Variación Anual
2001	3.884.500.000,00	4.796.000.000,00	151.789.876,00	17.981.000.000,00	3,16	
2002	4.932.667.734,00	5.796.000.000,00	311.057.520,00	20.473.014.000,00	5,37	104,93
2003	5.955.573.600,00	6.701.398.621,00	373.264.416,91	23.017.168.000,00	5,57	20,00
2004	6.768.000.000,00	6.699.000.000,00	387.401.357,40	25.663.147.000,00	5,78	3,79
2005	7.648.000.000,00	7.343.471.884,00	438.897.121,11	28.275.000.000,00	5,98	13,29

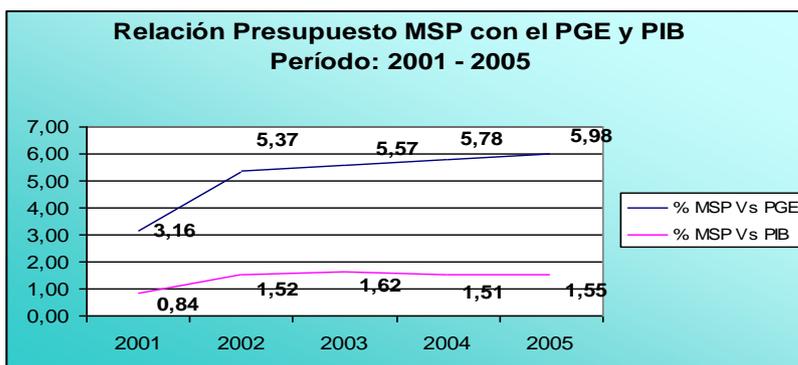
Fuente: Dirección de Gestión Financiera - MSP

Elaboración: Ing. Germán Flores E.



Con relación al producto interno bruto, el presupuesto es aún más bajo (1.52% en el año 2002 a 1.55% en el año 2005), que evidencia las brechas cada vez más abiertas entre los ingresos del estado y los aportes para el sector social.

Es preocupante la falta de coherencia entre la situación de desatención de la población y la asignación del presupuesto al área social, en especial de la salud pública que mantiene asignaciones históricas con una tendencia casi constante de participación de la riqueza nacional por debajo del **2%** y que se complementa de los proyectos con financiamiento externo para enfrentar los problemas de salud de manera focalizada.



Resumiendo tenemos que las principales fuentes de financiamiento actuales para las competencias de salud descentralizadas al Gobierno Local son las siguientes:

a. Fuentes públicas que el Gobierno Central destina actualmente para financiar las competencias de salud.

- **Presupuesto general del Estado.**

El sector salud, recibe el 6% del presupuesto general de Estado, y en estas condiciones es muy difícil garantizar a los ciudadanos/as, el acceso a un conjunto de prestaciones esenciales de salud.

- **Recursos financieros de la planta central del Ministerio de Salud Pública**

En la siguiente gráfica, podemos observar el presupuesto de planta central, y también el de las provincias, que al compararlos (2006), existe una relación de 2 a 1, es decir que de cada dólar destinado para la salud, casi 0,5 centavos se concentra en Quito.

Presupuestos Asignados según Entidades y Provincias, periodo 2003 - 2006

Descripción	2003	2004	2005	2006
Nivel Central (MSP)	92.976.079,23	77.400.597,50	80.515.958,16	177.299.858,14
Subsecretaría Medicina Tropical	2.048.350,94	2.456.777,13	2.620.066,01	2.847.577,81
Maternidad Gratuita	19.878.856,00	20.838.771,33	20.204.224,96	355.292,50
Servicio de Erradicación Malaria	5.235.182,86	5.061.824,51	5.814.777,86	6.179.253,31
Instituto Nacional de Higiene	11.252.101,49	11.420.102,89	11.528.370,37	12.475.494,83
Consejo Nacional de Salud	0,00	0,00	556.754,67	593.636,00
Provincias	241.873.846,39	270.223.284,04	317.656.969,08	361.903.536,66
Total	373.264.416,91	387.401.357,40	438.897.121,11	561.654.649,25

% Anuales

2003	2004	2005	2006
24,91	19,98	18,35	31,57
0,55	0,63	0,60	0,51
5,33	5,38	4,60	0,06
1,40	1,31	1,32	1,10
3,01	2,95	2,63	2,22
0,00	0,00	0,13	0,11
64,80	69,75	72,38	64,44
100,00	100,00	100,00	100,00

Es de suponer que a medida que avanza el proceso de descentralización, en la que la provisión de servicios de salud, se realizan a nivel local, el MSP, se especializa en su función rectora, debe disminuir su necesidad presupuestaria.

- **Recursos financieros de las Direcciones Provinciales de Salud.**

La actual asignación de recursos financieros, es en gran medida discrecional, pues no se realizan bajo parámetros técnicos claramente institucionalizados, favorecen a aquellas provincias, que por capitales de referencia nacional, reciben más recursos, que otras por su condición de pobreza, lejanía, reciben menos presupuesto.

En el siguiente gráfico se ilustra que las provincias que más recursos reciben del Gobierno Central son Pichincha, Guayas y Manabí, con un incremento promedio anual 13%, situación que se relaciona directamente con el gran número de Unidades de Salud (211, 210 y 177 respectivamente equivalente al 32% del total país) y por lo tanto de recursos humanos que disponen.

Ministerio de Salud Pública - Resumen del Presupuesto por Entidades y Provincias
Presupuestos asignados en el periodo: 2003 - 2006

Código	Descripción	2003	2004	2005	2006
OO00	Ministerio de Salud-Planta Central	92.976.079,23	77.400.597,50	80.515.958,16	177.299.858,14
OO01	Subsecretaría Medicina Tropical	2.048.350,94	2.456.777,13	2.620.066,01	2.847.577,81
OO02	Maternidad Gratuita	19.878.856,00	20.838.771,33	20.204.224,96	355.292,50
O101	Azuay	12.671.571,13	13.879.807,00	16.571.316,90	19.553.418,65
O102	Bolívar	4.730.936,44	5.525.696,16	6.312.340,73	7.761.562,11
O103	Cañar	5.609.292,34	6.485.321,53	7.467.443,82	8.445.950,45
O104	Carchi	4.373.826,43	4.930.995,68	5.966.055,19	6.527.862,09
O105	Cotopaxi	6.783.991,81	7.639.620,96	8.764.315,99	10.262.415,83
O106	Chimborazo	9.412.612,10	10.693.253,99	12.435.279,77	14.668.237,45
O107	El Oro	11.670.869,90	12.701.527,73	15.109.803,58	17.361.804,64
O108	Esmeraldas	9.329.667,77	10.421.918,24	12.271.920,79	13.016.930,58
O109	Guayas	42.695.021,75	47.150.624,55	56.341.314,00	63.394.810,10
O110	Imbabura	7.980.176,80	9.038.139,56	11.060.387,30	12.717.856,10
O111	Loja	11.314.238,01	12.532.343,32	14.734.455,23	16.439.119,74
O112	Los Ríos	6.914.665,58	7.799.428,86	9.601.756,75	11.418.729,22
O113	Manabí	23.078.193,98	25.906.868,50	31.536.664,34	36.019.082,12
O114	Morona Santiago	4.209.010,19	5.030.677,14	5.750.436,93	6.159.070,98
O115	Napo	3.296.306,39	3.662.018,04	4.187.742,02	4.865.877,33
O116	Pastaza	2.070.385,22	2.616.507,96	2.980.647,81	3.205.925,88
O117	Pichincha	58.224.806,70	64.399.106,91	73.962.101,59	83.902.426,57
O118	Tungurahua	7.861.465,74	8.481.084,31	10.212.798,55	12.478.386,61
O119	Zamora Chinchipe	3.117.868,83	3.478.066,38	3.953.229,05	4.516.733,08
O120	Galápagos	1.382.230,78	2.017.567,03	2.237.597,71	2.454.108,03
O121	Sucumbios	3.605.908,29	4.082.628,17	4.287.110,23	4.505.740,43
O122	Orellana	1.540.800,21	1.750.082,02	1.912.250,80	2.227.488,67
1321	Servicio de Erradicación Malaria	5.235.182,86	5.061.824,51	5.814.777,86	6.179.253,31
1322	Instituto Nacional de Higiene	11.252.101,49	11.420.102,89	11.528.370,37	12.475.494,83
1323	Consejo Nacional de salud	0,00	0,00	556.754,67	593.636,00
	Total	373.264.416,91	387.401.357,40	438.897.121,11	561.654.649,25

Variaciones %		
2003-2004	2004-2005	2005-2006
-16,75	4,02	120,20
19,94	6,65	8,68
4,83	-3,05	-98,24
9,54	19,39	18,00
16,80	14,24	22,96
15,62	15,14	13,10
12,74	20,99	9,42
12,61	14,72	17,09
13,61	16,29	17,96
8,83	18,96	14,90
11,71	17,75	6,07
10,44	19,49	12,52
13,26	22,37	14,99
10,77	17,57	11,57
12,80	23,11	18,92
12,26	21,73	14,21
19,52	14,31	7,11
11,09	14,36	16,19
26,38	13,92	7,56
10,60	14,85	13,44
7,88	20,42	22,18
11,55	13,66	14,25
45,96	10,91	9,68
13,22	5,01	5,10
13,58	9,27	16,49
-3,31	14,88	6,27
1,49	0,95	8,22
S/D	N/C	6,62
3,79	13,29	27,97

Fuente: Dirección de Gestión Financiera
Elaboración: Ing. Germán Flores E.

- **Recursos financieros por concepto de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.**

Los recursos financieros provienen del Fondo de Solidaridad, en base a estimaciones de la producción de las prestaciones de salud materno – infantil, cuyo financiamiento está orientado a costear a una población objetivo definida en la Ley, así como a un conjunto de prestaciones de salud, sin embargo no se orienta a la contratación de recurso humano, tan necesario para dar brindar servicios de salud.

b. Recursos financieros de los Gobiernos Locales.

Los gobiernos locales, destinan actualmente entre el 10 y el 15% de su presupuesto al financiamiento de servicios de salud, a través de los Patronatos Municipales o Provinciales, lo cual implica duplicar esfuerzos y financiamiento a costear en la mayoría de los casos un conjunto de prestaciones de salud muy reducidos.

c. Fuentes privadas.

Esta fuente de financiamiento proviene de la contribución de los hogares, y en algunos casos en una fuente importante de financiamiento, lo cual es perjudicial para lo usuarios sin capacidad de pago.

d. Fuentes de la Cooperación Nacional E Internacional

En los últimos años, la cooperación nacional e internacional, se encuentran ejecutando proyectos en diferentes áreas con los Gobiernos Locales, su financiamiento en algunos casos, se han dirigido a sostener competencias de prestación directa de servicios, lo cual ha influido negativamente, pues no se han logrado sostener en el tiempo.

4.3 Analizar la sostenibilidad financiera de la gestión descentralizada de la salud

Al identificar las fuentes actuales de financiamiento observamos que las mismas podrían gestionarse de manera adecuada, para ello es necesaria una negociación política, que involucre no solo al gremio y sindicatos como es ahora, sino incorporar a los gobiernos locales y actores de la sociedad civil.

a) Incremento y optimización de las fuentes Públicas Del Gobierno Central, para el financiamiento de las competencias de salud

- **Incremento del presupuesto general del Estado a la salud.**

Si del 6% del presupuesto general de Estado, se incrementa en un quinquenio a un 10%, de acuerdo a estimaciones conservadoras, que ha realizado el propio MSP, se puede financiar un conjunto de prestaciones esenciales, sin embargo este incremento debe ir ligado a cambios profundos en el Modelo de Gestión y Atención de la Salud, es decir es necesario cambiar el actual gerenciamiento en lo administrativo, laboral financiero que considere la realidad del país como es la dispersión población, los factores de riesgo , población en riesgo, multiculturalidad etc.

- **Reducción del gasto en planta central del Ministerio de Salud Pública y reinversión en el sector salud.**

Es de suponer que a medida que avanza el proceso de descentralización, en la que la provisión de servicios de salud, lo realizan los gobiernos locales y el MSP se especializa en su función rectora, debe disminuir su presupuesto, liberando recursos para invertirlos

en el mismo sector. Actualmente planta central del Ministerio de Salud Pública, consume el 30% del presupuesto total.

- **Asignación equitativa de recursos financieros en el nivel provincial.**

En el acápite de identificación de fuentes de financiamiento, pudimos constatar que no existe coherencia en la asignación presupuestaria en el nivel provincial, así tenemos que:

- ✓ La Dirección Provincial de Salud de **Galápagos** dispone de 8 unidades de salud (1 Hospital General, 1 Hospital Básico, 3 Subcentros de Salud Rural y 3 Puestos de Salud), entre los años 2003 y 2003 incrementa sus presupuestos en un **77%**. Seguida de la DPS **Los Ríos** (con 80 unidades de diferente nivel de complejidad) que sube en un **65%** y la DPS **Bolívar** que con 52 unidades de salud mantiene un incremento del **64%**. Estos incrementos son el resultado de la capacidad de presión política individual o con apoyo del Congreso Nacional, en lo que respecta a recursos para infraestructura física, equipamiento e insumos y médicos.
- ✓ Las 2 provincias con menores incrementos de recursos fiscales son Esmeraldas (que tiene un total de 100 unidades de salud y los mayores índices de pobreza), con un **40%**, y Sucumbíos que con 31 unidades de salud entre los años 2003 y 2006 alcanza un incremento del **25%**.
- ✓ Las Direcciones Provinciales de Salud de **Pichincha y Guayas** que cuentan con las mayores cantidades de unidades de salud y que cuentan con los 2 presupuestos más altos, mantienen incrementos del orden del **44 y 49%**.

El panorama descrito, nos orienta a señalar varias cosas, que es necesario ir hacia una asignación presupuestaria, basada en criterios técnicos y con enfoque de equidad y por otro lado, si las funciones de las Direcciones Provinciales son las de rectoría y no de provisión directa de servicios de salud, el presupuesto deberá orientarse al ejercicio de esta competencia, con lo que se liberarían recursos fiscales adicionales.

b) Recursos financieros asignados por La Ley De Maternidad Gratuita

Es necesario señalar que la ley de maternidad gratuita, cubre costos de insumos, medicamentos y otros, que son insuficientes, pues muchas de las unidades operativas de salud del MSP, no cuenta con el personal mínimo para prestar servicios de salud materno infantiles, por ello es necesario, ampliar el conjunto de prestaciones y por otro lado, incrementar otros criterios de asignación presupuestaria. Por tanto, existe la posibilidad de contar con recursos financieros adicionales.

c) Recursos financieros provenientes del Aseguramiento Universal en Salud.

El Gobierno actual se encuentra empeñado en implementar el Programa de Aseguramiento Universal en Salud, los recursos se orientan a financiar un conjunto básico de prestaciones de salud, dirigido a la población mas pobre: primer y segundo quintil de la población. Si este programa se ejecuta de acuerdo a esta orientación, lo sistemas locales de salud, contarían con recursos financieros para la brindar servicios de salud gratuitos a la población beneficiara.

d) Recursos financieros de los Gobiernos Locales

Los gobiernos locales, destinan entre el 10% y 15% a la gestión local en salud, lo cual es un complemento importante a las otras fuentes de financiamiento.

e) Fuentes privadas.

Son recursos financieros que contribuye la población, que varía de acuerdo a sus condiciones socioeconómicas, debe ser aplicada solo una medida transitoria.

f) Fuentes de la cooperación nacional e internacional

Es importante señalar, que estos recursos deben dirigirse al fortalecimiento institucional de los Gobiernos Locales, transferencia de conocimientos a equipos técnicos locales, mejoramiento de la capacidad resolutive de las unidades de salud y no a financiar prestaciones de salud, pues no son sostenibles en el tiempo.

Los resultados positivos de la intervención de la cooperación se pueden medir si una vez culminado el proyecto o la asistencia de la cooperación, los procesos no se detienen.

CAPITULO 5

PERSPECTIVAS DE LA DESCENTRALIZACIÓN EN EL CANTÓN COTACACHI

5.1 ¿Va o no va la Descentralización?

5.1.2 Impactos: Positivo o negativo del proceso de Descentralización en la salud de la población de Cotacachi.

a. Impactos positivos en lo político y de proceso social.

Cotacachi, tiene aproximadamente tres años de asunción de las competencias de salud, y si bien aún, es prematuro hablar de impactos, sin embargo se puede apreciar que el proceso de descentralización ha incidido favorablemente a varios niveles.

- **En lo político:**

Mayor legitimidad social, de las autoridades locales del sector público y de la sociedad civil, por cuanto la población apoya las acciones en salud, que realiza el Municipio y la Sociedad Civil Organizada.

Mayor credibilidad de la democracia participativa, que fortalece la apropiación de los ciudadanos/as, respecto de su participación e incidencia en la toma de decisiones, "compartir el poder", "compartir la responsabilidad".

Mayor articulación de los proyectos, planes, programas y actividades del sector salud, dando como resultado coherencia en la aplicabilidad de las políticas públicas emitidas en el nivel local que guardan coherencia con las políticas públicas del nivel central y/o nacional.

- **En lo participativo**

Mayor enlace entre las instancias participativas, no solo de la mesa de salud, sino de ella misma y los otros actores, lo cual ha promovido el establecimiento de alianzas intersectoriales e interinstitucionales, fortaleciendo al propio proceso participativo.

- **En lo social.**

La experiencia de Cotacachi, ha generado una conciencia ciudadana, respecto del ejercicio de sus derechos. El mejoramiento de los servicios de salud del cantón, fortaleció el trabajo a nivel de los grupos vulnerables, así por ejemplo se potenció el trabajo y la protección a las mujeres víctimas de violencia doméstica que hoy cuenta con el Centro de Atención a la Mujer y ha promovido que los jóvenes bachilleres opten por estudiar medicina a través de becas otorgadas por la municipalidad.

- **En la gestión del Sistema Cantonal Descentralizado de Salud.**

Se encuentra en pleno proceso de construcción el Modelo de Atención en Salud, del sistema de salud, para lo cual se han realizado cambios profundos, en el gerenciamiento del sistema, que actualmente se encuentra dirigido por personal técnico calificado, quienes han impulsado el mejoramiento del nivel resolutivo de las unidades de salud de acuerdo a la demanda de la población, se ha promovido el licenciamiento de las unidades de salud, están modificando la estructura organizacional, la misma que debe responder al modelo de atención, de acuerdo a las directrices del Ministerio de Salud Pública.

- **En la gestión financiera**

Pese a que no se han transferido los recursos fiscales al Sistema Cantonal Descentralizado de Salud de Cotacachi; sin embargo el enfoque de intervención sistémica del sector, hace que el financiamiento de las acciones de salud, se costeen a través de un fondo común denominado –fondo local de salud-. Este fondo se alimenta de los recursos fiscales del Gobierno Central MSP y por Maternidad Gratuita, fondo del gobierno local: Municipio de Cotacachi, ONGs, sin fines de lucro, aportes en especie y de usuarios con capacidad de pago.

Estas medidas hacen que actualmente el uso de los recursos financieros sean más eficientes y eficaces.

- **En la opinión de la población sobre los servicios de Salud.**

La cooperación Técnica Belga a través de la la Fundación SUPERVIVENCIA, realiza una encuesta sobre satisfacción de usuario, realizado en las propias unidades de salud descentralizadas, el 80% de la población encuestada considera buena la atención en salud.

“La opinión¹⁰ de los pobladores sobre los servicios de salud públicos descentralizados, deben ser interpretadas tomando en consideración el proceso de auténtica participación ciudadana propiciado por el alcalde Auki Tituaña desde 1996, un proceso entre cuyos resultados se encuentra una notoria transformación de la concepción de trabajo existente al interior de los servicios de salud, especialmente el hospital. Por ello, apenas el 8.2% de la población encuestada en Cotacachi considera que su salud no ha mejorado en los últimos años. Esta percepción contrasta notoriamente con la apreciación a nivel provincial donde el 62% de los entrevistados considera que su situación de salud no ha mejorado. También, el 85% de los entrevistados considera que sí se realizaron actividades de salud en su cantón.

Por otra parte, en Cotacachi, el 87% de los entrevistados manifestó haber utilizado servicios de salud durante el último año. De este grupo, el 95% de las personas utilizó los servicios de salud proporcionados en el hospital y/o en otras instalaciones públicas. Apenas un 4% de entrevistados utilizó servicios en instalaciones privadas con fines de lucro. Entre aquellas personas que no acudió a los proveedores de salud, el 80% dijo no haber necesitado atención médica y el 20% destacó las inconveniencias ocasionadas por los horarios de atención o las distancias desde su domicilio hacia las instalaciones de salud.

Entre quienes utilizaron los servicios de salud ofrecidos en Cotacachi, el 95% expresó sentirse satisfecho por la atención prestada por los proveedores de salud. Entre las razones por las cuales los entrevistados dicen estar satisfechos, se pueden discriminar tres áreas temáticas: la buena atención apreciada como resultado de destrezas técnicas, la buena atención como expresión de mejores interacciones entre personal de salud y pacientes y, también, la buena atención delimitada básicamente a partir de una recepción de servicios gratuitos. Por otra parte, entre quienes fueron entrevistados en Cotacachi, el 93% considera que sí existe una diferencia en la atención de salud proporcionada en las instituciones públicas y en las instituciones privadas. Al ser preguntados sobre porqué existen tales diferencias, el 51% señaló a la buena calidad de la atención pública como la

¹⁰ Estudio de Identificación del Programa de Redes Plurales de Servicios básicos de salud. Provincia de Imbabura. Anexo - Cotacachi. “Encuesta de opinión. CONSORCIO FUNDACIÓN AESFIR – FUNDACIÓN DE ACCIÓN SOCIAL SUPERVIVENCIA (CONSULTORES). MSP- INECI - Cooperación Técnica Belga Enero. 2005

razón principal; el 46% destacó al buen trato otorgado por los profesionales públicos de salud; el 41.5% indicó los precios menores cobrados en las instituciones públicas y el 26% señaló las dificultades causadas por los horarios de atención.

Independientemente de que su condición socio-económica les permita o no acceder a servicios privados de salud, el 95% de los entrevistados dijo estar de acuerdo con la participación del gobierno municipal de Cotacachi en el manejo de los servicios públicos de salud. La mayoría destacó que la gestión del alcalde indígena ha permitido mayor eficiencia, transparencia, participación y solidaridad. En tal sentido, por ejemplo, apuntan respuestas como las siguientes: “ayuda a la gente que no tiene recursos”; “todos tenemos acceso”; “con el municipio se acabaron las compras de los puestos”; “el alcalde les hace trabajar a los m sobre este tema, cuyos resultados fueron los siguientes:

Otro aspecto importante, es la aplicación de encuestas édicos y enfermeras”; “el municipio dinamiza la salud a través del concejo y de los cooperantes cubanos”; “el municipio es calidad”; “utilizan bien los recursos”; “el municipio esta con manos limpias”; “el municipio ha entregado la responsabilidad al concejo”; entienden a la gente y tratan con respeto; es de todos el derecho; es el tiempo de emprender; “la salud llega a las comunidades y barrios”; “las atenciones para las mujeres son rápidas y amigables”; “las cosas antes eran muy malas, hacían sentir como que hacían un favor, ahora ya no”; “nos atienden con amor; para todos”; y “todos hemos necesitado algún día”....

Finalmente, entre aquellas personas que opinaron sobre aquello que debería realizarse para mejorar los servicios de salud en el cantón Cotacachi, el 53% considera que es necesario mayor participación, organización, exigencia y vigilancia ciudadana; el 12% considera que sería necesario mejorar aún más las interacciones entre el personal de salud y los pacientes especialmente femeninos e indígenas; el 12% señaló la necesidad de aumentar los recursos disponibles para el gobierno local y/o para la ampliación de la infraestructura física de salud; el 12% indicó que se debía aumentar el personal de salud especialmente en las parroquias más alejadas; el 5% indicó la necesidad de aumentar el acceso de la población a los servicios de salud; el 5% sugirió la necesidad de realizar medidas de salud preventiva y el 2% expresó la necesidad de conseguir medicinas a precios más baratos”.

Considero que el proceso de descentralización de las competencias de salud realizadas con responsabilidad, transparencia, conocimiento, tal como lo ha desarrollado el municipio de Cotacachi, no orienta a afirmar que el país puede mejorar su situación de salud, para ello es necesaria una alianza clara y urgente entre el Gobierno Local y el Gobierno Central.

4.1.2.1 Análisis de cobertura de los diferentes programas. Antes y después de solicitar la descentralización¹¹

En el año 2005, un equipo técnico del cual fui parte actualizó el Plan cantonal de salud de Cotacachi. El plan contiene algunas variables nuevas que responden a la dinámica propia del cantón, así como indicadores clásicos. Los resultados evidencian que la gestión descentralizada de los servicios de salud, son positivas, comprobando que la hipótesis inicial planteada para esta tesis, es correcta.

¹¹ Tomado del plan Cantonal de Salud de Cotacachi 2005

- **Articulación y atención de parteras al sistema cantonal descentralizado de salud**

El Sistema cantonal de salud de Cotacachi, articula el trabajo de las parteras a su gestión en salud. El trabajo de estas prestadoras ancestrales de salud es un aporte fundamental en la reducción de la mortalidad materna infantil. A continuación presentamos el registro de atención en salud prestada por las parteras.

Atención mujeres en el sistema medicina ancestral (año 2004)

No de parteras	No. Control prenatal	No de partos	No Control Posparto	CONTROL RECIÉN NACIDO	REFERENCIA A HOSPITAL
17	135	93	127	113	21

Fuente: Jambi Mascarié

La concentración de controles prenatales, realizados por parteras es más alta que la media nacional, a pesar de muchos controles no se registraban porque muchas de ellas, en ese entonces no sabía leer ni escribir. En la actualidad muchas de las parteras se han alfabetizado, lo que permitirá mejorar los datos y a su vez armonizando y simplificando los instrumentos de registro.

El proceso de capacitación permanente, sumado al proceso de licenciamiento de las parteras ha supuesto el desarrollo de registros técnicos, que permiten obtener importante información, como puede verse en el cuadro anexo

Registro de atención de parteras licenciadas

INFORME PRESTACIONES DE PARTERAS ACREDITADAS Y CAPACITADAS. 1 Trimestre 2005												
Comunidad.	Partera.	CONTROL PRENATAL			Parto	Género			Peso	CONTROL		REFERENCIA A HOSPITAL
		Trimestre				R.N.				POSPARTO	RECIÉN NACIDO	
		1	2	3		M	F	Kg.				
Santa Bárbara	María Luzmila Morán E.				1		1	3,6	1	1		
Topo Grande	Rosa Elena Túquerez				1	1		3,9	1	1		
Anrabí	Rosa Elena Túquerez				1	1			1	1		
Santa Bárbara	María Luzmila Morán E.		1								1	
La Calera	Blanca Vaca				1		1		1	1	1	
Domingo Savio	Francisca Saavedra				1	1		3,2	1	1		
Morales Chupa	Angelina Salazar				1	1		3,4	1	1		
Quitugo	Azucena Lita				1		1		1	1	1	
S. A. Punge	Zoila Túquerez				1	1		3	1	1		
Arrayanes	Zoila Túquerez				1		1	1,8	1	1	1	
Ugshapungo	Zoila Túquerez				1		1		1	1		
S. A. Punge	Zoila Túquerez		1									
San Pedro	Ana María Farinango			1								
San Pedro	Ana María Farinango			1								
San Pedro	Ana María Farinango			1								
San Pedro	Ana María Farinango			1								
San Pedro	Ana María Farinango			1								

San Pedro	Ana María Farinango			1						
San Pedro	Ana María Farinango			1						
Alambuela	María Carmen Cumba M.			1						
Alambuela	María Carmen Cumba M.			1						
Alambuela	María Carmen Cumba M.		1							
Alambuela	María Carmen Cumba M.			1						
Alambuela	María Carmen Cumba M.				1	1	2,9	1	1	

- **Atención a la violencia intrafamiliar**

La atención de la violencia intrafamiliar se ha constituido una prioridad y como acción fundamental del plan, se brinda una atención integral desde el 2003-2004.

A continuación los primeros resultados de estas atenciones que muestran que las mujeres mestizas (13) sufren mayores actos de violencia que las indígenas (9), lo agresores son en su mayoría son los esposos seguidos de los hermanos y el tipo de violencia más frecuente es la física y psicológica.

Casos atendidos por el Centro de Atención a la Mujer
(10 de noviembre de 2004 al 3 de enero de 2005)

	ETNIA	EDAD	No. HIJOS	ESTADO CIVIL	AGRESOR	TIPO DE VIOLENCIA	DIAGNÓSTICO	Casos
1	Mestiza	20	1	U. libre	Hermano	Física-psicol-sexual	Depresión	6
2	Indígena	26	5	Casada	Esposo	Física-psicol.	Depresión	3
3	Mestiza	28	5	Casada	Esposo	Física-psicol.	Ansiedad	4
4	Indígena	23	2	Casada	Esposo	Física-psicol.	Ansiedad	2
5	Mestiza	43	5	Casada	Esposo	Física-psicol.	Depresión Intento suicidio	1
6	Indígena	17	Emb.	Casada	Esposo	Física-psicol-sexual	Depresión Intento suicidio	2
7	Mestiza	45	3	Divorc.	Hermano	Física-psicol.	Ansiedad y depresión	2
8	Indígena	37	6	Casada	Esposo	Física-psicol.	Ansiedad y depresión	1
9	Negra	26	4	Casada	Esposo	Física-psicol.	Ansiedad y depresión	1
10	Indígena	26	4	Casada	Esposo	Psicológica	Conflictos de pareja	1

Fuente: PROYECTO DE DESARROLLO INTEGRAL DE LA MUJER DEL CANTÓN COTACACHI. 2005

Actualmente el sistema cantonal de salud se encuentra aplicando en el cantón la Ficha Única de Registro de Violencia Intrafamiliar y de Género, lo que permitirá contar un una información cuantitativa confiable, que hasta ahora no ha sido posible. Esa información será la base para la toma de decisiones destinadas a superar la problemática de la violencia intrafamiliar en el cantón.

- **Atención Hospitalaria**

El Hospital Asdrúbal de la Torre es un Hospital Básico Cantonal cuyos indicadores de producción son los siguientes:

HOSPITAL ASDRÚBAL DE LA TORRE – INDICADORES DE PRODUCCIÓN			
ÍNDICE	2000	2003	2004
OCUPACIÓN GENERAL	37,2%	70,4%	82.7%
OCUPACION PEDIATRIA	22,8%	62,1%	59.7%
OCUPACIÓN GINECO-OBSTETRICIA	51,0%	105,6%	111.6%
OCUPACIÓN MEDICINA GENERAL	---	56,1%	77.3%

Fuente: Estadísticas Hospitalarias Hospital Asdrúbal de la Torre

La ocupación del hospital en el 2004 incremento en 12.3 puntos porcentuales.

Hospital Asdrúbal De La Torre – indicadores hospitalarios

OTROS INDICADORES	2000	2003	2004
Días estadía	3,80	4,19	3.7
Cirugías	90	218	439
Emergencias	1.579	2.865	3.869
Partos normales	156	256	455
Procedimientos diagnósticos ambulatorios	13.492	36.593	54.131
Recetas médicas hospital		18.707	35.475
Recetas médicas área		28.563	
Referencias hospitalarias			

Fuente: División Nacional de Estadística MSP

Todos los indicadores hospitalarios han crecido adecuadamente a lo largo del quinquenio como puede verse en el cuadro precedente. De los datos anteriores, se define un importante crecimiento en la cobertura del Hospital Asdrúbal de la Torre.

Producción hospitalaria – 2003 -2004

TIPO DE ATENCIÓN	2003	2004
Partos Hospital / Unidades	335	455
Egresos hospitalarios	727	994

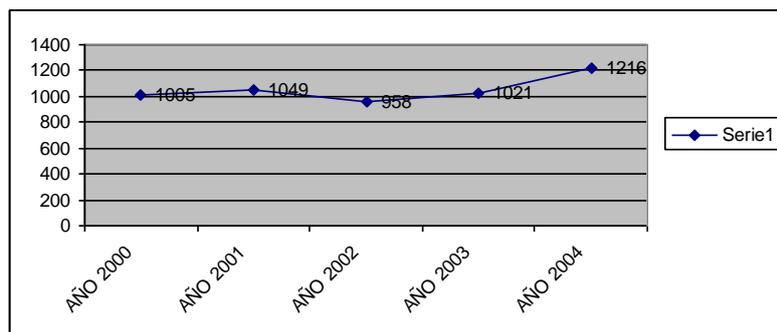
Fuente: Departamento de Estadística – Hospital Asdrúbal de la Torre

En el quinquenio 2000 – 2004 se puede apreciar un incremento de las prestaciones de servicios de salud especialmente a las mujeres y a los niños menores de 5 años

Cuadro comparativo de las prestaciones de salud en el quinquenio 2000 – 2004

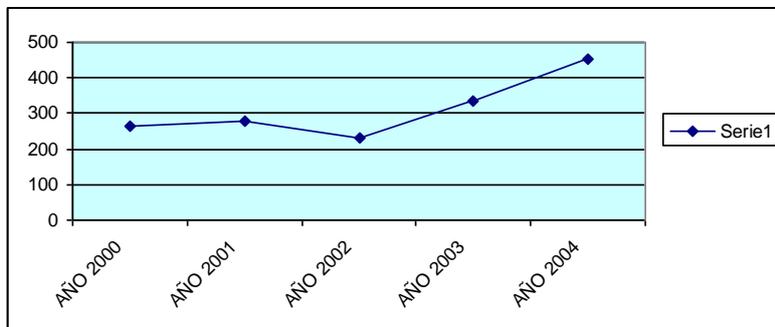
HOSPITAL ASDRUBAL DE LA TORRE COTACACHI						
Nº	PRESTACION DE SERVICIOS	TOTAL PRODUCCION SDS				
		2000	2001	2002	2003	2004
MUJERES						
1	ATENCION DEL PARTO	263	279	230	335	455
2	CONTROL PRENATAL (1ras)	1005	1049	958	1021	1216
3	ATENCION POST-PARTO	156	246	228	197	202
4	ATENCION ODONT/GESTANTES (1ras)	276	315	464	311	151
5	REG DE LA FECUNDIDAD	603	1493	1601	2038	3764
6	DOC. (nuevas)	576	559	642	160	782
MENORES DE UN AÑO						
7	FOMENTO (1ras)	1139	1491	1473	1198	1541
1 A 4 AÑOS						
10	FOMENTOS (1ras)	1063	1338	1418	1457	1765
11	ATENCION ODONT/PRESCOLARES (1ras)	274	139	472	433	385
Nº	CONCENTRACIONES	2000	2001	2002	2003	2004
12	PRENATAL	2	2	2	3	3
13	MENORES DE 1 AÑO	3	2	2	3	3
14	1 A 4 AÑOS	2	2	2	3	2

Control Prenatal



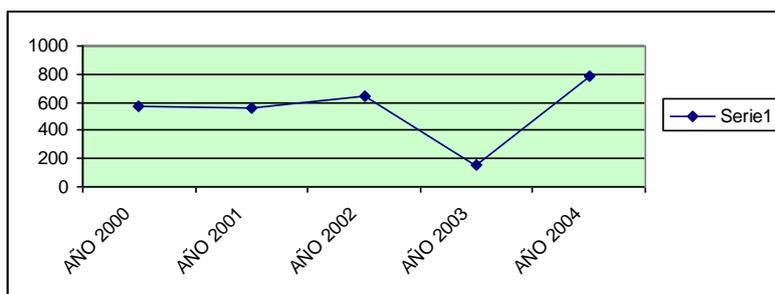
En cuanto al control prenatal como se puede observar en el cuadro 47, el crecimiento de la atención durante el quinquenio es de alrededor del 21%. Interesante por demás resulta que la concentración se incrementa en un punto, denotando mejoramiento en la captación y seguimiento de las embarazadas.

Atención de Parto



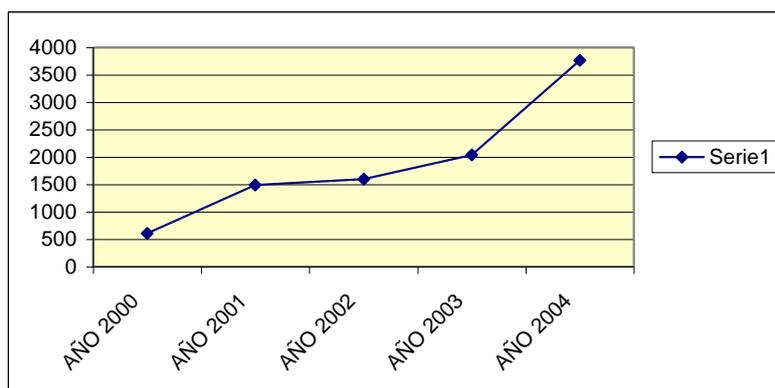
La atención del parto institucional atendido por profesional, a lo largo del quinquenio, incrementa notablemente en un 73%, al pasar de 263 a 455 partos atendidos.

Detección oportuna de cáncer (DOC)



En cuanto al programa de detección oportuna de cáncer del Ministerio de Salud Pública, para 2004 en el cantón se han atendido a 782 mujeres en el Área de salud No 3, evidenciándose un crecimiento de producción entre el 2000 y el 2004 del 35%.

Planificación familiar



La planificación familiar es uno de los grandes logros del nuevo modelo de salud del cantón Cotacachi, la sorprendente cifra de crecimiento en el quinquenio arroja un

porcentaje de 524% al pasar de 603 consultas a 3764 como se puede observar en el cuadro 47.

Es evidente que el proceso de descentralización en Cotacachi, tiene grandes logros, lo cual sugiere que el proceso de descentralización de las competencias de salud, es una alternativa válida, que podría ser implementada a nivel nacional.

4.1.3 Desafíos del proceso de descentralización en el Cantón Cotacachi.

El Municipio de Cotacachi – Gobierno Local, ha logrado demostrar que descentralizar las competencias de salud, es beneficioso para la población, sin embargo, mantener este criterio, implica mejorar y fortalecer sus condiciones internas, así como tratar de incidir en otros aspectos, sobre los cuales no tiene control, a continuación algunos desafíos pendientes:

- ✓ Cambiar la modalidad de asignación presupuestaria: de estimaciones históricas ir hacia la asignación financiera con criterios de equidad, lo cual demanda concertar con las máximas autoridades del Ministerio de Salud Pública y del Ministerio de Economía y Finanzas.
- ✓ Operacionalizar en todo el sistema de salud, la aplicación de herramientas e indicadores de gestión para impulsar asignaciones en mejores condiciones y volúmenes para las prioridades y actividades de salud.
- ✓ Establecer mecanismos sencillos y prácticos de seguimiento y evaluación de uso de los recursos fiscales en salud, que impacten en la calidad, eficiencia en la gestión de salud, cambios en la estructura de costos de las prestaciones, reducción de los gastos de bolsillo de los usuarios atendidos, etc.
- ✓ El proceso de descentralización fiscal de recursos en materia de salud requiere del compromiso y decisión política del más alto nivel y por tanto requiere la generación de apoyo político de las instancias respectivas.
- ✓ Realizar la Planificación de manera conjunta y objetiva el proceso de transferencia de algunas competencias que se acompañen de sus respaldos económicos fiscales.
- ✓ En cada nivel y de acuerdo a sus competencias se deberán iniciar profundos cambios en el orden organizacional, metodológico e instrumental que dé respuestas inmediatas a los nuevos requerimientos de la descentralización de recursos fiscales.
- ✓ Incorporar herramientas gerenciales como los sistemas de información, monitoreo y evaluación integral (técnico, administrativo y financiero), determinación de costos, tableros de control, etc. para asegurar la planificación, ejecución, medición y toma de decisiones exitosas. (Quién no mide....no gerencia). Un avance a considerar son las experiencias y lecciones aprendidas con el SIGEF.
- ✓ Determinar claramente los alcances reales de los compromisos a asumir en cuanto a indicadores de Equidad (disminución % de brechas), Eficacia (ampliación de cobertura), Calidad (mejoramiento de calidad interna y % de satisfacción de usuarios), Eficiencia (reducción de pérdidas, incremento de ingresos, reducción del déficit), e Efectividad (capacidad de logro en la gestión clínica y ambulatoria).
- ✓ Se destaca que para construir indicadores de gestión financiera se requiere todo un sistema base de contabilidad de costos.

- ✓ En todo momento la capacitación al recurso humano en temas técnicos y de gerencia (técnicas de negociación, toma de decisiones exitosas, desarrollo de ambientes laborables agradables y demás) permitirán mejorar sus conductas y actitudes individuales y el trato al usuario.
- ✓ Finalmente aunque se necesite de más tiempo de lo previsto, es importante vivir el proceso con etapas claras, objetivos, actividades y resultados concretos que nos conduzcan al cambio esperado del bienestar social en los Cantones Descentralizados.

CONCLUSIONES

- ✚ La descentralización es un asunto político, pues pese a que el Municipio de Cotacachi, ha demostrado con indicadores claves y claros que la gestión de la salud por el gobierno local es positiva y beneficiosa para la población, existe una oposición del Ministerio de Salud, debido a presiones políticas ejercidas por los gremios, sindicatos y mandos medios.
- ✚ La descentralización no es un fin, es un medio, una estrategia para mejorar la prestación de servicios públicos a la población y al vez garantizar su acceso.
- ✚ No existe una conducción por parte del Ministerio de Salud Pública, que guíe este proceso, lo cual obliga a los municipio a implementar sistemas de salud locales diferentes y diversos, lo cual podría caotizar aún mas los problemas del sector salud.
- ✚ No se aprecia la complejidad del proceso de descentralización, se cree que es apenas transferir recursos de un sitio a otro y no de analizar que esta transferencia implica realizar cambios profundos en la gestión administrativa, financiera, de recursos humanos, y que de no hacerlo correctamente pone en riesgo el éxito y la sostenibilidad de los sistemas descentralizados de salud.
- ✚ Existen implicaciones legales y/ o tipo regulador, lo cual no se supera por cuanto las instancias del Estado que deben pronunciarse al respecto no lo han hecho, tal es el caso planteado sobre la transferencia de los recursos humanos, que de acuerdo al criterio de los trabajadores de la salud, cambiar de nivel de gobierno es despido intempestivo, pero en algunas normas jurídicas se señala que al continuar siendo trabajadores del Estado, no es aplicable el concepto de despido intempestivo.
- ✚ El nivel central no asume con responsabilidad su rol rector, por lo cual es muy complejo trabajar con los técnicos del Ministerio de Salud, pues se asocia el rol rector con la prestación directa de servicios de salud, lo cual implica una disputa constante con el nivel local.
- ✚ Los recursos financieros actuales que se destinan a la salud, no están en concordancia con las responsabilidades descentralizadas, lo cual implica un gran esfuerzo del Gobierno Local para ir compensando las brechas en la asignación del recurso financiero y dificulta la ampliación del conjunto de prestaciones de salud a la población.

RECOMENDACIONES

- ✚ El gobierno local antes de ir hacia la descentralización de competencias de salud, realizó un amplio proceso de análisis respecto de sus condiciones internas tanto políticas, cuanto financieras y de apoyo ciudadano, lo cual le permitió planificar el proceso en sí mismo e ir definiendo las características del sistema cantonal de salud.
- ✚ Es necesario establecer metas, objetivos, resultados claros, viables y de acuerdo a la realidad local, caso contrario la ciudadanía podría ver frustrada sus

aspiraciones y deslegitimar el proceso de implementación del sistema descentralizado.

- ✚ El Municipio de Cotacachi, antes de demandar competencias de salud, realizó un estudio de sostenibilidad financiera de la gestión descentralizada de la salud, especialmente en lo que compete al financiamiento de la prestación del servicio de salud e impacto fiscal sobre la transferencia de los recursos humanos. Este estudio orientó a que el Municipio de Cotacachi, tome la decisión de no asumir el recurso humano, mientras no exista una modalidad de compensación financiera del Gobierno Central respecto del impacto fiscal que implica transferir recurso humano.
- ✚ Es recomendable ir implementado gradualmente la descentralización, el municipio de Cotacachi a lo largo del tiempo ha ido realizando cambios fundamentales en la gestión administrativa y financiera.
- ✚ Es importante capacitar al personal de salud, técnicos y trabajadores de la salud, con el objetivo de mejorar sus experticias, acondicionarse a la nueva gestión, generar tranquilidad respecto de su estabilidad y derechos adquiridos, así como generar un clima colaborativo interno, que no obstaculice la implementación de la gestión descentralizada.
- ✚ Socializar e informar a la ciudadanía los resultados que se van alcanzando, esto genera apoyo ciudadano y son quienes logran equilibrar y mediar cuando existen tensiones entre los directivos y personal que se opone al proceso.
- ✚ Es crucial establecer un sistema de monitoreo y evaluación, pues permite ir corrigiendo las deficiencias, así como fortalecer los aciertos.

Bibliografía

1. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud
2. Reglamento de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud
3. Ley Especial de Descentralización y Participación Social
4. Teoría del Desarrollo: Nuevos enfoques y Problemas. Reinold E. Thiel
5. Principios de la Economía de la Salud. Bitrán Asociados.
6. Diccionario de Economía de la Salud. Programa Flagship.
7. Promoción de la Salud. Enfoque en Salud Familiar Jáurequi/ Suárez
8. Estudio de Identificación del Programa de Redes Plurales de Servicios básicos de salud. Provincia de Imbabura. Anexo - Cotacachi. "Encuesta de opinión. CONSORCIO FUNDACIÓN AESFIR – FUNDACIÓN DE ACCIÓN SOCIAL SUPERVIVENCIA (CONSULTORES). MSP- INECI - Cooperación Técnica Belga Enero. 2005
9. Plan de desarrollo cantonal Municipio de Cotacachi 2005
10. Plan cantonal de salud, Municipio de Cotacachi 2005
11. Manual de presupuesto participativo, Municipio de Cotacachi 2005
12. Asignación equitativa de recursos fiscales a competencias de salud CONAM 2005
13. Plan de aseguramiento Universal SODEM 2005, documento borrador
14. Ruth Lucio – ARD3D Metodología de gestión financiera. 2006
15. Descentralización, Autonomías y Solidaridad Nacional. Marco Antonio Guzmán
16. Método de Pago a Prestadores Instituto del Banco Mundial
17. Focalización y paquete de beneficios. Instituto del Banco Mundial
18. Hacia el fortalecimiento de la Rectoría del Estado en Salud en el Ecuador: Logros, retos y perspectivas. Varios Autores Políticas de Salud y Reforma Sectorial. Publicación Centro de Estudios de Población CEPAR
19. Gerencia de Procesos, Para la organización y el control interno de empresas de salud. Braulio Mejía García.
20. La Descentralización en el Ecuador. Lautaro Ojeda Segovia.
21. Descentralización del Estado y Poder Local: Presupuestos Teóricos Analíticos en Ecuador. Debate No 50 Quito, Agosto
22. Humberto Mata. "Proyecto de autonomías ecuatorianas" en Francisco Muñoz comp.. Descentralizaciones, Tramasocial, Quito.
23. Ecuador, un modelo para (des) armar, descentralización, disparidades y modelo de desarrollo. Augusto Barrera. Centro de Investigaciones Ciudad.
24. Propuestas de Descentralización y elementos de análisis. Cuadernos de Descentralización No 3 CORDES.
25. Ley Orgánica de Régimen Municipal
26. Ley del 15% para los Gobiernos Seccionales
27. Descentralización y Participación ciudadana. Auki Tituaña Males. Quito, Enero 2003
28. Conjunto de herramientas para el manejo del proceso político: Un desafío crítico para la reforma del sector salud. Cuadernos LACRSS
29. Funciones esenciales del sistema de salud. Paulina Gómez, Chile, 1998
30. Introducción a la gestión estratégica. Susan Scribner
31. Descentralización, estado Uninacional vs. Estado Plurinacional Nina Pacari Vega, Quito 2002
32. La Descentralización de los Servicios de Salud en Bolivia, Ecuador, Colombia. Úrsula Gedión
33. Alternativa de pago a los proveedores de Salud en América latina.
34. Incentivos para mejorar la prestación de los servicios de salud Cartilla de Políticas PHR
35. Toma de decisiones para la equidad en la reforma del sector salud Ediciones Especiales LACRSS
36. El peso de la enfermedad en el Ecuador Publicación CEPAR