



UNIVERSIDAD DE LOS HEMISFERIOS

FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y POLÍTICAS

CARRERA DE CIENCIAS POLÍTICAS Y RELACIONES INTERNACIONALES

**FALENCIAS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD COMO
RESULTADO DE LA DESARTICULACIÓN ESTRUCTURAL DEL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR**

NADIA DÁVILA ZABALA

DIRECTOR DE TESIS: HARRY MARTIN DORN HOLMANN

QUITO-ECUADOR 2013

A mis padres por día a día
alentarme, transmitirme vitalidad
y enseñarme a perseverar.

A Harry Dorn por su absoluto
apoyo, dedicación y ánimo.

A todos quienes me
acompañaron en esta
trayectoria de aprendizaje y
conocimientos.

DECLARACION DE ACEPTACIÓN DE NORMA ÉTICA Y DERECHOS

El presente documento se ciñe a las normas éticas y reglamentarias de las Universidad de Los Hemisferio. Así, declaro que lo contenido en éste ha sido redactado con entera sujeción al respeto de los derechos de autor, citando adecuadamente las fuentes. Por tal motivo, autorizo a la Biblioteca a que haga pública su disponibilidad para lectura, a la vez que cedo los derechos de publicación a la Universidad de Los Hemisferios.

De comprobarse que no cumplí con las estipulaciones éticas, incurriendo en caso de plagio, me someto a las determinaciones que la propia Universidad plantee. Asimismo, no podré disponer del contenido de la presente investigación a menos que eleve por escrito el requerimiento para su evaluación a la Comisión Permanente de la Universidad de Los Hemisferios.

Nadia Dávila Z.

ÍNDICE

	Pág.
CAPÍTULO I	
1.1. Introducción.....	3-11
1.2. Formulación del Problema.....	12-14
1.3. Antecedentes.....	14-19
1.4. Objetivos.....	20
1.5. Pregunta de Investigación.....	21
CAPÍTULO II	
2,1. Enfoque Teórico.....	22-80
2.2. Hipótesis de la investigación.....	81-82
2.3. Metodología de la investigación.....	82-83
2.3.1 Fuentes de análisis de la investigación.....	83-85
CAPÍTULO III	
3.1. Aplicación del esquema de análisis de la investigación....	86-107
CAPÍTULO IV	
4.1. Conclusiones.....	108-118
4.2. Bibliografía.....	119-124
4.3. Glosario de conceptos.....	125-126

CAPÍTULO I

1.1. Introducción

La salud es un área de extrema importancia para el desarrollo de una nación, porque solo una población sana y bien atendida puede desarrollarse íntegramente. No obstante, a través de la historia del Ecuador, se ha evidenciado un claro desapego por parte de los gobiernos hacia el sector salud y por ello, en diversas ocasiones los fondos destinados para este han sido afectados por problemas como la corrupción y la crisis gubernamental, o las prioridades establecidas por los propios gobiernos, como fue el caso de Sixto Durán Ballén.

En años recientes, se ha invertido una mayor cantidad de dinero en esta área debido al incremento del Producto Interno Bruto (PIB) entre otros aspectos. Un dato claro es que en el 2008, el 4.2% del PIB pasó a 5.9%. El gasto per cápita en salud aumentó de 202 dólares en 2000 a 474 dólares en 2008. El gasto público se incrementó de 31.2% del gasto total en salud a 39.5%. Y en el mismo año, el gasto privado en esta área representó 60.5% del gasto total (OMS, 2011).

En el año 2010, el PIB per cápita se incrementó en 2.12%, al pasar de USD 1,722.2 en 2009 a USD 1,758.8 en 2010. Es decir que el crecimiento del PIB fue de 3.58% y el presupuesto para el sector salud fue de USD 1.266 millones (Banco Central del Ecuador, 2011).

Para el 2012, según la proforma presupuestaria que ascendió a USD 26.109 millones, el presupuesto para el sector salud era de USD 1.775 millones, de los cuales USD 891 millones se utilizaron para aumentar el salario de los médicos y personal que labora en este campo (Ecuador Inmediato, 2011).

No obstante, la inversión en el sector salud no debería depender únicamente del nivel de crecimiento del PIB, sino que tendría que estar condicionado por las necesidades de la población ecuatoriana.

En el gobierno de Rafael Correa, la salud ha sido una de las principales prioridades y el incremento de la inversión de recursos en esta área ha podido ser evidenciado en la participación del sector salud en la distribución del gasto público y, además, en la propaganda oficialista. Pero ¿hasta qué punto es verídico este tema?

En los últimos quince años, la evolución política del Estado ecuatoriano se ha caracterizado por una gran inestabilidad en las instituciones y un alto grado de conflictividad social.

Entre 1992 y 2006 han existido ocho gobiernos, lo cual ha traído como consecuencia una profunda crisis de gobernabilidad, el incremento de la corrupción, violencia social, desequilibrios administrativos y falta de continuidad en la gestión pública.

Estos problemas han repercutido negativamente en la inversión estatal en salud, y en la dinámica del sector y sus reformas, generando un gran descontento en la población. Al respecto, en la investigación realizada en el año 2011 por el Profesor Harry Martín Dorn Holmann sobre la Inversión Externa Directa en el Ecuador, nos dice lo siguiente acerca de la inestabilidad política y la ingobernabilidad:

Desde el año 1992 hasta el año 2008 el Ecuador se caracteriza por una cultura política focalizada, elitista, grupal, clientelar, que responde únicamente a la presión de grupos de actores diversos, generando una inestabilidad institucional total, desprestigiando el sistema democrático presidencial representativo.

Durante el periodo en cuestión, predominan las prácticas políticas perversas como único instrumento de superación de las disputas al interior de los poderes y entre poderes, dando origen a una forma particular de gobierno que Felipe Burbano de Lara caracterizó como “la gobernabilidad en la ingobernabilidad”.

Ante una ausencia total de consensos y de comportamientos cooperativos por parte de los diversos actores políticos, las negociaciones y decisiones se toman y se trazan desde una perspectiva de las relaciones de poder, sin importar las aspiraciones y proyectos sociales ni la racionalidad política y económica que debe caracterizar a todo sistema político administrativo democrático representativo, en cualquiera de sus modalidades.

En tal contexto político y bajo tales condiciones, no extraña en absoluto que Ecuador haya tenido 10 gobiernos entre el año 1993 y el año 2007, una falta total de continuidad en las reglas para la inversión externa directa y un manejo discrecional de los contratos con el sector público, ya sea dentro o fuera de la institucionalidad, ahuyentando de esta manera a los inversionistas extranjeros.

De igual manera, la falta total de continuidad se refleja en el número de constituciones que ha tenido el Ecuador en comparación con otros países de América latina y Europa:

PAÍS	#	PAÍS	#
	CONSTITUCIONES		CONSTITUCIONES
Ecuador	20	Alemania	3
Argentina	6	Bélgica	1
Brasil	8	Corea del Sur	2
Costa Rica	9	Estados Unidos	1
México	8		

De acuerdo a estos indicadores, Ecuador se sitúa a la altura de Venezuela con 25 constituciones, Haití con 24, y Bolivia con 16.

Actualmente, la crisis institucional continua, y de acuerdo a ciertos actores políticos la consulta popular es una prueba de ello.

En efecto, en la revista Vanguardia del 31 de enero al 6 de febrero de 2011, en la página 17, Gustavo Larrea se pronuncia por una recreación partidista, y dice, frente al anuncio de consulta, que “restringe la democracia y golpea la división de los poderes del Estado”.

En la misma revista y el mismo número, en la página 16, Larrea afirma que “la negativa en ciernes supone un rechazo a los plenos poderes, encarnados en Rafael Correa, a un asalto a las demás funciones del Estado y a un aborto autoinducido del proceso constituyente de Montecristi”.

Adicionalmente, el movimiento Alianza País enfrenta una crisis de disidencia de sus más importantes aliados, como es el caso de Ruptura de los 25, que de acuerdo a la misma revista Vanguardia (2008) dieron los primeros pasos de una transformación radical, y enseguida cuestiona: “¿Podrá Rafael Correa evaluar lo que significan, éticamente para su proyecto político, estas disidencias? ¿O los áulicos de Alianza País harán prevalecer que el movimiento está más unido que nunca? ¿Unido en torno a principios?”

Posteriormente, continúa hablando acerca de la inseguridad jurídica, la corrupción, los controles y el Estado de Derecho:

La falta de seguridad jurídica en el Ecuador es un tema antiguo que se agudiza cada vez más por la inoperancia de los medios de control del Estado y de la Sociedad Civil. Lamentablemente, la inseguridad invade cada vez más la esfera pública y privada en detrimento de los contratos privados y cualquier otra modalidad de compromiso entre partes interesadas. El comportamiento ético se pervierte. La moral se relativiza. Los valores se materializan. El positivismo puro y frío se afianza.

Las acusaciones de corrupción se producen a diario y cada vez con mayor intensidad, por las dimensiones de las actividades productivas, más intensas y descentralizadas, y por los flujos de capital, cuyos montos en el mundo global alcanzan dimensiones nunca vistas en la historia de la humanidad.

En países del tercer mundo, la demanda de la India y la China caen como las primeras aguas de verano, por los incrementos de precios en productos agrícolas y petróleo. El Estado incrementa sus ingresos y el populismo aflora. Los nuevos ricos pululan.

Los contratos y sus disposiciones, caminan por un lado y la aplicación de la justicia camina con su propio ritmo e intereses por el otro. Aquello de que los términos y condiciones de un contrato son considerados ley para las partes ha quedado en la pura teoría, cuando la doctrina y la ley caminan por rumbos distintos de la correcta aplicación de la justicia.

El concepto de justicia mismo ha degenerado en un total y completo relativismo, donde el parentesco, la amistad, las influencias, los intereses creados, el poder político, y otros factores, condicionan para cada caso individual la interpretación y aplicación de la ley. Lo particular prima sobre lo general y las excepciones sobre la regla, donde la sociedad civil muere de fatiga y dolor en el “peladero judicante”.

La descomposición moral de la sociedad civil se acentúa y la sociedad política se contamina y ambas repotencian la corrupción de la justicia, ya que las prácticas y procedimientos aplicados salen totalmente fuera de la institucionalidad formal, configurándose así un verdadero sistema de Insumo-Producto y retroalimentación eficiente, para el perfeccionamiento “cultural” de la corrupta corrupta. A la larga, la sociedad civil se sacrifica, se autoinmola.

En otro ámbito, respecto de la finalidad y operatividad de los contratos, en términos comerciales y económicos en general, la moda vigente consiste en buscar a toda costa y por todos los medios la caducidad de los mismos, antes que superar las posibles y normales controversias que se pueden suscitar en toda práctica comercial o financiera.

Todo contrato es un instrumento convencional en función de una actividad humana que debe regularse, conforme a los términos y condiciones previstas en la ley, y de acuerdo al interés y conveniencia de las partes.

Un contrato comercial, por ejemplo, pretende fijar los términos y condiciones generales y de conveniencia, en el marco de la ley, para que las partes realicen sus respectivos objetivos utilitarios, dando origen a la celebración del contrato y aplicación de los términos de conveniencia. En consecuencia, toda controversia o conflicto debería superarse en defensa y protección de los objetivos de las partes y no en interés de abogados, jueces y personal de los juzgados, o de alguna autoridad o poder político interesado.

En tal virtud, la vigencia y respeto de los contratos constituye uno de los principales pilares y sustento de nuestras democracias liberales representativas, pero como bien lo explica el Dr. Fabián Corral (2008):

“Es uno de los principios más enunciados pero menos comprendidos y aplicados. Más aún, constituye una genuina aspiración de la sociedad. Pero, hay quienes dicen que la seguridad jurídica es una excusa para mantener el statu quo, y un argumento para defender privilegios y obstaculizar el cambio” (Corral, F. (2008, 2 de febrero). La Seguridad Jurídica. *Diario El Comercio*).

La seguridad jurídica se mide por la aplicación de la justicia en función del régimen o marco jurídico vigente en nuestras sociedades, y no necesariamente para defender privilegios mediante prácticas corruptas ya denunciadas, o reproducir relaciones de poder. Un régimen de derecho y vivir bajo un régimen de derecho, puede traer o no consecuencias perversas dependiendo del uso que se dé al ordenamiento jurídico. Se trata más bien de la cultura jurídica, sustentada en lo que es éticamente correcto, la que moldea un comportamiento justo como antesala y sustento del ordenamiento jurídico. De no ser así, no tendría sentido aspirar a un verdadero régimen democrático, llámese democracia británica, parlamentaria o presidencialista, representativa o directa. Pues, lo pervertido pervierte.

En consecuencia, atacar o condenar la norma per se o al orden jurídico per se no tiene sentido, puesto que la bondad del instrumento depende del uso del instrumento. Un bisturí no es un instrumento bueno o malo per se, y su uso y resultados dependen de la formación, experiencia y capacidades del médico; de su capacidad técnica y científica para sanar, y de su predisposición para hacer el bien.

En cuanto al aspecto doctrinario, la seguridad jurídica es un tema de producción reciente en los textos ecuatorianos, pero el problema no solamente se origina ahí. El concepto podría estar mil veces consagrado y definido en la constitución y cuerpo de leyes, pero no habrá seguridad jurídica mientras no se valore y se interiorice el valor de la seguridad jurídica. La existencia y reconocimiento de un derecho no necesariamente implica el goce pleno de ese o esos derechos, especialmente en el ámbito de los derechos económicos y sociales, ya no se diga en el ámbito de administración de la justicia.

Concuerdo plenamente con el Dr. Fabián Corral cuando afirma que:

“La existencia de reglas de juego sólidas, justas y bien hechas asegura la previsibilidad respecto de los actos de las autoridades y de los jueces. La responsabilidad legal del Estado y sus funcionarios y la posibilidad de demandar daños y perjuicios por sus acciones y omisiones, garantizan el apego a la Ley”. (Corral, F. 2008).

De acuerdo. Pero el problema no radica solamente en la existencia o elaboración de las leyes, sino más bien en el análisis perverso del costo-beneficio por infringir la ley o aplicar criterios equivocados para beneficiar una de las partes, “interpretando” la ley. Nuevamente, regresamos al concepto de ciudadano “virtuoso” del que hablaba Montesquieu para que un sistema de equilibrio de poderes funcione y una existencia plena en derecho se haga realidad. “Crear en el estricto cumplimiento y apego a la ley”.

En definitiva, es la ética de la sociedad civil el sustento moral de la sociedad política o sistema político-administrativo, y eso incluye al poder judicial, como uno de los principales poderes del Estado.

Al respecto, en el Mirador, Pulso, de la Revista Vanguardia, se lee lo siguiente:

“El tablero político del país sufrió un remezón la semana pasada, luego de que la Corte Constitucional ordenara la suspensión de los procesos de revocatoria de mandato en todo el territorio nacional, lo cual llenó el escenario de intérpretes de la norma suprema”....”El presidente del Consejo Nacional Electoral, Omar Simón, quiso ordenar el caos y lanzó una advertencia al máximo organismo judicial: podría ser destituido si no justifica sus acciones por suspender un derecho ciudadano e interferir con procesos electorales en marcha. Mientras el tablero político vuelve a su sitio, quedó en el aire la sensación de que la Constitución se interpreta, según la conveniencia de quien la utiliza” (Revista Vanguardia, 2008, p.10).

Joffre Campaña Mora, en su artículo titulado ¡LA SEGURIDAD JURÍDICA HA MUERTO! nos dice lo siguiente:

“Esta visión de la Corte Constitucional ha asesinado a la seguridad jurídica en el Ecuador. Ya no existirá certidumbre de nada y para nadie. Esta visión implica también que lo presente valdrá mientras dure esta Constitución. No importa cuánto dure la Constitución de Montecristi. Una vez que se reforme, vendrá una nueva Corte Constitucional, la que para entonces tal vez se denominará de otra manera. Se me ocurre que se la podría llamar Corte de la Verdadera Constitución. Entonces, siguiendo el principio que se ha consignado en la sentencia que comento, la nueva Corte de la Verdadera Revolución podrá sentenciar que todos los contratos, actos administrativos, sentencias y leyes, expedidos conforme a la Constitución de Montecristi, no valen y que por tanto, todo puede o debe ser readaptado a la nueva Constitución” (Campaña Mora, J. (s.f.). *Goberna & Derecho*. Recuperado 2 de septiembre de 2009, de ¡La Seguridad Jurídica ha Muerto!: www.goberna.org).

En resumen y conclusión, el problema de la inseguridad jurídica en Ecuador no es un problema de leyes o existencia de leyes. El problema más bien radica en la aplicación de las leyes, el irrespeto al espíritu de la ley, la falta de motivación para impartir justicia y la flexibilidad perversa para interpretar la ley y manipular la institucionalidad de acuerdo a las conveniencias del momento:

“Más allá de aquellos males crónicos, una fuente directa de inseguridad jurídica es la injerencia en el ámbito judicial de intereses ajenos, sean políticos o económicos” (Corral, F. (2002, 8 de octubre). *Causas de Inseguridad Jurídica*. *Diario El Comercio*).

Al respecto, Manuel Chiriboga Vega en su editorial del domingo 23 de enero de 2011 en Diario El Universo, titulado La Consulta y las Instituciones nos dice:

El presidente Correa ha decidido proponer a los ciudadanos una serie de preguntas que, de ser aprobadas en referéndum, reformarán la muy reciente Constitución de Montecristi. Si bien se debe esperar el pronunciamiento de la Corte Constitucional, cabe preguntarse sobre las implicaciones que esto puede tener sobre la construcción de instituciones estables y fiables.

El gobierno del presidente Correa ha buscado proyectar en estos cuatro años una imagen de gobierno estable, que construye un nuevo sistema institucional (en el sentido de reglas y normas, derechos y garantías) y unos organismos creados para velar por su cumplimiento, respecto de los cuales los ciudadanos pueden sentirse seguros.

¿Por qué el referéndum afecta esta imagen? Básicamente porque el Gobierno mete la mano en la justicia en la forma como siempre se hizo en el país: influyendo en el procedimiento para el nombramiento de jueces. En última instancia, son ellos los garantes de la vigencia de las leyes y normas a los que pueden acudir los ciudadanos, si se consideran afectados. No se persigue, como bien lo ha señalado Julio César Trujillo, modificar las causas de un mal sistema de justicia: actualización de las reglas, capacitación de jueces y carrera judicial, sino en seleccionar otros jueces, que se apuesta serán mejores que los anteriores.

No es diferente lamentablemente a lo que hicieron Febres-Cordero o Gutiérrez hace muy pocos años. Se puede argüir la superioridad moral, pero el procedimiento empaña justamente ese argumento y genera sospecha. A ello hay que añadir que se opta por una vía de reforma constitucional en el ámbito de los derechos y garantías que la Constitución prescribe, debe hacerse por vía de Asamblea Constituyente y luego referéndum.

Esto proyecta una doble imagen: la debilidad de nuestras instituciones, es decir las normas, incluyendo las constitucionales, siempre sujetas a cambio, que pueden ajustarse en función del pedido de un presidente popular. Segundo, la idea de que los jueces finalmente son nombrados por procedimientos ad hoc, con arreglos políticos, no previstos en las normas constitucionales y legales. Con ello logramos ratificar la imagen de un país cuya institucionalidad es justamente el cambio continuo, como resultado de conveniencias políticas coyunturales.

En estos días al leer el último libro de Umberto Eco, El cementerio de Praga, una historia llena de lecciones, sobre un falsificador exquisito, al servicio de los poderes de la Europa del siglo XIX, capaz de forjar documentos a cambio de jugosas compensaciones, para favorecer las más oscuras maniobras, me encontré con una lección, que debe hacernos reflexionar. En los pocos momentos de lucidez moral de este cínico sinvergüenza, conversando con un intelectual injustamente encarcelado por Napoleón III, al que le quiere tender una trampa, Joly, así se llamaba el preso, señala refiriéndose al emperador: “—¿Entendéis? ¡Lograr realizar el despotismo gracias al sufragio universal! ¡El muy miserable ha dado su golpe de Estado autoritario apelándose al pueblo buey! Nos está advirtiendo de cómo será la democracia de mañana”. Y continúa: Napoleón “ha entendido cómo se puede mantener a freno a un pueblo que unos setenta años antes se excitó con la idea de que se le podía cortar la cabeza a un rey”.

A Europa le costó años y guerras sangrientas aprender estas lecciones. ¿Necesitamos nosotros también equivocarnos para aprenderlas o podemos recorrer el largo camino de construcción institucional, aprendiendo la historia de otros?

Estado de derecho, corrupción y gobernabilidad

En un análisis realizado por Rafael Caldach Cervera, Catedrático de Relaciones Internacionales UCM y Presidente de Análisis Estratégico Internacional S.L., sobre las Causas y Consecuencias de la Inseguridad Política en América latina y del ÍNDICE DE GOBERNABILIDAD DE AMÉRICA LATINA, para los años 2003 y 2007, el promedio de Ecuador se sitúa en -0,63 para el 2003 y -0,86 para el 2007, dentro de un rango de -2,5 a +2,5. El índice contempla las siguientes variables: Voz y rendición de cuentas, Estabilidad política y ausencia de violencia/terrorismo, Efectividad gubernamental, Calidad reguladora, Estado de Derecho, y Control de corrupción.

Se nota claramente un deterioro del índice durante el periodo casi en un 37%, especialmente en los indicadores correspondientes a Voz y rendición de cuentas -130%, Calidad reguladora -94%, Estado de Derecho -55% y Efectividad gubernamental -38%.

Al hacer un análisis comparativo, Ecuador se sitúa a la altura de Cuba y Venezuela, y por tanto, en materia de gobernabilidad, Ecuador no presenta impulsores jurídicos que sean favorables hacia la Inversión Externa Directa, debido al deterioro generalizado de todos sus indicadores, unos en proporciones alarmantes, incluso.

Los criterios y los indicadores anteriormente expuestos coinciden con estudios realizados sobre la posición de Ecuador en corrupción y apoyo a la democracia, para los periodos 1993-2000 y 2000-2007 (tomados del documento Agenda Ecuador, Documento para Discusión, preparado para ICCO, por Manuel Chiriboga, con el apoyo de Grace Jaramillo, Harry Dorn Holmann y Carol Chehab, Quito, julio de 2008) y específicamente para el año 2007.

En lo concerniente al apoyo a la democracia (Latinobarómetro), para el periodo 1993-2000 el indicador se sitúa en el 51%, para el periodo 2000-2007 en el 50% y para el año 2007 en el 65%. En cuanto a la posición en corrupción, Ecuador se sitúa en el puesto 39 de los 54 países estudiados durante el periodo 1993-2000, en el puesto 89 de los 102 países estudiados durante el periodo 2000-2007, y en el puesto 150 de los 163 países estudiados durante el año 2007(mientras más alta es la posición es más corrupto).

Estos resultados son coincidentes con la inestabilidad de los distintos gobiernos desde 1993 hasta el año 2007, ya que hubo 6 gobiernos durante el periodo 1993-2000 (casi uno por año), 4 gobiernos durante el periodo 2000-2007, y un gobierno durante el año 2007.

En conclusión, todos los indicadores de gobernabilidad, apoyo a la democracia y corrupción son adversos a un ambiente adecuado y atractivo para la inversión externa directa, lo que explica en gran parte la reducción tan drástica que se observa en este importante factor de crecimiento económico.

En el país no ha existido un proceso real de reforma del sector salud en cuanto a cambios profundos y sostenidos en su estructura. Las inestabilidades políticas y administrativas y las dificultades de gobernabilidad, han impedido la ejecución de determinados planes de implementación de políticas públicas.

Esto surge producto de la desarticulación estructural en la planificación y ejecución de las mismas, del predominio de estrategias coyunturales contradictorias de cada nuevo gobierno, y de la falta de consensos entre todos los actores involucrados en el área de nuestro estudio.

A esto se suma los reiterados cambios de autoridades y la implantación de planes y programas propios en cada administración, que han provocado el debilitamiento del Ministerio de Salud Pública y se han transformado en una barrera que limita el desarrollo, sostenibilidad y eficiencia de las acciones y procesos de cambio en ésta institución.

Por otra parte, el sistema de salud del Estado ecuatoriano enfrenta grandes desafíos en todas sus provincias como: el aumento de los costos en salud; el envejecimiento de la población; el cambio del perfil epidemiológico; los cambios culturales y sociales de los usuarios del sistema; la presencia de nuevas tecnologías; un inadecuado modelo de atención médica; una limitada capacidad de gestión; fragmentación y segmentación institucional; insuficiencia de cobertura; una baja calidad en el servicio; etc.

Además, no existen políticas públicas de salud que guíen y determinen las directrices y prioridades de carácter general y que a su vez, orienten el trabajo de las personas que desempeñan sus funciones en este ámbito, con el fin de lograr los objetivos requeridos.

Igualmente, no se ha determinado un sistema de monitoreo, regulación y evaluación estandarizado de las políticas públicas que contribuya a que se estipulen restricciones en la implementación de las mismas, que se obtengan grandes avances sectoriales y que se presenten indicadores reales en este campo.

1.2. Formulación del Problema

La nueva Constitución Política del Ecuador de 2008, la Ley Orgánica de Salud de 2006 y la Ley del Sistema Nacional de Salud de 2002, establecen que el Ministerio de Salud Pública, es garante del derecho de las personas, y como Autoridad Sanitaria Nacional, tiene la obligación de ejercer la rectoría del sistema.

Su labor debe enfocarse en proceder de manera responsable en la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de las normas para el efecto establecidas; supervisar todo el funcionamiento de las entidades del sector; formular políticas públicas para la promoción, prevención y atención integral a la salud; y generar disposiciones de carácter obligatorio para resolver los problemas existentes en conformidad con su visión y misión institucional.

Pese a ello, en el transcurso de las últimas décadas, paulatina y sistemáticamente, las funciones, competencias y roles asignados a esta institución pública han perdido solidez, efectividad y eficiencia, por lo que la fragmentación del sector salubrista y el implemento de sus costes de operación, resultan indiscutibles.

En la actualidad, continuamente se ha venido privilegiando visiones curativas antes que las de promoción y prevención de la salud. Se han creado múltiples unidades sanitarias por parte de municipios, gobiernos provinciales, ONG's e instituciones privadas como hospitales, dispensarios, clínicas, consultorios y empresas de medicina prepagada.

Si bien este antecedente resulta beneficioso de cierta manera para la sociedad, estos establecimientos no tienen una coordinación directa y concreta con la autoridad rectora, lo cual reduce su capacidad de liderazgo y de concertación. A esto se agrega que aproximadamente el "15% de los establecimientos de salud del país son privados" (OPS/OMS, 2009a).

Ante ello, vale la pena indicar que es responsabilidad intransferible e indelegable del Estado, guiar el desarrollo y bienestar del sector sanitario y asegurar su óptimo desempeño para responder a las necesidades de la población y, también, promover las condiciones para el mejoramiento de la salud de todos los ciudadanos.

En otras palabras, es un deber del gobierno que esté en curso desarrollar un proceso permanente de actualización de sus instituciones, políticas, normas, reglamentos, estrategias y programas, cimentados en las necesidades de la ciudadanía y en su organización sanitaria (OPS, 2008a).

Además, para cumplir su rol de manera efectiva, la administración debe contar con instrumentos eficientes y eficaces que contribuyan al ejercicio de las funciones de rectoría, regulación y fiscalización del sistema público y privado de salud, asegurando así la existencia de relaciones entre ellos y que se permita el mejor aprovechamiento de todos los recursos disponibles.

Sin embargo, esto no se ha plasmado en su totalidad en la realidad y las consecuencias han repercutido negativamente en el desarrollo y aplicación de las políticas públicas de nuestro tema de análisis.

En conformidad, es indispensable una reestructuración organizacional del Ministerio de Salud para que sus responsabilidades y funciones coincidan con su articulación y competencia institucional como ente regente.

Adicionalmente, la oferta de servicios de salubridad es desarticulada y presenta graves deficiencias y desigualdades de cobertura y calidad, tanto en las zonas urbanas como en las rurales. La población ecuatoriana no posee una garantía explícita de acceso a los servicios de salud que precisa. Según estadísticas del INEC-MSP, “1 de cada 4 personas no es atendida en ninguna institución y más del 70% no tiene seguro de salud”, (OPS/OMS, 2008c).

Estos aspectos ponen en clara evidencia que el porcentaje de gasto privado en salud y las formas de financiamiento son inequitativas, lo cual genera que los individuos de escasos recursos tengan un menor acceso a los servicios de saneamiento.

1.3. Antecedentes

El principal objetivo de las políticas públicas sanitarias es reasegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios suficientes a la población, para ratificar su pleno bienestar, tanto físico como mental.

Desde aproximadamente la década de 1970 hasta la actualidad, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) comenzó a plantear la salud para todos como una de las más relevantes políticas mundiales en el plano social.

Posteriormente, en 1978, con la declaración de Alma-Ata se propuso la atención primaria en este ámbito como estrategia única a nivel global. Consecuentemente, en 1986 con la Carta de Ottawa, ésta se fortaleció con el paradigma basado en la promoción de la salud, es decir ir de lo curativo a lo preventivo.

Más adelante, teniendo como meta modernizar el aparato estatal a fines de los ochenta, conforme a lo estipulado por la ONU, surgió una propuesta organizacional desde el sector sanitario (Arroyo, 2000).

Finalmente, en el inicio de la década de los noventa las transformaciones en el modelo económico provocaron que se realicen reformas del aparato estatal, a nivel estructural, financiero y en cuanto al papel de los ciudadanos en la elaboración de políticas sociales.

Esto surgió producto del Consenso de Washington, basado en un listado de políticas económicas que tenían como fin procurar un modelo más estable, abierto y liberalizado para los países latinoamericanos, en la búsqueda de su crecimiento y del establecimiento de soluciones al problema de la deuda externa que limitaba su desarrollo y estabilidad financiera.

Fue adoptado parcial y voluntariamente por varios estados de Latinoamérica cuando colapsó el modelo de desarrollo de industrialización mediante la sustitución de importaciones que comenzó a ser practicado desde los cincuentas.

En este se determinada que gran parte de las instituciones de investigación y agencias involucradas en la formulación de políticas públicas estaban de acuerdo que los siguientes puntos eran indispensables para el desarrollo: disciplina fiscal; re-organización del gasto público para canalizarlo más hacia la atención médica básica, la educación primaria y la infraestructura; reforma fiscal para reducir las tasas marginales de impuestos para así aumentar la recaudación.

También, liberalización de las tasas de intereses; sostenimiento de un tipo de cambio “competitivo”; eliminación de subsidios; liberalización del flujo de inversión extranjera directa; privatización de las empresas estatales; eliminación de las barreras de entrada y salida del mercado reduciendo las trabas legales innecesarias; y fortalecimiento de los derechos de propiedad privada.

A raíz de ello, en América Latina cada país realizó varios esfuerzos pero con énfasis diferentes. En el caso del Ecuador, se experimentó una amplia transformación en los marcos institucionales, en sus políticas públicas y en la configuración del Estado y el gobierno.

Estos cambios se legitimaron respaldados en el principio de que los mecanismos de mercado se constituyen en la mejor forma para asignar los recursos para la sociedad y regular los procesos de producción, distribución y consumo.

Fruto de esto, se fragmentó la capacidad social para visualizar el presupuesto estatal como una herramienta para el crecimiento, ocasionando disputas entre actores locales, nacionales e institucionales que buscaban defenderse de la disminución del gasto público (Velasco, 2008).

Esta estrategia estableció que los sectores con menores capacidades de negociación política asuman el costo fiscal de la reducción presupuestaria, por lo que aquí el sector salud fue el más vulnerado y no pudo defender su presupuesto porque carecía de experiencia organizacional en el ámbito laboral y en la utilización estratégica del sistema político.

Igualmente, “no poseía una directriz que permitía la convergencia de los actores e instituciones sectoriales hacia un objetivo común” (Barbero, 1998).

A partir del 15 de enero del 2007, se planteó privilegiar la salud como un derecho humano fundamental y que sea ésta el núcleo estratégico para el desarrollo nacional, por lo que el Ministerio de Salud Pública y el Consejo Nacional de Salud (CONASA) desarrollaron el III Congreso Nacional por la Salud y la Vida, celebrado en Cuenca.

El evento tuvo como tema central la propuesta sanitaria para la Asamblea Nacional constituyente, con la perspectiva de impulsar los cambios fundamentales y necesarios del sector, con el objetivo de garantizar efectivamente el derecho a la salud de todos los ecuatorianos y ecuatorianas.

Lo que se obtuvo como resultado en este diálogo fue la Declaración de Cuenca por una Salud Equitativa Digna y de Calidad, documento que contiene importantes resoluciones y acuerdos para el fortalecimiento de las políticas de salud (OPS, 2008b), tales como:

- La visión de la salud como un derecho fundamental del ser humano y su aporte al desarrollo económico y social de la nación.
- La concepción de la salud integral que incorpore todas sus dimensiones bio-sico-sociales, más allá de los servicios y de la atención de la enfermedad.
- La necesidad de explicitar los mecanismos que hagan aplicable la garantía del Estado con respecto al ejercicio de la salud para todos, sin exclusión, mediante políticas públicas intersectoriales favorables a la salud, con financiamiento fiscal suficiente pre asignado e incremental, conformando una red pública de atención con los servicios del MSP, IESS y la de otras entidades que reciben fondos públicos, como base para la transformación sectorial.

En segundo debate se aprobó la versión que incorporó el fortalecimiento de los servicios públicos estatales, las prácticas de la salud ancestral y alternativa; y la Carrera Sanitaria se redactó como promoción del desarrollo integral del personal sanitario. La Constitución de la República del Ecuador 2008 aprobada, incluyó los siguientes artículos:

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

Además en los Art. del 242 al 244 de la mencionada Constitución, se establece la organización territorial por regiones, provincias, cantones y parroquias rurales, con el fin de favorecer sus procesos de integración, su creación, estructura y administración.

Por otro lado, en el Art. 5 del Decreto N° 878 de 2008, elaborado por el Presidente de la República Rafael Correa y presentado a la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (2008), se estipula que:

Para una mejor administración del Sistema Nacional de Planificación, la SENPLADES podrá organizarse de manera regional a través de subsecretarías desconcentradas cuya misión será gestionar la planificación regional, participando en el diseño de políticas, metodologías, y herramientas; y gestionando y aplicando en el área de su jurisdicción todos los macro procesos.

Además, conforme con la Constitución 2008, la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, en su Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010, en la página 111, el objetivo 3 dice: "Aumentar la esperanza y la calidad de vida de la población", y como política promover el desarrollo sectorial, la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud" (SENPLADES, 2009).

En esta misma política en el numeral 3.3 y 3.4 se plantea:

- Asegurar la disponibilidad y el acceso universal, de forma progresiva, a medicamentos esenciales, seguros, eficaces y de calidad.
- Consolidar la autoridad y soberanía del Estado en el manejo de los recursos fitoterapéuticos.
- Universalizar, progresivamente, el acceso permanente, oportuno, gratuito y sin exclusión a una atención integral en la red de servicios públicos de salud, con calidad y calidez, por ciclos de vida, con enfoque de género, generacional e interculturalidad, recuperando la salud como un derecho ciudadano.

El numeral 3.5 del mismo cuerpo legal enuncia:

Fortalecer el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, con énfasis en la prevención, incluyendo la promoción y desarrollo de entornos favorables para la salud y la vida.

El 3.6: Fortalecer la promoción de la salud para el desarrollo de conocimientos, capacidades, actitudes y prácticas saludables y la prevención de la enfermedad para mejorar el nivel de salud de la población.

Fortalecer la red integral de salud, incorporando progresivamente la atención de enfermedades catastróficas, accidentes, emergencias sanitarias, riesgos ambientales, violencia y discapacidades.

Con estos argumentos constituciones y legales, la SENPLADES el 3 de marzo de 2009, pone en consideración del Presidente del Ecuador, Rafael Correa, y de los Ministerios Coordinadores una tipología para armonizar los procesos de desconcentración y descentralización en cada ministerio y secretaría nacional, así como un modelo particular de gestión.

En este documento se plantea la homologación de la estructura básica funcional de las carteras de Estado, lo cual implica que:

- Todos los ministerios tendrán un viceministro.
- Los ministerios compuestos tendrán dos viceministros, uno por cada área.
- Las áreas de planificación, administrativa-financiera y jurídica tendrán la categoría de Coordinación General.
- Las Subsecretarías de Estado deberán ser temáticas según cada caso.
- Todas las secretarías nacionales tendrán una subsecretaría general.

En efecto, actualmente existe una nueva estructura organizacional en el MSP, pero no todos sus funcionarios tienen conocimiento de su distribución, roles, funciones y competencias, lo cual ha suscitado inconvenientes a nivel institucional y problemáticas en el desarrollo de las políticas públicas del sector.

De cara a esto, en el Registro Oficial No.449 de la Constitución 2008, en el Título IV, Participación y Organización del Poder, se define claramente en el Art. 95 del Capítulo I, Participación en Democracia la importancia de la intervención de las personas de manera protagónica en la toma de decisiones, planificación y gestión de sus asuntos públicos.

La participación de la ciudadanía en todos los asuntos de interés público es un derecho, que se ejercerá a través de los mecanismos de la democracia representativa, directa y comunitaria.

En cuanto a estos fundamentos, es primordial e indispensable que en el sector de la salud se armonicen los puntos de vista, criterios, opiniones, posiciones y prácticas estructurales e institucionales. Esto permitirá que se conforme un sistema sanitario integrado, orientado a brindar una atención con excelencia a toda la población, basándose en los principios de equidad, solidaridad e interculturalidad.

1.4. Objetivos

Los objetivos de esta pesquisa son:

Objetivo general

- Establecer cómo incide en el desarrollo de proyectos salubristas, entre ello las políticas públicas de salud, las falencias internas estructurales de la planta central del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP).

Objetivos específicos

- Evaluar el nivel de participación de los funcionarios de la planta central del Ministerio de Salud Pública en la elaboración de la estructura organizacional de la institución.
- Determinar si los criterios emitidos por los funcionarios de la planta central del MSP, fueron tomados en cuenta cuando se realizaron planes para la elaboración de nuevas estructuras organizacionales.
- Evidenciar y comprobar que las consecuencias causadas por los problemas estructurales internos del MSP, repercuten directamente en la elaboración, desarrollo y aplicación de las políticas públicas de salud.

1.5. Preguntas de Investigación

Frente a estos antecedentes, las preguntas en la que se enmarca este estudio son:

¿Bajo qué condiciones los lineamientos estructurales a los que responde el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, constituyen un obstáculo para el buen desempeño de sus funciones?

¿Cuáles son las causas que impiden una adecuada articulación entre sistemas y subsistemas, al interior del MSP, y cómo esto repercute en la prestación de servicios y percepción de la sociedad?

¿En qué medida la proliferación y gran número de veto players afecta directamente e indirectamente el desarrollo e implementación, eficaz y eficiente, de las políticas públicas en el sector de la salud?

CAPÍTULO II

2.1. Enfoque Teórico

Nuestra investigación se sustenta en un enfoque teórico o un esquema de referencia para el análisis de la gestión de organizaciones. Sus elementos provienen de diversas fuentes tales como la Ciencia de la Salud, Administración y otras disciplinas de las Ciencias Sociales; los modelos de desarrollo institucional; y la experiencia de los técnicos, trabajadores y profesionales del sector salud en el Ecuador.

El esquema analítico posibilita la identificación de: aspectos críticos acerca de la estructuración, administración y productos institucionales; y de las relaciones de la organización con el medio ambiente general.

2.1.1. Características Generales

Las características del esquema de análisis son basadas en el trabajo de Renate Mayntz 1967. Conforme a ello, las cualidades de la estructura de evaluación organización son:

1. Es de carácter operativo, es decir, representa la combinación, en base a la experiencia teórica y práctica. Esta capacidad ha demostrado su utilidad para la evaluación de los tipos de organización con los que se ha trabajado en los Programas de Reforma del Sector Público.

2. Es fundamentalmente descriptivo, ya que señala una ruta a seguir para la identificación de problemas. Es decir, que de la confrontación de los elementos normativos que contiene con los hechos reales, se puede derivar inferencias lógicas.

3. Se dirige primariamente al análisis corporativo. Sin embargo, contiene elementos de normatividad para los aspectos instrumentales de la organización, que sirven de punto de partida en la readecuación de la misma para el logro de sus fines técnicos-sustantivos.

4. Es flexible con el fin de permitir la supresión o la incorporación de algunos aspectos particulares, según lo requieran las circunstancias del caso de que se trate.

2.1.2. Desgloso del esquema

El esquema de análisis se divide para efectos expositivos en tres secciones que en la práctica constituyen un todo lógicamente entrelazado. Estas secciones son:

- Sección Primera: El medio social, en cuanto dice relación con el universo institucional a analizar.
- Sección Segunda: La institución que en este caso es el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Sección Tercera: El producto del MSP.

Las secciones mencionadas pueden verse representadas en el Figura No.1. Cabe mencionar que el rol de cada una de las secciones dentro del presente esquema es diverso.

Los componentes desglosados de la primera sección, el medio social, se toman como parámetros complejos para la comprensión y entendimiento de la función que cumplen las organizaciones en la sociedad; los mecanismos institucionales constituyen el objeto principal del análisis y se consideran como variables.

Y por último, los elementos del producto se toman como factores o aspectos comparativos del comportamiento institucional y de su impacto en la población ecuatoriana.

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL OBJETO DE ANÁLISIS

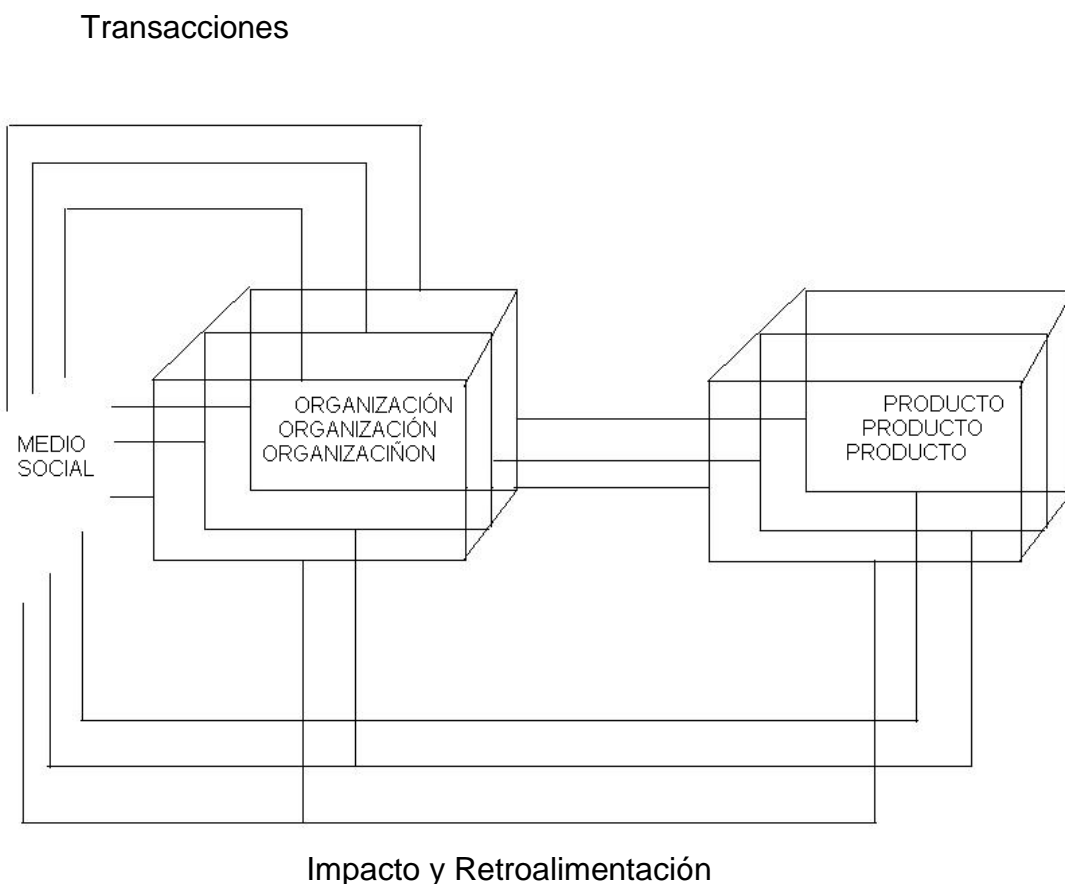


Gráfico No. 1: Esquema de Análisis
Fuente: (Mayntz, 1967).

Los problemas y/o debilidades del sistema democrático ecuatoriano y la orientación política de las políticas públicas, han impedido el desarrollo de acciones, organizadas y eficientes, en el ámbito de las estrategias de gobierno en materia de salud. Este antecedente ha repercutido claramente en los elementos estructurales de la institución rectora salubrista.

Por esto, en segundo lugar, nuestro enfoque teórico se sustenta en la teoría de la democracia; las pugnas de poder; la devastación institucional y la política de las políticas públicas, específicamente en los trabajos realizados por los profesores Simón Pachano y Andrés Mejía, y otros autores especialistas en las materias señaladas como Harold Lasswell, Rolando Franco y Jorge Lanzaro, Carlos Scartascini, Jacint Jordana, José Sánchez Parga y otros, cuyos principales argumentos exponemos a continuación.

Nuestras fuentes principales para nuestro marco de análisis son:

1. Explicaciones recopiladas en la obra de Rolando Franco y Jorge Lanzaro titulada “Política y políticas públicas: determinación y autonomía”.
2. El trabajo de Carlos Scartascini, Pablo Spiller, Ernesto Stein y Mariano Tomassi: “¿Cómo se juega en América latina? Instituciones políticas, procesos de negociación y políticas públicas”.
3. Las contribuciones de Jacint Jordana con su obra “El análisis de los Policy networks: ¿Una nueva perspectiva sobre la relación entre políticas públicas y Estado?”.
4. Las ideas de Andrés Mejía Acosta, coordinador, y otros, en el libro “Por el ojo de una aguja: La formulación de políticas públicas en el Ecuador”, Capítulo 1. Agentes con poder de veto, instituciones frágiles y políticas de baja calidad (1979-2005).
5. El concepto de devastación de las instituciones en la democracia neoliberal, de José Sánchez Parga, proyectando a futuro un sistema totalitario; de devastación del sistema político, transformaciones del poder ejecutivo y del gobierno, de la gobernabilidad vs. la gubernamentalidad y el hiperpresidencialismo.
6. Los aportes de Simón Pachano acerca de las instituciones y los procesos políticos que destaca en su libro “Calidad de la democracia e instituciones políticas en Bolivia, Ecuador y Perú”.
7. El enfoque por etapas derivado de Harold Lasswell (1956).

Iniciaremos con Rolando Franco y Jorge Lanzaro, con su obra “Política y políticas públicas: determinación y autonomía”.

Los autores inician su investigación partiendo de la realidad de América Latina en la década de los ochenta o también llamada “década perdida”, cuando las naciones de esta región atravesaban una crisis económica sin precedentes, tras el colapso de los modelos desarrollistas establecidos a partir de la Segunda Guerra Mundial.

Sumergidos en la crisis y ante la aceleración de la globalización a nivel global, se conciben entonces políticas de estabilización y modelos alternativos que restan protagonismo al Estado en su dimensión y funciones, a través de la liberalización de los mercados; la privatización de las empresas públicas; y el desmantelamiento de los controles gubernamentales.

Todo esto en la búsqueda de un crecimiento económico orientado hacia la exportación y aprovechamiento de los mercados globales. Es decir, en dirección hacia un modelo que erosiona y debilita la “institucionalidad política” y reduce sustancialmente el protagonismo estatal a nivel nacional e internacional.

En este contexto, se presenta una sociedad civil con múltiples requerimientos procedentes de diversos grupos de interés, frente a un Estado débil que deberá hacer frente a estas demandas a costa de la utilización de todos los recursos disponibles.

Entre ellos destacan, las técnicas modernas de gestión y manejo de información para una toma de decisiones eficiente, responsable y transparente, tomando en cuenta los intereses de empresarios y otros actores sociales.

En este ámbito, los mencionados autores plantean la problemática de las políticas públicas, su formulación y los resultados obtenidos, bajo la creciente presión por el avance de los regímenes democráticos representativos de la región, reconociendo la relativa autonomía que existe entre el primer y segundo proceso.

Esto lo justifican por las capacidades técnicas y conocimientos requeridos para una buena gestión de las políticas sociales y, la obtención de productos alineados al ámbito decisorio de la política.

Frente a este escenario, los expertos evalúan las relaciones entre la “política” y la toma de decisiones en el marco de los regímenes mayoritarios y pluralistas en América Latina, catalogados como presidencialismos mayoritarios y pluralistas, y de populismos plebiscitarios. Esto lo hacen a pesar de las peculiaridades propias de cada país y esquemas que condicionan la labor de cada gobierno, así como el grado de distribución del poder público.

Identificada la función que cumple la política y sus variantes en la formulación e implementación de las políticas públicas, los especialistas topan el tema de la “autonomización” o autonomía relativa del sistema de generación de políticas sociales, enfrentado por un lado a las instituciones, compromisos ya adquiridos, y prácticas burocráticas existentes.

Y por otro, lo realizan con los criterios de eficiencia y equidad, de *expertise*, de capacidades técnicas administrativas y financieras. En síntesis, tratan de un proceso de “disociación”, bajo los efectos y presiones de la globalización que, traslada al nivel técnico del ejecutivo, le otorgan mayor poder y capacidad de decisión a consecuencia de una mayor racionalidad instrumental.

Esto se describe en su conjunto como un campo de conflicto y competencia, que deberá enfrentar y superar eficazmente el proceso decisorio, y para lo cual, juega un papel relevante el poder del liderazgo ejecutivo y el manejo de las relaciones de poder. Así como también, la comunicación política en términos de beneficios y costos relacionados con el cambio y nuevas oportunidades.

En conclusión, además de las capacidades y coherencia técnica y científica, de la generación de beneficios netos favorables para el país y la comunidad, el éxito de las reformas en políticas públicas y el aprovechamiento de las ventanas de oportunidades depende también del tipo de liderazgo; de las relaciones de poder de los actores; de la historia de cada formación nacional; de su institucionalidad; de su estructura económica; de la configuración del Estado; de sus tradiciones; y de su cultura política.

A continuación está Carlos Scartascini, Pablo Spiller, Ernesto Stein y Mariano Tomassi: “¿Cómo se juega en América Latina? Instituciones políticas, procesos de negociación y políticas públicas”

Desde el comienzo, los autores dejan en claro el objeto de estudio, abordando los vínculos entre las instituciones políticas, el comportamiento político y las políticas públicas.

Por otra parte, denuncian las “recetas” y consejos seguidos rigurosamente en algunos casos por los países latinoamericanos, que incluyen desde los modelos de industrialización hasta los de desarrollo estatal o la liberación comercial basada en el Consenso de Washington.

Como una alternativa viable al proceso de desarrollo y una condición válida e indispensable para el éxito del proceso, los autores plantean la problemática del “proceso de formulación de políticas públicas”, impulsado desde la idea hasta la implementación y sostenimiento de las políticas, tras atravesar un riguroso proceso de debate, aprobación e implementación.

A raíz de este procedimiento, sus características dependerán del grado o nivel de calidad de las mismas, así como, en gran medida, del resultado o consecuencias de éstas en términos de desarrollo económico y social.

Conservando la perspectiva anterior, el estudio subraya la existencia de diversas variables explicativas a nivel de la institucionalidad política y grupos de interés que han ejercido dominación en América latina.

Por tanto, destaca la presencia de múltiples actores políticos, desde el presidente de la república, los votantes, los miembros del congreso, los jueces, los líderes de opinión pública, y los grupos empresariales. Todos ellos interactúan en una compleja red institucional y prácticas políticas que difieren sustancialmente de un país a otro, con distintos roles, diferentes incentivos y en diversas arenas para la lucha política.

No se diga durante las décadas de los sesenta y setenta, en el siglo XX, cuando la región latinoamericana se caracterizó por estar bajo la dominación de varios gobiernos o dictaduras militares.

Como veremos más adelante, la pregunta de investigación del estudio se acopla con el desarrollo teórico posterior, cuando los ensayistas plantean la pregunta de investigación en los siguientes términos:

Queremos entender por qué algunos países son capaces de implementar políticas estables a lo largo del tiempo, pero a la vez suficientemente flexibles para adaptarse a las condiciones económicas cambiantes, mientras que otros países tienden a modificar sus políticas cada vez que cambia el panorama político, o deben recurrir a reglas altamente inflexibles e ineficientes para dar a las políticas cierta estabilidad y credibilidad (Scartascini, Spiller, Stein & Tomassi, 2011: 6).

En cuanto a la orientación teórica, los autores plantean una modelización sistémica que relaciona a los organismos políticos con el proceso de planeación de políticas sociales y los resultados de estas.

En efecto, del texto se puede deducir una clara matriz que vincula a los recursos del sistema de las políticas públicas con los actores institucionales y no institucionales, en el marco de una institucionalidad política donde interaccionan el poder político y el técnico, las elites políticas y las elites burocráticas o tecnocráticas.

Asimismo, donde confluye una amplia diversidad de intereses que posteriormente incidirán en los niveles de cooperación y la calidad misma de las políticas sociales u output del sistema, en términos de credibilidad, previsibilidad, adaptabilidad, estabilidad y orientación al interés público.

En síntesis, es la configuración e interacción de todos estos elementos entre los distintos actores lo que determinará el punto de equilibrio específico en el juego político.

Conforme a lo anterior y siguiendo este enfoque, Scartascini, et al. (2012) determinan el factor cooperación como una particularidad del proceso que ayuda a comprender y explicar de forma decisiva las características de las políticas públicas, así como los factores que favorecen su fomento, entorpecimiento o inhibición. Entre ellos, podemos señalar:

- Estructura de pagos o beneficios dentro del periodo.
- Número de jugadores políticos.
- Horizontes de tiempo y vínculos temporales entre actores políticos claves.
- Institucionalización de los escenarios para la formulación de políticas.

En resumen, los tres escritores encuentran una relación directa entre la alineación de las instituciones y del sistema político con las reglas y prácticas que regulan el proceso de formulación de políticas, y la interacción entre los actores, preferencias, incentivos, las restricciones que estos tienen y las consecuencias en términos de cooperación.

Estos aspectos conforman uno de los componentes esenciales para el éxito de las políticas públicas en términos de desarrollo económico y social, lo cual sería entonces el aspecto medular del enfoque teórico de nuestro interés en función de nuestra investigación.

Consecutivamente tenemos al trabajo de Jacint Jordana, publicado 2009, con el título: “El análisis de los Policy networks: ¿Una nueva perspectiva sobre la relación entre políticas públicas y Estado?”

Las inquietudes del catedrático se centran en el análisis de las políticas públicas comparadas, con una atención especial en las políticas de regulación y sus instituciones especializadas.

Es por ello que desde un principio trata acerca del fracaso de los modelos tradicionales de intermediación de intereses, cuyo fin es interpretar las múltiples formas de articulación entre políticas públicas y Estado, centrados principalmente en las características de las organizaciones que buscan sus propios beneficios.

Jordana (2009) es claro y puntual desde un comienzo para diferenciar las nuevas aportaciones en la materia, ya que manifiesta que estas se pueden particularizar de la siguiente forma:

1. Mayor atención a las estructuras administrativas como factor importante en las relaciones publico-privadas.
2. Integrar de forma destacada las organizaciones de intereses y de otros agentes externos a la Administración.
3. Incorporación de las *redes de políticas públicas* para superar el *burocraticentrismo* en la explicación de las políticas desde distintos ámbitos.
4. Reconocer la interdependencia entre lo público y privado y su incidencia en las dinámicas organizacionales.

5. Reconocer un bajo nivel de formalización en el intercambio de información y recursos entre actores públicos y privados, fuera de las estructuras jerárquicas.
6. La elaboración de una tipología de acuerdo a ciertas dimensiones y variables, donde el “número de actores” se convierte en la dimensión más utilizada para la elaboración de dichas tipologías, además de el ámbito de actuación, las funciones básicas, la estructura de relación entre actores, la estabilidad de la relación entre actores, el grado de institucionalización de la red, las reglas de conducta, la distribución del poder y las estrategias de los actores.

Las evaluaciones del autor destacan el intercambio de recursos e información entre actores, cuyo fin es contribuir al estudio de la dinámica de “ordenes” y productos del sistema.

Igualmente, facilitar el análisis de las distintas modalidades de toma de decisiones, los mecanismos y tramos geográficos de control, objetivos divergentes, y cómo se llevan a cabo los consensos en la formulación de objetivos y homogenización de las políticas, que constituyen un punto de particular interés para el entendimiento del proceso ecuatoriano, fundamentalmente en cuanto a la cultura política y los llamados arreglos cupulares.

Finalmente, se presenta el debate entre el pluralismo y el neocorporativismo, de las que sus diferencias y controversias desembocan, según el autor, en la difusión de la noción de *Policy network*, cuya corriente trata de superar las etapas de descripción y formulación de tipologías hacia la profundización de las dinámicas de la red política en tres direcciones.

Las orientaciones son: las teorías de origen económico o de la elección racional basadas en la teoría de juegos; la aproximación politológica desarrollada por el nuevo institucionalismo; y la corriente sociológica que estudia los actores políticos bajo el enfoque analítico de las redes sociales.

Posteriormente, encontramos a Andrés Mejía Acosta

Respecto a su trabajo y sus postulados, nuestra investigación recopila aquellos relacionados a la pugna de poderes, conforme a la formación de mayorías legislativas y la siniestra combinación de presidencialismo y multipartidismo y formación de coaliciones inestables; así como del inevitable matrimonio entre presidentes y congresos, acerca de las debilidades de un presidente fuerte, el gobierno de los caudillos y, en consecuencia, la inevitable lucha por el poder.

En referencia, las aseveraciones de Mejía son trascendentales:

Desde el inicio de la actividad política latinoamericana, y especialmente en Ecuador, han prevalecido los valores tradicionales a los que Weber llamó “patrimonialistas”, es decir, el predominio del gobierno de los hombres y caudillos por encima del gobierno de las normas y los procedimientos legales (Mejía Acosta, 2002: 104).

En el contexto ecuatoriano, la fragmentación partidaria estaría destinada a obstruir la formación de mayorías o de coaliciones mayoritarias (Burbano y Rowland, 1998; Sánchez Parga, 1998). Según Dieter Nohlen, la fragmentación y proliferación del número de partidos políticos, características del sistema político ecuatoriano, pueden producir resultados particularmente adversos cuando son combinadas con un sistema presidencial de gobierno (Nohlen, 1989:19; Mejía Acosta, 2002:136).

Adicionalmente, Mejía reseña el estudio desarrollado por Grace Ivana Dehesa, donde la autora saca a luz la tendencia de los presidentes a formar alianzas o coaliciones mínimas para ganar o aprobar leyes específicas, ratificando que:

En Ecuador ha habido solamente cinco gobiernos de un solo partido (de un total de 41 en América Latina), ninguno de los cuales ha sobrepasado el 50% de escaños en la Cámara, es decir, todos han sido minoritarios (Mejía Acosta, 2002: 137).

Para finalizar, el Dr. en Ciencia Política resalta que en Latinoamérica los presidentes son jefes de gobierno y de estado; que un mandatario fuerte es contradictorio al sistema democrático; que varias constituciones otorgan poderes extraordinarios al presidente y al mismo tiempo establecen restricciones (como la prohibición de reelección, por ejemplo) para arbitrariedades y abusos, cuya combinación ha producido resultados lamentables.

En el caso ecuatoriano, indica que existen facultades ejecutivas y legislativas ambiguas, “dando lugar a diversas interpretaciones constitucionales y serios conflictos entre el presidente y el congreso” (Mejía Acosta, 2002: 149).

Por otra parte, en el capítulo 1 de la obra “Por el ojo de una aguja: la formulación de políticas públicas en el Ecuador”, de la cual Andrés Mejía es el coordinador, el mencionado relaciona a los agentes con poder de veto, con las instituciones frágiles y las políticas de baja calidad.

En efecto, en dicha sección se pretende explicar el porqué los actores políticos en el Ecuador no han logrado ni producir ni mantener dinámicas de cooperación en torno al proceso de políticas públicas, a pesar de las diversas reformas legales y nuevas constituciones que ha habido en tan corto tiempo (Mejía, Araujo, Pérez-Liñán y Saiegh, 2009b).

Según Mejía, las políticas públicas de baja calidad tienden a beneficiar a grupos de presión bien organizados por encima de los intereses de grupos sociales amplios, con un ejecutivo bloqueado por actores con poder de veto representados en el poder legislativo, delegando la ejecución de políticas en una burocracia técnica aislada de presiones políticas pero beneficiando a reducidos conjuntos de actores con intereses regionales y económicos, en medio de un escenario institucional débil (Mejía, et al., 2009a).

Esto podría ser percibido claramente cuando existen grupos de presión organizados y dispuestos a apoyar agendas legislativas a cambio de concesiones especiales y beneficios particulares, con altos costos de transacción y un pobre horizonte político de largo plazo.

En dicho documento, el coordinador hace referencia a los actores decisivos, con poderes formales proactivos cuyo consentimiento individual es suficiente pero no indispensable para la aprobación de cambios en las políticas. También a los actores reactivos, cuyo consenso es requerido pero no basta para aprobar políticas, y por último, a los actores dirimientes, o todos aquellos que ejercen su poder de veto en última instancia.

Conjuntamente, enfatiza sobre los agentes no institucionales con poder de veto refiriéndose a las movilizaciones y protestas populares que han ocasionado importantes conflictos sociales e inclusive la caída de presidentes y sus gobiernos, como es el caso de Abdalá Bucaram y Jamil Mahuad.

Después se encuentra José Sánchez Parga

Aprovechando el escenario institucional debilitado, en medio del cual se formulan e implementan las políticas públicas, el autor realiza una introducción donde hace referencia a la devastación del sistema político:

Las fuerzas e intereses del mercado, con el “nuevo espíritu” del capitalismo o ideología neoliberal, no se limitan a destruir los presupuestos o fundamentos de un régimen democrático, sus principios y postulados éticos, sino también sus instituciones políticas. Ambos procesos son paralelos. La *devastación* del sistema político de la democracia supone no solo la “destrucción productiva” de todos los componentes que lo integran, (Estado, Gobierno, Sociedad Civil y Sociedad Política), sino sobre todo sus reciprocas mediaciones, enfrentándolos entre si y generando una mutua deslegitimación entre ellos. Si la calidad de una democracia depende del mejor equilibrio y articulación entre todos los elementos del sistema político, nada expresa mejor la *devastación democrática* que la violencia generada por la desarticulación y enfrentamiento entre todos los ámbitos del sistema político (Sánchez Parga, 2011: 93).

Según Sánchez Parga (2011), el proceso de modernización y las reformas del Estado de los años ochenta y noventa debilitaron el sistema de representación política, reforzaron al poder presidencial y sometieron al poder judicial.

Es decir que, en lugar de consolidar un poder gobernante, se promocionaron las oposiciones anti-gobierno, lo cual trajo como consecuencia la pérdida de capacidades para la ejecución de alianzas y consensos que degeneraron en prácticas caudillistas, cesaristas o desviacionistas.

A esto se suma que, la crisis gubernamental y de libertad de maniobra fueron artificios de la reforma constitucional para debilitar al Congreso y beneficiar al Ejecutivo en cuanto a la pugna de poderes.

De esta manera, la idea de gobernabilidad encubre la gubernamentalidad neoliberal para gobernar sin gobierno, para realizar un mandato con expertos y profesionales cuyos comportamientos no diferencian al Estado de la sociedad civil, y a la esfera pública de la esfera privada.

Sería entonces fundamentándose en esta lógica de la autorregulación del “*business por el business*” (Sánchez Parga, 2011) que se desarrolla el proceso de gestión de las políticas públicas en el Ecuador, a partir de las reformas y durante los años anteriormente mencionados.

Simón Pachano

Pachano profundiza el estudio desde la perspectiva institucional y procesos políticos. En el capítulo III de su obra “Calidad de la democracia e instituciones políticas en Bolivia, Ecuador y Perú”, expone su argumentación:

Dos premisas y un objetivo guían al presente capítulo. La primera premisa sostiene que los arreglos institucionales condicionan las prácticas y las conductas de los actores políticos, a la vez que reciben las influencias de esas prácticas y esas acciones en una fluida interacción. Esta premisa se desprende en buena medida de los avances logrados en el campo del denominado *nuevo institucionalismo*, que supera el estudio puramente formal de las instituciones por medio del análisis de las interacciones entre estas y las prácticas de los actores (Peters, 2003: 33-41; March y Olsen, 1984: 738-740; 1989: Colomer, 2001: 4-5).

Las decisiones estratégicas de los actores políticos se enmarcan en unas instituciones previamente existentes –están constreñidas por estas (Crawford y Ostrom, 1995: 582-583), pero a la vez tienden a cambiarlas en función de sus intereses específicos.

Desde esta perspectiva, entonces, las instituciones constituyen un marco que condiciona las estrategias de los actores políticos, pero a la vez son constantemente modificadas por las acciones de estos. En ese sentido, las instituciones marcan el campo en que se desenvuelve la política, pero a la vez son la expresión de ella. Los actores buscan modificar a las instituciones de acuerdo a sus respectivos intereses, con lo que se genera una tensión constante entre estabilidad y cambio” (Pachano, 2011:155).

“La segunda premisa sostiene que la calidad de la democracia depende en gran medida de los arreglos institucionales, tanto en el nivel del régimen como del sistema político. Aunque la calidad de la democracia está condicionada por un conjunto más amplio de factores, entre los que se cuentan las prácticas de los actores y los efectos no esperados de coyunturas históricas que viven las sociedades, es innegable que el *diseño institucional* constituye el elemento determinante en tanto establece el marco para la acción política” (Pachano, 2011:156).

A lo largo de su obra, Pachano hace hincapié en la constante pugna de poderes incentivada por los componentes del diseño institucional, débiles gobiernos de minoría, la fragmentación de la representación, y la dificultad derivada para la instauración de acuerdos estables en torno a las políticas económicas y sociales.

En términos generales, el autor se refiere a los pocos estímulos que ofrece la institucionalidad ecuatoriana para la cooperación, impulsando más bien el juego político de corto plazo y de resultados inmediatos, el predominio de las prácticas clientelares y corporativistas, y la imposibilidad de agregar intereses por el alto número de *veto players* y sus múltiples demandas.

En tal contexto y con tales prácticas a la larga, se bloquean las alianzas, se instaura una lógica de suma-cero o de ganador absoluto, aumentan las distancias políticas, y se pierden capacidades de procesar las demandas sociales y canalizar los conflictos (Pachano, 2011), ocasionando diversos problemas de gobernabilidad, en detrimento del proceso de gestión de las políticas públicas.

En definitiva, en tales contextos y tales prácticas, desde los múltiples actores, el proceso de gestión de las políticas sociales es sometido a fuertes presiones y fuerzas que obstaculizan el diálogo político (hacemos referencia al entendimiento político, más allá del debate político) e interfieren en el proceso de negociación y obtención de consensos.

Por último encontrarnos a Harold. D. Lasswell

Lasswell fue el primero en definir de forma coherente lo que constituía las “ciencias de las políticas”, por lo que a través de llevar a la práctica sus ideas, buscaba lograr una mayor calidad en las formas de gobierno, y el mejoramiento de la eficacia de la información que se le proporcionaba al gobierno.

Es por esto, que dedicó gran parte de sus estudios al análisis del “proceso de las políticas”, es decir, a las “etapas” o fases funcionales que una política o un proceso gubernamental determinado deberían transitar durante su “vida política”.

A raíz de ello, estableció siete “etapas” de las cuales posteriormente se derivaría “el proceso de decisión”. Estas son: inteligencia, promoción, prescripción, invocación, aplicación, terminación y evaluación.

Este antecedente pone en clara evidencia el procedimiento de la políticas mediante el cual se propone, examina, realiza y, en ocasiones, concluye con una política determinada (Laswell, 1956).

Pero a partir de ello sucede la interrogante acerca de qué es lo más importante, el proceso de las políticas o el esquema del proceso de las políticas, ya que a partir de la respuesta acertada se podría llevar a las ciencias políticas hacia un determinado conjunto de teorías orientadas hacia la eficacia de las políticas públicas.

2.1.3 Desarrollo del esquema de análisis

SECCIÓN PRIMERA: EL MEDIO SOCIAL

2.1.3.1.1. Concepto

En este texto se debe entender como medio social, al conjunto de concepciones, valores, intereses, prácticas y características estructurales que definen una sociedad en un determinado momento (Mayntz, 1967).

La comprensión del medio social en el que se encuentran la organización, en este caso el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, es una necesidad ineludible si se quiere trascender un marco de análisis de carácter microadministrativo para llegar a un mayor y más profundo entendimiento de la institución en estudio.

Tal requerimiento se deriva de la consideración de que el medio ambiente condiciona a las instituciones y puede a su vez, ser influenciado por ellas, ya que las organizaciones son una de las expresiones de las concepciones e intereses explícitos o implícitos, prevalentes en una sociedad determinada, en este caso la ecuatoriana.

2.1.3.1.2. Caracterización

El medio social se considera operacionalmente en esta investigación, en cuanto se manifiesta su relación al universo institucional que se pretende estudiar. De esto se deriva que de los múltiples factores importantes del medio que podrían ser incluidos, el presente esquema los reduce a cuatro grandes aspectos (Mayntz, 1967) con el propósito de permitir la percepción de las interrelaciones del entorno colectivo con el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Estos son los siguientes:

1. Caracterización Social del Ecuador.
2. Economía de la Salud.
3. Patrones de administración del Estado.
4. Veto players en el área de la salud pública.

2.1.3.1.2.1. Caracterización Social del Ecuador

La caracterización social es un conjunto de relaciones expresadas en términos demográficos, económicos y sociales, los cuales definen la estructura y comportamiento de la sociedad ecuatoriana y determinan sus relaciones y diferencias con otras sociedades a nivel internacional.

Su objetivo es lograr un conocimiento básico de los principales indicadores que identifican a la población del Ecuador. Además, realizar un análisis sobre los elementos que pueden inferir en ciertas concepciones e intereses sociales que prevalecen, y conocer el rol e importancia del sector salud.

Igualmente, permite evidenciar los tipos de clientelas actuales y potenciales de las organizaciones del sector público salubrista, así como los problemas y requerimientos de las mismas.

- Organización Política del Ecuador

El Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural plurinacional y laico. Se organiza en forma de República y se gobierna de manera descentralizada. Se caracteriza por poseer marcadas diferencias geográficas, sociales y económicas en sus cuatro regiones geográficas: la Costa, la Sierra, la Amazonía u Oriente y la región insular constituida por las Islas Galápagos.

Para la administración del Estado y la representación política existen 24 provincias, 221 cantones y 1205 parroquias (408 urbanas y 797 rurales y las circunscripciones territoriales indígenas y negras). En la actualidad, está planificado y organizado en ocho regiones, según decreto No, 878 del 18 de enero de 2008 (Ver figura 2).

Región 1: Provincias de Esmeraldas, Carchi, Imbabura y Sucumbíos.

Región 2: Provincias de Pichincha, Napo y Orellana.

Región 3: Provincias de Pastaza, Cotopaxi, Tungurahua y Chimborazo.

Región 4: Provincias de Manabí, Santo Domingo de los Tsáchilas.

Región 5: Provincias de Guayas, Los Ríos, Península de Santa Elena y Bolívar.

Región 6: Provincias de Azuay, Cañar y Morona Santiago.

Región 7: Provincias de El Oro, Loja y Zamora Chinchipe.

Región 8: Islas Galápagos.

DISTRIBUCION POR PROVINCIAS Y POR REGIONES ADMINISTRATIVAS

(Decreto No 878 del 18 enero del 2008)

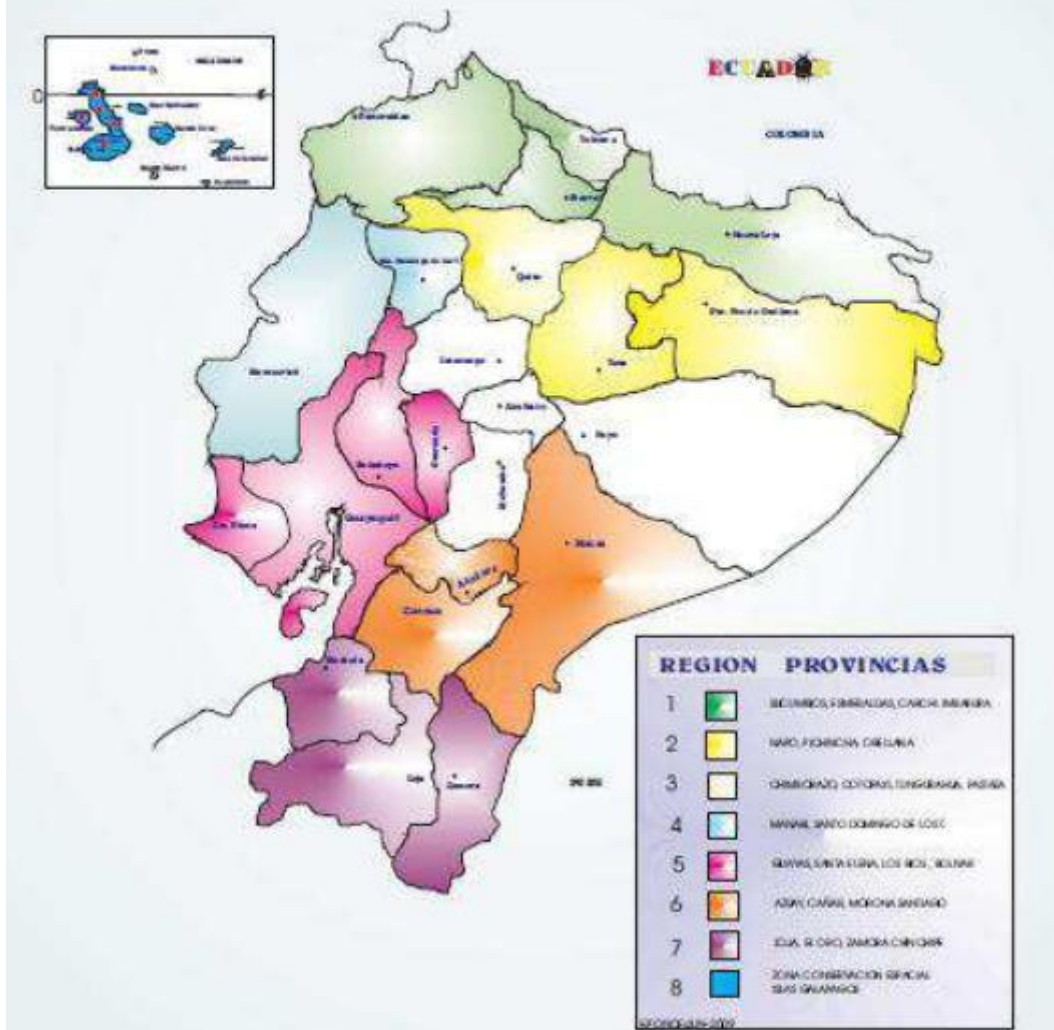


Figura: Distribución Política del Ecuador
Fuente: Registro oficial No. 268, publicado 8 febrero 2008.

- Indicadores Demográficos

De acuerdo al censo de población y vivienda del 2001 la población del Ecuador era de 12'156.608 habitantes, en el último censo de población y vivienda llevado a cabo el 28 de noviembre del 2010 la población del país es de 14'483.499 habitantes, de los cuales 7'350.816 (50.44%) son mujeres y 7'177.683 (49.56%) son hombres; con un incremento intercensal de 2'326.891 (19.1%) habitantes, que equivale a una tasa de crecimiento intercensal del 1,95.

La mayoría de la población (62,8%), vive en zonas urbanas y el 37,2% vive en áreas rurales (OPS, 2008a:38). La estructura demográfica refleja una población predominantemente joven con el 31,3% de menores de 15 años y un índice de envejecimiento del 20,77% (adultos mayores de 60 años/población 0-14 años); con una edad promedio de 28 años, edad mediana de 23 años y una edad modal de 10 años.

La nación se caracteriza por ser multiétnica y pluricultural. El 6,1% de la población mayor de 15 años se considera indígena, el 5% afroecuatoriana y mulata, el 77,7% mestiza, el 10,8% blanca, y otras 0.4%. La mayor concentración de población indígena se encuentra en las provincias de la Sierra (Chimborazo 70%, Cotopaxi 60%, Imbabura 45%, Bolívar 40% y Tungurahua 28%) (OPS, 2008a).

La tasa bruta de mortalidad por 1.000 habitantes en el año 2001 fue de 5.8 (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010), en el año 2005 de 5,2 (MSP, 2005) y para el año 2010 fue de 4,3.

La tasa de mortalidad infantil fue de 24,9 por 1.000 nacidos vivos en el año 2001, de 22,3 en el 2005 y en el año 2010 de 14,6. La tasa de natalidad muestra un descenso sostenido en los últimos 15 años. Para el 2010 es de 15,4 por 1.000 habitantes y la tasa de mortalidad materna para el 2010 fue de 92,6 por 100.000 nacidos vivos (OPS/OMS, 2008a).

- Indicadores Económicos

A partir de la crisis económica del año 2000, donde el Ecuador adoptó el dólar estadounidense como moneda oficial, la economía ha registrado una tasa de crecimiento promedio de 4,9% (Ministerio de Finanzas del Ecuador, Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social y UNICEF, 2009).

Según el INEC, el desempeño de la economía se tradujo en “el incremento del producto interno bruto (PIB) per cápita, que creció un 3,5% anual en el mismo período, alcanzando US\$ 2.743 en el 2005. Por otra parte, la inflación se redujo significativamente pasando de un promedio anual de 40,26% en el 2001 a 2,28% en el 2007” (MEF, MCDS, UNICEF, 2009). En cuanto al salario mínimo, en términos reales, registró un incremento promedio del 10% entre los años 2001 y 2005.

El desempleo también disminuyó: la tasa de desempleo urbano pasó del 10,9% en el 2001 al 7,9% en el 2005 y en diciembre del 2007 el desempleo de la población total era del 6,1%. En el 2004, aproximadamente el 56% de las mujeres de 20 a 49 años de edad no realizaban trabajos remunerados, siendo un poco menor este porcentaje en la sierra (51%) y en la zona insular (54%).

Las personas de sexo femenino representan alrededor del 40% de la población económicamente activa y “sus tasas de desocupación duplican o triplican a las masculinas” (MEF, MCDS, UNICEF, 2009).

Las familias de bajos ingresos dedican más recursos en términos porcentuales para cubrir sus necesidades de atención en salud (9% del quintil 1, en comparación con 4% en el quintil 5). Por otro lado, apenas el 12% de la población en el quintil 1 cuenta con un seguro de salud, comparado con el 36% de población del quintil (OPS/OMS, 2008^a).

Tabla 1. Economía del País

Indicadores Económicos	2007 (e)	2008 (e)
PIB nominal (millones de dólares)	44.490	48.508
Crecimiento real del PIB	2,7	4,3
PIB per cápita anual (en dólares)	3.270	3.514
Indicadores Sociales	1999	2006
Pobreza de consumo (%)	52,2	38,3
Porcentaje pobres área urbana	36,4	24,9
Porcentaje pobres área rural	75,1	61,5

Fuente: Banco Central del Ecuador, MEF y Encuesta de condiciones de vida 2006 INEC (2007).

- **Indicadores Sociales**

Los principales problemas sociales que afectan la situación de la salud en el país, incluyen los altos niveles de indigencia y el aumento significativo de la miseria. Se observa un incremento de la pobreza y la extrema pobreza en la segunda mitad de la década de los 90 (del 39% en 1995 al 52% en 1999) debido principalmente al fenómeno “El Niño” suscitado en 1998, a la crisis bancaria de 1999 y a la crisis financiera mundial (Sistema Integrado de Indicadores Sociales, 2000).

En el año 2003, el 41,5% de personas vivía en situación de pobreza y el 8,5%, en pobreza extrema, mientras que en el 2004, los porcentajes eran 52% y 14%, respectivamente. Para el período 2005–2006, la proporción en este ámbito registrado para la población rural fue del 61.54% y para la urbana del 24.88%, señala el documento “Estrategias de cooperación de país” (OPS/OMS, 2009a).

Sin embargo, en la primera mitad de esta década hubo una reducción de la pobreza y la extrema pobreza en relación a los últimos 10 años del pasado siglo. Cabe indicar que esto no se asocia a un incremento en la inversión petrolera y a las remesas de los emigrantes.

Los niveles de penuria entre los indígenas y afroecuatorianos, así como entre los habitantes del campo son mucho mayores al promedio nacional (68%, 43% y 62%, respectivamente). Por otro lado, los restantes grupos étnicos poseen niveles de miseria inferiores a la media nacional.

Según el censo 2010, el 46.9% de hogares poseen vivienda propia totalmente pagada, el 49.0 de viviendas cuentan servicios básicos públicos, dentro de estos el 72.0% cuentan con abastecimiento de agua en la vivienda, el 93.2% tiene servicio eléctrico en la vivienda, el 53.6% poseen eliminación de excretas, el 77.0% disponen de eliminación de basura y el 33.4% cuentan con servicio telefónico.

Tabla 2. Incidencia de pobreza y extrema pobreza de consumo por etnia y área (% de la población total), Ecuador 2005

Área	Pobreza	Extrema Pobreza
Campo	61,54	2,88
Ciudad	24,88	4,78
Etnia		
Indígena	67,79	39,32
Afro-ecuatoriana	43,28	11,64
Mestiza	30,78	8,28
Blanca	27,41	7,58
Otros	26,14	13,20
Nacional	38,28	12,86

Fuente: SIISE-INEC, con base en ECV. 2005-2006, INEC

Tabla 3. Índice de Desarrollo Humano

Año	Esperanza de vida al nacer	Analfabetismo en adultos (%)	Matriculación en educación primaria, secundaria y terciaria	PIB per cápita en dólares	IDH	Posición
2004	74,5	91	-	4.204	0,769	87
2005	74,7	91	75,3	4.341	0,772	89

Fuente: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2007-2008), Informe sobre Desarrollo Humano.

Analfabetismo

En 2005, el 66,8% de los habitantes que habían completado la educación primaria, el 67,9% eran hombres y el 65,8% mujeres. La proporción de féminas sin estudios se incrementó del 1% en el grupo de 15 a 19 años al 10% en el grupo de 45 a 49 años. Por el contrario, la proporción con formación superior y postgrado descendió del 23% en personas de sexo femenino de 20 a 24 años, al 16% en el grupo de 45 a 49 años (SIISE, 2000).

La tasa general de analfabetismo de la población del Ecuador de más de 15 años era del 9,1% en el 2006, y las provincias con mayor concentración de población indígena (Chimborazo Cotopaxi y Bolívar) presentaban un porcentaje mayor. Esta tasa también fue más elevada en las mujeres (10,7%) que en los hombres (7,4%).

Durante el último decenio ha habido un crecimiento de la matrícula en el nivel educativo básico de cerca de 7 puntos porcentuales, alcanzando aproximadamente 91% en el 2006 (OPS/OMS, 2009b).

Esto quiere decir que 1 de cada 10 niños/as entre 5 y 14 años no asiste a este nivel de instrucción, en el año 2010 la tasa de analfabetismo en el 6.8, de estos 5.8% son hombres y 7.7% son mujeres, las provincias con mayor tasa de analfabetismo son Bolívar 13.9%, Cotopaxi 13.6% y Chimborazo 13.5%.



Gráfico No.2: Tasa de Analfabetismo en Ecuador

Fuente: Encuesta de condiciones de vida 1995, 1998, 1999, 2008.

Ambiente

La mayor parte del consumo de agua en la República ecuatoriana es para el riego (80% del total de agua captada). Su utilización doméstica es relativamente baja. De este recurso hídrico utilizado para el uso doméstico únicamente el 5% recibe tratamiento; el resto retorna a los afluentes en forma de aguas negras con un alto contenido orgánico y contaminante (SIISE, 2000). El porcentaje de viviendas con acceso a agua entubada por red pública dentro de la vivienda ha crecido progresivamente.

Según los datos de las encuestas de condiciones de vida del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en 1995 el promedio nacional era del 37%, en 1999 del 40%, y en el 2006 del 48%. El déficit del acceso a agua entubada se refleja en la brecha urbano-rural, con valores del 66% y del 14 % de cobertura respectivamente.

Esta similar diferencia es posible de observarla en el indicador de pobreza, donde el quintil más pobre tiene una cobertura de agua del 11% frente al 87% del quintil más rico. Además, la proporción de viviendas con servicio de eliminación de excretas ha pasado del 84% en 1995 al 90% en el 2006 (OPS/OMS, 2009).

Se ha visto un acrecentamiento en la cobertura de la red de alcantarillado desde 1995 pasando del 44% al 49% en el 2006. Las diferencias regionales actuales de falta de redes de saneamiento son evidentes; mientras que la región Sierra del país tiene el 69% de las viviendas cubiertas, en la Costa y Amazonía la cobertura no llega al 40%.

Igualmente, se evidencia una diferencia entre las zonas rurales y urbanas, con una cobertura del 29% y del 95% respectivamente. La cobertura respecto a la recolección de basura llega al 43% en el segmento más pobre (quintil I), y al 94% de las viviendas del quintil V. La mayoría de las provincias tienen una cobertura del 50% -75% (León Guzmán, 2003).

2.1.3.1.2.2. Economía de la Salud

Desde hace algunos años ha existido una importante preocupación en el Ecuador por el incremento sostenido del gasto sanitario, sin que se observaran mejoras en los niveles de salud de la población. Asimismo, una gran proporción de los ecuatorianos no posee seguro y muchos son dependientes de la asistencia social.

Pero esta problemática no es exclusiva de este país, a nivel global el tema de la salud es de gran relevancia tanto para naciones de altos ingresos como para los que reciben retribuciones medias y bajas. Las diferencias se derivan de su naturaleza, el papel del gobierno, la disponibilidad de información, la estructura imperfecta del mercado, las externalidades y la equidad.

A partir de ello, es que la Economía de la salud al ser una ciencia social que provee información para el desarrollo de políticas sanitarias, se ha convertido en un insumo para la investigación en materia de sanidad. Ayuda a que se tomen decisiones relacionadas con gastos en el sector, adquisición de seguros, recomendaciones sobre tratamientos para los pacientes, programas de vacunación, financiamiento de obras, autorización de nuevos fármacos, etc.

Y también, posibilita que se analice y determinen criterios para la asignación de recursos en el ámbito financiero salubrista, para asegurar la eficacia y efectividad en los resultados en esta área en condiciones ideales y reales; eficiencia en la relación entre los productos obtenidos y recursos empleados; y equidad para todas las personas.

Cabe mencionar que esta ciencia aborda tópicos como el presupuesto público en su campo de acción, seguridad social, costo de las enfermedades, mercado de medicamentos, relación entre la salud y la productividad, desarrollo económico y bienestar, entre otros.

Indicadores generales de la salud en el Ecuador

- Indicadores Epidemiológicos

Actualmente, en el país existe una acumulación epidemiológica en la que las enfermedades carenciales y transmisibles comparten un gran espacio con las crónico-degenerativas.

Entre las primeras mencionadas, según el informe del Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2007, predominan las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas, la malaria, la tuberculosis pulmonar, las enfermedades inmunoprevenibles, la desnutrición global, la desnutrición crónica y la anemia (OPS, 2008a).

Con respecto a las segundas, encontramos a las enfermedades cerebrovasculares, las cardiopatías isquémicas, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, los tumores malignos, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y los problemas de salud mental.

En cuanto a la problemática de salud colectiva más frecuente están los accidentes de transporte y las agresiones, que se estima que está vinculado con múltiples determinantes tales como los niveles de pobreza y de inequidad en el país.

Según el Anuario de Estadísticas Hospitalarias, Camas y Egresos, del INEC (2009) entre las primeras causas de atención (morbilidad) general en los hospitales, con sus respectivas tasas están (por 10.000 habitantes): neumonía organismo no especificado (24.3), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (23.3), coledoclitiasis (19.8), apendicitis aguda (17.2), aborto no especificado (15.6).

En el año 2009 entre las principales causas de morbilidad masculina con sus tasas correspondientes encontramos a: neumonía organismo no especificado (25.0), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (23.3), apendicitis aguda (17.8), hernia inguinal (13.2), traumatismo intracraneal (10.4).

En este mismo ámbito pero en el caso femenino está: aborto no especificado (31.3), coledoclitiasis (29.3), neumonía organismo no especificado (23.5), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (23.3), falso trabajo de parto (17.0).

En el mismo período pero entre las principales causas de morbilidad infantil con sus pertinentes tasas tenemos: neumonía organismo no especificado (266.0), dificultad respiratoria del recién nacido (214.5), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (172.6), ictericia neonatal por otras causas y por las causas no especificadas (159.8), trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer (99.2).

En base al Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones del INEC (2010), entre las principales causas de mortalidad en los diferentes grupos poblacionales de Ecuador, que según los registros provocó 61.681 muertes en general, encontramos a enfermedades hipertensivas (30.3), diabetes mellitus (28.3), influenza y neumonía (23.7), accidentes de transporte terrestre (23.3), enfermedades cerebrovasculares (23.0).

Para el 2010 se registraron 34.895 muertes masculinas. Dentro de las causas principales con sus respectivas tasas están los accidentes de transporte terrestre (37.2), enfermedades hipertensivas (31.3), agresiones (homicidios) (30.1), diabetes mellitus (24.9), influenza y neumonía (23.8).

De igual manera, hubo 26.786 muertes femeninas. Las razones con sus tasas correspondientes fueron: la diabetes mellitus (31.6%), enfermedades hipertensivas (29.4%), enfermedades cerebrovasculares (23.8%), influenza y neumonía (23.5%), insuficiencia cardiaca (13%).

Además, se produjeron 203 muertes maternas, producto de enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo (16.9%), hipertensión gestacional con proteinuria significativa (16.4%), eclampsia (14.1%), hemorragia postparto (9.6%).

Por último, en esta misma data también se produjeron 3.204 muertes infantiles (menores de un año), cuyas primeras causas fueron: trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con baja de peso al nacer (16.7%), neumonía organismo no especificado (7.3%), neumonía congénita (5.1%), sepsis bacteriana del recién nacido (4.4%).

Por otro lado, estimaciones de ONUSIDA indican que en el Ecuador viven 40.000 personas con VIH/SIDA y que la evolución anual de la epidemia va aumentando. En el 2009, hubo 3.969 casos nuevos de VIH y 1.295 de SIDA; con 680 defunciones. Para ese mismo año la razón de género se situó en 1,5:1 hombres por cada mujer cuando era de 6:1 cerca del año 1990 (MSP-ONUSIDA, 2007-2005).

El comportamiento de la infección por género muestra que, en la nación, a la propagación del VIH/SIDA entre las personas de orientación homosexual y bisexual se añade la población heterosexual, con una tendencia más acentuada que en las otras dos poblaciones. La razón heterosexual, bisexual y homosexual pasó de 0,5 en 1990 a 4,4 en el año 2006.

Basándonos en la información del Programa Nacional de Prevención y Control de ITS-VIH/SIDA (PNS) del MSP (2011), la tendencia al incremento de casos de VIH, observada desde principios de la presente década, mostró un significativo aumento en los últimos 2 años. En lo que se refiere al número de casos de SIDA, la tendencia a la estabilización cambió entre el 2008 y 2009, mostrando un notorio acrecentamiento en el número de casos registrados.

En el caso de la condición nutricional, el último informe de la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (2005) señala que el 23% de los menores de 5 años de edad presentan desnutrición crónica (CEPAR, 2005).

Este valor se agranda sensiblemente en los hijos de mujeres indígenas (47%), cuando el nivel de educación de la madre es menor (38% en hijos de madres sin instrucción) y cuando su lugar de residencia es la región sierra (32%) y el sector rural (31%). A esto se agrega que la desnutrición aguda afecta al 9,1% de los menores de 5 años en el país.

La tuberculosis y la malaria constituyen uno de los principales problemas de salud pública en el Estado ecuatoriano. En el año 2003, la tasa era de 33,6 pero a partir de este año descendió progresivamente hasta alcanzar en 2006 los 4.348 casos nuevos con una tasa de 32,9 por 100.000 habitantes (OPS, 2008^a).

En relación a la tuberculosis (TB) en el año 2002, se notificaron 5.506 casos de esta enfermedad en todas sus formas, con una tasa (por 100.000 habitantes) de 42,7. En cuanto a la tuberculosis pulmonar, la tasa notificada fue de 32,7, en el año 2003, la cual tasa se incrementó a 33,6.

Sin embargo, posteriormente descendió progresivamente hasta alcanzar en el 2006 los 4.348 casos nuevos con una tasa de 32.9; para el 2007 con 3448 casos con una tasa de 28.87; y para el año 2009 con 3.317 casos con una tasa de 26.3 (MSP, 2004-2007).

Con respecto a la malaria, su riesgo de transmisión es de 182.886km² lo que constituye más del 60% del territorio nacional.

Durante el año 2004 se registraron 28.698 casos relacionados a este padecimiento, disminuyendo a 9.440 en el 2006, de los cuales 7.813 fueron por *plasmodium falciparum* y 1.627 casos por *plasmodium vivax*. El grupo de edad más afectado es la población económicamente activa de 15 a 44 años, con el 65% del total de casos (MSP/SNEM, 2009).

Por otro lado, es importante mencionar que la oferta de servicios de salud presenta graves deficiencias y desigualdades de cobertura y calidad, tanto en las zonas urbanas como en las rurales. La población ecuatoriana no posee una garantía explícita de acceso a los servicios de salud que precisa.

En base a estadísticas del INEC-MSP, 1 de cada 4 personas no es atendida en ninguna institución y más del 70% no tiene seguro de salud (OPS, 2008a). Es decir que, el porcentaje de gasto privado es del 49% y las formas de financiamiento son inequitativas, trayendo como consecuencia que los individuos de escasos recursos tengan un menor acceso a los servicios de saneamiento adecuados.

A esto se añade lo que destaca un artículo del Diario El Comercio:

La gestión hospitalaria no mejora, pese a las millonarias consultorías. La consultora Gens Sapiens fue parte de la fórmula para cambiar los hospitales durante la emergencia, pero los resultados de su trabajo no son palpables, al menos no en el corto plazo (Diario El Comercio, 2012b).

De lo que si se tiene conocimiento es que los consultores cobraron casi USD 1,4 millones, según el único informe que dio a conocer Salud en julio de 2011, por los estudios para cambiar la infraestructura de los sanatorios.

Frente a estos datos, la actual ministra de Salud, Carina Vance, confirmó que también firmó un contrato complementario con la consultora española Globesalud por unos USD 800. 000 y que ésta continuará en los hospitales del Ecuador. “Ella defiende el trabajo de esta empresa porque está transmitiendo conocimientos a directores y gerentes de los hospitales”. [Y asegura que] “el Ministerio contrata muchas consultorías, cuyos logros dependen de las decisiones de la institución (Diario El Comercio, 2012b).

Es evidente que pese a las millonarias cifras invertidas para el mejoramiento de la gestión hospitalaria, las consecuencias han sido negativas y no han generando beneficios de ningún tipo, tanto para los pacientes como para las instalaciones clínicas. Lo cierto es que este antecedente lo único que refleja es que el actual gobierno continuará invirtiendo y derrochando el dinero en consultorías sanitarias ineficientes, ineficaces y que no aportan nada en el ámbito de la salud en el país.

Además, de nada servirá que aumente cada vez más el presupuesto para el sector salubrista si el modelo de atención sanitario continúa basándose en políticas curativas. Debería existir una transformación de tal forma que el sistema de gestión hiciera énfasis en la salud preventiva.

2.1.3.1.2.3. Patrones de administración del Estado

Concepto

Características que adopta el Estado y la burocracia oficial para realizar los cometidos que la sociedad asigna (Mayntz, 1967).

El conocimiento de los patrones de administración estatal constituye un componente esencial del presente esquema de análisis, puesto a que brinda una primera aproximación global a los rasgos primordiales que singularizan el aparato burocrático del sector salubrista.

Es por esta razón que para su mejor entendimiento se consideran aspectos como la función del Estado en la salud, es decir, su participación en los procesos sanitarios nacionales; la diferenciación de la acción estatal, o sea, la estructura y distribución de los servicios de saneamiento por parte del gobierno a sus usuarios actuales y potenciales.

Y también, el Estado y sus sistemas de administración para la obtención de sus cometidos; y los veto players, a través de los cuales es factible determinar los actores políticos y las reglas institucionales que intervienen en los mecanismos de cooperación política.

Función del Estado en la salud

A partir de esta variable es factible conocer las características de la participación del Estado en la salud, ya que ello imprimirá un determinado carácter al desempeño de las instituciones según sea el dinamismo estatal en cuanto a su función como participante o inventor del proceso salubre del país.

Conforme a esto, a continuación se presenta la Política Nacional Sanitaria del actual régimen y los lineamientos de las políticas públicas salubristas, de acuerdo a los datos del MSP y el Consejo Nacional de Salud (2007).

Política Nacional de Salud del gobierno actual

El actual gobierno tiene una Política Nacional de Salud fundamentada en los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad, pluralidad, eficiencia, ética e integralidad. Y la finalidad de ésta es impulsar las capacidades y potencialidades individuales y colectivas que propicien el mejoramiento de la calidad de vida y salud y la superación de inequidades, en armonía con el entorno natural, social y cultural.

Los objetivos de la misma son:

- Promover la ciudadanía en salud, la garantiza el respeto, la promoción, la protección y la exigibilidad de los derechos humanos para el ejercicio de una vida digna y saludable.
- Garantizar la protección integral de la salud, de la población ecuatoriana facilitando los medios para promover la salud, tanto física como mental, prevenir y enfrentar las enfermedades y sus causas, mitigando sus efectos biológicos, económicos y sociales.

- Desarrollar las capacidades del sector salud mediante:

1. Procesos organizativos y participativos que conduzcan al establecimiento y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.
2. El desarrollo integral del talento humano.
3. El desarrollo científico y tecnológico y el impulso a los sistemas de información.
4. La dotación de los recursos materiales, tecnológicos y financieros.

Los lineamientos establecidos se enmarcan en:

1. Construcción de ciudadanía en salud.
2. Protección integral de la salud.
 - 2.1 Promoción.
 - 2.2 Vigilancia, predicción, prevención y control de enfermedades y riesgos.
 - 2.3 Recuperación y rehabilitación.
3. Desarrollo sectorial.
 - 3.1 Políticas para organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.
 - 3.2 Desarrollo integral de los talentos humanos.
 - 3.3 Medicamentos e insumos.
 - 3.4 Información en salud.
 - 3.5 Ciencia y tecnología en salud.

Además de ésta política general, la Secretaría Nacional de Planificación para el Desarrollo en su Plan Nacional para el Buen Vivir vigente hasta el 2013 (SENPLADES, 2009), establece 7 políticas y lineamientos en cuestión de salud, los cuales son:

- Política 3.1. Promover prácticas de vida saludable en la población.
- Política 3.2. Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad, y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad.

- Política 3.3. Garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad.
- Política 3.4. Brindar atención integral a las mujeres y a los grupos de atención prioritaria, con enfoque de género, generacional, familiar, comunitario e intercultural.
- Política 3.5. Reconocer, respetar y promover las prácticas de medicina ancestral y alternativa y el uso de sus conocimientos, medicamentos e instrumentos.
- Política 3.6. Garantizar vivienda y hábitat dignos, seguros y saludables, con equidad, sustentabilidad y eficiencia.
- Política 3.7. Propiciar condiciones de seguridad humana y confianza mutua entre las personas en los diversos entornos.

Lineamientos de las Políticas Públicas en el área de la salud según SENPLADES (2009)

- Universalidad y gratuidad.- Derecho de todo ecuatoriano de acceder a servicios de calidad independientemente de su capacidad de pago.
- Equidad.- Garantizar el acceso universal a servicios de calidad, de grupos o territorios que requieren mayor atención e inversión de recursos, ya que son los que tienen mayores riesgos o contravalores. Los subsidios no deben obedecer sólo a la capacidad de pago, sino también a las necesidades, los riesgos y los problemas o daños prioritarios.
- Integralidad.- Priorizar las actividades de promoción y prevención, pero también mejorar las coberturas y la calidad de la atención.
- Solidaridad.- Los que más tienen deben contribuir más para favorecer a los que menos tienen, lo cual complementa el concepto de equidad.
- Participación ciudadana.- Fortalecimiento del poder de las organizaciones comunitarias, sindicales y gremiales, así como la definición de los mecanismos, papeles y escenarios de participación.

Diferenciación de la acción del Estado

De acuerdo a lo establecido en la página web oficial del Ministerio de Salud Pública (2011), se establece que:

El Ministerio de Salud Pública se constituyó por consiguiente, en el organismo que en representación de la Función Ejecutiva, formulará y ejecutará la política integral de salud del país. Con el triple sentido de aumentarla, defenderla y restaurarla como deber del Estado y como derecho inalienable del pueblo ecuatoriano.

Desde entonces, se creó el Sector Salud formado por un conjunto de entidades, organismos e instituciones públicas y privadas, que realizan acciones de salud, tanto como producen servicios, formados de capital social básico o como colaboradores de las autoridades nacionales de salud.

Este quedó de esta manera integrado sobre la base del Subsector Público y del Subsector Privado, el primero formado por: gobierno, entidades descentralizadas y Seguro Social; el segundo por el Subsector Privado organizado con fines de lucro en otros, por el Subsector Liberal.

El organismo rector de la salud en Ecuador es el Ministerio de Salud Pública, que fue creado respondiendo a uno de los objetivos del Plan General de Desarrollo, de tal manera que le corresponden actividades de dirección, coordinación, evaluación, fijación y ejecución de esas políticas en el sector salud.

El Estado en sus formas de administración

Aquí constatamos cuáles son las formas que asume o puede asumir la administración gubernamental, las cuales se ven reflejadas en la conducción del sector sanitario.

- Funciones del Sistema de Salud

El Ministerio de Salud Pública (2011) es responsable de la conducción, normatización, coordinación, regulación y evaluación de las actividades y servicios de salud realizada por entes públicos y privados. Y además, lleva el liderazgo en todos los procesos definidos en las políticas de salud del gobierno.

A la vez, ésta institución participa activamente con los diversos actores involucrados en salud para la concertación y promoción de políticas públicas a nivel sectorial a través del Consejo Nacional de Salud (CONASA) (MSP y CNSP, 2007).

Las instituciones de Seguridad Social representadas por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) que incluye al Seguro Social Campesino (SSC), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL) reconocen formalmente la rectoría del MSP en los aspectos referentes al acceso universal a los servicios integrales, y forman parte del CONASA.

Las políticas y planes de trabajo de: medicamentos; de investigación en salud; de promoción de la salud; de salud y derechos sexuales y reproductivos; de bioética; las guías para la conformación de los consejos de salud y para la elaboración de los planes de salud.

Además de los formularios generales de la historia clínica única, el conjunto de prestaciones y los protocolos clínicos de las prestaciones priorizadas, son proyectos que han permitido de alguna manera incorporar enfoques de interculturalidad en la salud pública, armonizar a nivel nacional las cuentas nacionales de salud y orientar las políticas de recursos humanos y la carrera sanitaria (MSP Y CNSP, 2007).

2.1.3.1.2.4. Veto players en el área de la Salud Pública

Las reiterativas crisis, en medio de un mundo donde ha primado la globalización, han repercutido ampliamente en las políticas de estabilización y modelos alternativos, generando una disminución del protagonismo estatal tanto en su dimensión como en sus funciones.

Este antecedente se ha expresado en la liberalización de los mercados, la privatización de las empresas públicas y el desmantelamiento de los controles gubernamentales, todos ellos direccionados hacia un crecimiento económico que ha estado orientado hacia el aprovechamiento de los mercados globales y las exportaciones.

En otras palabras, como manifiestan Rolando Franco y Jorge Lanzaro, en su obra “Política y políticas públicas: determinación y autonomía” (2006), este es un modelo que ha erosionado y debilitado la institucionalidad política y ha reducido decisivamente la participación del país a nivel nacional e internacional.

Actualmente, vivimos en una sociedad que demanda múltiples necesidades correlacionadas a su dependencia social y grupos de interés, hacia un Estado débil y que tiene el deber de gestionar estas solicitudes mediante la redistribución del presupuesto público y de instrumentos técnicos que busquen la eficiencia y eficacia al momento de tomar decisiones.

Y además, ante la planificación y puesta en marcha de proyectos que tengan como fin responder a los intereses de ciertos empresarios y buscar el beneficio de varios actores de la sociedad civil.

Por tal motivo, Franco y Lanzaro (2006) señalan que las relaciones existentes entre la “política” y la toma de decisiones en lo que respecta a los regímenes mayoritarios y pluralistas en América Latina, son señaladas como presidencialismos mayoritarios y pluralistas, y de populismos plebiscitarios, pese a la amplia gama de diferencias y características existente propias de cada nación y ante el condicionamiento de esquemas que influyen en el poder público y en las funciones propias de cada administración.

Manteniendo este enfoque y cimentándonos en la existencia de un sin número de variables explicativas a nivel de la institucionalidad política y grupos de interés (elites políticas y elites burocráticas o tecnocráticas) que han ejercido dominación en Latinoamérica, en ésta ocasión analizaremos la situación de nuestro país.

En Ecuador el sistema democrático se ha caracterizado por estar plagado de problemas y debilidades en cuanto a la directriz de la política de las políticas públicas. Esta ha obstaculizado el desarrollo de acciones organizadas y eficientes en cuanto a las estrategias de gobierno en el campo sanitario, lo que ha repercutido significativamente en cada uno de los componentes estructurales y organizacionales del Ministerio de Salud Pública.

En consecuencia, existe una frecuente dificultad para la aprobación e implementación de las políticas públicas, especialmente en la materia de nuestro estudio, ya que es un tópico de gran trascendencia en la agenda pública.

Además, el análisis de los actores que favorecen buenas políticas o impiden la formulación y aplicación acertada de las mismas (veto players), contribuye al entendimiento del porqué del estancamiento del desarrollo del sector sanitario ecuatoriano y la demora en la adopción de medidas que promuevan su progreso.

Cuando hablamos de veto players hacemos referencia a todos los actores, activos o reactivos, que tienen poder de veto en el momento de su intervención en el proceso de formulación, aprobación y/o aplicación de las políticas en un nivel específico; y a su estatus legal, ya sea de carácter institucional o no institucional.

Su evaluación brinda una perspectiva panorámica y secuencial acerca de la interacción que se establece entre actores políticos y las reglas institucionales del juego, que determinan los mecanismos de cooperación política. Y también, que se determine cuál serán los procedimientos que se aplicarán en las políticas sociales, y que se conozca su influencia sobre la naturaleza o calidad de las mismas.

Ofrece, asimismo, una explicación de por qué en el Estado ecuatoriano las políticas públicas sanitarias son inflexibles, inestables, inadaptables, ineficientes e insostenibles debido a los cambios de gobierno y a las transformaciones a nivel económico y político.

Prueba de ello se explica en que en la nación, la elaboración de políticas públicas ha tenido como una de sus características principales la carencia de diseño y una planificación anticipada de soluciones, a largo plazo, que se adecúe a las crecientes y múltiples necesidades nacionales.

Este proceso “ha sido oscilado entre la inmovilidad (producto de la proliferación de actores influyentes), y la diligencia (decisiones) (producto de la exclusión temporal o relativa de importantes actores sociales” (Mejía, et al., 2009:33).

Otra particularidad es la influencia de la proliferación y polarización de actores políticos, en el contexto de formación de políticas sociales. Su multiplicidad en el país ha sido el resultado de un sin número de diferencias regionales y étnicas de la población.

Sin embargo, su efecto multiplicador ha logrado expandirse apoyándose en un sistema electoral altamente permisivo que durante mucho tiempo ha facilitado la participación política de diversos sectores en todos sus niveles.

Del mismo modo, la constante fragmentación de actores ha sido parte de una problemática que ha ocasionado que se realicen diversos esfuerzos de reforma institucional. No obstante, no se ha logrado reducir la presencia de veto players en las nuevas instituciones, principalmente gubernamentales.

En teoría, la presencia de una gran cantidad de actores con poder de veto, ha provocado efectos ambiguos sobre la probabilidad de adoptar nuevas políticas sanitarias (Pérez-Liñán y Rodríguez Raga, 2003).

Este antecedente ha visto reflejado en la continua tendencia hacia el bloqueo institucional, como resultado de los altos costos de transacción que implica establecer acuerdos políticos con todos los actores legislativos existentes, a fin de adoptar e implementar modificaciones transformadoras y beneficiosas.

Pero, por otro lado, el hecho de que exista una mayor fragmentación política, a su vez, ha permitido que se incremente el número de posibles combinaciones de actores, lo cual es muy necesario en el momento de aprobación y adecuación de reformas.

Es decir que, mientras más bajo sea el porcentaje de votación requerido para aprobar una política, ya sea por mayoría absoluta, simple o relativa, habrá un mayor número de “coaliciones mínimas ganadoras” posibles. De esta manera, se facilita que dentro del sistema político ecuatoriano se desarrollen diferentes estrategias y alternativas de negociación, y exista una persistente interacción entre los principales participantes políticos y las organizaciones.

Presidentes vs. Coaliciones

Sumergidos en este contexto, también vale la pena destacar el tema acerca de cómo la conformación de coaliciones del gobierno con otros actores, a través de la negociación, ha influido considerablemente en el sector salud ecuatoriano.

Debemos partir enunciando que en el país, los presidentes tienen a su disposición diversas herramientas que son utilizadas en la toma de decisiones y pueden ser dirigidas a su favor, tales como recursos políticos y/económicos, cuya función es determinar la cadena política y recompensar la colaboración de sus posibles socios legislativos.

En consecuencia, es posible afirmar que los presidentes en el Ecuador simbolizan una gran incongruencia a nivel gubernamental. Por una parte la Constitución les otorga diversos poderes para fijar la agenda política y tener un especial dominio en los procesos legislativos, pero por otra, no poseen un suficiente apoyo político en la Asamblea Nacional que posibilite el aprendizaje e implementación de sus propuestas de reforma (Grindle y Thoumi, 1998).

Como manifiestan Mejía, et al. (2009):

El Ejecutivo conjuntamente con los gobiernos locales, y los grupos de interés organizados: tienen importantes poderes para fijar la agenda; el legislativo del país encarna las ambiciones regionales e ideológicas de diferentes sectores electorales, en tanto que las distintas agencias burocráticas tienen el poder de ejecutar y monitorear las asignaciones presupuestarias (Mejía, et. Al. 2009b:119).

En conformidad, se puede dar una explicación del por qué los mandatarios de la Patria pueden disponer de prerrogativas adicionales para usar su poder de veto parcial o total, como un instrumento para confrontar la oposición de la Asamblea e insistir en sus propuestas de políticas, o para proteger el status quo.

Igualmente se pone en clara evidencia cómo el poder Ejecutivo, con los métodos constitucionales y mecanismo no constitucionales, ejerce presión sobre el poder Legislativo, tanto así que puede bloquearlo y tomar actitudes rígidas con respecto a la toma de sus decisiones.

A esto se agrega que posee la potestad de promover su cooperación durante la aprobación de políticas públicas y con ello, avanzar en su agenda política. Y a su vez, tiene otras facultades como: designar o remover a los miembros del gabinete, gobernadores provinciales y algunos cargos diplomáticos; conceder perdones judiciales; autorizar contratos con el estado, entre otros.

En pocas palabras, ésta peculiaridad refleja cómo en Ecuador la clave de la efectividad de las políticas públicas radica en los funcionarios que controlan la cadena de la agenda burocrática.

Sin embargo, el éxito de sus reformas y el aprovechamiento de las ventanas de oportunidad dependen de los instrumentos racionales, científicos y técnicos, y del nivel de la calidad de las políticas (Franco y Lanzaro, 2006). Igualmente del tipo de liderazgo, de las relaciones de poder (de los actores), de la historia de cada conformación nacional, de su institucionalidad, de su estructura económica, de la configuración del Estado, de sus tradiciones y de su cultura política.

Cimentándonos en estos antecedentes, también es relevante mencionar que el proceso presupuestario en el país se realiza en un ambiente de confrontación para la elaboración de políticas. Este está caracterizado por una “alta dependencia de los ingresos petroleros, instituciones presupuestarias inestables y actores políticos generalmente no cooperativos” (Mejía, et al. 2009a:120).

Por un lado, los ingresos petroleros han aplacado los conflictos de distribución de múltiples actores rentistas a costa de la disciplina fiscal. Y por otro, la fragmentación política ha sido una limitante frente a la posibilidad de modernizar las reglas fiscales y proporcionar adecuadas respuestas políticas ante inesperados shocks externos.

En esta temática, otro aspecto interesante que se produce en el país son las múltiples tendencias a que prevalezca la asignación de medidas de pago de carácter individualista y discrecional en forma de proyectos particularistas o clientelares (pork), sobre la negociación de acuerdos programáticos y transparentes acerca de acuerdos ideológicos o distribución de cargos ministeriales.

Los líderes de partidos facilitan los acuerdos “al por mayor” entre el gobierno y los asambleístas. Y los asambleístas individuales no proponen un mayor número de proyectos de ley de carácter distributivo o particularista (pork), sino que delegan esta función a sus propios líderes quienes están mejor posicionados para negociar directamente con el Presidente (Mejía, et al. 2009a:69).

Esto se resumiría en que unos otorgan votos a favor del gobernante y éste distribuye a cambio de ello, beneficios a los legisladores.

En síntesis, lo que afecta principalmente a las políticas públicas de salud, además de la fragmentación institucional, la pugna de poderes, las alianzas volátiles electoralistas o la oposición a ultranza, correspondiente al órgano vector de este sector es que: las reglas tanto electorales como del sistema de partidos políticos, han contribuido al incremento constante de actores con poder de veto, que están inmersos en una sociedad caracterizada por la existencia de una gran diversidad cultural, étnica, regional y política, y cuya decisión es determinante a el momento de producir cambios en las políticas sociales.

Asimismo, las reglas institucionales tales como las de elecciones legislativas intermediarias y las limitaciones establecidas con respecto a la reelección presidencial y legislativa, han generado desincentivos y reducciones en las negociaciones y acuerdos políticos entre los actores, en el campo de formulación y adopción de políticas sanitarias.

SECCIÓN SEGUNDA: LA ORGANIZACIÓN/ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

2.1.3.2.1. Concepto

La organización es una unidad social formalista estructurada, que tiene como fin alcanzar los propósitos específicos.

2.1.3.2.2. Caracterización

En esta parte de nuestra investigación expondremos algunas variables institucionales que conforman los aspectos primordiales que configuran la organización (MSP), con el objetivo de conocer sus funciones y forma de actuar como ente gubernamental.

2.1.3.2.2.1. Dirección

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) fue creado con el fin de responder a uno de los objetivos del Plan General de Desarrollo, por lo que le corresponden actividades de dirección, coordinación, evaluación, fijación y ejecución de las políticas establecidas en el sector sanitario.

Su conducción está ejercida por las personas que forman parte de los siguientes tres niveles: el directivo, el operativo y el asesor. Sus operaciones internas están guiadas por la Política Nacional de Salud organizada en los siguientes tres ámbitos de acción:

- La construcción de ciudadanía en salud.
- La protección integral de salud.
- El desarrollo sectorial.

En cuanto a los objetivos de esta política para el logro y cumplimiento de los propósitos del Ministerio de Salud Pública, establecidos en el Marco General de la Reforma estructural Sanitaria en el Ecuador (MSP y CNSP, 2007) estos son:

1. Promover la ciudadanía en salud, la garantía, el respeto, la promoción, la protección y la exigibilidad de los derechos humanos para el ejercicio de una vida digna y saludable.
2. Garantizar la protección integral de la salud de la población ecuatoriana facilitando los medios para promover la salud, tanto física como mental, prevenir y enfrentar las enfermedades y sus causas, mitigando sus efectos biológicos, económicos y sociales.
3. Desarrollar las capacidades del sector salud mediante procesos organizativos y participativos que conduzcan al establecimiento y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, el desarrollo integral del talento humano, el desarrollo científico y tecnológico y el impulso a los sistemas de información y la dotación de recursos materiales, tecnológicos y financieros.

2.1.3.2.2. Doctrina

La misión del Ministerios de Salud Pública (2011) es:

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, como autoridad sanitaria, ejerce la rectoría, regulación, planificación, gestión, coordinación y control de la salud pública ecuatoriana a través de la vigilancia y control sanitario, atención integral a personas, promoción y prevención, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología, articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho del pueblo ecuatoriano a la salud.

Y su visión es:

El Ministerio de Salud Pública, ejercerá plenamente la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, con un modelo referencial en Latinoamérica que priorice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con altos niveles de atención de calidad, con calidez, garantizando la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad.

2.1.3.2.2.3. Programa

Los programas del Ministerio de Salud Pública están enfocados en el apoyo social de la población ecuatoriana, y se encuentran al servicio de la comunidad y de las personas más vulnerables.

Actualmente, se realizan acciones con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de la población, a través de la promoción de campañas de prevención y teniendo como prioridad garantizar el acceso democrático y masivo a los centros de atención.

Cada programa de salud consta de diversas partes. En primer lugar, se plantea una introducción, con los antecedentes y la misión que cumplirá el programa. Tras ello se realiza un diagnóstico de la situación actual, que puede incluir una síntesis de evaluación de planes similares que se hayan desarrollado con anterioridad.

Y por último, posterior al diagnóstico, se presenta el plan (con la programación de actividades) y en algunos casos se detallan las conclusiones respecto a los resultados que se esperan conseguir.

Por tanto, los proyectos sanitarios son utilizados como instrumentos para “operacionalizar las políticas de salud a través de la planeación, ejecución y evaluación de acciones de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud” (MSP, 2011).

Los programas que desarrolla el ente rector sanitario son:

- Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI
- Nutrición
- Tuberculosis
- VIH-SIDA
- Salud intercultural
- Modelo de Atención Integral de Salud
- Atención Integral a Adolescente
- Adulto Mayor
- Maternidad gratuita y atención a la infancia
- Enfermedades dermatológicas
- Control de la Zoonosis
- Mitigación, prevención y atención a emergencias
- Salud Ambiental
- Salud del adulto-enfermedades crónicas no transmisibles
- Salud Mental
- Programa De Control y Vigilancia De Los DDI
- Programa de Enfermedades Catastróficas

2.1.3.2.2.4. Recursos

Comportamiento del Gasto Social 2007 – 2009

Según los datos estadísticos del Centro Latinoamericano de Estudios Políticos (CELAEP) y el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), el comportamiento del gasto social en el país en el período de gobierno (2007-2009), ha crecido paulatinamente entre un 11 y 12%.

Esto significa que en el año 2007, el Estado central destinó \$6,452, 666, 82 millones de dólares para el MSP, cantidad que fue repartida para el mejoramiento de la infraestructura, para la capacitación de los empleados y fue dedicado principalmente a la maternidad gratuita (Banco Central, 2011).

Además, cabe destacar que el MSP entregó cierta cantidad y cierto porcentaje a cada una de sus subdivisiones en toda la nación, con el fin de mejorar el desempeño y lograr un mayor desarrollo en su campo de trabajo a nivel provincial.

En el año 2008, luego de la creación de las provincias de Santa Elena y Santo Domingo de los Tsáchilas, el gobierno se percató de la necesidad del mejoramiento de ciertos puntos que en el 2007 no se los tuvo mucho en cuenta, por lo cual destinó recursos para la implementación y el mejoramiento en el área de salud en estas dos provincias. Por ello, el gasto aumentó de USD 614 millones (2007) a 737.745.540,92 millones de dólares en el 2008 (Banco Central, 2011).

En el período enero a abril de 2009, datos del MSO (2011) indican que el monto total de Anticipos de Inversión Pública ascendió a USD 153.1 millones, de los cuales el 10.2% correspondía a Anticipos de Inversión Pública entregados exclusivamente para el Sector Social.

El total de los anticipos entregados al Sector Social se distribuyó de la siguiente manera: Salud con el 45.5%; Desarrollo Urbano y Vivienda con el 29.5%; Educación con el 23.7%; y, Bienestar Social con el 1.3%.

Por ésta razón, en el 2009, el presupuesto del ente rector fue de “837.205.140,30 millones de dólares” (MSP, 2011). Ésta alza de presupuesto se produjo debido a que el gobierno inyectó recursos para que la autoridad rectora de salud pública, tomara medidas en contra de la gripe AH1N1. Los gastos que se realizaron fueron principalmente en las importaciones de vacunas, con el objetivo de mantener controlada ésta epidemia en el país.

Vale la pena comentar que la mencionada institución ha ido aportando con más recursos a sus subdivisiones en cada una de las provincias, de forma equitativa e igualitaria, de tal manera que las que mayores beneficios han recibido son Pichincha, Guayas y Manabí.

A partir de la información brindada por el Ministerio de Finanzas, es posible manifestar que los años 2000 y 2008, el sectorial con mayor participación en la ejecución fue Educación, que representó, en promedio, “el 55.2% del Sector Social, pese a que su peso en el período 2007 – 2008 se redujo en casi cuatro puntos porcentuales” (MEF, MCDS y UNICEF, 2009).

No obstante, la composición de los sectores restantes se incrementó significativamente, principalmente el de Desarrollo Urbano y Vivienda, y Trabajo. Los sectoriales de salud y bienestar social se mantuvieron en su relación histórica: 24% y 14%, respectivamente.

Evolución de la Inversión Social 2000-2008 Presupuesto inicial, codificado y devengado (Millones de dólares y porcentajes)

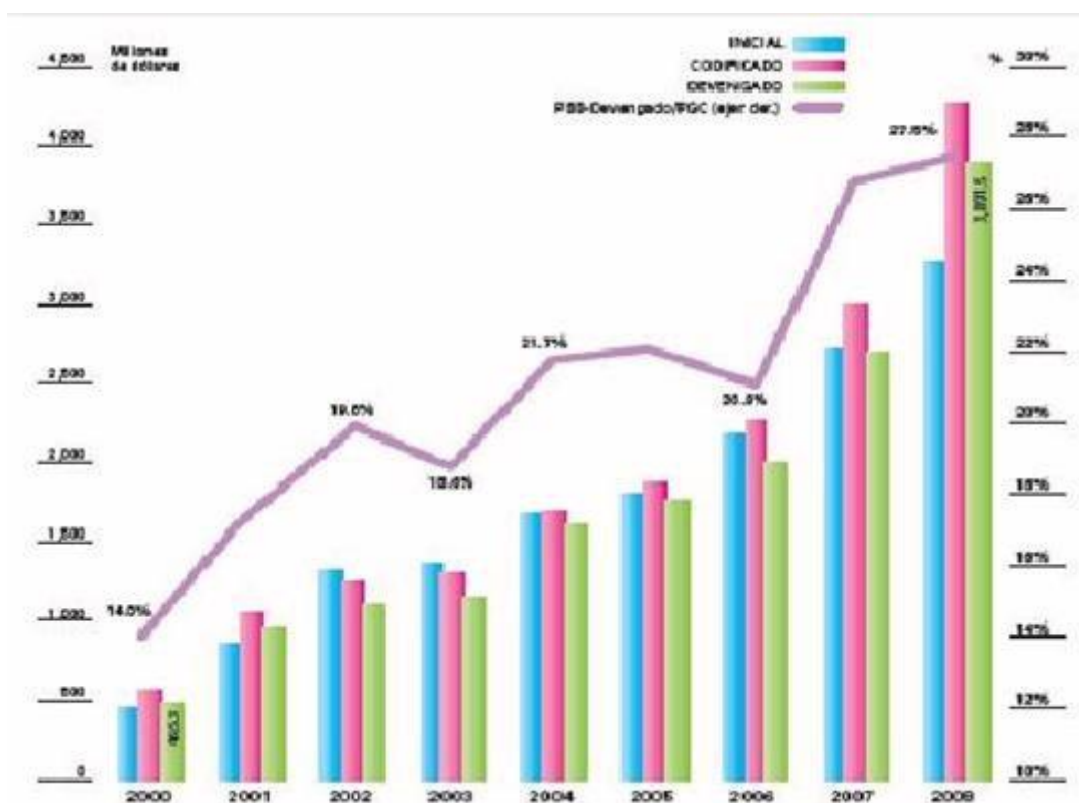


Gráfico No.3: La inversión Social en Ecuador 2000-2008

Fuente: MF/MCD8 (2000-2008)

Nota: PSB/PGC-Presupuesto del Sector Social y Presupuesto del Gobierno Central (eje derecho del gráfico).

**Evolución de la ejecución presupuestaria (devengado) en el Sector Social, por sectores, 2000-2008
(Millones de dólares y porcentajes)**

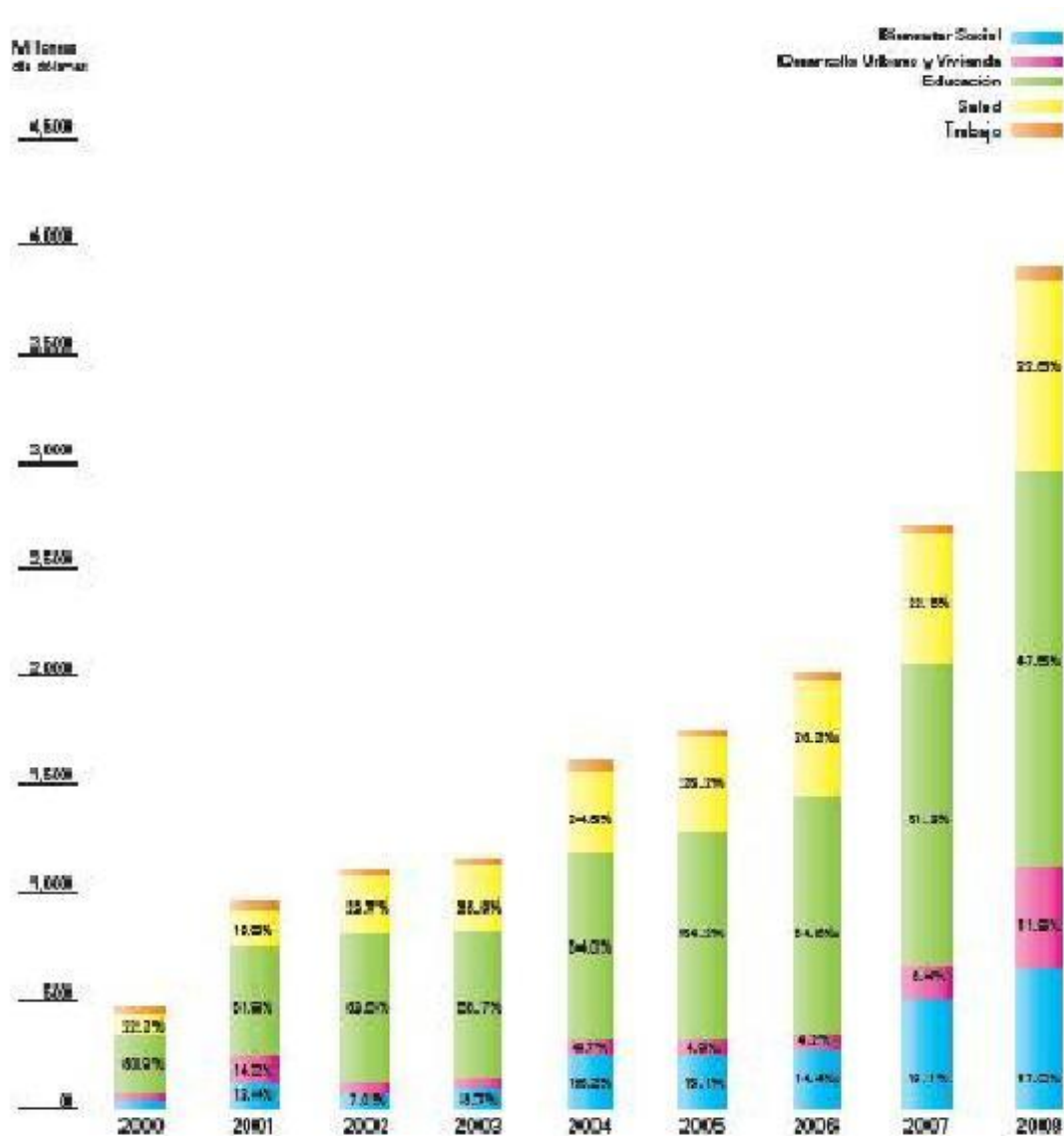


Gráfico No.4: Evolución ejecución presupuestaria del sector social en Ecuador.
Fuente: MEF (2000).

**Saldos de anticipos de Inversión Pública en el Sector Social por sectoriales
enero-abril 2009
(Millones de dólares)**

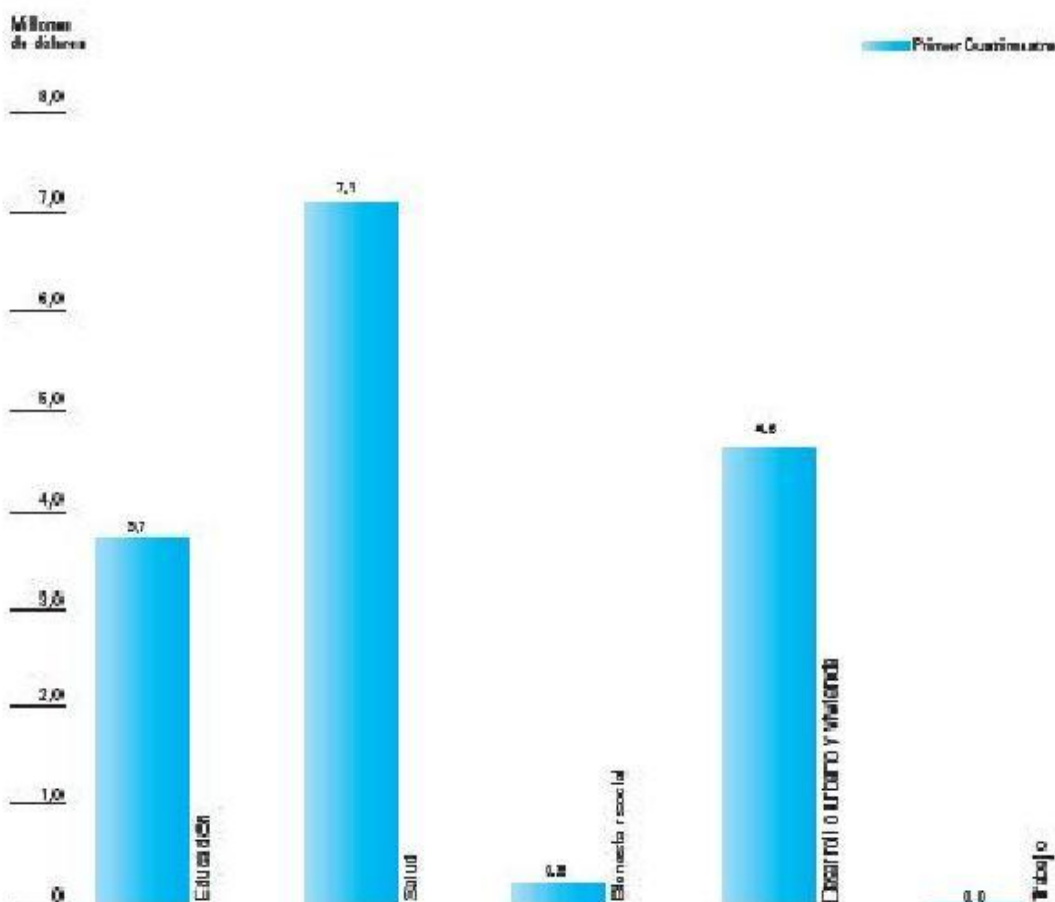


Gráfico No.5: Inversión pública en el sector social.
Fuente: Ministerios de Finanzas (2009).

Financiamiento

En cambio según el documento Cuentas Nacionales de Salud del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (2006), el presupuesto del MSP mantuvo un incremento constante desde el 2001 (USD\$ 151,7 millones), el 2008 (USD\$ 1,047 millones), pasando de 2,7% del presupuesto general del Estado al 10,1% y del 0.9% al 1.7% del PIB, respectivamente, en el 2009 fue de USD\$ 1.755 millones y en el año 2010 fue de USD\$ 1.244 millones que equivale al 4.9% de presupuesto general del estado.

Para el 2006, el gasto público per cápita en salud fue de USD\$ 41,89, un incremento de USD\$ 32,5 dólares en relación con el año 2000. El 90% del gasto privado corresponde a gasto directo de los hogares (61% para la adquisición de medicamentos e insumos, 24,3% para la atención médica y 4,7% para exámenes de laboratorio, materiales odontológicos y aparatos ortopédicos). Del gasto privado, el 74,7% se realizó en el área urbana y el 25,3% en el área rural, que concentra el mayor número de personas del quintil más pobre.

Algunos estudios realizados sobre el gasto público en salud y educación en 2004, muestran que el quintil más rico de la población ecuatoriana recibe cerca del 40% de los beneficios, mientras que el quintil más pobre recibió menos del 10% (Arteta, 2005).

En resumen, el gasto total per cápita en salud, para el año 2005, fue de USD\$ 150.7 (USD\$ 109.5 hogares US\$ 41.2 Gobierno). En el 2008, el per cápita gobierno (MSP e IESS) alcanza los 110 dólares y para el año 2010 alcanza los USD \$255. El sector público, destina un 81,2% del gasto sanitario para atención curativa y un 18,8% para la atención preventiva.

Presupuesto del Sector Salud

El presupuesto del sector salud pasó de USD 115,5 millones en el 2000 a USD 561,7 millones en el 2006. Durante los mismos años, el presupuesto como porcentaje del Presupuesto del Gobierno Central (PGC) y del PIB, aumentó del 2.7% al 6.6% del PGC y del 0.7% al 1.4% del PIB.

La población cubierta por un seguro de salud ya sea público o privado, alcanzó apenas un 23% en el año 2004. Si se analiza por quintiles, el más pobre es el más desprotegido ya que solo el 12% tenía un seguro de salud. Este porcentaje era superior en los mayores niveles de ingreso (36%) (OPS, 2008^a).

Porcentaje de Gasto en Salud por quintiles de ingreso. Promedio anual. Ecuador, 2006

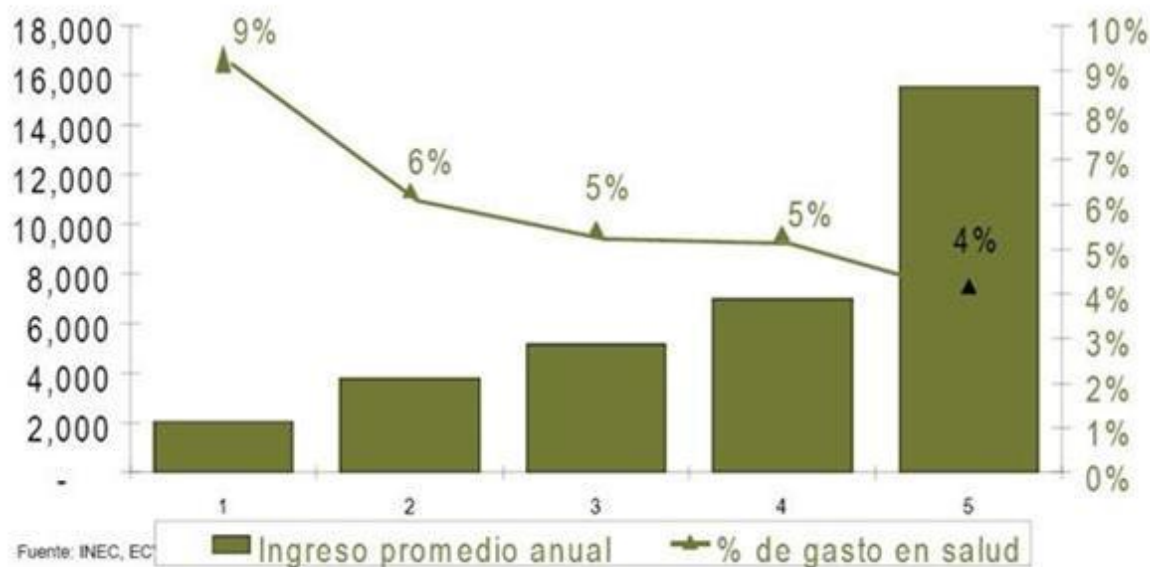


Gráfico No.6: Gasto del sector salud en Ecuador.
Fuente: INEC (2006)

Según el Diario el Universo del 11 de diciembre del 2006, el presupuesto sanitario pasó del 1,1% del PIB en el 2006 a 1,6% del PIB. Y este incremento corresponde al 4,9% y 6,2% del gasto público en salud (Diario El Universo, 2008).

A partir de los datos del Observatorio de la Política Fiscal (2006), el presupuesto inicial del 2006 del Ministerio de Salud fue \$562,8 millones y el codificado al mes de abril se reduce a \$508 millones. Hasta abril de 2006 la Tesorería del Estado transfirió \$100,4 millones al Ministerio de Salud, de los cuales \$81,1 millones, 81%, fueron destinados a sueldos.

De los \$56,3 millones destinados a bienes y servicios de consumo de hospitales, centros de salud y demás unidades administrativas, se ubicó el 26%.

Tabla 4. Presupuestos de los Ministerios de Educación, Salud y Bienestar Social (millones de dólares)

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA			
GASTOS EN PERSONAL	274,2	281,8	81,1
BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	70,1	69,4	18,0
OTROS GASTOS CORRIENTES	0,9	0,9	0,2
TRANSFERENCIAS Y DONACIONES CORRIENTES	6,3	6,3	1,0
GASTOS EN PERSONAL PARA INVERSION	1,0	2,5	0,0
BIENES Y SERVICIOS PARA INVERSION	120,4	93,0	0,2
OBRAS PUBLICAS	8,1	8,3	0,0
OTROS GASTOS DE INVERSION	44,4	0,0	0,0
TRANSFERENCIAS Y DONACIONES PARA INVERSION	20,4	32,4	0,0
BIENES DE LARGA DURACION	17,1	13,4	0,0
PASIVO CIRCULANTE	0,0	0,2	0,0
Total	562,8	508,3	100,4

Fuente: Observatorio de la Política Fiscal (2006)

Gasto Público per cápita en Salud, Ecuador, 2000-2006

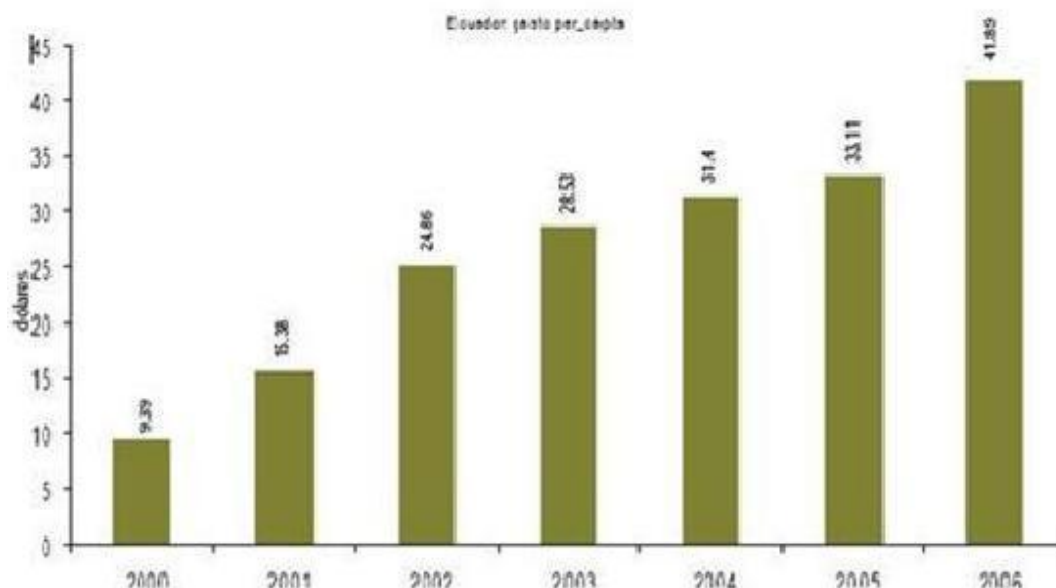


Gráfico No.7: Gasto público per cápita del sector salud en Ecuador

Fuente: Observatorio de la Economía Latinoamericana (2007).

Orientación del Financiamiento

La Autoridad Sanitaria Nacional sigue los lineamientos que la SENPLADES establece respecto a las normas y regulaciones de planes, programas, proyectos y su financiamiento. A través de la Subsecretarías General y de Extensión de la Protección Social en Salud y de la Dirección General de Salud se determinan las normas de atención y de gestión que condicionan la asignación de recursos.

Además, se define el conjunto de prestaciones dentro del Modelo de Atención Integral de Salud y se establecen los programas prioritarios con los recursos necesarios (SENPLADES, 2009).

El funcionamiento de la red de servicios del MSP se asegura a través del Presupuesto General del Estado, de fondos extra presupuestarios, de fondos de emergencia y de contingencia, y de aportes de proyectos y convenios nacionales e internacionales. Mediante la implementación por Internet del Sistema Integrado de Gestión Financiera (SIGEF) del Ministerio de Finanzas y el nuevo modelo de planificación de SENPLADES, se articula el modelo de gestión institucional y la estructura presupuestaria y se garantiza el criterio de asignación y seguimiento de inversión de recursos.

2.1.3.2.2.5. Estructura Interna

Cuadro institucional del Ministerio de Salud Pública del Ecuador

El MSP está organizado en tres niveles estructurales: área de salud, nivel provincial y nivel nacional.

El área de salud comprende la unidad de conducción y las unidades operativas del primero y segundo nivel, con capacidad resolutoria técnica, administrativa y financiera.

El nivel provincial está constituido por la dirección provincial de salud, cuya función es apoyar técnica y administrativamente a las jefaturas de área y a los hospitales de su jurisdicción geográfica.

Y por último, el nivel nacional es la instancia rectora del sector salud, integrada por diversos procesos responsables de elaborar y difundir normas técnicas, administrativas y financieras de aplicación nacional.

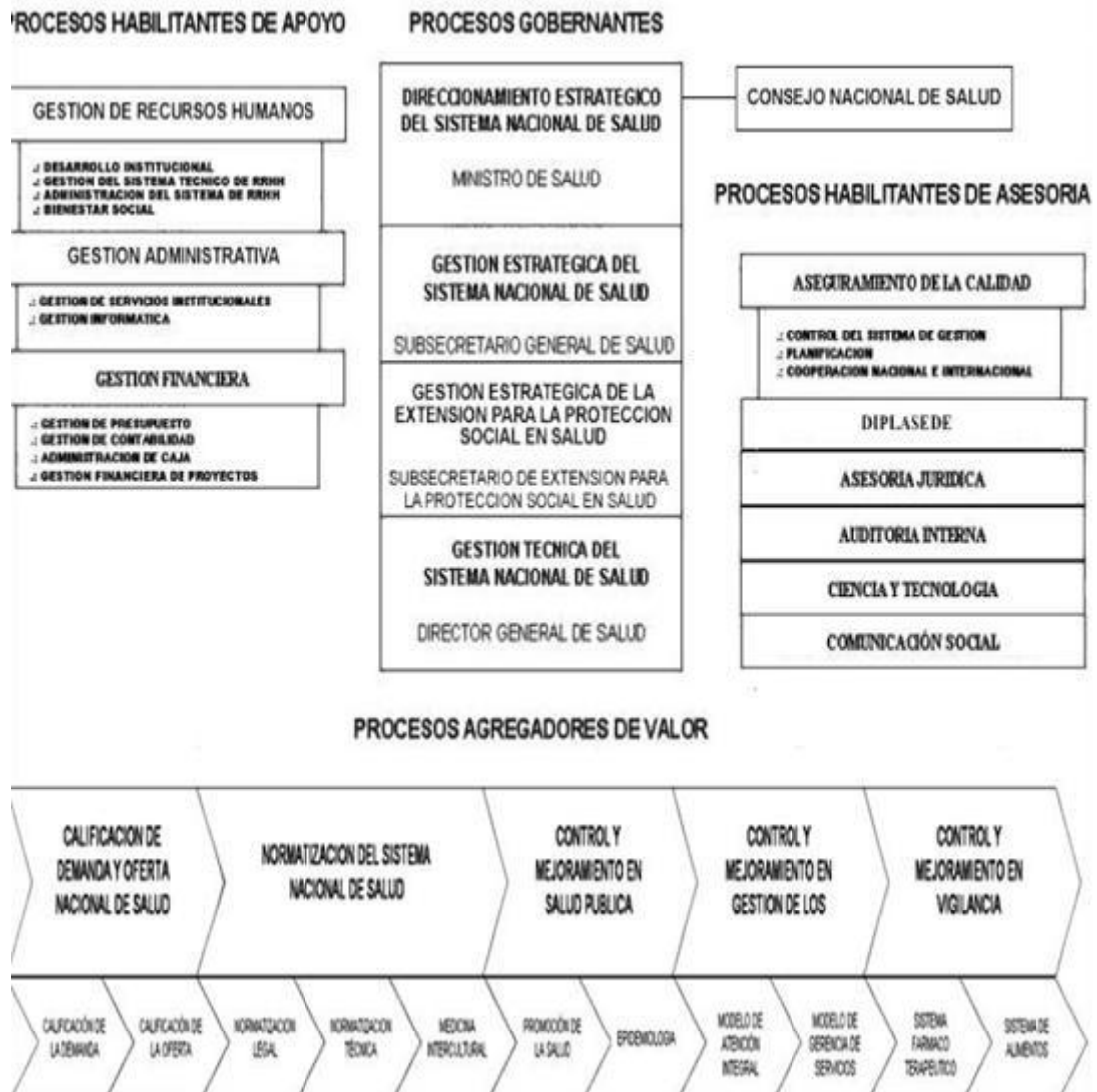
En la estructura del Ministerio (planta matriz) según se establece en su sitio web, se consideran a su vez se consideran otros tres niveles básicos: directivo, operativo y asesor.

A esto se añade que con el objetivo de dar una mayor estructura orgánica al MSP, se llevó a cabo la Integración de las Juntas de Asistencia Social al país y a la estructura orgánico funcional del Ministerio (abril de 1972), al igual que la Liga Ecuatoriana Antituberculosa (L.E.A.) y la creación de la Subsecretaría de Saneamiento Ambiental, con la adscripción del Instituto Ecuatoriano de Obras Sanitarias (IEOS) en 1975 (MSP, 2011).

Cabe mencionar que los principios fundamentales de la nueva organización fueron centralización, normativa y descentralización.

Figura 2

Estructura Institucional del Ministerio de Salud Pública Del Ecuador



Fuente: MSP (2011).

2.2. Hipótesis de la Investigación

La presente investigación se enfoca en el análisis y comprobación de que el sistema de provisión de los servicios de salud, específicamente el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), se caracteriza por:

1. Una amplia fragmentación y segmentación.
2. Una carencia en la coordinación entre actores y la falta de separación de funciones entre subsistemas.
3. Cada uno de estos cuentan con una población adscrita o beneficiaria con acceso a servicios diferenciados. Es decir, cada institución del sector salud mantiene un esquema de organización, gestión y financiamiento propio, con objetivos, políticas, programas y metas individualizados.

A esto se añade que el MSP realiza una función insuficiente en el papel de rectoría que posee como institución, lo cual es una de las causas principales que afecta ampliamente a la fase de aplicación y ejecución de las políticas públicas de salud en el país.

Actualmente, durante el gobierno de la “Revolución Ciudadana”, se ha incrementado la asignación de recursos económicos al sector sanitario, donde la mayor cantidad de fondos se está destinando al proyecto denominado Transformación Sectorial de Salud del Ecuador (TSSE) y no a la Política Nacional de Salud.

Sin embargo, pese al aumento del presupuesto, los indicadores son negativos porque reflejan que las personas de bajos ingresos dedican más recursos en el área de salud, en términos porcentuales, en comparación al resto de la población.

4. El gran número y proliferación de veto players en materia de salud pública lo cual entorpece o dificulta una gestión integrada de los asuntos de sanitarios, es decir, la planificación, programación, ejecución, control y evaluación de los asuntos u objetivos asignados al sector de la salud.

Cabe recalcar nuevamente, que nuestra pregunta de investigación, y sus interrogantes subordinadas, como punto de partida de nuestro estudio son:

¿Bajo qué condiciones los lineamientos estructurales a los que responde el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, constituyen un obstáculo para el buen desempeño de sus funciones?

¿Cuáles son las causas que impiden una adecuada articulación entre sistemas y subsistemas, al interior del MSP, y cómo esto repercute en la prestación de servicios y percepción de la sociedad?

¿En qué medida la proliferación y gran número de veto players afecta directamente e indirectamente el desarrollo e implementación, eficaz y eficiente, de las políticas públicas en el sector de la salud?

2.3. Metodología

Tomando como referencia las preguntas expuestas anteriormente y teniendo como fin la ejecución de un análisis que ofrezca una contextualización y explicación a profundidad sobre el tema de estudio, nuestro método de investigación se sustenta en la teoría de los sistemas y de las organizaciones y también, en el método mixto descriptivo-explicativo.

Con esto, queremos comprender y determinar las causas y efectos que provocan la desarticulación estructural institucional (organizacional) en el Ministerio de Salud Pública del Ecuador; responder por las causas y los orígenes de los problemas y fenómenos anteriormente descritos; explicar por qué ocurren y en qué condiciones se manifiestan, comprobando la validez de nuestras hipótesis y respondiendo así a nuestra pregunta de investigación.

Finalmente, pretendemos establecer cómo todo esta problemática repercute directamente en las fases de planificación, implementación y ejecución de las políticas públicas de salud en el país.

2.3.1. Fuentes de análisis de la investigación

La investigación se apoya en una amplia cantidad de información cuantitativa y para su realización se consideraron como fuentes: material bibliográfico, hemerográfico y de información electrónica, todos ellos centrados en el Área de la Salud Pública en Ecuador, sus falencias y aciertos; y diálogos y entrevistas con funcionarios del Ministerio de Salud Pública, específicamente de la planta central.

Es importante señalar que para la búsqueda e investigación de nuestras fuentes de análisis, nos cimentamos en nuestro marco referencial que son los objetivos generales y específicos, anteriormente dichos, y conforme a las preguntas de nuestro estudio.

En primer lugar recopilamos las fuentes bibliográficas y documentales, hemerográficas y de información electrónica enfocadas en el campo sanitario tales como:

- **Fuentes bibliográficas y documentales:**

Plan Quinquenal 2010-2015; Constitución Política de la República del Ecuador 2008; Declaraciones de los Congresos Nacionales por la Salud y la Vida; Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud; Política Nacional de Salud del Ecuador; Reglamento de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador; Perfil de Sistema de Salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma.

Además, Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010; “Sociología de la Organización” de Renate Mayntz; “La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica”. En: Cuadernos Médicos Sociales, de Naomar Almeida y Silva Jairnilson; Observatorio del Financiamiento al Sector Salud. Boletín número 1, del Consejo Nacional de Salud; Capítulo 3 Estructura,

Organización y Política del Sector, citado en OPS: Evolución conceptual de la función rectora de Eduardo Levcovitz;

También, el Sistema Integrado de Indicadores Sociales (SIISE); la Encuesta de Condiciones de Vida 2006 en Ecuador; la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil 2005; el Informe de ONUSIDA para el Día Mundial contra esta enfermedad 2011; el trabajo “Estrategias de cooperación de país” y las “Cuentas nacionales de salud en Ecuador” realizado por la OPS; y la Situación sanitaria en el país del Observatorio de la Economía Latinoamericana.

Asimismo, argumentos recogidos en la obra de Rolando Franco y Jorge Lanzaro, “Política y políticas públicas: determinación y autonomía”; el trabajo de Carlos Scartascini, Pablo Spiller, Ernesto Stein y Mariano Tomassi: “¿Cómo se juega en América latina? Instituciones políticas, procesos de negociación y políticas públicas”; los aportes de Jacint Jordana: El análisis de los Policy networks: ¿Una nueva perspectiva sobre la relación entre políticas públicas y Estado?; el concepto de devastación de las instituciones en la democracia neoliberal, de José Sánchez Parga.

Igualmente, los aportes sobre instituciones y procesos políticos de Simón Pachano en su libro “Calidad de la democracia e instituciones políticas en Bolivia, Ecuador y Perú”; los Planteamientos de Andrés Mejía Acosta, coordinador, y otros, en el libro Por el ojo de una aguja: La formulación de políticas públicas en el Ecuador, Capítulo 1. Agentes con poder de veto, instituciones frágiles y políticas de baja calidad (1979-2005); y el enfoque por etapas derivado de Lasswell (Lasswell, en Parson, 2007).

- **Fuentes hemerográficas:** Diario el Comercio, “La gestión hospitalaria no mejora, pese a las millonarias consultorías”, 18/03/2012, p. 2-3.

- **Fuentes electrónicas (Internet):** Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2025. INEC-CEPAL, Ecuador. URL: <http://www.inec.gov.ec/home/>; Observatorio de la Política Fiscal, URL: <http://www.observatoriofiscal.org/>; Ministerio de Salud Pública del Ecuador, URL: <http://www.msp.gov.ec/>; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, URL: <http://new.paho.org/ecu/>; Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, URL: <http://www.senplades.gob.ec>, Plan Nacional Para el Buen Vivir 2009-2013; Centro Latinoamericano de Estudios Políticos, URL: <http://celaep.org/>.
- **Diálogos y entrevistas con funcionarios del Ministerio de Salud Pública (planta central) como:** Diálogo con el Ing. Gustavo Giler y la Lic. Fabiola Estrella, Secretarios Pro-Tempore Ecuador, en la elaboración del Plan Quinquenal 2010-2015, Consejo de Salud Suramericano, Presidencia Pro Tempore Ecuador 2009-2010. Y entrevista con el Dr. Jean Marc Gabastou, Asesor en Servicios de Laboratorios de Salud Pública.

De tales fuentes, identificamos, seleccionamos y organizamos la información referente al sector sanitario en el Ecuador, particularmente, a su sistema, su estructura y a las políticas públicas del mismo. Y posteriormente, la sistematizamos, interpretamos y analizamos en base a nuestro tema principal de análisis.

CAPÍTULO III

3.1. Aplicación del esquema de análisis de la investigación

3.1.1 Contexto Externo

Existen múltiples restricciones que condicionan la capacidad de los gobiernos democráticos y de sus programas económicos para producir resultados con eficacia y eficiencia. Especialmente, cuando se precisa de las facultades necesarias de un régimen, a fin de encontrar soluciones a problemas relativos a la idoneidad de las políticas diseñadas por el gobierno para reducir al mínimo los conflictos, asegurar una tendencia a la repartición de la riqueza, y propiciar su incremento.

Y también, en cuanto a la capacidad operativa de los entes gubernamentales de actuar sin sorpresas y teniendo la posibilidad de realizar sus programas, sin estar sujetos a elementos disfuncionales (Salgado, et al., 1998: 374).

A partir de esto, nos referiremos en primer lugar acerca de la evolución de la economía ecuatoriana durante el período democrático, muy brevemente, con el principal propósito de resaltar los rasgos característicos de los programas económicos implementados por algunas administraciones en términos instrumentales y según los resultados obtenidos.

Los problemas en el mercado cambiario; ajustes financieros; una crisis agravada por factores del mercado externo, relacionados con la enorme vulnerabilidad de la economía del país hacia el sector exportador, fueron algunas de las consecuencias que entorpecieron a la política económica implementada durante los años ochenta y noventa, impidiendo así que se obtengan resultados satisfactorios, y desatando inconvenientes en cuanto a la gobernabilidad.

A este escenario se suman los actores nacionales e internacionales que han tenido una gran incidencia en la formulación y ejecución de políticas en el Ecuador.

A finales de la década de los ochenta, a raíz de los desequilibrios económicos que venían acumulándose desde períodos anteriores y de las decisiones y recomendaciones del Consenso de Washington, en nuestra nación se comenzaron a aplicar políticas de estabilización restrictivas en el ámbito fiscal, reduciendo drásticamente los ingresos y ejecutando recortes en los recursos destinados a los sectores sociales, entre ellos, el de la salud.

Con estos antecedentes, concretamente durante los noventa, como resultado del abandono al campo social se produjeron graves repercusiones tanto en la infraestructura salubrista como a nivel de los programas de medicina preventiva y curativa, en perjuicio de la población y en beneficio explícito del pago de la deuda externa.

El Ecuador debía cumplir inevitablemente con las disposiciones de los organismos financieros internacionales como el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI), que siempre exigían planes de ajustes estructural llevando a que sea prevalezca los deberes financieras del Estado, en desmedro de las obligaciones sociales y requerimientos del pueblo ecuatoriano.

Es decir que, se dio una mayor prioridad y se privilegió la cancelación de las obligaciones del endeudamiento externo, desatendiendo las necesidades básicas como la sanidad, la educación, la vivienda e infraestructura, en detrimento del sector social.

A esto se sumó un contexto internacional desfavorable, como lo señala Alberto Acosta en su trabajo “La deuda externa de América Latina” (1998), donde menciona que este se caracterizó por:

1. La moratoria de la deuda externa mexicana y la imposibilidad de pago de los compromisos financieros adquiridos por parte de los países en desarrollo, que determinaron el cierre del financiamiento externo para América Latina.
2. La elevación de las tasas de interés en el mercado internacional, los intereses de los préstamos convenidos en los años 70, al 1 y 2%, aumentaron al 18%, elevando el servicio de la deuda externa a niveles preocupantes.
3. La contracción del comercio internacional producto de la baja en los precios y demanda de productos primarios, y en consecuencia al establecimiento de restricciones comerciales por parte de Estados Unidos.
4. El debilitamiento del mercado petrolero.

Posterior a la crisis de 1982, la banca privada internacional y los organismos financieros internacionales para evitar el colapso del sistema financiero internacional privado, desplegaron mecanismos de préstamos que consistían en la concertación de paquetes de refinanciamiento anuales, junto con la provisión de nuevos créditos conocidos como "dinero fresco", los cuales estaban destinados a cubrir el pago de intereses y la aplicación de estrictos programas de ajuste que serían supervisados por el FMI, como condición previa a la suscripción de nuevos acuerdos de reprogramación.

El gobierno de Sixto Durán Ballén, por ejemplo, intentó realizar esfuerzos de estabilización, caracterizándose por la puntualidad en dichos pagos, priorizando las relaciones con los actores internacionales por sobre la salud y formación de toda la población del Ecuador.

Sus estrategias se basaron en la corrección de las distorsiones del mercado ecuatoriano, mediante el juego de las fuerzas económicas de este. Su principal orientación fue la reducción de la inflación a través de la política cambiaria, y el restablecimiento de los equilibrios fiscales y externos.

En cuanto a la política monetaria, se adoptaron mecanismos tales como las subastas semanales de bonos, el uso de la mesa de dinero y la eliminación del margen fijo entre las tasas de interés (Salgado, et al., 1998: 389) Además, el Banco Central estableció herramientas que contribuyeron a que se mantenga la intervención activa en el mercado.

La política fiscal gubernamental benefició la austeridad en el gasto y redujo los subsidios. Se realizaron varios ajustes al precio de los combustibles hasta alcanzar niveles internacionales, y se indexó mensualmente el cambio en el mercado externo.

Los primeros resultados de la política económica establecida fueron positivos, ya que la nación logró un fuerte posicionamiento externo, debido a que las reservas superaron los 1.700 millones de dólares. Igualmente el crecimiento económico, que se vio afectado en los primeros años del ajuste, comenzó su etapa recuperación.

Otros instrumentos orientados a la realización de reformas estructurales en el campo económico fue la expedición de una ley para flexibilizar el mercado de valores y también, la creación del Consejo de Modernización del Estado (CONAM), cuyo objetivo era llevar adelante la reforma administrativa del sector público.

A la par, se establecieron nuevas normativas como la Ley de Presupuestos y la Ley de Hidrocarburos. Con la primera se buscaba mejorar la eficiencia del manejo contable público y fortalecer la capacidad del Banco Central de restringir el gasto. Y con la segunda normativa hubo una mayor flexibilidad en cuanto al marco determinado para la intervención extranjera en el sector de hidrocarburos, y desreguló los precios de los combustibles.

No obstante, la guerra con Perú, la falta de capital por parte de las empresas públicas y la débil continuidad en la política energética repercutió en la contracción de la oferta y afectó significativamente al aparato productivo nacional, según indica el trabajo “Ruta a la Gobernabilidad” realizado por Salgado y otros autores (1998).

Las medidas económicas adoptadas por Durán Ballén demuestran la importancia de los organismos internacionales y sus aliados locales en la formulación de políticas y en su repercusión en el sector salud, de acuerdo al enfoque del análisis institucional, respecto al entorno del sistema, que corresponde al entorno nacional e internacional.

En cambio, en el gobierno de Borja se desarrolló una activa intervención del Estado en la economía, a fin de introducir mecanismos que permitan la reducción de la volatilidad económica ecuatoriana y los efectos que sobre ella tendrían los mercados extranjeros.

En síntesis, existen muchas causas que han influido en el poco éxito de las políticas de estabilización llevadas a cabo en el país. Los ochenta y los noventa fueron décadas difíciles en las cuales el estado atravesó una serie de problemas tales como desastres naturales y crisis internacionales.

En este contexto, es evidente que la propia vulnerabilidad interna impidió prevenir las dificultades y agudizó sus efectos. Pero asimismo, hubo diversos errores internos. La falta de consistencia en las medidas adoptadas y la poca continuidad de los programas son dos de ellos. A esto se suma, el énfasis excesivo que se puso en el ajuste y la poca importancia que se dio a las reformas económicas estructurales.

Igualmente, los resultados de los métodos puestos en marcha fueron obstruidos por los conflictos del sistema político del país, los inconvenientes técnicos en la concepción de las medidas, y las dificultades en la ejecución de las mismas.

Algunos aspectos de la estructura política ecuatoriana obstruyeron la eficacia de la política económica aplicada en esos años de vida democrática, y viceversa. Por ello, la identificación de estas características es importante en cuanto a que la eficacia y la legitimidad sistémica de la política son dos elementos, que en su interacción, consolidan el concepto de gobernabilidad (Salgado, et al., 1998:393).

3. 2. Contexto interno

Los actores políticos nacionales también han desempeñado un rol importante en la generación de políticas de salud, cuyo función como veto players ha estado condicionada a las debilidades institucionales de la democracia ecuatoriana, sobre todo a la oposición política a la que se ven sometidos aquellos presidentes que no han tenido respaldo en la Congreso (ahora Asamblea), a pesar de haber sido electos por votación mayoritaria como Presidentes de la República.

Esta situación ha podido ser evidenciada desde el retorno a la democracia en 1979, hasta la llegada de Alianza País al poder. Un ejemplo concreto y fatal para el sector salud, corresponde al ejercicio en la presidencia de Durán Ballén, en el momento en que perdió el respaldo de sus diputados del Partido de Unión Republicana (PUR) en el Congreso, y se quedó únicamente con un par de diputados conservadores fieles al vicepresidente Dahik, quien luego fue enjuiciado políticamente y tuvo que abandonar el país y viajó hacia Costa Rica.

Por esta razón, Durán Ballén gobernó con una agenda política manejada desde el poder legislativo por la mayoría Social Cristiana y Roldosista. En consecuencia, utilizó tácticas basadas en arreglos “cupulares” y clientelares a fin de obtener la aprobación del poder Legislativo, quebrantando las estrategias orientadas al bien común y las políticas públicas orientadas al bienestar colectivo.

De ésta manera, esto se convierte en otro factor de distorsión en el proceso de gestión de las respuestas del poder público hacia las necesidades de los gobernados, en donde la racionalidad pierde espacio favoreciendo al clientelismo político.

En efecto, se da prioridad a la atención de ciertos sectores en perjuicio de otros, y es así donde el sector sanitario se ve profundamente afectado, pues la apertura, la estabilización, la equidad y la superación de la pobreza se convierten en objetivos postergados.

3.2.1. Relegación de la equidad

Desde inicios de la década de los ochenta, el fin más importante de la política económica del país fue la estabilización. Pese a que no se pudo superar los desequilibrios estructurales de la crisis, se determinaron diversas medidas para equilibrar la situación fiscal y el sector externo.

Por tal motivo, desde el punto de vista técnico resulta sumamente cuestionable que la relegación del objetivo de equidad, dedicando todos los esfuerzos al mantenimiento de la estabilidad en el ámbito económico, que a pesar de que también era ineludible, no debía haber sido abordado desde una sola dimensión.

Según estimaciones realizadas en el Proyecto Gobernabilidad a partir de las Cuentas Nacionales (1998), el gasto social de las administraciones públicas en educación, salud, seguridad social, vivienda y cultura se redujo, entre 1980 y 1995, del 11,9 al 9,8% del PIB. Esta tendencia es consistente con las estadísticas de la CEPAL, que destacan una reducción del gasto social, aunque de menor magnitud -0.8 puntos del PIB, en el mismo período.

Es evidente que ante el incremento de la pobreza y la desigualdad, el reaccionar de los ciudadanos se ha caracterizado por una gran hostilidad y rechazo generalizado frente a las iniciativas de ajuste y equilibrio, derivándose en conflictos y enfrentamientos sociales, y problemas de gobernabilidad.

3.2.2. Abandono de la planificación

En todos los planes y programas de desarrollo evaluados para la realización de esta tesis, ha sido posible constatar un elemento en común que es la falta de continuidad. Esta característica se explica en la medida en que el país, no se ha constituido una visión en conjunto, sobre hacia dónde debería dirigirse el desarrollo ecuatoriano, independientemente de la coyuntura y posiciones ideológicas y políticas.

La carencia de una perspectiva como país ha limitado las posibilidades de planificación, ya que en el sector público ecuatoriano las decisiones, programas, proyectos e inversiones han estado continuamente sujetas a modificaciones intempestivas, en íntima relación con los cambios en la política.

Si bien la planificación para el desarrollo constituye un elemento esencial para el éxito de la actividad económica, no ha habido un espacio para una verdadera previsión de eventualidades, aspecto que ha incidido en que la nación sea ampliamente vulnerable a fenómenos naturales, cambios en el mercado externo y a su propia e impredecible situación política.

Asimismo, desde una perspectiva técnica, la ausencia de un plan estratégico real ha repercutido en la creación de severas limitaciones en cuanto al crecimiento económico y al triunfo de los programas de estabilización.

Pese a que la crisis impuso la reducción en el presupuesto público, las falencias de carácter técnico sobresalen especialmente en la escala de prioridades con las que se asignó el gasto público, generando estancamientos económicos, restando competitividad al país y a su vez a los atractivos para los inversionistas.

Por último, la falta de previsión también se ha manifestado en una precaria concepción sobre las prioridades de desarrollo, frente al fenómeno de la globalización y a la incapacidad de poder insertarnos en la dinámica internacional.

3.2.3. Inconsistencia entre metas y metodologías

En el diseño de programas de estabilización es fundamental lograr que los objetivos propuestos sean coherentes con las herramientas empleadas en su corrección, porque si no se consigue empalmarlos, resulta imposible alcanzar los resultados esperados.

Gran parte de esto depende de que los agentes económicos focalicen sus expectativas hacia las previsiones del gobierno. Sin embargo, cuando el programa no posee credibilidad, difícilmente contribuye a que se modifiquen las actitudes de cada agente.

3.2.4. Problemas del sistema político

Otro elemento que hemos podido percibir es la identificación de dos vertientes de conflicto, en cuanto al sistema político y a la administración pública. La primera se atribuye al propio régimen, a las instituciones y a las prácticas políticas. En cambio, la segunda tiene que ver con las autoridades económicas y su capacidad para alcanzar acuerdos con la sociedad y los sectores políticos.

Pese a que hay una diferencia significativa entre estos dos inconvenientes, es esencial indicar que no se pueden separar unos de otros pues forman parte de toda la dinámica política.

En estos ámbitos se destaca la pugna de poderes, la relación conflictiva entre las autoridades estatales, que no pudieron canalizar sus tácticas mediante el uso de medios regulares y por ende, perjudicaron a la gobernabilidad del sistema político.

3.2.5 Inestabilidad de las autoridades

Uno de los aspectos que siempre ha estado presente en los gobiernos y ha generado fragilidad ante la práctica de las políticas pública en todos los ámbitos, ha sido la inestabilidad de las autoridades gubernamentales en sus cargos.

Pese a que los altos mandos han sido reemplazados por otras personas dentro de un mismo período presidencial, y han mantenido una línea ideológica consistente, es posible evidenciar que el principal problema administrativo ha sido que a todos les hizo falta tiempo para que la aplicación de sus estrategias y tácticas brinden resultados tangibles.

Si efectivamente el sistema político estuviera integrado por una estructura administrativa acorde a las necesidades requeridas por la sociedad, y que ésta funcionara de manera eficiente y con efectividad, las políticas dictaminadas serían llevados a cabo en base a cuadros técnicos y planes específicos, y no se sujetarían a los tiempos políticos. Además, que sería menos relevante la rotación de personal y de directivos.

Pero este no es el caso del Ecuador. En la mayoría de la ocasiones, conjuntamente con la salida de los presidentes gran parte de las jurisdicciones ministeriales también se modifican.

Pero ¿cuál es el motivo que frecuentemente exista un cambio de autoridades? La respuesta más frecuente es su renuncia. Y la segunda causa más trascendente son los juicios políticos, que si bien en algunos han generado buenos resultados, han ocasionado una marcada inestabilidad en la conducción de las políticas públicas.

En parte, este tipo de situaciones se explica debido a la falta de definición que ha existido a nivel nacional en cuanto al rol de Estado, lo cual ha impedido la adopción de políticas públicas. Pero asimismo, un comportamiento como este puede atribuirse a una limitación propia del régimen presidencialista. Es decir que, el poder Ejecutivo asume las responsabilidades por las políticas que se desarrollan, pero no comparte este compromiso con el Legislativo.

Entonces, está claro que en un escenario donde las continuas pugnas de poderes son claramente percibidas, la gobernabilidad y la ejecución de las políticas públicas deberían constituir una de las principales responsabilidades del régimen político en conjunto.

3.2.6. Presupuesto del Estado en la Asamblea

Otro de los impedimentos que existe en el sistema político es la imposición sobre el funcionamiento de los programas de estabilización económica, cuyo origen radica en la manera en cómo la Asamblea maneja la atribución de la aprobación del Presupuesto General del Estado.

Esto quiero decir que en el Ecuador, al igual que en otros regímenes democráticos del mundo, una vez al año el Ejecutivo presenta un plan del presupuesto público al Legislativo, con el objetivo primordial de que éste se encargue de aprobar las previsiones económicas para el siguiente ejercicio fiscal. Sin embargo, a raíz de varias problemáticas y confrontaciones, y la falta de acuerdos entre los grupos el dinero presupuestado en ocasiones es despilfarrado y no es destinado adecuadamente, conforme a las verdaderas necesidades de los ciudadanos.

3.2.7. Leyes que generan gasto

Otro elemento característico del sistema político del país que constituyó un obstáculo para el control del crecimiento del gasto público, en las décadas de los ochenta y noventa, fue la facultad del Congreso de emitir leyes que generaban gasto pero que no contaban con financiamiento.

A pesar de que esta potestad estaba prohibida en la Constitución, constituyó una práctica común que se valió de múltiples artimañas para subsistir en la dinámica política de la nación.

Es evidente que la aprobación de leyes sin financiamiento demuestra una gran irresponsabilidad por parte de los poderes del Estado. Este aspecto es posible de comprobarlo en el hecho de que una gran mayoría de normativas presentadas al poder Legislativo han estado relacionadas con temas como “la creación de cantones la asignación de pensiones vitalicias, la condonación de créditos y las alzas en las remuneraciones de los servidores públicos” (Salgado, et al.,1998: 415).

Favorablemente, la Asamblea Constituyente debatió este tema y estableció determinadas correcciones con las cuales se determinó que la iniciativa para la creación de leyes que demanden gasto público le competiría estrictamente al Ejecutivo.

3.2.8. Resistencia social

El cuarto factor que permite entender las barreras que limitaron el triunfo de la política económica en el período anteriormente dicho, está relacionado con el nivel de desigualdad que quebrantaron los proyectos de estabilización, pues la profundización de la inequidad se tradujo en el descontento y conflictividad social, que en consecuencia restó factibilidad a las políticas de ajuste financiero.

En pocas palabras, es posible afirmar que los costos políticos en cuanto al ajuste fiscal, consecutivamente, han retrasado la adopción de una reforma estructural seria y estable, de la administración y las finanzas públicas. A lo que se agrega que ante la existencia de partidos cimentados en fundamentos clientelares resulta complicado quebrar con las relaciones que aseguran una base de subsistencia a las agrupaciones políticas (Salgado, et al.,1998: 419).

A este escenario caracterizado por la desconfianza de la población frente a los entes gubernamentales y a sus autoridades, se suma la existencia de regímenes presidencialistas débiles, cuya capacidad de acción se ha visto interrumpida por los conflictos del sistema político en sí.

De igual forma, existen pocas probabilidades de recortar el gasto del sector público. Los salarios de los servidores son bajos, comparativamente con otras naciones a nivel regional. Por ello, a fin de robustecer el aparato de la administración pública y mejorar ampliamente su calidad, los sueldos deberían aumentar significativamente.

Igualmente, la reducción del gasto tampoco puede ejecutarse a través de la restricción de la inversión pública o el gasto social, pues en nuestro caso invertir en educación, salud e infraestructura es una condición indispensable para el crecimiento del sector productivo y el desarrollo sostenible y sustentable del país.

Por tales motivos, una alternativa más conveniente que optar por la disminución del gasto, es orientar las estrategias hacia el aumento de los ingresos públicos y de la reestructuración de la administración del Estado.

Otra conclusión es que el éxito de la estabilización y el logro de eficiencia económica, sostenibilidad política y bienestar social, únicamente podrían ser alcanzados democráticamente si se consolida una fórmula política de coalición entre los intereses que favorecen la reforma estatal y el ajuste económico.

3.3. Transacciones

Las cifras de los últimos años, por lo menos durante el gobierno del presidente Rafael Correa, demuestran que el problema del sector salud no radica ni en aspectos doctrinarios, ni directivos, al menos en sus aspectos conceptuales, ni en materia de recursos, por cuanto se evidencia, que los recursos para el sector salud han aumentado.

Las cifras publicadas en el Diario El Comercio (2012c), indica que en el 2011 el presupuesto del Ministerio Coordinador de lo Social y de todos los ministerios del sector social fue de USD 6415,4 millones.

En el 2006, la cantidad presupuestaria para este sector fue de USD 561 millones y que en el 2012 es de USD 1774 millones, lo cual representa el 6,8% del presupuesto general del Estado, según afirmó Carina Vance, Ministra de Salud. De ese monto “USD 477 millones se invirtieron en el mejoramiento de infraestructura, equipamiento, dotación de recursos humanos. Además, USD 277 millones en gasto corrientes y USD 340 millones en otros gastos” (Diario El Comercio, 2012c).

A su vez, en otra publicación de El Comercio (2012a), titulada “Correa anuncia más dinero para la salud”, se menciona que:

Tungurahua y Cotopaxi serán las primeras provincias que recibirán alrededor de USD183 millones para mejorar su infraestructura sanitaria. Así lo anunció Rafael Correa, durante su enlace sabatino 271.

En Tungurahua se invertirán USD 115 millones en la reconstrucción del hospital docente, ampliación del policlínico de la Universidad Técnica de Ambato, construcción de 31 centros de salud y la adquisición de 19 ambulancias. A Cotopaxi se destinarán USD 68 millones para la rehabilitación del hospital de Latacunga y la construcción de 27 centros de salud (¶1 y 2).

Está claro que en los últimos tiempos ha existido un gran incremento en las inversiones del sector salud, especialmente en infraestructura, sin embargo, no ha habido una adecuada capacidad de gestión, lo que ha provocado que los problemas de salubridad no disminuyan sino que cada vez más se acrecienten.

A esto se añaden varias acusaciones en cuanto a la calidad del gasto, y las denuncias al respecto salieron a la luz en la publicación 335 de la Revista Vanguardia (2012). En el artículo “El IESS bajo la lupa política” de esta edición se exteriorizan varias irregularidades acerca de compras innecesarias y gastos excesivos tales como:

1. Adquisición de un acelerador lineal para el hospital Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil, así como el contrato para la construcción de un bunker para su instalación y funcionamiento.
2. Fundamentos técnicos de los contratos modificatorios por la compra de medicinas con sobreprecio estimado en USD 335.693.
3. Compra de USD 33.185 en medicinas destinadas exclusivamente para el afiliado Averroes Bucaram Zácida.
4. Ingreso a las bodegas del IESS de 4.800 ampollas de Albumina Humana sin haberse suscrito antes un contrato.
5. Compra de USD 377.809 por casi dos millones de comprimidos de Warfarina, los cuales pudieron haber sido recetados a pesar de que, según un análisis del Instituto Nacional de Higiene, no eran aptos para el consumo humano.
6. Razones por las cuales se permitió que caduquen en las bodegas del IESS 3.200 tabletas de Zidebudina y 1470 cápsulas de Acitretin, medicamentos para personas con VIH SIDA.
7. Información sobre la presencia de hongos en medicinas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.
8. Diferencias de más de USD 12 millones entre el inventario físico y contable en medicinas, según oficios firmados por Fausto Heredia, subdirector de Salud Familiar del IESS del Guayas.

Es fácil de percibir que en las adquisiciones de medicinas existieron indicios de corrupción y que también, estas son producto de la ineficiencia y la inacción de los entes de control, pues parecería que la impunidad se ha convertido en los cimientos de todo su actuar.

Uno de estos casos es:

La subasta inversa de medicinas, realizada en noviembre de 2011, a través del Instituto Nacional de Compras Públicas (INCOP), donde hubo 16 productos negociados por instituciones estatales a precios más altos que en otros procesos de compra, causando una diferencia de precio de más de USD 47 millones en contra del Estado (Revista Vanguardia, 2012:14).

Otro de los asuntos que han generado polémica es la denuncia realizada por la Asambleísta independiente Marcela Miranda, quien afirmó que en el concurso de adjudicación del servicio de agendamiento de citas médicas para los afiliados al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), conocido como Call Center, se produjeron múltiples anomalías.

El hecho es que para esta licitación se postularon seis empresas, de las cuales únicamente dos fueron calificadas para presentar las ofertas, Recapt y Solnet, las mismas que según Nivea Vélez, asambleísta por la provincia de Loja, tenían relación entre sí, lo que a su criterio, “era la evidencia de que el concurso fue dirigido a favor de la firma que ganó” (Revista Vanguardia, 2012:16).

Para sustentar su afirmación, Vélez manifestó que uno de los altos directivos de Recapt, la empresa ganadora, mantuvo una relación laboral con un trabajador de la otra compañía postulante.

En conformidad a estos postulados y a la documentación obtenida por la Revista Vanguardia (2012), se corroboró esta aseveración, señalando que el empleado Diego Gaybor, quien pese a ser colaborador de Recapt, fue quien realizó la entrega de la oferta de Solnet.

Estos antecedentes constatan los niveles de corrupción que se desarrollan en el sector salud, específicamente en el IESS, pero asimismo demarcan la subsistencia de un trasfondo político, en cuanto a la lucha por mantener los espacios de control político dentro del gobierno, más aún cuando Ramiro González (Presidente del IESS) lanzó su partido denominado “Avanza”.

No obstante, también podría tratarse de una pugna interna gubernamental, ya que según asegura Vélez:

El IESS ha sido siempre una entidad apetecida, tanto por los cuantiosos recursos económicos que genera, que son alrededor de USD 200 millones en aportaciones mensuales, como por el trampolín político que puede significar para quien sea su cabeza visible (Revista Vanguardia, 2012:17).

3.4. Problemática Estructural del Sector Salud

El problema estructural del sector sanitario es un problema de fondo. Aquí radican un sin número de causas que repercuten en la ineficiencia de este, producto de drásticas deficiencias en cuanto a la mala distribución del trabajo y de las funciones; la duplicación de los esfuerzos; la concentración en políticas curativas; y déficit en políticas preventivas.

Durante los últimos años, en el Ecuador las políticas de salud se han caracterizado por la desintegración y la segmentación del sistema de salud. No ha existido una política fuerte y clara y por ello, ante su ausencia, el gobierno ha asumido lo que son los Objetivos de Desarrollo del Milenio, cayendo en la generalización, en vez de definir una estrategia focalizada para el país.

No obstante, desde que el Econ. Rafael Correa asumió el poder, hay una intención en la política diferente, lo que es posible percibirlo en la Agenda Nacional de Desarrollo, donde al menos están de manera explícita las políticas de salud como intención del gobierno.

Por tal motivo, el sector salud es uno de los sectores que está teniendo mayor impulso en términos de asignación presupuestaria. Empero, las inversiones en los programas sanitario por parte del Estado enfocados en la universalización y gratuidad de la salud han generado efectos pobres e inclusive retrocesos.

En conformidad, surgirá la interrogante ¿para qué se está destinando mayor capital para ésta área? La respuesta no es que no hay que tener más servicios de salud, sino que la solución es seguir invirtiendo para obtener mejores resultados y perfeccionarlos cada vez más.

Pero los inconvenientes no quedan sólo ahí. En el Estado ecuatoriano no ha habido una política social explícita en el sentido de que ésta implique la definición de lineamientos estratégicos claros, con una orientación definida hacia un objetivo determinado de cambio.

No se ha desarrollado una visión estratégica de mediano y largo plazo, direccionada hacia una meta central, y por ende no se ha desarrollado una política nacional de salud específica, sólida e integral. Esto, ya que no se trata de curar las enfermedades sino más bien de continuamente ir creando un ambiente sano, en donde la vida saludable sea una de las características fundamentales que posean los ciudadanos.

Las políticas públicas de salud deberían ser más cercanas, eficientes, participativas, humanísticas y accesibles, donde la salud sea un bien fundamental. Para ello, el Estado debe crear mecanismos técnicos y dotar de elementos humanos que permitan dar confianza en la vida, seguridad, calidez y que a la posta se desarrollen tácticas de prevención más que de curación.

Un medio importante para la constitución de esta política, efectivamente, es continuar con la inversión, para el mejoramiento de hospitales; el desarrollo de campañas de sensibilización y de mutuo aprendizaje; y la promoción de los diálogos interculturales donde la ciencia y sabiduría andina inclusive contribuya a que se rectifique la deficiencia que existe en la medicina occidental.

Estos elementos son primordiales, pues hasta la actualidad, las inundaciones a causa de las lluvias que se producen en el litoral ecuatoriano evidencian serias deficiencias en obras de infraestructura sanitaria, lo cual repercute gravemente en la salud de la población. Las aguas servidas se desbordan y las infecciones y enfermedades infecto-contagiosas aparecen inmediatamente.

La falta de una infraestructura de salud que prevenga o evite enfermedades tropicales a raíz de las inundaciones que son repetitivas, hace que el costo de reparación y pérdidas de vidas humanas sea mayor muchas veces que el valor de las obras de las instalaciones.

Es por esto que es importante que se diseñen programas que aborden los aspectos sustantivos de las problemáticas, de tal manera que se garantice la financiación oportuna y eficiente hacia una entrega que produzca mayores resultados positivos.

Es relevante otorgar mayor grado de autonomía regional y local en las estrategias y programas de atención a la población, porque ciertamente, cuando los proyectos son manejados desde lo local con capacidad y autonomía para ejercer las acciones y desembolsos, se ha comprobado que muestran mejores resultados.

Si bien es evidente que cada una de estos aspectos implica formas muy distintas de organización de los servicios de salud, en términos de diseño organizacional, es esencial que se analice la capacidad normativa y la evaluación de resultados en las innovaciones, pues el desarrollo de capacidades institucionales son elementos centrales de una política sanitaria que no deben descuidarse.

Es decir que, para que los programas tengan efectos importantes es necesario aplicar modelos más efectivos en la población, que verdaderamente solucionen las complicaciones sociales.

Lastimosamente, en esta área también se pone de manifiesto la falta de continuidad en la acción gubernamental debido a la inestabilidad institucional y la falta de capacidad para mantener y formular políticas públicas sustentables y sostenibles, que beneficien al sector de nuestro estudio.

En ocasiones, parecería, que es más atractivo a veces realizar compras millonarias de medicamentos para afrontar las epidemias que ejecutar obras de infraestructura perennes para evitarlas, pero para ello, se requiere un gobierno con respaldo político y apoyo del congreso en la aprobación de normas, lo cual no ha existido a lo largo del retorno a la democracia en Ecuador.

De cara a esto, dejando un poco de lado la importancia del carácter político del Estado y dentro de la óptica del poder público, es vital que los organismos gubernamentales diseñen reglas, procesos y programas institucionales que estimulen la colaboración de la sociedad para que exista un mayor aprovechamiento de la capacidad instalada de ésta a favor de la atención y solución de problemas comunes de la ciudadanía.

En cuanto el poder público sea entendido como poder de todos los ciudadanos, la gobernanza y las políticas públicas adoptarán un valor institucional y democrático, que permitirá que el gobierno sea abierto, deliberativo y responsable.

Esto implicaría que la existencia de un vínculo funcional entre gobernanza y políticas públicas se agrupara en una fórmula institucional que favorezca el tratamiento del “modo de gobernar”, tomando en cuenta la fuerza de la sociedad y la regulación que ejercen los gobiernos. Específicamente hablando de habilidades y potencial directivo para incorporar los aportes de la sociedad en la definición e implementación de metas colectivas.

De esta forma, el espacio público continuamente se nutriría de la energía individual y colectiva de la sociedad, convirtiendo a esta zona como un referente primordial para la construcción de procesos de gobierno desde la óptica de las políticas públicas de salud.

3. 5. El déficit en materia de salud se ve agravado en el Ecuador por el déficit educacional

El problema de la falta de educación complica la buena implementación de políticas preventivas, debido a que los sectores rurales y ciudadanos marginados carecen de las prácticas sanitarias básicas para evitar enfermedades de diversa índole.

Esta problemática se empeora con la ausencia de infraestructura básica de provisión de agua potable, servicios sanitarios, letrinas y otros, de los cuales carecen totalmente los sectores campesinos y populares. Pero ¿por qué?

La respuesta está reiteradamente en los problemas de debilidad institucional, falta de respaldo político de los gobiernos, carencia de perspectivas sostenibles, volatilidad de los partidos políticos y coaliciones, factores que inciden en que únicamente se piense en el término de un período electoral de corto plazo, y no de largo plazo, y de políticas que constituyan soluciones exitosas y definitivas.

La Organización Mundial de la Salud define:

Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite (OPS, 2009b).

Sin embargo, las autoridades responsables en el marco de la gestión sanitaria no han comprendido la misión de cambio y búsqueda de soluciones a través de la evaluación y análisis de lo cotidiano, dejando de lado la importancia de la construcción de diálogos a nivel local, que permitan que se ataque a las problemáticas.

A ello se suma que los gobiernos locales, no reciben orientaciones ni un adecuado apoyo para enfrentar los elementos básicos que pueden generar factores de riesgo como lo es el agua segura, la eliminación de excretas, y el cuidado del medio ambiente. Esto como consecuencia de que a nivel político se sigue persiguiendo vectores, en vez de construir un diálogo intersectorial que genere beneficios colectivos.

De igual manera, el modelo gestión del sector salud está sostenido en una estructura rígida y vertical, que repercute en la creación de programas ineficientes, verticales, desorientados y sin ninguna relación entre sí, donde únicamente se presta mayor atención y se da más valor a la cantidad, la cobertura y el número de pacientes atendidos.

En otras palabras, este sistema de trabajo pretende únicamente curar a los enfermos y no propiciar las condiciones de salud, protección y prevención, cuya importancia ha permanecido meramente en la parte discursiva o teórica, dejando de lado la posibilidad de articular una estrategia global que genere amplios cambios y ventaja sociales.

CAPÍTULO IV

4.1. Conclusiones

Institución

La salud es un derecho fundamental del ser humano que está garantizado por el ordenamiento jurídico ecuatoriano. Sin embargo, los lineamientos estructurales a los que responde la entidad rectora sanitaria en el Ecuador como lo es el Ministerio de Salud Pública (MSP), constituyen un obstáculo para el buen desempeño de sus funciones.

Dentro de esta problemática existen múltiples causas que repercuten en la ineficiencia de su labor como institución encargada del ámbito salubrista en el país. Entre ellas podemos encontrar: drásticas deficiencias respecto a la mala distribución del trabajo y de sus funciones; una organización rígida y vertical; una constante duplicación de los esfuerzos; focalización en un modelo de atención basado en políticas curativas; y un déficit de las políticas de prevención y promoción.

Todos estos aspectos han influido decisivamente en la creación de programas infructíferos, desorientados y con poca relación entre sí, donde principalmente se ha dado un mayor énfasis y mayor valor a la cantidad, a la cobertura y al número de atendidos, en lugar de dar prioridad a una filosofía que tenga como fin satisfacer los requerimientos de la población.

Se ha incentivado una cultura enfocada en la curación de enfermedades en lugar de la creación de un ambiente saludable, donde los ciudadanos gocen de bienestar.

No ha existido una congruencia entre el discurso institucional y las prácticas realizadas, lo que ha obstaculizado el desarrollo de estrategias nacionales que generen beneficios a la colectividad a través de la obtención de resultados tangibles y medibles.

A este panorama se agrega la falta de desarrollo de una comunicación efectiva al interior del MSP, puesto a que el personal administrativo no conoce a profundidad la Política Nacional de Salud y los programas realizados institucionalmente.

La limitada participación de los funcionarios de la Planta Central del MSP en la elaboración de la nueva estructura organizacional, ha repercutido en una reducida aceptación de la misma. Definida como la posibilidad de un acceso real de la población al control de los procesos que afectan su salud. En efecto, se ha reducido el apoyo del personal salubrista para el logro de los objetivos establecidos para el sector.

Además, la carencia de una interacción fluida y continua de los miembros de la entidad, donde el diálogo ha perdido valor y ha pasado a un segundo lugar, ha incidido en que se quebrante la articulación de las políticas públicas generando inconvenientes en sus procesos de planificación, ejecución, desarrollo y seguimiento.

Pero no todo queda aquí. Los antecedentes mencionados, a su vez, sacan a luz las causas que impiden una adecuada articulación entre sistemas y subsistemas, al interior del MSP. Tales como la debilidad institucional; la falta de respaldo político de los regímenes; la carencia de continuidad de las políticas públicas sanitarias y de perspectivas sostenibles; y la volatilidad de los partidos políticos y coaliciones.

Es decir que, esto ha llevado a una deficiente prestación de los servicios, a que se piense sólo en la finalización de un periodo de gobierno sin una óptica que aporte soluciones exitosas, en el presente y a futuro, en materia de salud. Y además, que la sociedad civil no tenga confianza para acudir a los centros sanitarios, impidiendo así la curación de ciertas enfermedades y posibles pandemias.

Lo cierto es que si se busca que la salud sea un bien fundamental, las políticas públicas deberían ser más cercanas, humanísticas, participativas, accesibles y que sean posibles de ejecutarlas.

Para lograrlo es indispensable que el Estado determine una normativa técnica y dote de los instrumentos necesarios a las instituciones sanitarias, dando así una mayor confianza a la ciudadanía, asegurando su seguridad, y permitiendo la implementación de más estrategias de prevención y promoción.

Recursos económicos

En conformidad, se originará la pregunta acerca de cómo ha sido la orientación de los recursos financieros en este campo y por qué si existen tantas complicaciones arraigadas al organismo que ejerce la rectoría sanitaria en la nación, cada vez se destina una mayor cantidad monetaria del presupuesto del Estado a este sector.

Lo cierto es que lo largo de la historia se ha contando con dinero suficiente, pero el gasto realizado no ha sido de calidad y no se han invertido las cantidades necesarias en el ámbito salubrista.

Las estadísticas del presupuesto sanitario presentadas en los sitios webs del Ministerio de Finanzas, MSP, y del Observatorio de la Política Fiscal, no coinciden, lo que impide saber a ciencia cierta la cuantía real que se está destinando para la salud.

Sin embargo, lo que sí se sabe es que los recursos económicos han sido utilizados con el objetivo de lograr una disminución de las enfermedades epidemiológicas. No obstante, no han trascendido su ámbito operativo y se han quedado en el mero hecho de solventar millonarias consultorías hospitalarias y en las reformas y construcciones de nuevos hospitales.

En consecuencia, se ha prestado menor atención a la búsqueda de mayores beneficios para los trabajadores de la salud, lo que se traduce en el aumento de sus horas laborales sin el incremento de sus remuneraciones, que ha provocado una disminución del número de médicos especialistas que laboran en los centros hospitalarios.

Por tanto, las tácticas usadas no han solucionado las pandemias, no han aportado ningún tipo de beneficios a la sociedad y las inversiones han sido ineficientes. Empero se ha podido comprobar un factor que ayudaría a la generación de mayores ventajas para la población.

Si bien la creación de nuevas instalaciones que ofrecen servicios de atención en salud es una buena estrategia, en lo que se debe invertir no es en sanatorios primarios y/o de especialidades sino en la edificación de más centros de salud a nivel provincial, donde labore personal capacitado.

De esta manera la ciudadanía tendría una mayor cercanía y acceso para el cuidado de su bienestar y se disminuirá su asistencia a los hospitales públicos, que en ciertas ocasiones impiden el ingreso de nuevos pacientes por falta de capacidad en sus infraestructuras.

Aquí sale a la superficie otro inconveniente. En Ecuador no ha existido una política social determinada, en el sentido de que esta establezca claramente lineamientos estratégicos con una orientación dirigida hacia un determinado objetivo de cambio. Esto ha producido, también, un dispendio de los recursos dejando de lado su optimización para la resolución de los problemas que verdaderamente afectan a la sociedad.

En este escenario podemos mencionar al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), que si bien fue articulado al sistema nacional de salud desde su creación para brindar servicios asistenciales a la población, sus actividades se han orientado al ámbito financiero, lo que ha desatado supuestos indicios de corrupción, lo que pone sobre la mesa la ineffectividad de los entes de control.

El IESS al ser una institución privada con fines públicos, ha enfocado sus quehaceres principalmente al otorgamiento de préstamos hipotecarios, quirografarios, prendarios; al pago de seguros de desempleo, invalidez, jubilaciones, auxilio para funerales, etc.

Pero, lo más adecuado sería que transformara sus unidades médicas en centros prestadores de servicios de salud para los afiliados y la población en general que no aporta mensualmente a la entidad.

Por otro lado, lo que vale la pena destacar es que desde que el gobierno presidido por Rafael Correa asumió el poder, se han llevado a cabo estrategias para el surgimiento del sector, estableciendo así la Agenda Nacional de Desarrollo, donde al menos se han definido las bases de las políticas sanitarias.

Gobernabilidad

Desde la década de los noventa en el país han predominado modelos importados como lo fue la adopción del Consenso de Washington, lo que dejó de lado la búsqueda de un desarrollo enfocado en una perspectiva propia latinoamericana y como nación, en relación a la gobernabilidad democrática.

Esto pone en evidencia los continuos errores en el sistema político ecuatoriano, basado en la búsqueda de soluciones a ciertos problemas apoyándose en políticas económicas que han afectado principalmente al sector social, producto de la disminución de los recursos en el presupuesto estatal.

Con la investigación se ha podido constatar la falta de definición que ha existido a nivel nacional en cuanto al rol del Estado, impidiendo así la adopción de políticas públicas. El poder Ejecutivo se ha caracterizado por asumir las responsabilidades por las políticas que se ejecutan, pero su compromiso no ha sido compartido con el Legislativo.

Esto ha incidido en la existencia de una constante falta de continuidad en las políticas sanitarias, que se explicaría en la carencia de liderazgo y de una visión a futuro como país, y la toma de decisiones a nivel cupular, dejando de lado las normas administrativas y técnicas.

Como resultado, los programas, proyectos e inversión en este campo han dependido decisivamente de las modificaciones y cambios llevados a cabo en la política de cada gobierno, dejando de lado la planificación para el desarrollo como un elemento primordial para la toma de decisiones a fin de enfrentar los contextos coyunturales globales que afectan a Ecuador.

Otro de los factores latentes ha sido la inestabilidad en los cargos por parte de las autoridades de los regímenes a pesar de su continuidad en una línea ideológica determinada, lo que ha conllevado a la falta de una orientación hacia un objetivo en común y el mal uso del tiempo para la aplicación de estrategias que contribuyan a la obtención de resultados óptimos y medibles.

Si en el país contara con un sistema político integral, cuya principal cualidad fuera una estructura administrativa acorde a las necesidades sociales, y que su funcionamiento sea efectivo, las políticas estipuladas podrían ser desarrolladas a través de proyectos específicos y la utilización de cuadros técnicos de calidad. Esto generaría impactos positivos en la población y que los programas de atención en salud no estuvieran sujetos únicamente a tiempos políticos.

Es indiscutible que ante un horizonte político donde las pugnas de poder son frecuentes, la gobernabilidad y la puesta en marcha de las políticas públicas debería ser una de las primeras responsabilidades de los regímenes en conjunto.

Por ello, una de las mejores tácticas que podría adoptarse a nivel gubernamental es encaminar las estrategias de desarrollo hacia el incremento de los ingresos públicos y la ejecución de una reestructuración estatal.

Actores de veto

A lo largo de la historia ecuatoriana ha sido posible corroborar una continua fragmentación de la capacidad de visualizar al presupuesto del Estado como un instrumento indispensable para el desarrollo, trayendo como consecuencia constantes disputas entre los actores locales y nacionales que a toda costa buscan la forma de evitar la disminución del gasto público, velando siempre por sus intereses.

En efecto, los sectores que no han contado con una adecuada táctica para la negociación política han sido afectados por la reducción presupuestaria. En este caso, uno de los vulnerados ha sido el sector salud producto de su falta de experiencia organizacional en el campo laboral y la carencia de estrategias atinadas para actuar en el sistema político.

Se ha detectado la proliferación y gran número de actores con poder de veto (veto players), muchos de ellos ajenos al sistema de salud y otros que no persiguen precisamente intereses colectivos, lo cual ha afectado directamente e indirectamente la ejecución e implementación, eficaz y eficiente, de las políticas públicas sanitarias.

Desde el retorno a la democracia, en 1979, no ha habido un gobierno que cuente con respaldo político y total apoyo del poder Legislativo en la aprobación de normas, salvo el de Rafael Correa que si ha dispuesto de mayoría. En parte por esta razón ha podido conseguir incrementos presupuestarios tan importantes para el sector salud.

Lo que ha predominado son grupos de presión dispuestos a apoyar agendas gubernamentales a cambio de puestos en los entes públicos, consignaciones y permisos especiales y favores particulares, frente a un sistema político clientelar, carente de una filosofía que genere beneficios colectivos.

Si bien en el actual régimen es visible una tendencia enfocada a la cobertura universal de salud para los ecuatorianos y un incremento significativo en la inversión, aún el poder público no ha sido entendido como el poder de toda la ciudadanía.

Esto implicaría la existencia de un vínculo funcional entre gobernanza y políticas públicas, de tal forma que puedan ser agrupados y se obtenga una fórmula institucional que beneficie el tratamiento del “modo de gobernar”, dando valor a la fuerza de la sociedad y las regulaciones gubernamentales. De esta manera, se incorporarían los aportes sociales en la definición e implementación de metas que generen aportes a la colectividad.

Cuando esto suceda, será factible integrar todas las instituciones en un eficiente sistema nacional de salud, regido por el MSP y cuyas acciones sean orientadas al bien común, adoptando así políticas públicas que contengan un valor organizacional y democrático y que contribuyan a una mayor participación ciudadana, donde el gobierno sea más abierto, deliberativo, responsable y que cumpla con sus promesas.

Además, se podrá unificar las sinergias sociales generadas en las organizaciones locales, provinciales y cantonales, para la construcción de una agenda de salud donde se establezcan las prioridades en atención, se articulen y coordinen las acciones para la realización de las políticas públicas, y se asegure un mejor uso de los recursos económicos disponibles.

Calidad de los servicios de salud

Entre los mecanismos de socialización del sistema salubrista con el entorno podemos encontrar al Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social. Creado por el actual gobierno, su función es determinar las políticas y acciones de los ministerios del área social, entre los cuales está el Ministerio de Salud Pública (MSP). A partir de esto, se realiza un monitoreo de los programas prioritarios basándose en la evaluación de los resultados en cuanto a cobertura, eficiencia y calidad.

Por su parte el MSP, caracterizado por su fragmentación institucional, lleva a cabo un informe de metas, de gestión e indicadores de desempeño, únicamente presentando la información en su página web en Internet, donde se publica una tabla que resume algunos resultados obtenidos en el sector.

Además, la Comisión de Control Cívico de la Corrupción (CCCC), cumple el papel de recibir, tramitar e investigar denuncias sobre posibles actos de ilícitos, que de encontrarse indicios de responsabilidad pone a conocimiento del Ministerio Público y la Contraloría General del Estado para el juzgamiento pertinente conforme a la ley.

Igualmente, se encarga de las “veedurías ciudadanas”, donde los pobladores participan en acciones de control social, con el fin de brindar a las instituciones competentes una retroalimentación del entorno acerca de las actividades públicas por medio de la realización de auditorías en los sectores de la salud, educación, medio ambiente y vivienda.

Con este escenario, se pretende exponer que si bien las entidades cumplen el rol de evaluar el impacto de los servicios sanitarios, la forma de difusión de la información sobre los logros obtenidos es poco satisfactoria, como es el caso del MSP que publica los indicadores de sus metas sólo en su web, lo que impide que los contenidos dados a conocer lleguen a toda la población y que la ciudadanía no actúe de la manera correcta.

Esto se resumiría en que en el país ha existido una falta de control sobre la calidad de los servicios de salud por parte de la sociedad civil, como consecuencia de su desorganización y de no hacer valer sus opiniones, que ha repercutido, también, en el incumplimiento o mejoramiento de las políticas públicas del sector.

Entonces, uno de los mecanismos de social accountability que se podría implementar para lograr una mayor efectividad en el control, verificación, fiscalización de las acciones de los gobernantes y entidades del Estado, haciendo cumplir los derechos como ciudadanos, sería la participación de la población conjuntamente con los miembros designados del MSP en las veedurías ciudadanas a nivel local, regional y nacional.

Para conseguirlo y con el fin de interpretar de mejor manera los problemas sociales y establecer sus soluciones, lo primero que se debería realizar es la descentralización de los servicios de salud provinciales.

Para esto, como parte de la red pública integral de salud, conformada por instituciones del sector público y privado, se debe dividir al país en circunscripciones, circuitos o distritos.

Con ello, se conformarían zonas de planificación para que en la toma de decisiones acerca de la identificación de las problemáticas sanitarias, la implementación de las políticas públicas y los modelos de atención, participen los ciudadanos de cada zona. Esto con el objetivo de determinar alternativas reales y concisas que ayuden a la reducción de los problemas epidemiológicos.

Este sistema estructural sería similar a las llamadas coordinaciones zonales utilizadas por la SENPLADES, y los Distritos Metropolitanos de Quito y de Guayaquil. Se gobernaría de forma descentralizada; los centros de de salud estarían más cercanos a la población; sería más fácil optimizar la tecnología, dejando de lado sistemas de atención caducos en las ciudades.

A su vez, la población estaría más cercana a la información acerca de los resultados de las metas establecidas; y se fomentaría el dialogo de saberes sobre el respeto a las prácticas ancestrales, con el fin de conjugar y potenciar los conocimientos de la medicina occidental.

Las actividades se realizarían en centros multidisciplinario o en las mismas unidades de interconsulta y vigilancia, y a la par ayudarían al ejercicio de rendición de cuentas del gobierno, y a la fiscalización y control de la salud en cada lugar del país.

De hacerlo realidad, la salud sería pluricultural, pruriétnica y universal, permitiendo así aunar la cultura y los saberes en las resoluciones de los perfiles epidemiológicos; recordando así que no es un gasto el que se realiza en los seres humanos sino una inversión social enfocada en la prevención de enfermedades y en velar por el bienestar de todos los ecuatorianos.

4.2. Bibliografía

Almeida, N. y. (1999, julio 20). *Cuadernos Médicos Sociales: La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica*. Recuperado el 15 de 3 de 2011, de: http://www.ilazarte.com.ar/cuadernos/_75/

Arroyo, J. (2000). *Salud: La reforma silenciosa*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Arteta, G. (2005). *Distribución de las Cargas Tributarias del Gasto Social*. En Arteta, G. *Equidad Fiscal de Ecuador*, Quito, p.p 245-253.

Banco Central del Ecuador (2011). *Ecuador: Estadísticas Macroeconómicas*. Recuperado el 21 de marzo de 2011, de <http://www.bce.fin.ec/documentos/Estadisticas/SectorReal/Previsiones/IndCoyuntura/EstMacro062011.pdf>

Barbero, J. M. (1998). *De los Medios a las Mediaciones*. Bogotá, Convenio Andrés Bello.

Calduch Cervera, R. (2003). *Causas y Consecuencias de la Inseguridad Política en América latina y del Índice de Gobernabilidad de América Latina*. España: Universidad Complutense de Madrid.

Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (2005). *Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil*. Recuperado el 20 de mayo de 2011, de http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/pdf/texto/01_introduccion.pdf

Chiriboga Vega, M. (2011, 23 enero). La consulta y las instituciones. *Diario El Universo*.

Consejo de Salud Suramericano. (2009). *Plan Quinquenal 2010-2015*. Quito: Secretaría Permanente del SELA.

Corral, F. (2002, 8 de octubre). Causas de Inseguridad Jurídica. *Diario El Comercio*.

Corral, F. (2008, 2 de febrero). La Seguridad Jurídica. *Diario El Comercio*.

Correa anuncia más dinero para la salud. [Editorial] (2012^a, 14 de mayo). *El Comercio*. Sección Sociedad.

Dorn Holmann, H. M. (s.f.). Investigación sobre la Inversión Externa Directa en el Ecuador. Quito.

Ecuador Inmediato. (2011, 11 de septiembre). *Proforma presupuestaria para 2012 asciende a \$26.109 millones, asegura ministro de Finanzas*. Recuperado 21 de marzo de 2011, de http://www.ecuadorinmediato.com/index.php?module=Noticias&func=news_user_view&id=161184&umt=proforma_presupuestaria_para_2012_asciende_a_26109_millones_asegura_ministro_finanzas_audio

Gasto social del Ecuador, entre los peores de América Latina. [Editorial] (2008, 11 de diciembre). *El Universo*.

Grindle, M., & Thoumi, F.E. (1993). *"Mudding Toward Adjustment: The Political Economy of Economic Policy Change in Ecuador"*. In Political and Economic Interactions in Economic Theory Policy Reform: evidence from eight countries.eds. R.H. Bates and A.o. Krueger. Oxford: Blackwell

Franco, R., & Lanzaro, J. (2006). *Política y políticas públicas: determinación y autonomía*. Buenos Aires: FLACSO - Sede México.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2009). *Anuario de Estadísticas Hospitalarias, Camas y Egresos*. Recuperado el 17 de noviembre de 2011, de: http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=180&Itemid=402&lang=es

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2010). *Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones*. Recuperado el 17 de noviembre de 2011, de http://www.inec.gob.ec/estadisticas/?option=com_content&view=article&id=75

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2011). *Indicadores Básicos de Salud*. Recuperado el 16 de marzo de 2011, de http://www.inec.gob.ec/estadisticas/index.php?option=com_remository&Itemid=&func=startdown&id=252&lang=es&TB_iframe=true&height=250&width=800

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2010). *Censo de población y vivienda*. Recuperado el 17 de marzo de 2011, de http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=422%3Ase-reduce-el-tamano-de-los-hogares-ecuatorianos&catid=68%3Aboletines&Itemid=51&lang=es

Jairnilson, A. N. (1999). *La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica*. Recuperado el 18 de abril de 2011, de <http://xa.yimg.com/kq/groups/23550609/1156566707/name/Crisis+SP-A+Filho.Silva+Paim.pdf>

Jordana, J. (1999). *El análisis de los Policy Networks: ¿Una nueva perspectiva sobre la relación entre políticas públicas y Estado? Gestión y Análisis de Políticas Públicas No.3*. Recuperado el 20 de agosto de 2011, de <http://cursodeposgrado.files.wordpress.com/2011/08/jordana.pdf>

La inversión social permitió mayor acceso, pero la calidad del gasto y de los servicios es criticada. [Editorial] (2012c, 15 de marzo). *El Comercio*. Sección Sociedad.

La gestión hospitalaria no mejora, pese a las millonarias consultorías. [Editorial] (2012b, 18 de marzo). *El Comercio*. Sección Sociedad.

Larrea, G. (2011, abril). Quito: Recreación Partidista. *Revista Vanguardia No.335*. p.p. 16-17.

Lasswell, H. (1956). *El modelo del proceso político*. College Park, MD, University of Maryland Press.

León Guzmán, M. (2003). Información para el Desarrollo Social/ Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador. *Revista GESTIÓN No. 103*.

Mayntz, R. (1967). *Sociología de la Organización*. Madrid: Alianza Editorial.

Mejía Acosta, A. (2002). *Gobernabilidad democrática*. Quito: KAS.

Mejía Acosta, A., Albornóz, V., & Araujo, M. C. (2009a). *La economía política del proceso presupuestario*. En A. M. (coordinador), *Por el ojo de una aguja: la formulación de políticas públicas en el Ecuador*. Quito: FLACSO, Sede Ecuador.

Mejía Acosta, A., Araujo, M. C., Pérez Liñán, A., & Saiegh, S. (2009b). *Agentes con poder de veto, instituciones frágiles y políticas de baja calidad (1979-2005)*. En A. M. (coordinador), *Por el ojo de una aguja: la formulación de políticas públicas en el Ecuador*. Quito: FLACSO, Sede Ecuador.

Ministerio de Finanzas del Ecuador, Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social y UNICEF. (2009). *Boletín Vigésimo Sexto/Cómo va la Inversión Social*. Recuperado el 8 de 3 de 2011, de *Inversión Pública otorgados y la evolución histórica de la inversión social a partir del año 2000: www.mef.gov.ec*

Ministerio de Salud Pública el Ecuador. (2004-2007). *Datos Programa de Control de la Tuberculosis*. Recuperado el 8 de 3 de 2011, de http://www.iess.gob.ec/documentos/seguro_salud/MSP%20NORMA%20TUBERCULOSIS.pdf

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2005). *Informe de la Dirección Nacional de Salud de Pueblos Indígenas*. Recuperado el 13 de marzo de 2011, de http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D277.pdf

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (s.f.). *La Institución, MSP*. Recuperado el 8 de marzo de 2011, de www.msp.gov.ec

Ministerios de Salud Pública del Ecuador y Consejo Nacional de Salud. (2007). *Política Nacional de Salud en Ecuador*. En M. d. Ecuador, & C. N. Salud, *Marco General de la Reforma estructural de la Salud en el Ecuador*. Quito: Consejo Nacional de Salud (CONASA).

Ministerio de Salud Pública del Ecuador/ONUSIDA. (2007-2015). *Plan estratégico multisectorial de respuesta al VIH/SIDA*. Quito: MSP-ONUSIDA.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador y Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria. (2009). *Programa Nacional de Malaria: Resultados preliminares 2004-2009*. Ecuador: SNEM /MSP.

Mochón, F. (2005), *Principios de economía*. Madrid: Segunda y Tercera edición, McGraw-Hill.

Observatorio de la Economía Latinoamericana (2007). *Situación de la salud en el Ecuador*. Recuperado el 16 de agosto de 2011, de http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/2_Agenda_Social_09_11.pdf

Observatorio de la Política Fiscal. (2006). *Presupuesto del Sector Salud en Ecuador*. Recuperado el 16 de 3 de 2011, de <http://www.observatoriofiscal.org/seccion-exclusiva/reporte-macroeconomico/2154-reporte-macroeconomico-no-01-abril-2009.html>

ONUSIDA/MSP (2011). *Informe de ONUSIDA para el Día Mundial del SIDA*. Recuperado el 16 abril de 2011, de http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaids_publication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_es.pdf

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud en Ecuador. (2009b). *Estrategias de cooperación de país*. Recuperado 10 de abril de

2011, de http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_ecu_es.pdf

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud en Ecuador. (2008a). Monitoreo de los Procesos Cambio/Reforma. En O. c. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) con apoyo de la oficina de Desarrollo Regional Sostenible, "*Perfil de Sistema de Salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*". Washington, D.C.

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud en Ecuador. (2008c). *Respuesta del Sistema Nacional de Salud*. Recuperado el 10 de marzo de 2001, de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd61/situacion-salud/cap3.pdf>.

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud en Ecuador. (2009a). *Sistema de Salud Mental en el Ecuador*. Recuperado el 15 de 3 de 2011, de http://www.who.int/mental_health/ecuador_who_aims_report.pdf.

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud en Ecuador. (2008b). *Un proceso participativo. La Salud en la Nueva Constitución 2008*. Ecuador: OPS

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Cuentas nacionales de salud en Ecuador*. Recuperado el 20 de junio de 2011, de <http://www.who.int/nha/country/ecu/en>

Pachano, S. (2011). Calidad de la democracia e instituciones políticas en Bolivia, Ecuador y Perú. Quito: FLACSO-Ecuador.

Pérez Liñán.A. & Rodríguez Raga, J.C. (2003). *Veto Players in Presidential Regimes: Institutional Variables and Policy Change*. Presented at the Annual Meeting of American Political Science Association, Philadelphia, august 28-31.

Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española*. Vigésima segunda Edición. Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>

Registro Oficial No.449. (2008). Constitución de la República del Ecuador 2008. .

Revista Vanguardia. (2012). El IESS bajo la lupa política. Quito: Autor.

Revista Vanguardia. (2008). Mirador, Pulso. Quito: Autor.

Salgado, G., Araujo, M. C., Mejía, A., Pachano, F., Rowland, M., Ruíz, L., y otros. (1998). Ruta a la Gobernabilidad. Quito: FLACSO.

Scartascini, C., Spiller, P., Stein, E., & Tomassi, M. (2011). *El juego político en América Latina: ¿Cómo se deciden las políticas públicas?* Colombia: Banco interamericano de Desarrollo/Mayol Ediciones S.A.

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2009). Plan Nacional de Desarrollo 2009-2013. Quito. p.p. 111-156.

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (2008). *Zonas administrativas de planificación*. Recuperado 10 de abril de 2011, de <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/08/Decreto-Ejecutivo-878-y-sus-reformas-determina-Zonas-de-Planificaci%C3%B3n.-Registro-Oficial-Nro.-268.pdf>).

Sistema Integrado de Indicadores Sociales (SIISE). *Encuesta de condiciones de vida 1995-1998-1999*. Quito: INEC.

Velasco, M. (2008). *Fortalecimiento de los Sistemas de Salud*. World Health Organization. Recuperado el 15 de marzo de 2011, de www.lachealthsys.org.

Villavicencio, F. y Saltos, N. (2009). *El Discreto Encanto de la Revolución Ciudadana*. Quito.

4.3. Glosario de conceptos

1. **Gobierno:** acción y efecto de gobernar o gobernarse (Real Academia Española (RAE), 2001).
2. **Salud:** Estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones. Condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado. Libertad o bien público o particular de cada uno (RAE, 2001).
3. **Seguridad social:** contrato por el que alguien se obliga mediante el cobro de una prima a indemnizar el daño producido a otra persona, o a satisfacerle un capital, una renta u otras prestaciones convenidas (RAE, 2001).
4. **Financiamiento:** acción y efecto de financiar un proyecto o actividad económica (RAE, 2001).
5. **Gasto:** desembolso dinerario que tiene como contrapartida una contraprestación en bienes o servicios, la cual contribuye al proceso productivo. En el momento en que se origina en un gasto se produce, por tanto, una doble circulación económica: por un lado sale dinero y por otro entran bienes y servicios, con los cuales se podrán obtener unos ingresos derivados de la actividad económica con lo que se consigue recuperar los desembolsos originales (Mochón, 2005).
6. El gasto puede afectar únicamente al período en que se origina (gasto corriente), o afectar a vario períodos (gasto amortizable). Es importante diferenciar entre gasto y pago; así, el gasto no siempre se produce a la vez que la corriente monetaria (pago anticipado, pago diferido, gasto a distribuir en varios ejercicios) ni el pago se produce siempre por un gasto, sino que puede deberse a cualquier otra transacción económica (Mochón, 2005).
- 7.

8. **Gasto público:** dentro del Producto Interno Bruto (PIB), compras de bienes y servicios por parte del sector público. Incluye partidas como los gastos de defensa, la construcción de infraestructuras, los sueldos y los salarios. Estas partidas han sido aprobadas previamente en los presupuestos generales del Estado. Es interesante diferenciar entre gasto público y pagos o desembolsos del sector público, puesto que el primero se refiere únicamente a las compras de bienes y servicios y los últimos a las compras más las transferencias (corrientes de capital) (Mochón, 2005).

9. **Ingresos:** entradas de dinero que tienen como contrapartida una entrega de bienes o prestación de servicios. Son consecuencia de la actividad de la empresa que es posible porque previamente se han desembolsado unos gastos determinados. Precisamente, la diferencia entre los gastos aplicados al desempeño de la actividad y los ingresos derivados de ella constituye el resultado económico (Mochón, 2005).

10. **Inversión:** colocación de fondos en un proyecto (de explotación, financiero, etc.) con la intención de obtener un beneficio o rentabilidad en el futuro (Mochón, 2005).

11. **Inversión financiera:** inversión realizada en activos financieros de cualquier clase cuya tenencia tiene relación con el ejercicio del control o la influencia sobre otras empresas, y/o con la obtención de los réditos, dividendos y plusvalías derivados de estas inversiones (Mochón, 2005).