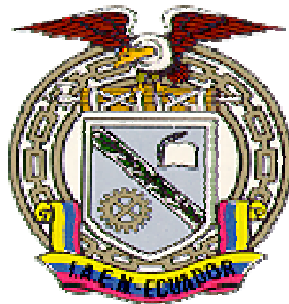


REPÚBLICA DEL ECUADOR
SECRETARIA GENERAL DEL CONSEJO
DE SEGURIDAD NACIONAL
INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS NACIONALES



DESCENTRALIZACIÓN Y DESCONCENTRACIÓN
DEL SECTOR PÚBLICO DE LA SALUD EN EL ECUADOR

Tesis para optar al título de Máster en Seguridad y Desarrollo

Autor: Econ. Eduardo Chiliza T.
Asesor: Lcdo. Guillermo Enríquez

Quito, 18 de Abril de 2000

AGRADECIMIENTO

Al Hospital Santo Domingo, sin cuyo auspicio institucional hubiera sido imposible la realización de este trabajo.

Al Instituto de Altos Estudios Nacionales, y de manera especial al Lcdo. Guillermo Enríquez Bermeo por su valiosa dirección y generosa ayuda para la realización de esta Tesis.

INDICE

CONTENIDO	PAGINA
INTRODUCCIÓN	
CAPITULO I	
1. Antecedentes Históricos del Centralismo en la Administración Pública Ecuatoriana.	1
Análisis de cómo nace el Centralismo en la Salud Pública.....	13
1.1. La década del setenta.....	22
1.2. La década del ochenta.....	34
1.3. La década del noventa.....	42
2. Antecedentes históricos del centralismo en los años noventa en el Sector Público de la Salud.....	47
2.1. La década del noventa.....	47
3.- Análisis de la crisis del centralismo en el Sector Público de la Salud.....	52
3.1. Ventajas del centralismo.....	54
3.2. Desventajas del centralismo.....	54
3.3. Crisis del centralismo.....	57
CAPITULO II	
2. Descentralización – desconcentración – autogestión.....	61
2.1. Antecedentes	64

2.1.1. Situación actual del Sector Público de la Salud en el ámbito administrativo- financiero	68
2.2. Fundamentos.....	92
2.2.1. Concepto de descentralización.....	95
2.2.2. Concepto de desconcentración.....	96
2.2.3. Concepto de autogestión.....	96
2.2.4. Análisis y efectos del proceso actual de Desconcentración y Descentralización del Sector Público de la Salud.....	101

CAPITULO III

Propuesta de descentralización - desconcentración en el Sector Público de la Salud en el Ecuador.....	107
3.1. Reflexión teórica general y fundamentos de lo que consiste la Descentralización y Desconcentración para la salud....	107
3.2. Propuesta para definir lo que se requiere en el campo de la Descentralización y Desconcentración en el Ambito Administrativo.....	116
3.2.1. Selección y reclutamiento de recursos humanos.....	116
3.2.1.1. Propuesta de reformas a las Leyes de Profesionales.....	117
3.2.2. Propuesta de aplicación de la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa.....	119
3.2.3. Propuesta de aplicación del Código de Trabajo.....	121
3.3. Propuesta para definir lo que se requiere en el campo de la Descentralización y Desconcentración en el ámbito Económico y Financiero.....	122
Recuperación de costos – Proyecto de Autogestión para Hospitales del MSP.....	128
3.3.1. Estrategia para la aplicación de Contratación Pública por parte de las unidades operativas.....	141

3.3.2.	Propuesta de aplicación de la Ley de Presupuesto por parte de las Unidades Operativas.....	143
3.3.3.	Propuesta de capacidad para contratar empresas Privadas de Auditoria por parte de las Unidades Operativas.....	145
3.3.4.	Propuesta de capacidad resolutive para la utilización de fondos de autogestión por parte de las Unidades Operativas.....	147

CAPITULO IV

Conclusiones y recomendaciones

4.1.	Conclusiones.....	149
4.2.	Recomendaciones.....	156
	BIBLIOGRAFIA.....	161
	INDICE DE CUADROS.....	164

INTRODUCCIÓN

La crisis que experimenta nuestro país en el campo de la salud por efecto de una escasa y mala distribución del presupuesto del Estado para este sector, una ausencia de liderazgo, el no comprender que la salud es una inversión; y la necesidad de implementar políticas que permitan una modernización del sector de la salud pública tienen como antecedentes generales, por una parte los cambios, las nuevas reglas de orden económico, político y por otra, la presencia de una profunda crisis interna, el deterioro de las condiciones de salud de la población, de los servicios de salud pública, el incremento acelerado de los costos, problemas de financiamiento para la atención de la salud, predominio de los modelos de atención curativa, bajas coberturas y calidad de la atención se puede señalar que es producto de la visión tradicional de las políticas sociales que incorporaron una idea de Estado Centralista, a la vez financiador y proveedor de los servicios sociales.

La nueva visión introduce la descentralización, desconcentración y autogestión como elementos importantes en el análisis, diseño y ejecución de las distintas políticas; es preciso tener presente que situaciones que plantean cambios profundos, como es el caso de la descentralización desconcentración y autogestión en el sector público de la salud, en muchos momentos se acompañan de resistencias, evidente en unos casos, ocultas en otros, que frenan los procesos y las propuestas, estas resistencias obedecen a factores como: la incertidumbre en el futuro, las motivaciones particulares o a la complejidad en las relaciones institucionales o sectoriales que es importante reconocer y analizar para superarlas; además la propuesta de la sociedad civil no menciona una transferencia de funciones y responsabilidades a los municipios; por lo que el Gobierno nacional deberá continuar con las mismas obligaciones.

La Ley de Descentralización establece la transferencia de responsabilidades y atribuciones en el ámbito administrativo financiero de la administración central, que concurren en el campo de la Salud Pública; la descentralización, desconcentración y autogestión no es solo una medida de trazado geopolítico, sino que debe acompañarse de medidas complementarias en el orden de la Administración Pública y la economía.

Ante la propuesta presentada en esta investigación que es la recuperación de costos o autogestión en los Servicios de la Salud Pública es importante señalar que se necesita de acuerdos y consensos, por lo que se hace indispensable conocer el punto de vista de sus actores frente a la misma y las acciones a implementarse; evaluar las estrategias, anticipar sus posibilidades de concreción, rediseño o crear mejores condiciones para su ejecución.

En lo que se refiere a los mecanismos de recaudación y distribución de los recursos económicos recuperados deben ser automáticos e independientes, se depositaran en el Banco de Fomento sin que intervengan los Ministerios de Finanzas y Salud, por lo que en esta forma se institucionalizaría la descentralización a nivel de unidades operativas.

En el primer capítulo se realiza un estudio sucinto del Centralismo en la Administración Pública Ecuatoriana desde los inicios de la república y centrándose en los últimos decenios del siglo pasado, los antecedentes históricos del Centralismo en los años noventa en el sector público de la salud, como también las ventajas, desventajas y crisis del centralismo, luego en el segundo capítulo se enfoca la situación existente en el sector público de la salud en el Ecuador, los fundamentos de la descentralización, desconcentración y autogestión en este sector como

también el análisis del proyecto vigente de modernización del sector público de la salud.

En el tercer capítulo se presenta la propuesta de cambio en el ámbito de la selección y reclutamiento de personal, reforma a las leyes de profesionales de la salud; en el campo económico financiero la aplicación de las Leyes de Contratación Pública y Presupuesto; el proyecto de recuperación de costos de los servicios médicos que brindan los hospitales que pertenecen al MSP y la capacidad resolutive para utilizar los fondos de autogestión por parte de las unidades operativas. En el capítulo final se determina la impostergabilidad que tienen los hospitales que pertenecen al MSP de iniciar el proceso de autogestión que tiene como propósito el equilibrar los gastos versus los ingresos y brindar servicios de salud eficientes, eficaces y económicos en benéficos de los que lo requieren.

CAPITULO I

1. ANTECEDENTES HISTORICOS DEL CENTRALISMO EN LA ADMINISTRACIÓN PUBLICA ECUATORIANA.

Es necesario iniciar con un breve recorrido en el tiempo para ubicarnos en el contexto de los hechos y personajes que hicieron nuestra historia, esto permitirá concatenar a los mandatarios con sus estilos de gobierno y, al mismo tiempo entender y reconocer su influencia centralista en la Administración Pública Ecuatoriana para lo cual comenzaremos desde los albores de la república.

El Ecuador es una nación marcada históricamente por tres regiones socioeconómicas y culturales que tienen como asentamiento las ciudades de Quito, Guayaquil y Cuenca, la Amazonia y Galápagos no han sido incorporadas al desarrollo e histórica y geopolíticamente dan cuenta de tres zonas de poder de influencia y formaciones políticas reales: la Costa, la Sierra Norte y la Sierra Sur, con las ciudades de Guayaquil, Quito y Cuenca respectivamente.

Hay que admitir que el centralismo es un proceso y un producto histórico – social, que supone preferencias, exclusividades, segregaciones, exclusiones socioeconómicas y socio-políticas y que en base a una distorsionada comprensión de la unidad e integración nacional, niega la existencia de las diversidades regionales, étnicas y culturales.

El centralismo es el producto del proceso de integración administrativa que creo la Gran Colombia, fue heredado por la Republica

y legalizado por una interpretación ideológica – juricista de la unidad de integración político – administrativa del Estado ecuatoriano.

Nuestra historia nacional no es sino una historia de regionalidades y regionalismos, cuando se alude a la regionalidad y a las regiones nos estamos refiriendo a identidades socio-económicas-políticas que se asientan, desarrollan y reproducen en una determinada especialidad del Ecuador y que no se definen solo desde el hecho geográfico.

La crítica respecto a la forma en que el Estado central responde a las necesidades de las regiones y sectores sociales, pone en la mesa de discusiones, las acciones que el país tiene para reformar su sistema de administración y distribución de la riqueza vía presupuesto gubernamental.

La era Floreana marca el predominio del militarismo que a través de la historia se definió como una tendencia dentro de la lucha por el Poder.

Las tres administraciones de Flores corresponden a un claro dominio conservador con todos los rasgos coloniales, el mismo que se caracteriza por favorecer a los grupos terratenientes de la sierra. Se mantienen las estructuras administrativas con ligeros cambios de nombres a las funciones.

Vicente Rocafuerte es el primer Presidente civil e iniciador de uno de los estilos de gobierno que han sobrevivido hasta hoy el civilismo y es el primero en interesarse por la estructura del Estado el grupo que le respalda es la elite intelectual de la costa y sierra y tras de ellos un sector de la oligarquía guayaquileña conformada por la bancocracia y los agro exportadores es un gobierno que se caracteriza por un estilo de apertura

universal su aporte es fundamental en la estructura administrativa, que se ira consolidando poco a poco hasta nuestros días.

La Administración Publica del Estado en 1.830 “contaba con un solo ministerio, el Ministerio de Estado, dividido en dos secciones, la de gobierno Interior y Exterior y la de Hacienda”¹, por lo que con esta estructura se origina el centralismo en la Administración Pública del país, en 1.840 desaparece el Ministerio de Estado y se integra la Administración Publica en tres Ministerios, el de Guerra y Marina; el de Hacienda y el de Gobierno y Relaciones Exteriores con la presencia de estos tres portafolios de Estado en esta época se tiende a estructura la Administración en una forma más coherente.

El Presidente Urbina trae al Estado los principios de la Revolución Francesa, “Libertad, Igualdad y Confraternidad”² y con ello dan una tónica diferente al militarismo al sentar las bases doctrinarias liberales que empiezan a impactar en el mundo y con ello se crean dos tendencias políticas que aun hoy están presentes en el contexto político nacional, este gobierno continua la estructuración del Estado planteado por Rocafuerte y crea dos nueva Carteras de Estado la del Interior y la de Relaciones Exteriores. .

El período Garciano es el principio de la tercera etapa republicana y con el se conforma definitivamente la Administración Publica. Maneja el poder con disciplina, lo que le ayuda salir adelante con la burocracia, es

¹ Tesis “Los Procesos de Cambio en la Administración Publica Ecuatoriana a partir de 1.830 a 1.989” Pág. Nº 2, elaborado por Econ. Chiluiza Eduardo, Lcdo. Bautista Mario, Crnl. de Policia Vasquez Miguel y otros, en el XXII Curso Superior de Administración Publica dictada por la SENDA, Quito 1.989.

² Tesis “Los Procesos de Cambio en la Administración Publica Ecuatoriana a partir de 1.830 a 1.989” Pág. Nº 2, elaborado por Econ. Chiluiza Eduardo, Lcdo. Bautista Mario, Crnl. de Policia Vasquez Miguel y otros en el XXII Curso Superior de Administración Publica dictada por la SENDA, Quito 1.989.

un gobierno conservador apegado a la iglesia, logra unificar los intereses de los terratenientes serranos y la oligarquía guayaquileña y con ello impulsa la producción y las exportaciones, permite que se profundicen y definan los dos grupos ideológicos antagónicos el Conservador y el Liberal. En este periodo se moderniza y estructura la administración pública del Estado pero a pesar de ello también se profundiza el regionalismo y el centralismo desde el punto de vista de la conformación del gabinete de gobierno es en su mayoría costeño.

La época que gobierno Veintimilla significa el incluir en la Administración Pública un elemento que aun hoy no se ha podido romper, "EL CLIENTELISMO"³, aplica el laicismo a la educación y reafirma la estructura implementada en la era garciana.

Esta época se caracteriza por la presencia en el poder de grupos de presión de terratenientes serranos y la oligarquía guayaquileña o ambos al mismo tiempo, es una etapa en la que hay relativo equilibrio entre los gobiernos constitucionales y de facto, la presencia de estos grupos permite acentuar el centralismo y el regionalismo que es causa fundamental para que el país no pueda entrar en la etapa del desarrollo en todos los campos.

Con el triunfo militar de Eloy Alfaro se inicia una ruptura de los cánones Administrativos conservadores tradicionales que dominaron el siglo XIX, e inserta como parte de la doctrina liberal la tesis de laicismo del Estado. Se destaca aquí la creación del Ministerio de Instrucción Pública, Justicia, Estadística y Beneficencia y el de Obra Pública y

³ Tesis "Los Procesos de Cambio en la Administración Pública Ecuatoriana a partir de 1.830 a 1.989" Pág. Nº 3, elaborado por Econ. Chiluiza Eduardo, Lcdo. Bautista Mario, Crnl. de Policía Vasquez Miguel y otros en el XXII Curso Superior de Administración Pública dictada por la SENDA, Quito 1.989

Fomento que se consideraban fundamentales para el desarrollo económico del país.

Con Alfaro se designan oficialmente a los grupos ideológicos con el nombre de Partidos Políticos, ya que anteriormente la denominación estaba unida al nombre de los caudillos (Floreanismo, Garcianismo, etc).

En el apogeo de la época liberal “aparecen dos Ministerios el de Obras Publicas, Correos y Telégrafos y el de Fomento, Tierras Baldías, Bosques y Minas, para inmediatamente fusionarse y dar lugar al apareamiento del Ministerio de Instrucción Publica, Correos, Culto y Beneficencia”⁴.

Con la revolución liberal que se da en el país se nota un cambio en la política estatal pero esto no incluye la descentralización ni desconcentración de la administración pública en los campos administrativos financieros por el contrario se especializa a las entidades para atender las necesidades que el país tenía en esta época y las mismas que son cubiertas desde la administración central de la ciudad de Quito.

A partir de 1.925 y como resultado de la Revolución Juliana, se marca para el Ecuador una etapa definitiva para la Administración Pública; Isidro Ayora, primero dictador y luego presidente interino, es el genio que reorganiza el Estado.

Estructura y reestructura la Administración Pública sentando bases sólidas, que con ligeros o profundos cambios según el caso, configuran el

⁴ Tesis “Los Procesos de Cambio en la Administración Pública Ecuatoriana a partir de 1.830 a 1.989” Pág. Nº 4, elaborado por Econ. Chiluiza Eduardo, Lcdo. Bautista Mario, Crnl. de Policía Vasquez Miguel y otros en el XXII Curso Superior de Administración Pública dictada por la SENDA, Quito 1.989

Estado del presente. Uno de los primeros actos de su gobierno es la contratación de la misión KENMER, cuya labor incide directamente en la organización bancaria, la reorganización Administrativa, “se fusionan parte de los Ministerios del Interior, Policía, y Obras Publicas y el de Previsión Social y Trabajo para la creación del Ministerio de Gobierno y Previsión Social; así mismo con alguna de las funciones del Ministerio del Interior, Policía y Obra Publicas se crea el Ministerio de Obras Publicas, Agricultura Fomento. En esta misma década se cambia la denominación al Ministerio de Guerra Marina y Aviación por el Ministerio de Defensa Nacional; aparece el Ministerio de Gobierno con parte de las funciones del Ministerio de Gobierno y Previsión Social y del Obras Publicas, Agricultura y Fomento. Se crean los Ministerios de Obras Publicas, Minas y Aguas Minerales y el de Previsión Social, Agricultura y Comercio, por ultimo se fusionan estos ministerios formando el de Agricultura, Comercio y Minas”⁵.

El largo manejo del poder por el populismo de Velasco, constituye un retroceso en la tarea ideológica emprendida por el liberalismo, es bajo su amparo que se ejerce una Administración nefasta dentro de la vida organizacional de la burocracia estatal, manejado por la burguesía y la oligarquía de Guayaquil convierte a la Administración Publica como un botín político imponiendo así su estilo clientelista.

En la década del 60 se cambia la denominación del Ministerio del Tesoro por Ministerio de Finanzas; parte de las funciones del Ministerio de Fomento pasan a formar parte del Ministerio de Agricultura y Ganadería; algunas de las funciones del Ministerio de Fomento y del Ministerio de Economía, Comercio y Banca, pasan a formar el ministerio de Industrias y

⁵ Tesis “Los Procesos de Cambio en la Administración Publica Ecuatoriana a partir de 1.830 a 1.989” Pág. Nº 5, elaborado por Econ. Chiluiza Eduardo, Lcdo. Bautista Mario, Crnl. de Policia Vasquez Miguel y otros en el XXII Curso Superior de Administración Publica dictada por la SENDA, Quito 1.989

Comercio; parte de las funciones del Ministerio de Previsión Social, Agricultura y Comercio, **Conforman el Ministerio de Salud Pública**; posteriormente con algunas de las funciones del Ministerio de Agricultura y Ganadería del de Industrias y Comercio, se establece el Ministerio de la Producción y con las restantes funciones del Ministerio de Industrias y Comercio se conforma el Ministerio de Recursos Naturales.

Velasco Ibarra desestabiliza la Administración, la debilita y permite la corrupción institucional, debido a los continuos cambios de funcionarios, esto a su vez retrasa la tecnificación de la burocracia.

Dentro de este largo periodo populista hay dos Gobiernos Progresistas que tratan de rescatar las funciones Estatales y son Galo Plaza y Camilo Ponce Enríquez.

Plaza es un hombre prudente que organiza las Finanzas Publicas y planifica el manejo del Estado, utiliza la planificación por objetivos y da una tónica de estabilidad y seguridad a la burocracia. Su estilo liberal y progresista, democrático en el uso del Poder, le obliga a respetar al servidor publico exigiendo a las autoridades escoger a los funcionarios por su especialidad por lo que se rodea de personas experimentadas.

Camilo Ponce realiza una administración de tinte liberal sin sectarismos y con equilibrio en el manejo del Poder, se muestra austero con los fondos del Estado y refuerza jerárquicamente la administración, aunque esporádicamente impone cuotas de poder.

Las dictaduras militares representan un impulso a la administración y al sector publico en general, herederos y administradores de la bonanza petrolera, primero Rodríguez Lara y luego el Triunvirato implementan a su tiempo reformas en al campo administrativo, tributario, agrario, y fiscal; se

caracteriza por la selección en el personal, implementan la especialización en los puestos públicos, crea nuevas plazas de trabajo y “hace todo intento por tecnificar la burocracia; como parte de ello se expide la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa”⁶ en vigencia hasta la actualidad.

En esta época aparece el Ministerio de Trabajo y Bienestar Social, se crean los ministerios de Agricultura, Ganadería, Recursos Naturales y Energéticos finalmente el Ministerio de Trabajo y Bienestar Social se divide en dos Ministerios especializados, Trabajo y Recursos Humanos y el de Bienestar Social y Promoción Popular.

En esta etapa de la vida republicana se emite el Decreto Presidencial numero 239 de 26 de marzo de 1.975, en el cual faculta a los señores Ministros de Estado reorganizar, suprimir o crear organismos de sus dependencias, con lo cual se demuestra una clara centralización del poder administrativo, lo cual sigue vigente y esto no a permitido mantener políticas permanentes de Estado.

Como producto del centralismo y poca orientación de los distintos presidentes de la republica, en 138 años de la vida republicana el sector de la salud pública siempre estuvo inmersa en otros portafolios de Estado sin considerar que era necesario contar con una cartera especializada y mediante Decreto N° 084 La H. Asamblea Nacional Constituyente crea este Ministerio:

⁶ Tesis “Los Procesos de Cambio en la Administración Publica Ecuatoriana a partir de 1.830 a 1.989” Pág. N° 7, elaborado por Econ. Chiluiza Eduardo, Lcdo. Bautista Mario, Crnl. de Policia Vasquez Miguel y otros en el XXII Curso Superior de Administración Publica dictada por la SENDA, Quito 1.989

LA H. ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE,

Considerando:

Que es deber del Estado velar por la salud del pueblo, creando los organismos que cumplan esta finalidad; y

Que el Ministerio de Previsión Social y trabajo, por la complejidad de los problemas a los que debe dar soluciones adecuadas no puede prestar toda la atención que requiere el ramo de salud publica, que necesita técnica y dedicación exclusiva para servirlo,

Decreta:

Art. 1º- **Créase el Ministerio de Salud Pública** para atender los ramos de Sanidad, Asistencia Social, y los mas que se relacionan con la salud, en general.

Art. 2º- El Presidente de la Republica dictara, dentro de diez días de promulgado este Decreto, el Reglamento organizativo de este Ministerio, estableciendo las Secciones y mas dependencias necesarias para que el Ministerio cumpla a cabalidad con sus funciones.

Art. 3º- El Jefe de la Función Ejecutiva, procederá a realizar las transferencias de Partidas del Presupuesto Nacional, que estimare necesarias para el funcionamiento del Ministerio de Salud Publica.

Art. 4º- Este decreto entrara en vigencia desde su publicación en el Registro Oficial.

Dado, en el Salón de Sesiones de la H. Asamblea Nacional Constituyente, en Quito, a los seis días del mes de junio de 1967.

f.) Dr. Gonzalo Cordero Crespo, Presidente de la H. Asamblea Nacional Constituyente.

f.) Dr. Francisco Bolaños R. Secretario General de la H. Asamblea Nacional Constituyente.

Es copia.- Lo certifico.

f.) Livio Moreno Montalvo, Prosecretario General de la H. Asamblea Nacional Constituyente.

El presente Decreto se encuentra publicado en el Registro Oficial Número 149 de junio 16 de 1.967.

En consideración de lo que señala el Art. 2º del presente Decreto mediante Registro Oficial Nº 159 de fecha junio 30 de 1.967, se publica el Reglamento Estructural del Ministerio de Salud Publica, de lo que se transcribirá lo mas representativo y que se encuentran en los siguientes términos:

Nº 684-A

OTTO AROSEMENA GOMEZ
Presidente Constitucional de la Republica

Considerando:

Que la Honorable Asamblea Nacional Constituyente por Decreto N° 084 de 6 de junio de 1.967, publicado en Registro Oficial N° 149 del 16 del mismo mes y año creó el Ministerio de Salud Pública.

Que en el Artículo segundo del mencionado Decreto se dispuso que el Presidente de la República dictará el Reglamento organizativo de ese Ministerio,

Decreta:

REGLAMENTO ESTRUCTURAL DEL MINISTERIO DE SALUD
PÚBLICA.

CAPITULO I

Funciones

Art. 1º- Serán Funciones Generales del Ministerio de Salud Pública, respetando la garantía constitucional establecida en el inciso 2º del Art. 256 de la Constitución de la República.

I.- Planear, programar, ejecutar, supervisar y evaluar las actividades de promoción, protección y reparación de la salud, para cuyo efecto tendrá a su cargo los ramos de Sanidad, Asistencia Social y los demás que se relacionen con la salud en general.

II.- Organizar los servicios de salud con el propósito de que cuente con la estructura adecuada, financiamiento suficiente, personal adiestrado y mas recursos técnicos y físicos que hagan posible una adecuada y eficaz labor de sus funciones.

VI.- Programar la extensión de servicios de salud a nivel nacional procurando que se encuentren al alcance de toda la población, dando énfasis al sector rural.

VII.- Coordinar la programación y ejecución de las actividades de salud con el Plan General de Desarrollo Económico y Social, con el fin de alcanzar las metas previstas.

VIII.- Expedir y aprobar Estatutos, Reglamentos y mas normas técnicas para el adecuado funcionamiento de entidades publicas, semi autónomas y privadas; vigilando el cabal cumplimiento de la legislación pertinente.

XII.- Preparar la proforma presupuestaria y ejecutar el presupuesto de acuerdo con las normas constitucionales establecidas.

XIII.- Analizar y aprobar los proyectos de presupuesto de las entidades dependientes y adscritas al Ministerio.

XVIII.- La política del Ministerio se basara en el principio de centralización técnica y descentralización administrativa y económica.

Para dar cumplimiento a estas funciones el Ministerio de Salud Publica contara con la siguiente estructura:

Subsecretaria; Departamento de Programación; Departamento de Asesoría Jurídica; Departamento de Control de Precios de las Medicinas para uso humano (DENAMED); Departamento Administrativo; Dirección Nacional de Salud Publica y Administración General de Asistencia Social.

De la Administración General de Asistencia Social tendrán las siguientes funciones:

- 1.- Las que esta determinadas en la Ley Especial de Asistencia Social en el aspecto administrativo y económico.
- 2.- Arbitrar las medidas necesarias de tipo administrativo y económico para la marcha eficiente de sus dependencias.
- 3.- Colaborar con las demás dependencias del Ministerio, así como fuera de él, sean estas nacionales o internacionales.
- 4.- Velar por que se cumplan las ordenes dadas por el Ministerio con sujeción a las leyes y reglamentos pertinentes.

Dado, en el Palacio Nacional, en Quito, a 26 de junio de 1.967-

f.) Otto Arosemena Gómez, Presidente constitucional de la Republica.

ANÁLISIS DE CÓMO NACE EL CENTRALISMO EN LA SALUD PUBLICA

La década del 60 se produjo el mejor y mas coherente esfuerzo del país para sembrar las bases sólidas del proceso de formación del sector publico de la salud, dentro de un marco económico planificado y centralizado con características nuevas en algunos aspectos:

- En lo político, el Ministerio de Salud Publica se basara en el principio de centralización técnica y descentralización administrativa y económica.

- En lo Ejecutivo, Coordinara la programación de las actividades de salud del país, en conformidad con el Plan General de Desarrollo Económico y Social vigente, con el fin de alcanzar las metas previstas.
- En lo práctico, programara la extensión de servicios de salud a nivel nacional procurando que se encuentren al alcance de toda la población, dando énfasis al sector rural.

Las aspiraciones del gobierno que tenía mucha visión en materia social, cristaliza sus propósitos creando el Ministerio de Salud Pública, para que cumpla con estos propósitos y finalidades, considerando de que la primera Reforma Agraria provocó la expulsión del campesino del agro, generando el aumento de pequeños propietarios o campesinos pobres, presentándose problemas en estas áreas por la carencia de recursos e infraestructura básica de salud.

La primera especificación que se debe hacer es que se inicia una clara diferenciación producto de la existente infraestructura de los servicios de salud entre las regiones y ciudades del país, que es producto del legado que este portafolio recibe, una infraestructura hospitalaria eminentemente centralizada obra de la visión de los gobiernos pasados, que pusieron énfasis en las ciudades de Quito, Guayaquil y Cuenca, generando los polos de desarrollo más prominentes, y olvidándose del resto de las regiones y provincias del país, lo cual se demuestra en los anexos 1 y 2.

Las metas de este Plan de gobierno tendía a la satisfacción de las necesidades de los servicios de salud pública de parte de los sectores de la población más necesitados y marginados, de la misma manera

propendía a ampliar la cobertura de estos servicios y una mejor distribución de los ingresos, lo que permitía la incorporación de los sectores marginales de la población a ser beneficiarios directos de los servicios.

El Plan de Gobierno de las Fuerzas Armadas 1.969 – 1.973, muestra nuevos matices en la política social, la participación más activa y determinante del Estado, y como actor principal, en los aspectos técnicos sociales a través del nuevo ministerio y dando énfasis en la descentralización en materia administrativa financiera.

En las etapas de dictaduras civiles y militares el Estado en gran medida a tenido grandes reformas como: la de 1.925 ejercida por el Dr. Isidro Ayora que por intermedio de la Comisión Kenmer organiza el Banco Central, la Contraloría General del Estado entre otras, la dictadura militar de 1.962 y 1.974 realiza la Reforma Agraria en beneficio del campesinado marginal, pero vale recalcar que se genero mayor concentración de poder en las ciudades de Quito, Guayaquil y Cuenca donde se canaliza las obras de infraestructura educacional, salud y carreteras descuidándose del resto del país, lo que ha provocado el descontento del sector periférico a estos polos de desarrollo y hoy exigen la autonomía de las provincias con lo que se daría un desarrollo local en todos los campos.

PROVINCIA	POBLACIÓN	TOTAL CAMAS DOTADAS	SERVICIOS GENERALES					ESPECIALIDADES					
			MEDICIN	CIRUGÍA	GINECOLOG	PEDIATRI	NEUMOLO GIA	SIQUIA- TRIA	TRAU MAT.	LEPRA	OTROS SERVIC.	AISLAM	TRANSMI
ESMERALDAS	171460	158	59	34	6	24	14				17		4
MANABI	690364	519	228	61	67	67	40				19		37
LOS RIOS	323617	282	102	70	36	34	40						
GUAYAS	1281925	3766	536	377	333	452	676	892		42	306		152
EL ORO	221602	319	143	62	26	58					2		28
TOTAL REGION	2688968	5044	1068	604	468	635	770	892	0	42	344	0	221
NAPO	52485	155	73	28	16	18					16		4
PASTAZA	23099	20	10	7	3								
MORONA S.	45007	71	46	10	9	6							
TOTAL REGION	120591	246	129	45	28	24	0	0	0	0	16	0	4
GALAPAGOS	3974	20	13	2	5								
TOTAL PAIS	5469140	10289	2656	1283	1077	1216	1341	1446	0	211	577	35	447

FUENTE: ANUARIO ESTADISTICAS HOSPITALARIAS INEC 1.967

ELABORADO: Econ. Eduardo Chiluiza T.

En el cuadro N° 1 se puede observar la distribución de los servicios hospitalarios que cuenta el Ministerio de Salud Pública en el país a esa fecha tanto por regiones como por provincias y especialidades lo que nos permite realizar un análisis del grado de concentración de la dotación normal de camas por regiones, provincias y especialidades, siendo la región de la Costa la que más concentra estos servicios con un total de 5.044 camas, en segundo lugar la región de la Sierra con 4.979 camas, en tercer lugar la región del Oriente con 246 camas y en cuarto lugar la región de Galápagos con 20 camas; en cada una de las regiones existe una provincia que tiene mayor grado de concentración de la dotación normal de camas y por ende de recursos humanos tanto administrativos, médicos y auxiliares de diagnóstico como también de especialidades, es así que en la Costa la provincia de Guayas cuenta con 3.766 camas hospitalarias para una población de 1.281.925 habitantes lo que significa que por cada 1.000 habitantes existen 2,93 camas hospitalarias y la próxima en número de camas hospitalarias en esta región es la provincia de Manabí con 519 para una población de 690.364 habitantes por lo que existe una relación por cada 1.000 habitantes hay 0,75 camas hospitalarias, como se demuestra que la provincia del Guayas le duplica en población a la de Manabí y en la dotación de camas hospitalarias esta provincia tiene seis veces más, de la misma manera la provincia del Guayas se encuentra dotada de todas las especialidades médicas existentes a la fecha., en la región de la Sierra la provincia de Pichincha se encontraba dotada de camas hospitalarias en un número de 1.998 para una población de 834.131 habitantes lo que significa una relación de 2,39 camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes y la provincia del Azuay que es la segunda en la región de la Sierra se encuentra dotada de 656 camas hospitalarias para atender a 300.022 habitantes lo que significa que por cada 1.000 habitantes la provincia del Azuay cuenta con 2,18 camas hospitalarias, así mismo se debe resaltar que las provincias de Pichincha y Azuay cuentan al igual que la provincia del Guayas con

todas las especialidades, en estas provincias la centralización de los servicios de salud pública se encuentran en las ciudades de Guayaquil, Quito y Cuenca que realizando un similar análisis tendríamos iguales resultados con los distintos cantones de cada provincia.

Si esta es la relación existente entre las regiones de la Costa y la Sierra es todavía más marcada la diferencia entre estas dos regiones con respecto a la Amazonia y la región Insular lo puede ser esto uno de los motivos que ocasionaron el que no existan nuevos polos de desarrollo y que la población tienda a migrar a estas dos provincias y en especial a las ciudades de Quito y Guayaquil donde se cuenta con los servicios básicos elementales para poder desarrollar las actividades de toda índole en una forma aceptable.

En el cuadro N° 2 se presenta la estructura de los servicios hospitalarios en forma porcentual de las regiones y es así que la región de la Costa del cien por ciento tiene el 49,03 por ciento, la Sierra el 48,39 por ciento y muy distante la región del Oriente y Galápagos con el 2,39 por ciento y 0,19 por ciento, por lo que se ve que los servicios de la salud pública en el país se encuentran centralizados en la región de la Costa seguido muy de cerca por la Sierra.

**CONCENTRACION POBLACIONAL POR REGIONES,
PROMEDIO CAMAS HOSPITALARIAS POR REGIONES**

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

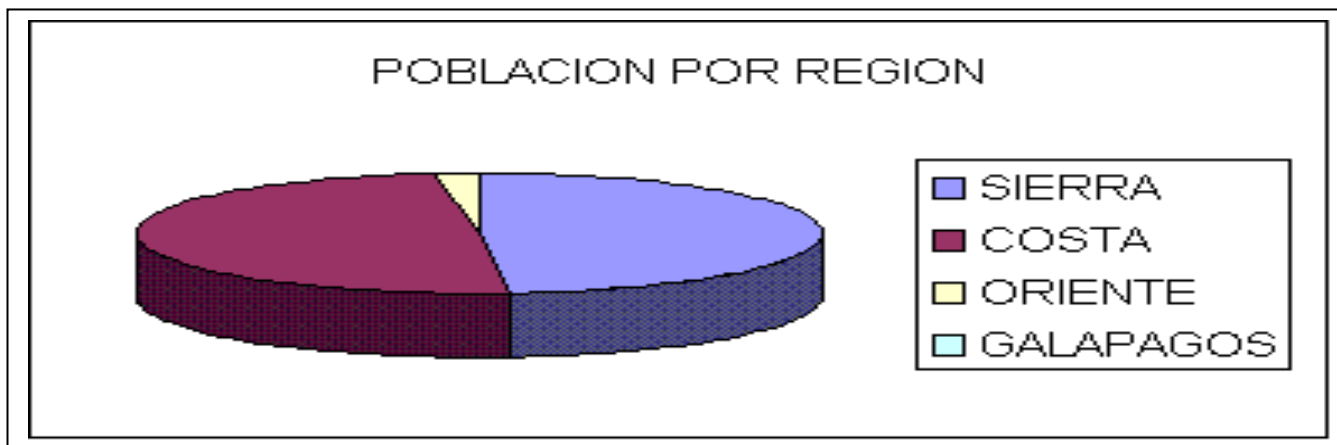
AÑO 1.967

CUADRO Nº 2

REGION	POBLACION POR REGION	PORCENTAJE POBLACIONAL POR REGION	DOTACION CAMAS POR REGION	PROMEDIO CAMAS POR REGION
SIERRA	2.655.607	48,00	4979,00	48,39
COSTA	2.688.968	49,00	5044,00	49,03
ORIENTE	120.591	2,20	246,00	2,39
GALAPAGOS	3.974	0,80	20,00	0,19
PAIS	5.469.140	100,00	10289,00	100,00

FUENTE: ESTADISTICAS HOSPITALARIAS, INEC 1.967

ELABORADO : Econ. Eduardo ChiluizaT.



1.1. LA DECADA DEL SETENTA

Las dictaduras representan un impulso a la Administración y al sector público en general, Herederos y Administradores de la bonanza petrolera, implementan a su tiempo reformas en el campo Administrativo, Tributario, Agrario y Fiscal, Se caracteriza por la selección en el personal, implementan la especialización en los puestos públicos y hacen todo intento por tecnificar la burocracia, como parte de ello se expide la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa en vigencia hasta la actualidad.

En esta época aparece el Ministerio de Trabajo y Bienestar Social, conformado con parte de las funciones del Ministerio de Previsión Social, Agricultura y Comercio, se crean los Ministerios de Agricultura, Ganadería, Industrias, Comercio e Integración y el de Recursos Naturales y Energéticos con parte de las funciones del Ministerio de Producción y del de Recursos Naturales y Turismo; finalmente el Ministerio de Trabajo y Bienestar Social se divide en dos Ministerios especializados, Trabajo y Recursos Humanos y el de Bienestar Social y Promoción Popular.

Tomando en cuenta que el Gobierno Nacional se encuentra empeñado en modernizar el aparato estatal se genera cambios en el Ministerio de Salud Pública que se encuentra tipificado en el siguiente decreto de fecha abril 25 de 1.972.

Nº 232

GENERAL GUILLERMO RODRÍGUEZ LARA,
Presidente de la República,

Considerando:

Que el Gobierno Revolucionario Nacionalista, dentro de sus postulados expresados en los lineamientos generales de su filosofía y Plan de Acción, se encuentra realizando la reestructuración administrativa de sus dependencias;

Que dichos lineamientos expresamente contemplan que el Ministerio de Salud Pública, reestructurado, será el organismo que asuma la responsabilidad de la centralización normativa y la descentralización ejecutiva, en su campo, mediante planes progresivos aconsejados por la técnica;

Que el deber del Estado de velar por la salud individual y colectiva, requiere de los medios legales suficientes que le permitan su realización;

Que es necesario que el Ministerio de Salud Pública, organismo legal competente para cumplir con la finalidad indicada, disponga de una adecuada organización administrativa que le permita ejecutar a cabalidad las funciones para las que fue creada, así como tan bien el mejor aprovechamiento de los recursos de salud existentes en el país;

Que es indispensable para que el Ministerio de Salud Pública, constar en su sede, son un organismo en el orden técnico-administrativo, normativo, directivo y evaluador; y

En uso de las atribuciones de que se halla investido,

Decreta:

Art.1.- Crease la Dirección General de Salud del Ministerio de Salud Pública, en la sede del mismo, con las siguientes Direcciones Nacionales: de Servicios Técnicos, de Servicios Administrativos y de Servicios Locales; con las correspondientes divisiones, Departamentos y Secciones necesarias para cumplir funciones de cartear técnico-administrativo.

Art. 2.- Se suprimen las Juntas de Asistencia Social del país, los Comités de integración de Servicios de Salud de Santo Domingo de los Colorados y del Cañar; cuyos derechos, obligaciones, patrimonios, bienes muebles e inmuebles, establecidos por la Ley de Asistencia Social, Decretos y Convenios que los crearon, serán asumidos por el Ministerio de Salud Pública.

Art. 3.- La administración de los bienes del Estado que ejercían las Juntas de Asistencia Social será realizada por el Ministerio de Salud Pública, en las mismas condiciones establecidas en el artículo anterior.

Art. 4.- Los servicios existentes a la fecha de expedición de la presente Ley, pertenecientes a las ex-Juntas de Asistencia Social y a los otros organismos que se suprimen, se incorporan a la estructura del Ministerio de Salud Pública.

Art. 7.- El personal de funcionarios y mas trabajadores de la extinguida Dirección Nacional de Salud, continuaran prestando sus servicios en la Jefatura Regional del Litoral, con sujeción a las normas legales vigentes.

Los recursos económicos que estuvieren actualmente asignados a la extinguida Dirección Nacional de Salud, pasaran también a la Jefatura Regional de Salud del Litoral.

Art. 9.- El personal de funcionarios y empleados de los organismos suprimidos por esta Ley pasa a depender del Ministerio de Salud Pública, con excepción de los directores y Subdirectores de las Juntas de Asistencia Social.

Con estos antecedentes se puede ir enmarcando como primera aproximación al desarrollo administrativo lo que el Plan establece para el periodo 1.973 – 1.977 y que ubica al proceso de reforma dentro de la siguiente concesión “La Administración Pública para el Desarrollo”, cuya finalidad estaba dada por el ejercicio de un mejor poder y conducción del proceso económico y social del país, una mas amplia orientación y control de las actividades de los demás niveles, y un papel empresarial directo por parte del Estado en las actividades industriales básicas o estratégicas; frente a esta concesión, el sector publico aparece con un rol mas activo y de participación en la actividad productiva del Estado.” Esto manifestó el Dr. Carlos Rodríguez en la Sesión Especial de Gabinete sobre Desarrollo Administrativo.

Para cumplir con estas acciones claramente definidas tanto en su concepción como en su alcance era necesario ajustar el plan y los programas con el nuevo reto de la Administración Pública que estaba enmarcado en el desarrollo e integrar sus esfuerzos en la búsqueda de personal calificado para asumir las responsabilidades de dirección y ejecución en las empresas publicas, crear normas y procedimientos que busquen agilizar el proceso de cambio de el país.

El deseo de transformación debe ser motivado por los máximos ejecutivos de las instituciones, especialmente a través de la asignación de responsabilidades para el cumplimiento de esta labor a personas, grupos o individuos que aseguran el flujo constante de la información entre estos y los despachos superiores.

Lo que se busca es autogenerar el desarrollo administrativo a nivel institucional, la responsabilidad en cuanto a su administración esta ligado con la participación de los respectivos grupos sociales a su servicio. Sin embargo, la coordinación de los esfuerzos rebasa el ámbito de acción de los Ministerios, y demás entidades publicas, siendo por tanto necesario que el más alto nivel de conducción del sector publico asuma la responsabilidad para esta actividad.

Para lo cual se crea el Grupo de Coordinación de Desarrollo Administrativo con Decreto Supremo 1192 del año 1.974 adscrito a la Secretaria Nacional de la Administración Publica, cuyas funciones más sobresalientes son las siguientes:

- Asesorar al Presidente de la Republica y Secretaria General.
- Formular estrategias y políticas de desarrollo administrativo.
- Elaborar un plan de reformas administrativas y someterlo a consideraciones y aprobación del Presidente de la Republica.
- Coordinar, orientar y asesorar principalmente con las oficinas existentes a la fecha que cumplan las actividades de reorganización administrativa.

En las atribuciones contempladas al Grupo de Coordinación se le otorgan facultades a nivel nacional y como prioridad sustantiva la Reforma Administrativa del sector público, así como la formulación de estrategias y políticas de desarrollo administrativo.

“En este enfoque eminentemente conceptual aparece un mecanismo de enlace con las instituciones del sector público y conjuntamente con las unidades que ejecutan programas de reorganización administrativa que indistintamente se denominan, Desarrollo administrativo, análisis Administrativo, Organización y Métodos, Organización y Sistemas, Programación Administrativas, Desarrollo Organizacional y otros cuya finalidad básica es de realizar estudios de organización administrativas y simplificación de procedimientos”⁷.

Para impulsar su actividad el Grupo de Coordinación establece tres niveles sobre los cuales se asienta todo su accionar, un primer nivel orientado a lograr todo el apoyo político gubernamental a fin de obtener el respaldo necesario a los problemas de desarrollo y es así como desde la Secretaría General de la Administración Pública, se ejerce la Dirección en relación con las secretarías de estado y similares, demostrándose una vez más el grado de concentración que se ejerce a través de esta Secretaría.

Un segundo nivel es conformado con el reclutamiento idóneo capacitado de las instituciones del sector público, que pasaron a integrar comisiones de desarrollo administrativo asesoradas

⁷ Anotaciones tomadas por el autor de esta tesis en las clases dictadas por el Dr. López Merino Mickey, en XXII curso Superior de Administración Pública dictado por la SENDA.

debidamente por el grupo de coordinación, las mismas que tuvieron una existencia efímera por los resultados obtenidos en los distintos ministerios de Estado.

En un tercer nivel se encuentran los sistemas de apoyo administrativo, es decir Recursos Humanos, materiales y financieros.

Dentro de los intentos por modernizar el aparato estatal el entonces Presidente de la Republica General Guillermo Rodríguez Lara, mediante Decreto N° 239 dispone:

Considerando:

Que se halla en proceso la reforma administrativa que el Gobierno Nacional ha previsto en el Plan Integral de Transformación y Desarrollo.

Que para mejorar la estructura administrativa ministerial, los señores Ministros Secretarios de Estado deben estar facultados para reorganizar, suprimir o crear organismos de su dependencia para el despacho de los diversos asuntos que les corresponde;

En uso de las facultades que se halla investido,

Decreta:

Art. 1º- Los Ministros Secretarios de Estado podrán mediante Acuerdo reorganizar, suprimir o crear organismos de su dependencia, estableciendo las funciones y atribuciones necesarias, siempre que existan las Partidas correspondientes en

el Presupuesto General del Estado y de acuerdo con el Grupo de Coordinación de Desarrollo Administrativo para los efectos del Art. 4º del Decreto N° 1197, de fecha 20 de noviembre de 1.974.

Art. 2º- Derogase todas las disposiciones legales que se les opongan al presente Decreto, que entrara en vigencia desde la fecha de su publicación en el Registro Oficial, encargándose de su ejecución a todos los señores Ministros Secretarios de Estado.

Dado en el Palacio Nacional, en Quito, a 25 de marzo de 1.975.

F.) General Guillermo Rodríguez Lara, Presidente de la Republica.-
(y mas Ministros de Estado).

Este decreto se encuentra publicado en Registro Oficial N° 784 de fecha abril 17 de 1.975.

La política de organización del sector publico, especialmente en la dictadura del General Rodríguez Lara, privilegia una estructural piramidal en la que la toma de decisiones se efectúa en el vértice copado por el Ejecutivo, se establecen figuras jurídicas como la adscripción y la autonomía que permite autodeterminación técnica, financiera, administrativa y legal de la institución amparada bajo este régimen, lo que permitió que varias entidades manejen con libertad las políticas de contratación y remuneración de sus recursos humanos: este mecanismo otorgo mayores instrumentos de centralización de las decisiones al poder ejecutivo, acaparando múltiples funciones con el consecuente debilitamiento de las instituciones del régimen autónomo.

En esta década la estructura básica de los ingresos nacionales esta constituida por ingresos corrientes e ingresos de capital.

Los ingresos en la década analizada tiene una “tasa de crecimiento anual promedio del 21,6% y 37% respectivamente”⁸.

En el Sector Publico existió un crecimiento de promedio anual del 23% los gastos de capital, los gastos corrientes en 1.971 constituyen el 57,67% y los de capital el 42,33% mientras que en 1.980 los gastos corrientes representan el 49,85% y los gastos de capital han ido creciendo.

La participación de la Administración Publica en 1.971⁹ represento el 10,28% del PIB, mientras que en 1.980 fue del 14,51% en este aumento , mucho tiene que ver el crecimiento burocrático e institucional del sector publico, como también los crecimientos inflacionarios por los que ha atravesado el país, cabe señalar que en la década se crearon 49 entidades publicas.

La dilapidación de los fondos públicos fue un escándalo en medio de este caos, conjuntamente con el crecimiento de las exportaciones, importaciones y la producción interna, crece la Alianza Banqueros- Comerciantes- Industriales- Constructores, que se vieron obligados a recurrir al endeudamiento externo que se agudizo en 1.977, con el fin de atender la demanda de recursos financieros del sector publico y privado. Esta intervención externa,

⁸ Memorias Gerente del Banco Central

⁹ Tesis “Los Procesos de Cambio en la Administración Publica Ecuatoriana a partir de 1.830 a 1.989” , elaborado por Econ. Chiluzza Eduardo, Lcdo. Bautista Mario, Crnl. de Policia Vasquez Miguel y otros en el XXII Curso Superior de Administración Publica dictada por la SENDA, Quito 1.989

sumada a la monetarización de las divisas de origen interno, llevaron al aumento de la demanda de recursos, al estancamiento de los sectores productivos básicos, consolidaron el crecimiento del sector bancario.

Estos factores en conjunto condujeron a altos índices inflacionarios, aspectos que incidieron en el deterioro del poder adquisitivo de los salarios, lo que pese a los constantes incrementos, no lograron recuperar su valor real sino a partir del año 1.980.

El deterioro de los salarios desmejoro la situación de las clases mayoritarias del país, a esto se suma una masiva migración del campo a la ciudad fomentándose la marginalidad urbana, la demanda de servicios públicos y mayores oportunidades de empleo y de trabajos estables.

En esta forma de inversión publica estatal, los servicios de salud, educación, agua potable, luz eléctrica, vivienda, etc., resultaron insuficientes para atender cada vez la mayor demanda.

A esta época corresponde a las grandes inversiones estatales como la Refinería Estatal, las centrales térmicas y el inicio de las plantas hidroeléctricas, se mejoran las carreteras, la infraestructura de la Salud Publica y Educacional, las comunicaciones y el servicio eléctrico.

Las importaciones de bienes de capital obedecieron a la expansión de los servicios públicos y el auge de la infraestructura

que realizará el gobierno, así como el crecimiento industrial, textil, de construcciones, pesca y otros similares.

Es importante demostrar en los siguientes cuadros estadísticos que sin embargo de haber mejorado la infraestructura de la salud pública no crecieron con relación al crecimiento poblacional, sufrieron un estancamiento en los años setenta y un decrecimiento.

**POBLACIÓN ESTIMADA, NUMERO DE CAMAS
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
PERIODO: 1.971 – 1.979**

ANOS	POBLACION AL 30-VI	NUMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES	CAMAS POR 1000 HABITANTES	PORCENTAJE OCUPACION DE CAMAS
1971	6'239.533	13.066	2.1	71,3
1972	6'432.199	13.618	2.1	71,2
1973	6'628.771	13.504	2.1	66,8
1974	6'829.467	13.298	1.9	67,1
1975	7'034.504	13.464	1.9	65,1
1976	7'242.908	13.560	1.9	65,6
1977	7'454.534	13.950	1.9	64,9
1978	7'670.843	14.294	1.9	58,1
1979	7'893.296	14.316	1.8	58,1

FUENTE: Estadísticas Hospitalarias INEC

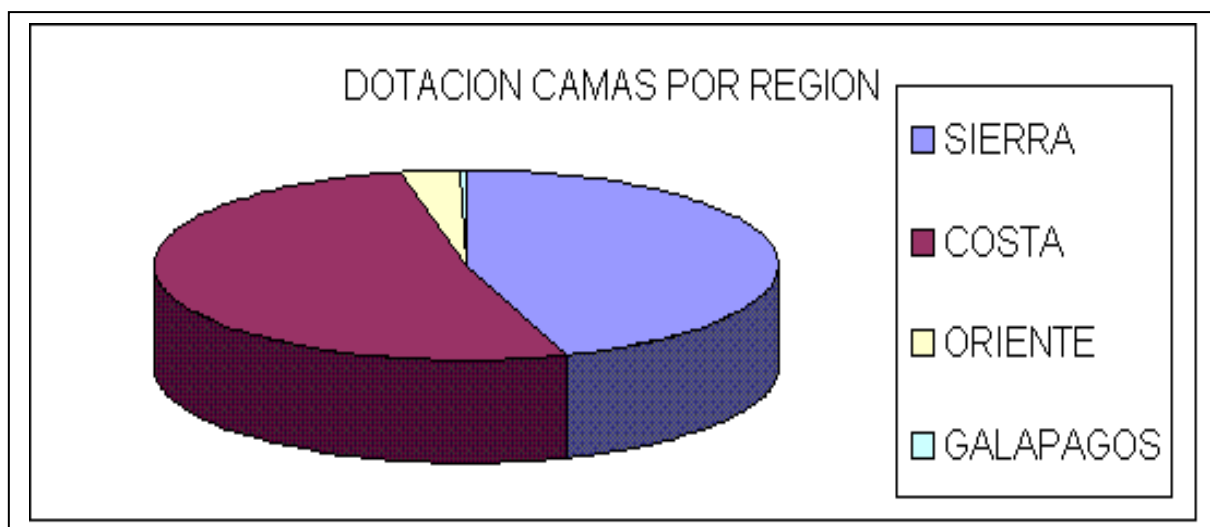
ELABORACIÓN : Econ. Eduardo Chiluiza T.

PROMEDIO CAMAS HOSPITALARIAS POR REGIONES
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
AÑO 1.978

REGION	POBLACION	PORCENTAJE POBLACIONAL	DOTACION CAMAS POR REGION	PROMEDIO CAMAS POR REGION	CAMAS POR CADA 1000 HABITANTES
SIERRA	3.712.945	48,00	4.332	44,66	1,16
COSTA	3.751.746	49,00	5.044	51,97	1,34
ORIENTE	204.701	2,60	308	3,17	1,50
GALAPAGOS	4.764	0,40	20	0,20	5,00
PAIS	7.674.156	100,00	9.704	100,00	1,26

FUENTE: ESTADISTICAS HOSPITALARIAS, INEC 1.967

ELABORADO : Econ. Eduardo ChiluzaT.



1.2. LA DECADA DEL OCHENTA

La Presidencia de Jaime Roldós abre una nueva etapa de la vida republicana, fue un hombre de pensamiento Socialista, con amplio criterio de la Realidad Nacional y de visión Cósmica, en apenas 20 meses de gestión se muestra como un mandatario democrático y respetuoso de la función pública. A su muerte, Osvaldo Hurtado termina el periodo con un nuevo embate de crisis económica, toma como eje de su función a la Planificación, hasta entonces menospreciada.

León Febres Cordero, en la gestión Administrativa aplica el Modelo Neoliberal caracterizado por la libre empresa, emprendiendo además el programa de desburocratización.

Rodrigo Borja consigue que por primera ocasión un partido político obtenga los poderes del Estado casi en su totalidad, para este gobierno el impulsar la consolidación del Estado, las Empresas Públicas y el Desarrollo de la Administración Pública son parte de su Plan de Gobierno.

En este periodo se impulsa la Gestión del Banco Ecuatoriano de Desarrollo, inicia el Plan Nacional de Alfabetización, se preocupa de la educación en todos los niveles, implementa el desayuno escolar, precautela los bienes del Estado, dio énfasis a las obras eléctricas nacionales, especialmente al Proyecto Agoyan, construcción de algunos puentes, carreteras caminos vecinales, hospitales y subcentros de Salud.

En lo Administrativo con la finalidad de simplificar la atención de los tramites públicos implanto el Plan Nacional de Desburocratización. En el sector publico de la salud se comienza a regular a las unidades operativas esto es los hospitales por medio de la emisión de los Acuerdos Ministeriales N° 6.408 y 6.785 que se refieren al Reglamento Orgánico Funcional General de Hospitales del Ministerio de Salud Publica y el Reglamento para el Funcionamiento de los Botiquines Comunitarios, los cuales se encuentran publicados en Registro Oficial N° 793 de julio 25 de 1.984.

Que tiene como finalidad reglamentar la organización de los hospitales para el normal desarrollo de las actividades y prestación de salud para la comunidad., y “por primera vez se los clasifica en base a los siguientes parámetros”¹⁰:

1.- POR EL TIEMPO DE PERMANENCIA DE LOS PACIENTES.

a.- Hospitales Agudos.

b.- Hospital Crónico.

2.- POR EL TIPO DE ATENCIÓN.

a.- Hospital General.

b.- Hospital Especializado.

c.- Hospital de Especialidades.

¹⁰ Manual de Contenido Múltiple para la Rehabilitación de los Hospitales del Ministerio de Salud Publica 1.994 – 1.996 páginas 49 – 54 –58.

3.- POR LA LOCALIZACIÓN GEOGRAFICA.

a.- Hospital Cantonal.

b.- Hospital Provincial.

c.- Hospital Nacional.

El presente reglamento, sustituye a todas las disposiciones reglamentarias anteriores a este respecto, las mismas que quedan derogadas. Quito, a 27 de junio de 1.984, firma Dr. Luis Sarracín Ministro de Salud Publica.

En lo económico la estructura de los gastos del Estado Ecuatoriano, entre gastos corrientes y de capital, tienen un crecimiento desigual, pues mientras en "1.981 el porcentaje de gastos corrientes fue del 66% y 34% para inversiones., en los subsiguientes años estos porcentajes varían del 75% al 25% respectivamente"¹¹.

Este fenómeno se explica en virtud de los siguientes hechos y circunstancias:

El menor ritmo de crecimiento de las inversiones se debe a la limitación del crédito externo e interno, como consecuencia de la crisis económica que viene soportando el país, a la variación de los precios internacionales de nuestros productos de exportación, como petróleo, café, cacao, banano, el proceso inflacionario

¹¹ Información proporcionada por Funcionarios de la Dirección de Planificación del MSP.

internacional que a encarecido el costo de los materiales, equipos y asistencia técnica que el país debe necesariamente importar, tanto para la construcción de nuevos proyectos, como para la operación y mantenimiento de sus sistemas de producción de bienes o de prestación de servicios, además vale mencionar que un buen porcentaje de capital, como los petroleros, se han destinado a atender gastos corrientes y subsidios.

En contraposición al comportamiento de los gastos de capital, los gastos corrientes han crecido con una tendencia mas acentuada, por efecto del pago de intereses del servicio de la deuda externa, proceso devaluatorio de la moneda, inflación creciente, crecimiento burocrático, incrementos salariales.

En 1.984 y 1.985 se presenta un superávit que se deben en buena medida a las políticas restrictivas del gasto publico, al no pago de la deuda externa, mayores exportaciones y mejores precios internacionales de nuestros productos en el mercado internacional.

En el periodo 1.981 a 1.988, “la tasa de crecimiento promedio del PIB es del 27%, en tanto que la tendencia del sector publico es del 24%. El producto per cápita va del s/. 41.699 en 1.981 a s/. 231.140 en 1.988, lo que significa una tasa de crecimiento promedio de 23,8%”¹².

La participación del sector publico en la formación del “PIB tiene tendencia a reducirse en comparación con el PIB total ya que pasaba del 14% al 11%, en términos absolutos los incrementos son

¹² Memorias del Gerente del Banco Central, año 1.988

cada vez mayores así por ejemplo entre 1.981 y 1.982 es de s/. 8.408 millones y entre 1.987 y 1.988 es de s/. 67.096 millones, esto se debe a cada vez mayor la participación del sector publico como agente productivo”¹³.

En la parte administrativa, las restricciones implantadas por el gobierno en el sector publico ha limitado al máximo la adquisición de equipos, repuestos, materiales, etc., colocando a este sector en situaciones muy difíciles de seguir produciendo servicios eficientes.

Entre los años 1.982 y 1.987, se convierte en un periodo de crisis económica el petróleo comienza a caer en el mercado internacional y disminuye su valor que era de 42 dólares a 7,5 dólares por barril, la caída del precio petróleo genera un déficit fiscal creciente en la medida que va cayendo los precios. Haciendo un Estado que demanda cada vez mas recursos, produciendo un desequilibrio en las cuentas fiscales.

Con relación al proceso de capacitación bajo el auspicio de la Dirección Nacional de Personal como entidad rectora de este proceso que se inicia a partir de 1.975, logrando capacitar un total de 47.000 servidores públicos hasta 1.988 que representa apenas el 14,85% del total de servidores públicos del país. Sin embargo de este proceso en su desarrollo evidencia el **exagerado centralismo** demostrado en los siguientes datos para el efecto se han seleccionado una muestra de 6 provincias 3 de la Sierra y 3 de la Costa:

¹³ Memorias del Gerente del Banco Central y Anuario, año 1.988

CAPACITACION DE SERVIDORES PUBLICOS
PERIODO: 1.975 A 1.988

PROVINCIA	Nº SERVIDORES CAPACITADOS	PORCENTAJE
PICHINCHA	13.611	28,95%
GUAYAS	5.074	10,79%
AZUAY	4.977	10,59%
MANABI	2.629	5,59%
LOJA	2.876	6,19%
EL ORO	1.371	2,91%
T O T A L	30.858	65,02%

FUENTE: Tesis Los Procesos de Cambios en la Administración Pública Ecuatoriana 1.830-1.989

ELABORACIÓN: Autor de la presente tesis y otros.

De los datos presentados se observa que la Sierra representa el 45% de capacitados en las tres provincias señaladas, mientras que la Costa igualmente en tres provincias representa el 19,02%, adicionalmente ubicamos a la provincia de Pichincha con un 28,95% de capacitados, revelando de esta manera una tendencia clara hacia el centralismo es esta actividad.

Es conveniente además establecer que las tres provincias que históricamente han representado los polos de desarrollo del país (Pichincha, Guayas y Azuay) frente al resto de provincias, como las tres primeras enunciadas centralizan la actividad de capacitación.

De acuerdo al IV censo de población y III de vivienda realizado en 1.982 existe un total de 316.381 servidores del Estado, distribuidos en las mismas seis provincias de la siguiente manera:

SERVIDORES PUBLICOS POR PROVINCIAS
IV CENSO DE POBLACIÓN Y III DE VIVIENDA
AÑO: 1.982

PROVINCIA	Nº DE SERVIDORES	PORCENTAJE
PICHINCHA	85.419	26,99%
GUAYAS	70.962	22,42%
MANABI	19.525	6,17%
EL ORO	16.890	5,33%
LOJA	16.734	5,28%
AZUAY	16.219	5,12%
TOTAL	255.749	71,35%

FUENTE: Tesis Los Procesos de Cambios en la Administración Publica Ecuatoriana 1.830-1.989.

ELABORACIÓN: Autor de la presente Tesis y otros.

Los servidores del Estado que prestan sus servicios en las provincias antes mencionadas representan el 71,35% frente al 28,65% de servidores distribuidos en el resto de provincias. Las provincias de Pichincha, Guayas y Azuay concentran el 54,35% de los servidores del Estado, mientras que el resto de provincias representan el 45,45%, con lo que se demuestra el grado de centralismo existente en estas provincias.

En la década de los ochenta la crisis es el síntoma de doce años de democracia. Este periodo se inicia con el Plan de Retorno que propuso como objetivo central “La Reestructuración Jurídica del Estado”.

Esta crisis se ve afectada por cuanto el país no logra una relación equilibrada, el terrible peso de la deuda externa, la transferencia de tecnología que cada vez nos hace mas dependientes, se experimenta una terrible caída de los precios del petróleo producto base de nuestra economía.

A nivel social, los efectos de la crisis económica se reflejaron en sucesivos planes de austeridad que intentaron poner fin al despilfarro que casi se institucionalizo en el pasado, disminución del presupuesto gubernamental hacia las áreas sociales: educación, salud, vivienda, bienestar, además se incrementa los índices de delincuencia y aparecimiento de mayores sectores sociales pobres que forman grandes cinturones de miseria alrededor de las urbes.

El rol del Estado, a fin de superar la crisis cobro vigencia y priorizo el manejo de la economía.

Para lo cual adopta el modelo económico neoliberal el mismo que propone el alejamiento del Estado de la gestión económica, y se prioriza el papel de los agentes privados, relegando al Estado. Si la crisis se explica solamente por el desmedido crecimiento estatal, las alternativas económicas para superarla, encuentra en la privatización un mecanismo idóneo con el que simultáneamente se logra debilitar la acción estatal, inyectar eficientemente al manejo económica y desarrollar la libre iniciativa del sector privado.

1.3. LA DECADA DEL NOVENTA.

La estructura del Estado como también del Ministerio de Salud Publica al iniciar la presente década es altamente centralizada en los aspectos Administrativos y Financieros el poder total esta en la capital, todos los tramites que deben realizar las instituciones del sector publico se lo deben realizar En los Ministerios de Finanzas, Salud, Gobierno, etc.

Nuestro país para consolidar la unidad nacional y superar la hegemonía de algunos grupos de poder económico, implemento políticas que se encontraban dirigidas a establecer un Estado fuerte que de prioridades a los ejes económicos, políticos y sociales con el propósito de disciplinar la acción de los diferentes actores del sector productivo, el problema se agudiza cuando de un estado fuerte se ha pasado a un estado centralista paternalista donde crecieron ciertos sectores como los industriales con el apoyo de los gobiernos de turno, pero de ninguna manera se mejoro el nivel de vida de los sectores mas deprimidos.

Entre las formas que adopto el centralismo se puede identificar a: la estructura jurídica, la prestación de servicios y como reflejo de esto tenemos en el ámbito presupuestario financiero la promulgación de La Ley de Presupuesto del Sector Publico, promulgada en el Registro Oficial N° 18 del 30 de noviembre de 1.992 y en sus partes mas relevantes para el estudio de la centralización tenemos que:

La presente Ley establece normas generales para el proceso presupuestario, Normas técnicas las mismas que serán

establecidas por la Función Ejecutiva a través del Ministerio de Finanzas por lo que a partir de ese momento lo convirtió en súper ministerio con super empleados.

Para efectos de esta Ley el Sector Publico se conforma por:

- a) El Gobierno Central que comprende a las funciones Legislativa, Jurisdiccional y Ejecutiva.
- b) Las demás instituciones del Estado prácticamente se convierten en autónomas por lo que no tiene control de parte del Ministerio de Finanzas.

Para efecto de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la presente Ley, al Ministerio de Finanzas y Crédito Publico le corresponde: Establecer las políticas, Normas técnicas, acciones y métodos para elaborar, ejecutar, coordinar, evaluar y liquidar los presupuestos del sector publico.

Así mismo esta ley prohíbe la administración de recursos financieros y donaciones fuera de presupuesto lo que prácticamente atenta con el propósito de que las instituciones de carácter social puedan generar programas de recuperación de costos y autogestión como son las unidades operativas del Ministerio de Salud Publica, considerando que todos los ingresos recaudados por las entidades y organismos referidos en el literal a) del artículo 2 de esta Ley, se depositaran en la Cuenta Corriente Única en la forma y condiciones que determine el Reglamento de la presente Ley, lo que prácticamente constituía un riesgo en consideración que muchas ocasiones el Gobierno Central los tomo estos dineros y que ningún tramite realizado por parte de los

representantes de este portafolio sirviera para la devolución de los mismos por parte de las autoridades del gobierno central y el Ministerio de Finanzas por lo que se creó un escenario de escepticismo para realizar los programas de autogestión que imponía el gobierno.

Sin embargo de estos articulados algunas instituciones del Ministerio de Salud Pública realizaron los programas de autogestión y aplicando la programación de Caja para la utilización de estos fondos como dispone el artículo 27 de la presente Ley, fueron objeto de muchas trabas y en la mayoría de los casos no se los aprobaba y jamás se pudo recuperar estos dineros, ni tampoco se los consideraba por parte del Ministerio de Finanzas como ingresos del siguiente ejercicio presupuestario.

Considerando que existe un presupuesto anual aprobado y como parte del centralismo existía el órgano regular esto es los hospitales se dirigían a las Direcciones Provinciales de Salud y estas al Ministerio de Salud Pública y en última instancia este portafolio se dirigía al Ministerio de Finanzas y viceversa, los hospitales en tal virtud realizaban sus programaciones anuales y calendarizaciones mensuales de gasto, y con el propósito de cumplir con sus misión que es dar atención a los pacientes que lo requieren se endeudaban en la adquisición de Medicinas, Implemento Médico, Alimentos y Bebidas para pacientes y otros, en definitiva utilización de las partidas presupuestarias para gastos de operación del período fiscal pero por efectos del centralismo no se enviaba los dineros de parte de las Direcciones Provinciales y estas manifestaban que el Ministerio de Salud Pública no entregaba, pero sin embargo en lo que se refiere al pago de remuneraciones por concepto de sueldos y salarios, la Planta

Central del Ministerio de Salud Pública y las Direcciones Provinciales se encontraban pagadas al día, mientras que los funcionarios de las unidades operativas aun no lo cobraban por lo que se demuestra que en gran medida las asignaciones presupuestarias mensuales que correspondían a cada unidad operativa no se lo entregaba en el cien por ciento que le correspondía como también no se conocía los envíos que realizaba el Ministerio de Finanzas al Ministerio de Salud y este a las Direcciones provinciales lo que fue un limitante para que los funcionario de los hospitales reclamen y ejercen presión para que se les entregue sus asignaciones mensuales en forma integra de acuerdo a lo que les correspondía,.

En cuanto a las proformas presupuestarias y reformas presupuestarias que por ley corresponde, como parte del centralismo el órgano regular fue que las unidades operativas (Hospitales) tenían que presentar a la Dirección Provincial para que lo apruebe, esta luego debía presentar al Ministerio de Salud Pública para su aprobación, para posterior esta entidad debía presentar en forma consolidada de todo el sector salud que le competía, al Ministerio de Finanzas para su aprobación final.

En lo que se refiere a las "Remuneraciones , adquisiciones y Donaciones, el Ministerio de Finanzas, dictara las normas técnicas para regular los créditos presupuestarios que se destinen a remuneraciones y a erogaciones vinculadas con las mismas, de los servidores y trabajadores que prestan sus servicios en el sector público, para las adquisiciones de bienes muebles y para los

donativos que reciban, se deberá tomar en cuenta las disposiciones siguientes¹⁴:

Se requerirá invariablemente la autorización del Ministerio de Finanzas, cuando estos gastos no estén contemplados en los presupuestos aprobados, en cuanto a los donativos que reciban las entidades deberán informar y registrar a efecto de evitar la duplicación en el gasto. Por lo que por muchas ocasiones se realizaron reformas presupuestarias con el propósito de modernizar a las instituciones del Ministerio de Salud Publica sin encontrar efecto a este pedido que por ley les correspondía ya que eran dineros de las propias unidades operativas.

¹⁴ Ley y Reglamento de Presupuesto del Sector Publico

2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL CENTRALISMO EN EL SECTOR PÚBLICO DE LA SALUD.

En treinta y dos años de creación del Ministerio de Salud Pública y desde sus inicios según constan en el Reglamento Estructural del Ministerio de Salud Pública publicado mediante Registro Oficial N° 159 de junio 30 de 1.967, tipifica que **La política** del Ministerio **se basara en el principio de centralización técnica y descentralización administrativa y económica**, como también Programar la extensión de servicios de salud a nivel nacional procurando que se encuentren al alcance de toda la población, **dando énfasis al sector rural**, por lo que no se ha cumplido con este último principio y permanentemente se ha centralizado las actividades Administrativas y Económicas y esto lo han realizado en función del Decreto Presidencial N° 239 de 26 de marzo de 1.975 publicado en Registro Oficial N° 784, en que faculta a los señores Ministros de Estado, para que mediante Acuerdos Ministeriales, puedan reorganizar, suprimir o crear organismos de esa dependencia, estableciendo las funciones y atribuciones necesarias, de lo cual utilizaron los distintos ministros para realizar los cambios que creyeran sean convenientes, en estas circunstancias se puede deducir que no existieron políticas de Estado permanentes ni Objetivos Nacionales para este sector por lo que fueron políticas coyunturales, que permanentemente centralizaron las actividades.

2.1. LA DÉCADA DEL NOVENTA.

En la presente década se profundiza más la crisis económica de los sectores sociales del Estado lo que hace que las autoridades del portafolio del Ministerio Salud Pública traten de generar programas de autogestión encontrándose con limitantes de

índole jurídico como la Constitución Política, la Ley de presupuesto, que no le permitía utilizar los fondos que generaban sus unidades operativas y con el propósito de salir en esta encrucijada jurídica se genero Fundaciones que realicen estas actividades al interior de los hospitales, con lo cual no se generó una solución en consideración de que estas ONG's, aprovecharon de esta oportunidad para que los ingresos fueran en beneficios personales y no institucionales por lo que duro muy corto tiempo la vida de estos entes.

El escollo referente a la Ley de Presupuesto que se encontraba como limitante es lo que se refiere al Art. 29 que se refiere a los excedentes de caja que tipifica que: “El Presidente de la Republica a través del Ministerio de Finanzas y Crédito Publico podrá ordenar el traspaso al Presupuesto del Gobierno Central de excedentes de caja de las entidades y organismos a que se refieren los literales a y b del articulo 2 de la presente Ley”, en el cual esta inmerso el Ministerio de Salud Publica.

Con la aplicación de este articulo que lo hicieron los diferentes gobiernos en esta década en distintas oportunidades dejaba como antecedentes, lo cual desanimo a las autoridades de los las unidades operativas de este sector a nivel nacional el continuar insistiendo con el programa de recuperación de costos y autogestión hospitalaria.

Por lo que uno de los planteamientos de parte de los funcionarios del Ministerio de Salud Publica era de que en caso de existir o producirse excedentes de Caja, deberían considerar el Ministerio de Finanzas las programaciones de gasto que

ejecutaban los hospitales y bajo ninguna circunstancia se podría trasladarse al Presupuesto del Gobierno Nacional.

Mientras tanto las autoridades de este portafolio permanentemente “preocupados por el desarrollo de sus unidades y encaminadas en la modernización y en vista del grave estancamiento y deterioro progresivo por el que han atravesado las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública por falta de políticas y programas de rehabilitación considerando un moderno enfoque gerencial lo que a conducido a una deficitaria prestación de servicios de salud en los niveles secundarios y **terciarios** generan el Manual de Contenido Múltiple para la Rehabilitación de los Hospitales”¹⁵, en el cual contiene el nuevo agrupamiento y categorización, como también detalla el nivel de atención, área de influencia y cobertura, referencia y supervisión, personal, planta física y otros, con lo cual se modifica al Reglamento General de Hospitales como también el orgánico funcional y estructural,. Por lo que se manifestaba por parte de las autoridades de aquel entonces que “constituye la primera aproximación para plasmar en acciones conjuntas e integradas entre los niveles político-decisionarios, técnico-normativos y el nivel operativo del Portafolio”.

¹⁵ Manual de Contenido Múltiple para la Rehabilitación de los Hospitales del MSP 1.994
-1.996

CAPACIDAD RESOLUTIVA HOSPITALARIA

1.994 – 1.996

CATEGORÍA	NIVEL DE ATENCIÓN	AREA INFLUENCIA	Nº CAMAS
Centro S. Hosp. 1	Medica Básica, acc. Des. Com	10.000 a 30.000 H.	De 15 a 30 camas
Centro S. Hosp. 2	Medica Básica, acc. Des. Com	31.000 a 50.000 H.	De 51 a 80 camas
Hospital Categ. 3	Especialidades Básicas	50.000 a 150.000 H.	De 81 a 130 camas
Hospital Categ. 4	Especialidades Básicas y Ap.	150.000 a 250.000 H.	De 131 a 220 camas
Hospital Regional	Especialidades Básicas	200.000 a 500.000 H.	De mas de 220 camas
Hospital Ref. Nac.	Especializados y Especialidad	1'000.000 H.	

FUENTE: Manual de Contenido Múltiple Para la Rehabilitación Hospitales del MSP.

ELABORADO POR: Autor de la presente Tesis

En materia administrativa se preocupan por descentralizar las gestiones de las Direcciones de las unidades operativas y es así que en el Reglamento Orgánico Funcional General de Hospitales del Ministerio de Salud Pública, aprobado mediante Acuerdo Ministerial N° 6408 y publicado en Registro Oficial N° 793 de 25 de julio de 1.984, en el artículo 6to, se define el área técnica de los hospitales pero no existe una categorización específica del campo Administrativo Financiero, por lo que la autoridad de aquel entonces considera fortalecer el proceso administrativo de los hospitales de las categorías 4, 5 y 6 con una dotación normal de camas mayores a 120, que por la complejidad y zona de influencia ameritan alcanzar un desarrollo institucional y que mediante Decreto N° 239 de 26 de marzo de 1.975, faculta a los Ministros de Estado, para que mediante acuerdo Ministerial, puedan reorganizar, suprimir o crear organismos de esa dependencia, estableciendo las funciones y atribuciones necesarias.

Con estos antecedentes acuerda crearse las “Subdirecciones Administrativas en los Hospitales que dispongan de mas de 130 o más camas ubicadas en las categorías 4, 5 y 6, y que dependerá directamente de la Dirección del Hospital, como objetivo primordial es desarrollar eficientemente los Sistemas Administrativos-Financieros de los Hospitales”¹⁶, que permitan ofrecer atenciones adecuadas de salud en condiciones de calidad, oportunidad y equidad y entre sus principales funciones constaban:

Planificar, Programar las gestiones administrativas, elaborar la pro forma presupuestaria, establecer los procedimientos de control interno, participar en el Consejo Técnico, cumplir y hacer cumplir las disposiciones de la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa, Código de Trabajo, sus respectivos reglamentos y mas disposiciones legales vigentes, mantener un sistema de provisión de equipos y suministros para los hospitales,. Para el cumplimiento de esta funciones la Subdirección Administrativa-Financiera contará con las unidades:

- ✓ Unidad de Administración Financiera
- ✓ Unidad de Administración de Personal y.
- ✓ Unidad de Administración de Suministros, Mantenimiento y Servicios Generales.

¹⁶ La Gerencia de Calidad total en Salud – Ecuador 1.994.

3. ANÁLISIS DE LA CRISIS DEL CENTRALISMO EN EL SECTOR PÚBLICO DE LA SALUD.

Entendiéndose por Centralismo la tendencia a acumular y mantener el poder en una o pocas instituciones en lo que se refiere las decisiones financieras, administrativas, planificación, desarrollo y oportunidades, en el Ecuador en todos los aspectos de la organización pública, manejo político, económico y en la realización de los trámites administrativos se encuentran asentadas en las ciudades de Quito, Guayaquil y Cuenca., por esta razón el modelo centralizado parece haber entrado en crisis y hay quienes consideran al centralismo como la negación de la modernidad y el antagonismo de la democracia.

La crisis económica que vive el país se manifiesta en altos niveles de inflación, desempleo, reducción de programas y proyectos sociales que agrava la pobreza y caída de la inversión tanto pública como privada, “esto es un indicador claro de que el modelo de desarrollo centralista y acumulador del Ecuador a fracasado y no funciona más, este modelo no a funcionado entre otros factores por que el Estado Ecuatoriano no a cumplido con su tarea fundamental de”¹⁷:

- a) Distribuir equitativamente el ingreso.
- b) Mantener altos niveles de empleo, de inversión pero con precios estables sin inflación.
- c) No se ha facilitado una eficiente asignación de los recursos públicos, esto es no se a destinado los recursos a los sectores

¹⁷ Revista Modernización de los Servicios de Salud Responsabilidad Social Compartida MSP 1.998.

económicos y sociales mas necesitados de la sociedad ecuatoriana.

Efectivamente no se puede hablar de que se haya distribuido equitativamente el ingreso cuando dos polos geográficos del país, Quito y Guayaquil, concentran el 65% de la riqueza nacional, de 114 hospitales y 7.109 camas hospitalarias que tiene el país, 18 hospitales se encuentran en la provincia del Guayas, 11 en la Provincia de Pichincha, de 7.109 camas hospitalarias Guayas tiene 942, y Pichincha 1.632, de la misma manera realizando un análisis por regiones: la región Costa tiene 47 hospitales y 2.724 cama hospitalarias, la Sierra 47 Hospitales con 3.748 camas hospitalarias, el Oriente 18 hospitales con 569 camas hospitalarias y Galápagos 2 hospitales con 30 camas hospitalarias.

En cuanto a la prestación de servicios, no existía una correspondencia entre la planificación y la acción del gobierno, la entidad encargada de la planificación trabajaba con una visión a mediano y largo plazo, las entidades administrativas trabajan con una visión coyuntural, lo que dificulta y en ocasiones imposibilita una prestación de servicios eficientes y eficaces.

Por otra parte del total de “los ingresos del sector publico ecuatoriano, apenas el 3% reciben los gobiernos seccionales para hacer la obra publica es decir: agua potable, luz eléctrica como accionistas de las empresas eléctricas, alcantarillado, caminos vecinales, mercados pavimentación, construcción de aceras y bordillos, cementerios, mantenimiento de escuelas, centros de salud, recolección y disposición final de los desechos sólidos, tratamiento de los desechos líquidos”¹⁸.

¹⁸ Apuntes tomados por el Autor de esta Tesis en la Conferencia dictada en el IAEN por el Dr. Córdova Polibio, 02-2.000

Mientras tanto para financiar este irracional gasto publico y honrar la deuda interna y externa en los últimos 20 años sea tenido que recurrir a emisiones inorgánicas de dinero en bonos dólares y últimamente fuertes inyecciones de capital al sistema financiero que en ultima instancia a devenido en procesos inflacionarios que golpean duramente a las clase sociales mas débiles calculadas en el 75% de la población según cifras del Banco Mundial sobre la pobreza en el Ecuador y por fin en los últimos 25 años el gobierno central no a podido asignar los escasos recursos del sector publico ecuatoriano a los sectores menos favorecidos.

3.1. VENTAJAS DEL CENTRALISMO¹⁹.

Ha permitido maximizar la uniformidad de las decisiones en función de una política central, en todos los niveles del sector Publico de la Salud pertenecientes al Ministerio de Salud Publica.

3.2. DESVENTAJAS DEL CENTRALISMO²⁰.

Al ser un fenómeno histórico constante, la estructura política de carácter unitario adoptada por el Estado ecuatoriano desde el inicio de la vida republicana donde se tiene un solo ministerio y después de 137 años se da el origen del Ministerio de Salud Publica con una estructura Administrativa centralizada en los dos polos de desarrollo como son Quito y Guayaquil, por lo que se define que se

¹⁹ Tomado del Trabajo de Investigación elaborada por el Econ. Fernando Hinojosa y otros cursantes del XX Curso Superior de Seguridad Nacional y Desarrollo "La descentralización Administrativa, en el contexto de la división Político-Administrativo del Ecuador".

²⁰ Tomado del Trabajo de Investigación elaborada por el Econ. Fernando Hinojosa y otros cursantes del XX Curso Superior de Seguridad Nacional y Desarrollo "La descentralización Administrativa, en el contexto de la división Político-Administrativo del Ecuador".

estableció por la necesidad de consolidar la soberanía dentro del territorio nacional, para asegurar su supervivencia antes que por aprovechar los recursos existentes para un desarrollo equilibrado de carácter nacional.

El centralismo no es un fenómeno puramente administrativo, por lo que su tratamiento no debería circunscribirse únicamente a este ámbito, aun cuando conjuntamente con la centralización constituye una especie de macro problema que se presenta al analizar los componentes de la administración nacional, presentes en la palpable despreocupación en cuanto a la asignación de recursos humanos, financieros y físicos, en el funcionamiento de sus sistemas, en la operación de los tramites y procedimientos administrativos y, aun en la propia composición orgánica funcional del sector publico.

El modelo de Administración centralizado del Estado es obsoleto no responde a una realidad nacional, es arbitrario, obstruccionista, monopólico, intervencionista, pero que termina por no ser nada por que es frágil, por que no ejerce los controles que debe, esto no existe solo en la capital sino en las capitales de provincias de ahí al cantón y este hace victima a la parroquia y, así sucesivamente hasta afectar al país en su conjunto, de la misma manera sucede en el Sector Publico de la Salud, El Ministerio de Salud Publica, La Dirección Provincial de Salud, La Jefatura de Area, El Hospital, El Centro de Salud, El Puesto de Salud. El Ministerio de Salud Publica debe ser regulador, debe ser arbitro, para lograr esto no se necesita que se expida una simple Ley o Acuerdo Ministerial, tiene que existir una reforma constitucional. Se debe apuntar a que exista una mayor justicia y una mayor equidad en el reparto de los ingresos del sector publico de la salud por eso

se fijan dos parámetros, el uno es que los ingresos por recaudación por concepto de recuperación de costos y autogestión sean destinados al desarrollo de cada unidad operativa y que sea respetada la programación de gastos por parte del ente central y no se imponga reglamentos de lo que se debe realizar con los ingresos generados. El otro es el que esta incorporado en la Constitución la asignación presupuestaria para el funcionamiento de cada unidad operativa

Puntualizando las desventajas del centralismo se señala las siguientes²¹:

- a) El desarrollo, la asignación presupuestaria del Estado y los cursos de capacitación se quedan en el centro y en sus zonas de influencia esto es El Ministerio de Salud en la ciudad de Quito y la Subsecretaria de Salud del Guayas, como también en las Direcciones Provinciales de Salud.
- b) La visión del Gobierno Central esto es Ministerio de Salud Publica es uniformarla sin dar importancia a las diferencia regionales, a las peculiaridades de cada zona y a la realidad histórica cultural y natural.
- c) La concentración del poder en el centro (MSP.) no permite atender la demanda de la periferia por lo que los Servicios de Salud Publica del Ministerio de Salud son mas deficientes mientras mas lejos del centro se encuentren.

²¹ Tomado del Trabajo de Investigación elaborada por el Econ. Hinojosa Fernando y otros cursantes del XX Curso Superior de Seguridad Nacional y Desarrollo “La descentralización Administrativa, en el contexto de la división Politico-Administrativo del Ecuador”.

- d) La distribución de los recursos desde la planta central del Ministerio de Salud Pública, no resulta equitativa y en consecuencia es un obstáculo para lograr una mayor democratización económica.

3.3. CRISIS DEL CENTRALISMO.

Esta crisis se ve afectada por cuanto el país no logra una relación equilibrada, en los términos de intercambio con el entorno internacional, el peso de la deuda externa, la transferencia de tecnología, que cada vez nos hace más dependientes, estos efectos de la crisis económica se reflejan en sucesivos planes de austeridad que intentan poner freno al despilfarro, profundizándose algunos efectos de pobreza como., crecimiento del sector informal, agudización de la crisis del agro, disminución del presupuesto gubernamental hacia las áreas sociales: salud, educación, vivienda y bienestar.

El rol del Estado, a fin de superar la crisis cobro vigencia y prioriza tres aspectos²²:

- 1.- El Estado y el manejo de la economía.
- 2.- Alcance de la Reforma
- 3.- Relación del Estado con la sociedad civil.

²² Notas tomadas por el autor de esta tesis, en el debate organizado por Radio Quito en el Auditorium de la CFN el día 23-11-99 con el tema las Autonomías en el país.

En la práctica, el denominador común fueron ensayos aislados, separados del entorno general, por lo que continúa con la estructura del Estado y por ende del Ministerio de Salud Pública centralizado, según el criterio especializado, el centralismo se expresa en la contradicción poder central – poder local.

Nuestro país aplicó la centralización y descentralización en distintas etapas de la historia, en la que por los resultados obtenidos se encuentran inconsistencias. El problema fundamental es que de un Estado fuerte se ha pasado a un modelo de centralización en las divisiones del Estado, cumpliéndose algunos objetivos pero de ninguna manera se mejoró el nivel de vida ni de los servicios de Salud.

En cuanto a la prestación de servicios de salud, no existe una correspondencia entre la planificación y la acción del gobierno, El Ministerio de Salud Pública trabaja con una visión a mediano plazo, las unidades operativas trabajan con una visión coyuntural, lo que dificulta y en ocasiones imposibilita una prestación de servicios eficientes y eficaces.

Dentro de las razones de la crisis de los servicios de la Salud Pública que le corresponde brindar al Ministerio de Salud Pública se ha identificado:

a.- Ausencia de liderazgo sectorial, no existe un plan de salud que sea respetado; con frecuencia los gobiernos e incluso los directivos de las instituciones de salud desconocen acciones anteriores y quienes llegan imponen iniciativas nuevas a veces poco sustentadas. No hay políticas de salud de Estado.

- b.- Inadecuado modelo de atención**, se piensa que la salud es solo hospitales y se descuidan los aspectos de prevención, no se toman en cuenta las diversidades existentes en nuestro país como son edad, genero, cultura, costumbres etc.
- c.- Escasa y mal distribuida inversión en salud**, no se comprende que la salud es una inversión y no un gasto, los presupuestos asignados por parte del Estado al Ministerio de Salud Publica cada ves son mas bajos, existen diferencias abismales entre instituciones que realizan gestión salud en el país como es el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Fuerzas Armadas, Policía y otros organismos públicos.
- d.- Limitada capacidad de gestión**, modelo de gestión centralista y débil capacidad gerencial en los servicios, improvisación le gana a la planificación, falta de motivación y de incentivos para el personal que labora en las unidades operativas del Ministerio de Salud Publica, sueldos bajos de funcionarios empleados y trabajadores con referencia al mismo sector de otras instituciones que hacen salud, politización de las gerencias de las unidades operativas y desconocimiento de la realidad institucional por parte de los nuevos funcionarios, reclutamiento de personal en las áreas administrativas del Ministerio, Direcciones Provinciales y Hospitales sin preparación solo por palanqueos o política.

Lo que ha generado insuficientes coberturas, afectando la calidad de los servicios y la insatisfacción permanente por parte de los usuarios, por lo que se estiman que existen mas de 3'000.000 de ecuatorianos que no tiene acceso a servicios de salud, la

atención no es ágil, no existe calidez ni amabilidad por parte de funcionarios, empleados y trabajadores para con sus usuarios.

CAPITULO II

DESCENTRALIZACIÓN – DESCONCENTRACIÓN – AUTOGESTION

Entendiéndose por modernizar el dar un aspecto nuevo a cosas antiguas, bajo este precepto, la Modernización del Estado en las funciones que le son propias como garantizar la producción, provisión y prestación de servicios complementarios a las actividades de los sectores económicos y descentralizar las funciones y los servicios cuya ocupación local presenta ventajas comparativas.

El actual proyecto de modernización del Estado, en su exposición de motivos que fundamenta la mencionada ley, parte de la crítica de un Estado intervencionista y proteccionista que ha obstruido las iniciativas del individuo y que ha inducido en la sociedad ecuatoriana un peligroso letargo, la propuesta plantea crear las condiciones para que el ciudadano, con su capacidad de iniciativa individual, se convierta en el principal promotor del desarrollo nacional.

En las consideraciones generales del proyecto, se deberá plantear algunos temas que son en realidad las grandes metas de la modernización como²³:

- Hacer que la economía responda a principios de eficiencia, justicia social y que optimice la prestación de servicios públicos, sin embargo, la ley no contempla los aspectos de educación, salud,

²³ Notas tomadas por el autor de esta tesis, en el debate organizado por Radio Quito en el Auditorium de la CFN el día 23-11-99 con el tema las Autonomías en el país.

seguridad social a través de la racionalización y la descentralización; pero si pone énfasis en la privatización de los servicios públicos.

- Transferir competencias, funciones y responsabilidades del Gobierno Central a sus dependencias provinciales y unidades operativas, a fin de encontrar respuestas apropiadas a las necesidades de las comunidades y ampliar la participación de la población en las decisiones y control de resultados.
- Señalar las áreas que deben ser responsabilidad absoluta del Estado, precautelando las estratégicas que tienen y deben ser de carácter nacional, como la extracción petrolera y ciertos sectores de prestación de servicios como son salud y educación, que no son especificados.
- Definir el nuevo rol que el Estado desempeñaría, cual seria su función en áreas de su responsabilidad y cual su relación con los organismos del sector privado, respecto de lo cual la ley no señala nada.

Por estas consideraciones y otras que se irán dando al transcurso del tiempo, la propuesta por parte del Ejecutivo para la Modernización del Estado se concentra en un proyecto de ley cuyo contenido pretende la privatización de las empresas y servicios del sector publico que le garantice a la empresa privada la rentabilidad mas propicia sin riesgos y con una demanda efectiva de sus servicios sin mayores inversiones.

Por lo que esto a llevado a un gran debate nacional que con la intervención de los medios de comunicación como es el diario El Comercio que en el mes de noviembre de 1.999, realizo foros en la

ciudades de Guayaquil, Quito, Manta y Cuenca con panelista especializados en la temática y con experiencias en otras latitudes de América latina como también algunos avances de descentralización y desconcentración en el sector publico de la salud; sobre la temática de la descentralización y autonomías de los gobiernos seccionales y los servicios del sector publico.

Uno de los mecanismos para lograr la descentralización y desconcentración administrativa, y por ende la modernización del Estado, ha sido la Ley de Presupuesto del Sector Publico, la misma que contempla que el presupuesto se dictara anualmente, el objetivo fundamental que persigue la presente ley y su reglamento Art.1 es el de establecer normas generales que rigen: la programación, formulación, aprobación, ejecución, control, evaluación y liquidación de los presupuestos del sector publico, las normas técnicas serán establecidas por la Función Ejecutiva por medio del Ministerio de Finanzas.

Consecuentemente con la actual Ley de Presupuesto se aprecia que ésta permite cuantificar los ingresos y egresos del sector publico, además esta ley tiene el carácter centralizador en el campo normativo de acuerdo al Art. 3 Atribuciones Presupuestaria Básicas del Ministerio de Finanzas literal b) “Dirigir la Política Fiscal y coordinar el sistema nacional de presupuesto publico con el sistema de planificación publica y los programas de gobierno”. Por otro lado el Art. 11 del Reglamento a la Ley de Presupuesto literal b) garantiza la “Descentralización de las acciones y decisiones operativa de la administración presupuestaria dentro del programa de modernización de la Administración Publica”, sin embargo de ser una ley que permite la modernización del Estado esta depende de la voluntad política del gobierno y de su Ministro de Finanzas, por lo que la presente ley permite constituirse a esta Cartera de Estado en un verdadero super Ministerio.

2.1. ANTECEDENTES

“La crisis permanente que sufre nuestra población en lo referente al campo de la salud pública, lo cual se refleja en indicadores: Mortalidad materna 15 mujeres mueren por cada 10.0000, la situación de la desnutrición sobre todo materno infantil uno de cada dos niños es desnutrido, las mujeres embarazadas el 50% sufre anemia en algún grado, la situación de la salud de la población ecuatoriana sus actuales niveles corresponden a los mas bajos de América Latina”²⁴, por lo que se habla de un problema permanente.

La agenda para el Desarrollo, del Plan de Acción del Gobierno Nacional para el periodo 1.993 – 1.996, proponía entre otros, la ampliación de la cobertura y calidad de los servicios de Salud, el diseño y ejecución de programas y acciones nutricionales orientados a las familias en riesgo, el fortalecimiento del proceso de desarrollo de las áreas de salud, y el desarrollo de sistemas de financiamiento alternos para los servicios del Ministerio de Salud Pública, dentro de la modernización del Estado.

Para cumplir con este programa el Dr. Patricio Abad Ministro de Salud de aquel entonces promulgo el Acuerdo N° 114 de fecha julio 16 de 1.993, donde se genera la Autogestión y Recuperación de Costos Hospitalarios, proyecto este que tubo una existencia efímera en consideración de que los sindicalistas del sector salud, tomaron como espada de lucha y se fueron a los paros continuos

²⁴ Notas tomadas por el autor de esta tesis, en el debate organizado por Radio Quito en el Auditorium de la CFN el día 23-11-99 con el tema las Autonomías en el país.

para que se derogara este Acuerdo, que con fecha diciembre 1 de 1.994 es derogado por el doctor Alfredo Palacios Ministro de Salud, y que señala:

Suspender la aplicación del Acuerdo N. 4891-A. Publicado en el Registro Oficial N. 534. del 26 de septiembre de 1.994, que desarrolla la política de autogestión consagrada en el Acuerdo 114 del 16 de julio de 1.993, hasta que se expida un nuevo reglamento y de la misma manera se conformaba la comisión encargada de preparar la reglamentación de la autogestión en los servicios hospitalarios.

Dentro de este contexto y continuando el proceso de modernización, con la crisis económica existente en el país y por ende en el sector social, el doctor Alfredo Palacios Ministro de Salud, con fecha mayo 15 de 1.996 promulga el Acuerdo Ministerial N° 004345 que en su parte fundamental del considerando indica:

Que, la “Agenda para el Desarrollo del Plan de Acción del Gobierno asume entre otros aspectos: un papel fomentador de iniciativas, coordinador de esfuerzos y regulador de procesos”, además señala que el cambio requiere la participación de todos los agentes sociales y este cambio debe ser en lo político, social y económico;. En concordancia con lo dispuesto en la Agenda para el Desarrollo, el Ministerio de Salud Pública, se halla empeñado en ejecutar una Política de Desarrollo Institucional de los Servicios de Salud de su competencia que tiene por objeto el fortalecimiento y la búsqueda de mecanismos estratégicos para su autofinanciamiento y recuperación de los costos de funcionamiento, de los distintos tipos de servicios que prestan sus unidades operativas y que el Art. 248 del Código de Salud dispone que la prestación de servicios

que brindan las diferentes dependencias del Servicio Nacional de Salud, satisfarán el pago de derechos, los mismos que serán invertidos según las necesidades institucionales, por lo que estos ingresos extrapresupuestarios quedan sujetos de control por parte de la Contraloría General del Estado, con estos antecedentes y en uso de las facultades dispuestas en la Constitución Política del Estado y el Art. 63 del Código de Salud Acuerda:

Organizar el Plan Nacional de Desarrollo Institucional, con el fin de fortalecer mediante la recuperación total o parcial del costo de los Servicios de Salud., “crear en todos los hospitales y Areas de Salud del Ministerio de Salud Publica, Los Comités de Desarrollo Institucional, los mismos que se organizaran de acuerdo a la complejidad de los establecimientos, las Direcciones Provinciales de Salud serán las encargadas de elaborar el reglamento para el funcionamiento del Comité de Desarrollo Institucional de los establecimientos de Salud de su dependencia”²⁵.

En la parte de las disposiciones transitorias acuerda que únicamente se organizaran en primera instancia, los Comités de Desarrollo Institucional en los Hospitales Eugenio Espejo, de la ciudad de Quito, Abel Gilbert Pontón y Francisco Ycaza Bustamante, de la ciudad de Guayaquil y, en lo posterior de creerlo conveniente, el Ministerio de Salud, dispondrá la organización de estos Comités en las otras unidades operativas del país

Los Comités de Desarrollo Institucional deberán estar integrados por:

²⁵ Tomado del documento Proyecto de Modernización de la Red de Servicios del MSP.

- ✓ El Director de la Unidad Operativa, quien lo presidirá.
- ✓ El representante de la Asociación de Profesionales.
- ✓ El representante de los Empleados Administrativos.
- ✓ El representante de los Trabajadores; y, El representante de la Comunidad.

Las principales funciones que se les daba a los Comités de Desarrollo Integral fueron:

- Establecer las normas para el mejoramiento de la calidad de los servicios y el control de los recursos (Cogestión Administrativa).
- Aprobar el plan de inversiones periódicas de los fondos recaudados por el programa.
- Fijar el monto de inversión y gasto que deba realizar el Director.
- Gestionar donaciones en beneficio de la Unidad Operativa.

Dando respuesta a los viejos y nuevos problemas en salud publica los cuales cada día son mas deficientes y con la necesidad de promover cambios profundos y por dejar bases sólidas para construir procesos trascendentales en lo que respecta a políticas de Salud, el señor Ministro de Salud genera el Comité de Desarrollo Institucional, con el propósito de brindar servicios de salud acordes a la época, proyecto que no llego a su éxito final considerando que los sectores sindicalizados de los trabajadores de la salud agrupados en nuestro país, demandaron a través de movilizaciones, huelgas y paros nacionales la suspensión del cobro

en los hospitales públicos de allí que el Ministerio de Salud Pública procedió a archivar y dejar insubsistente este proyecto piloto.

2.1.1. Situación actual del sector público de la salud en el ámbito administrativo - financiero.

Es evidente que en los actuales momentos el sistema social existente es totalmente precario en el campo de la salud, educación, seguridad social, esto es el producto de 20 años de vigencia de una insipiente democracia, que a servido para que se polarice el poder económico y se descuide de estos sectores que son obligación del Estado asumir la responsabilidad en beneficio de los mas necesitados y hoy con el nuevo modelo de acción y compromiso para salir de la crisis.

“El actual gobierno sintetiza los principales problemas que vive nuestro país en los siguientes”²⁶:

- Altas tasas de inflación e hiperinflación.
- Altas tasas de desempleo y subempleo.
- Altas tasas de interés.
- Subida estrepitosa del dólar.
- Periodo económico caracterizado por la estanflación.

²⁶ Notas tomadas por el autor de esta tesis, en el debate organizado por Radio Quito en el Auditorium de la CFN el día 23-11-99 con el tema las Autonomías en el país.

- Malos servicios de salud.
- Mínimo apoyo internacional.
- Pésima Imagen externa.
- Regionalismo.

Por lo que se ha planteado resolver estos problemas mediante el Plan Ecuador 2.000 que tiene como objetivos y metas: disminuir la pobreza, reactivar el aparato productivo, conseguir el equilibrio fiscal y la descentralización de los sectores estatales.

AMBITO ADMINISTRATIVO

Con Acuerdo Ministerial N° 01014 del 24 de noviembre de 1.998, el Dr. Edgar Rodas Andrade actual Ministro de Salud Pública, pone en vigencia la nueva Estructura Orgánica de su Cartera de Estado y los antecedentes para estos cambios son:

Que, el Estado ecuatoriano se encuentra desarrollando procesos de desconcentración, descentralización, nacionalización y transparencia de la gestión pública que permitan optimizar recursos a fin de satisfacer las necesidades de la población.

Que, "la misión del Ministerio de Salud Pública es promover condiciones de vida saludable para toda la

población, como también el cumplimiento de roles fundamentales²⁷, esto exige la reestructuración y desarrollo de los niveles de organización y funcionamiento que permitan fortalecer su liderazgo en el sector salud ecuatoriano, aplicando el criterio de descentralización y desconcentración de la gestión;

Que, el señor Presidente Constitucional de la Republica, mediante Decreto Ejecutivo N° 194, publicado en el Registro Oficial N° 55 de 27 de octubre de 1.998, dispone que el Decreto Ejecutivo 1192, publicado en el Registro Oficial 309, de 4 de noviembre de 1.993, mediante el cual se estableció la estructura básica del Ministerio de Salud Publica, mantendrá su vigencia hasta que el Ministerio de Salud Publica expida la nueva estructura ministerial.

Que, de conformidad con el Art. 176, Capitulo 3, Titulo VII, de la Constitución Política de la Republica, los Ministros de Estado representan al presidente de la Republica en los asuntos propios del Ministerio a su cargo, esto en concordancia con lo dispuesto en el ultimo inciso del Art. 1 del Decreto Ejecutivo N° 3, publicado en el Registro Oficial N° 3 de 13 de agosto de 1.998, que modifica el Estatuto del Régimen Jurídico Administrativo de la Función Ejecutiva, y.

En uso de las atribuciones legales que le es conferida a los señores Ministros de Estado, el señor Ministro de Salud Publica expide la siguiente Estructura Orgánica del Ministerio de Salud Publica.

²⁷ La Gerencia de Calidad total en Salud – Ecuador 1.994.

Art. 1.- Se establecen los siguientes niveles de gestión y relaciones de dependencia del Ministerio de Salud Pública, en concordancia con los nuevos roles institucionales, procesos y mecanismos de trabajo de esta cartera de Estado:

- a) Nivel de Dirección Superior.
- b) Nivel Consultivo y de Asesoría
- c) Nivel Técnico Normativo.
- d) Nivel de Dirección Intermedia
- e) Nivel Operativo.

Art. 2.- El Nivel de Dirección Superior dirige orienta y formula políticas de acción, necesarias para solucionar los problemas estratégicos del sector salud. Lo conforman; Ministerio de Salud Pública; Subsecretario General de Salud; Subsecretario Nacional de Medicina Tropical, Subsecretario de Desarrollo Institucional; y, Director Nacional de Salud.

Art. 4.- El Nivel Consultivo y de Asesoría proporciona asistencia técnica especializada para facilitar la adecuada ejecución de las actividades de la institución en los diferentes niveles. Esta conformado por el Consejo Nacional de Salud, el mismo que esta presidido por el Ministro de Salud, integran además este nivel las Direcciones de : Asesoría Jurídica; Auditoría Interna; Comunicación Social; y, la de Relaciones Internacionales, encargada de la coordinación de la Cooperación Internacional y fortalecimiento de la capacidad local, provincial y nacional,

para el diseño y gestión de proyectos de salud. Las citadas Direcciones mantendrán la correspondiente coordinación con la Subsecretaría General de Salud, la Subsecretaría de Medicina Tropical, la Subsecretaría de Desarrollo Institucional y la Dirección General de Salud.

Art. 5.- El Nivel Técnico Normativo tiene como función la Dirección Técnica de los planes y programas nacionales, el control y la evaluación de las acciones integrales de salud y de los procesos de organización y financiamiento. Esta conformado por: La Subsecretaría Nacional de Medicina Tropical, la Subsecretaría de Desarrollo Institucional y la Dirección General de Salud.

Art. 6.- El nivel de Dirección Intermedia operara bajo criterios de desconcentración y tiene como funciones la adecuación de la normatividad nacional, la asesoría, la coordinación, el control y evaluación de la gestión y de las acciones integrales de salud en sus ámbitos geográficos respectivos. Esta conformado por las Direcciones Provinciales, las mismas que tendrán una dependencia administrativa de la Subsecretaría General de Salud y dependencia técnica de la Subsecretaría Nacional de Medicina Tropical, la Subsecretaría de Desarrollo Institucional y de la Dirección General de Salud, en sus campos específicos.

Art. 7.- El Nivel Operativo bajo criterios de desconcentración y descentralización tendrá como función cardinal la provisión y/o contratación de servicios integrales de salud; esta conformado por: la red de establecimientos de atención ambulatoria y hospitalaria, a saber: Hospitales Nacionales;

Hospitales Provinciales; Hospitales Cantonales; y, Areas de Salud, todas las cuales dependerán de las Direcciones Provinciales de Salud.

En este contexto de la realidad actual del Ministerio de Salud Publica, se pone de manifiesto nuevamente el centralismo, considerando que la Dirección de Desarrollo Institucional será la que impulse la modernización y reingeniería de las entidades y unidades de dependencia , la Subsecretaria de Desarrollo Institucional orientara los procesos de reforma del sector y fortalecerá la capacidad gerencial de la institución para atender los requerimientos y demandas locales, mientras que la Dirección Nacional de Planificación y Financiamiento es la encargada de los procesos de planificación y asignación de recursos fiscales, del sistema de financiamiento sectorial; así como, de la administración del sistema nacional de información de salud.

Con este instrumento legal que se encuentra vigente para las unidades operativas del Ministerio de Salud Publica se ratifica lo señalado en el informe preliminar /MISIÓN CONAM-COSUDE/28.09.99.

Que el proceso de implementación de la descentralización y desconcentración es llevado por la administración central del Ministerio de Salud Publica y parece desligado del debate institucional.

Los esfuerzo realizados para cristalizar la descentralización y desconcentración padecen de un clima

general de incertidumbre por la fragilidad de sus tareas, planes y programas

La implementación de la descentralización y desconcentración tiene dificultades a causa de muchas interferencias, por que no existe un consenso nacional, situación que se agudiza por la crisis económica financiera del país

“El proceso global de descentralización, desconcentración y su implementación puede establecerse como”²⁸:

- a) Reforzamiento institucional (Planificación de Gestión), como condición de la descentralización, o
- b) Descentralización como condición del empoderamiento de las capacidades locales de planificación y gestión.

Las experiencias en descentralización a nivel internacional nos señala que debe ser mirada como un instrumento para la apropiación del proceso por parte de los actores locales y el desenvolvimiento de sus capacidades, pero no se debe tener en cuenta que hay que empezar descentralizando competencias en relación con temas en los cuales los actores tienen conocimiento y experiencia caso de las unidades hospitalarias, estos temas que tiene un carácter mas especializado requieren una capacitación y

²⁸ Revista Modernización de los Servicios de Salud Responsabilidad Social Compartida MSP 1.998.

consolidación institucional. El enfoque del proceso de apoyo a la descentralización y su implementación puede establecerse con énfasis en la capacitación de todos los niveles institucionales que tiene las mayores condiciones en cuanto a capacidades propias. Apoyo a los hospitales que presenten las mayores debilidades como para desempeñar el papel que les confiere las disposiciones constitucionales y legales.

De las disposiciones transitorias que se refieren a la nueva Estructura Orgánica del Ministerio de Salud Pública se puede señalar que en su conjunto se ha realizado un reagrupamiento de funciones y cambio de denominaciones a las anteriores Subsecretarías o Direcciones Nacionales como es: La Subsecretaría Nacional de Medicina Tropical reemplaza a la Subsecretaría Regional de Salud; La Subsecretaría de Desarrollo Institucional reemplaza a la Subsecretaría Administrativa – Financiera; La Dirección de Planificación y Evaluación se constituye en la Dirección de Planificación y Financiamiento; Se fusiona la Dirección de Áreas de Salud y la de Servicios Hospitalarios para conformar la Dirección de Servicios de Salud; La Dirección de Promoción y Atención Integral de Salud fusionara a las Direcciones de Fomento y Protección, Estomatología, Nutrición, Salud Mental, y la Planta Procesadora de Alimentos.

Con esta reestructuración del MSP lo único que se ha realizado es integrarse algunas direcciones y otras cambiar de denominación, para realizar actividades y funciones del momento, es imprescindible que este portafolio de estado

cuenta con Objetivos Institucionales de mediano y largo plazo considerando la inestabilidad política y que cada Ministro impone su plan de gobierno.

AMBITO FINANCIERO

Dentro de los cambios que propone el Ministerio de Salud Publica para encaminarse en la desconcentración y transferencia de competencias de asignación de recursos del Ministerio de Finanzas hacia este portafolio y dentro de la perspectiva de fortalecer el rol protagónico, es fundamental recuperar para el Ministerio el control de los recursos públicos, asignados para este sector, para lo cual es imprescindible recuperar su función de asignación de recursos.

La asignación de recursos económicos destinados a la salud publica permanentemente a estado en manos del Ministerio de Finanzas, y con funcionarios con poco criterio técnico y desconocimiento de la realidad institucional de los hospitales, han distribuido inequitativamente entre las diferentes regiones y provincias y mas a prevalecido los compromisos políticos, lo que se demuestra en la practica que existen provincias con índices de salud negativos que reciben más recursos fiscales que otras provincias con mejores indicadores de salud.

El Ministerio de Finanzas tiene fortalezas en el manejo de las políticas macroeconómica y fiscal, mas no en el manejo de las políticas de salud ni de otros sectores.

Por otra parte existe un manejo centralizado del sistema presupuestario nacional, lo que impide una adecuada gerencia de los recursos públicos, los intentos por avanzar con la implementación de asignación de recursos financieros en función de la producción hospitalaria por cada unidad operativa se ha visto truncada, en consideración de que cada vez que se requiere incrementar o utilizar los fondos de saldos en partidas presupuestarias hay que acudir al Ministerio de Finanzas con el propósito de que se lo apruebe la reforma presupuestaria que por ley corresponde y que en la mayoría de los casos nunca los son aprobados.

Adicionalmente el Ministerio de Salud Pública, como implementación de su reforma institucional, se propone fortalecer los procesos de desconcentración y descentralización de la gestión pública del sector, propiciando cambios en su organización burocrática y en la gestión centralizada e ineficiente.

“Dentro de los objetivos que se plantea el Ministerio de Salud Pública, a través del Director Nacional de Planificación de ese portafolio son los siguientes”²⁹:

- Consolidar al Ministerio de Salud Pública en su papel de rector del sector salud, recuperando para sí la función de asignador de los recursos fiscales destinados a la salud pública.

²⁹ Información proporcionada por el Econ. Francisco Enríquez Director Nacional de Planificación del MSP-noviembre 1.999

- Fortalecer al nivel central del MSP. como instancia normativa y reguladora de los procedimientos para la asignación de los recursos.
- Establecer en el MSP. mecanismos de asignación de recursos que permitan alcanzar la equidad en la distribución territorial de los mismos.
- Propiciar el manejo gerencial de los recursos asignados a la salud pública a través del impulso de procesos de desconcentración administrativa y de fortalecimiento de la capacidad gerencial del nivel local.
- Transferir la función de asignación de recursos desde el gobierno nacional hacia el nivel intermedio o provincial de gobierno y al nivel local (hospital y área de salud).
- Implantar en el MSP. una metodología de asignación de recursos equitativa y basada en eficiencia, producción y resultados.

Estos planteamientos son permanentes desde la óptica de los distintos funcionarios de turno que lo antecedieron al actual señor Ministro de Salud Pública en consideración que a partir de 1.995 que entro en vigencia el cambio de modelo de la asignación de recursos fiscales por parte del Ministerio de Finanzas, donde las líneas de crédito mensuales son asignadas directamente a cada unidad operativa, incluido el Ministerio y sus Direcciones Provinciales, a excepción de los programas especiales como Maternidad Gratuita que todavía se maneja en forma centralizada, y los recursos

económicos son transferidos del Ministerio de Finanzas al Ministerio de Salud, para luego ser transferido a las unidades operativas por intermedio de las Direcciones Provinciales, por efecto de este proceso administrativo se ve truncado este programa, en consideración de que la entrega de estos recursos económicos se los realiza cada tres meses y en muchas ocasiones a insistencia de los directores de los hospitales lo que a ocasionado desequilibrios presupuestarios y falta de cumplimiento de los compromisos con los distintos proveedores de medicinas, implemento medico, alimentos y bebidas para las pacientes del servicio de Gineco-obstetricia que son las beneficiarias de este programa.

Por lo tanto es conveniente de que se mantenga el sistema actual de la entrega y asignación de recursos económicos por parte del Estado a través del Ministerio de Finanzas, como también se lo vuelva a permitir que los tramites de índole presupuestario y financiero los realicen los responsables de cada unidad operativa en forma descentralizada y que el Nivel de Dirección Superior sea el ente que presione al Ministerio de Finanzas para que las asignaciones se entregue en forma puntual, se cumpla con el 100% del presupuesto aprobado y que las reformas presupuestarias que por ley son tres en el año sean aprobadas, considerando en muchas de las ocasiones son financiadas con recursos propios de las unidades operativas.

En materia de desconcentración presupuestaria, el proyecto CONAM-MOSTA que es el ente de la

modernización del Estado y de formular el plan de descentralización fiscal y desconcentración presupuestaria del Estado, considero y propuso que el Ministerio de Finanzas como ente rector de las finanzas publicas, conserve y mantenga su responsabilidad en el manejo de la política macroeconómica y fiscal y en la función distributiva de la riqueza hacia cada una de los sectores., en tanto que la función de asignación y distribución de los recursos económicos al interior del sector salud publica, y de los demás sectores, le corresponderá asumir a la entidad responsable del sector, en este caso al MSP.

Por lo que de cumplirse este objetivo, se alcanzaría fortalecer el rol rector del MSP. en el sector publico de la salud que le pertenece, puesto que asumiría las funciones de distribución territorial de los recursos financieros y por otro lado normaría lo que tiene que ver con la asignación de recursos por producción y resultados, función esta ultima que debería ser ejecutada por los niveles provinciales y locales.

Respecto a esto la actual Ley de Presupuesto del Sector Publico, permite cuantificar los ingresos y egresos del sector publico en su totalidad permitiéndole el control de los recursos financieros por intermedio de la centralización normativa, así mismo permite la aplicación presupuestaria al garantizar la descentralización operativa, sin embargo a pesar de ser una ley que permite la modernización del Estado esta depende de la voluntad política del gobierno central, el Congreso y del Ministro de Finanzas, lo que a llevado a constituir a este portafolio en un verdadero súper

Ministerio, con súper empleados de la Dirección de Presupuesto.

Los roles institucionales que se plantea es que al Ministerio de Finanzas como parte del gobierno nacional, le corresponderá velar por el equilibrio fiscal, garantizar una adecuada distribución de los recursos entre los distintos sectores, por lo tanto es la entidad rectora en materia presupuestaria y la única encargada de dictar las políticas en esta materia.

Al Nivel Central del MSP, le corresponderá manejar los recursos de inversión sectorial que formen parte del presupuesto, como también los recursos destinados a programas específicos y creados por ley, estos recursos servirán para compensar las diferencias regionales en lo que se refiere a necesidades básicas insatisfechas, dotación de infraestructura como también para enfrentar problemas endémicos o catastróficos presentes en el país.

Con estos antecedentes los roles que se pretende dar a los distintos niveles del Ministerio de Salud están dados en orden vertical por lo que :

El nivel central.- Le corresponderá la distribución de los recursos presupuestarios y estará en función de indicadores de población en situación de pobreza, dotación normal de camas, rendimientos hospitalarios, siendo el nivel central parte del gobierno nacional, a este le corresponderá manejar los gastos de inversión, con lo que se estima que equilibrara las diferencias existentes actuales entre regiones y

provincias en aspectos relacionados con las condiciones de salud de la población, igualmente se manejará los recursos destinados al combate focalizado de ciertos problemas de salud., definirá criterios y una metodología de asignación de recursos desde las Direcciones Provinciales hacia las unidades operativas, metodología que tendría vigencia a nivel nacional, como también supervisará a las Direcciones Provinciales la aplicación de la misma, quienes determinarán el monto de recursos a ser asignados a cada hospital y área de salud, en los lugares donde operen los sistemas descentralizados de salud, los consejos o juntas cantonales de salud, apoyarán este proceso.

El nivel provincial.- Le corresponderá estructurar el presupuesto provincial, procedimiento este que es la consolidación presupuestaria de cada una de las áreas de salud y hospitales, asignará y reasignará los recursos financieros entre las distintas unidades operativas en función de rendimientos hospitalarios (número de consultas y egresos hospitalarios) y de resultados definidos en una metodología diseñada para el efecto por el nivel central en consulta con los niveles locales y provinciales. Realizarán el seguimiento de la ejecución presupuestaria de cada unidad, relacionando el gasto con la producción de servicios y determinará semestralmente el volumen de recursos a ser transferidos a cada unidad, los cambios que se operen en la ejecución presupuestaria de cada unidad operativa en algunos casos no requerirán de reformas presupuestarias aprobadas por el Ministerio de Finanzas, si estos no modifican el total del presupuesto provincial,

En un supuesto de que los recursos económicos transferidos en un semestre a una unidad operativa sean mayores al volumen de producción, la diferencia de recursos corresponderá a las transferencias del siguiente semestre.

Por lo que al nivel provincial se le conferirá la competencia de reformar los presupuestos de su provincia, teniendo la facultad de transferir recursos de un hospital a otro dentro de la misma provincia, cuando las reformas presupuestarias correspondan a transferencias de recursos de una provincia a otra o al aumento del total presupuestado o de una línea de crédito a otra para ejemplificar existen saldos en la líneas que corresponde a sueldos y salario por lo que se desea ocupar en la línea de crédito de suministros de oficina, éstas requerirán de la aprobación del Ministerio de Finanzas, por lo que las direcciones provinciales serán la instancia que ejerza la función de monitoreo y evaluación con el propósito de asignar y reasignar recursos financieros entre las distintas unidades ejecutoras de presupuesto.

En las unidades operativas que trabajen en coordinación con organizaciones comunitarias, estas serán de apoyo a las direcciones provinciales en aspectos relaciones con la satisfacción de los usuarios, evaluación del desempeño de funcionarios empleados y trabajadores de los hospitales y áreas de salud.

El nivel local: áreas de salud y hospitales

Referente a este nivel se preveed que si el financiamiento de los servicios de salud operara a través de fondos locales,

el nivel provincial podría aportar recursos fiscales en función de la población atendida y de acuerdo a la producción de servicios entregados a la comunidad.

Para operativizar la propuesta es imprescindible que de parte del Ministerio de Finanzas se asigne un techo presupuestario para este sector, que sea digno a las necesidades y los requerimientos de las unidades operativas. Para lograr un manejo más desconcentrado se propone que el MSP, no este constituido por 242 presupuestos de las unidades ejecutoras sino que a estos se les agregue en presupuestos provinciales con la finalidad de que frente al Ministerio de Finanzas aparezcan los presupuesto del nivel central, de la Subsecretaría de Medicina Tropical, de las 22 provincias y de las dos unidades adscritas, en total 26 presupuestos.

En este sentido se piensa que se desconcentrarían algunos de los procedimientos administrativos desde la Subsecretaría de Presupuesto hacia el MSP, y dentro de él básicamente hacia las direcciones provinciales, por lo que a estos se los convierte en instancias de asignación de recursos económicos para las unidades operativas que les compete.

“De esta forma se piensa que existirían criterios de eficiencia y eficacia de los servicios de salud y por otra parte esta modalidad permitiría abrir el camino para un proceso de descentralización de los servicios de salud”³⁰.

³⁰ Tomado de la revista Modernización de los servicios de Salud Responsabilidad Social Compartida MSP

Las modificaciones o reformas presupuestarias que se lo requieran realizarlo durante la fase de ejecución, serán de responsabilidad del MSP, informando de las mismas al Ministerio de Finanzas.

Las transferencias presupuestarias a través de la red bancaria se mantendrán exactamente igual a la forma como se encuentra operando en la actualidad, sin embargo de ser los presupuestos provinciales, las transferencias se realizaran a cada unidad operativa, los cambios que se operen la entidad encargada de informar sobre dichos cambios será el MSP, quien semestralmente notificara al Banco Central sobre el monto de las transferencias presupuestarias que deberán realizar a cada unidad.

Con la finalidad de evitar sobre registros de la producción mensual tanto de las áreas de salud como de los hospitales se prevé establecer mecanismos de control aleatorios:

- Durante 1.999 la función de asignación de recursos se podría realizar a manera de experimento piloto.
- A partir del año 2.000 se esperaría que todas las provincias puedan asumir con estas responsabilidades.
- Se estima que durante 1.999 será necesario construir una metodología de asignación de recursos por producción y resultados que pueda ser probado de manera piloto, para el año 2.000.

- Para construir la metodología será indispensable emprender en estudios de costos de los servicios de salud, dentro de estos estudios existen dos áreas de investigación: lo que corresponde determinar los costos de producción de los servicios hospitalarios y de otros los costos de los servicios ambulatorios.

Como conclusión se prevé que esta propuesta pretende fortalecer el papel de rectoría de parte del MSP, convirtiéndole en el asignador de los recursos fiscales y con la transferencia de competencias desde el Ministerio de Finanzas hacia el Ministerio de Salud Pública debería inscribirse dentro del proceso de modernización del Estado.

Con referencia a la actual Ley de Presupuesto, mediante Acuerdo Ministerial N° 202 de 25 de marzo de 1.995 firmado por el Econ. Modesto Correa Ministro de Finanzas de aquel entonces disponía:

Art. 20.- La Dirección de Planificación y/o Presupuesto Sectoriales o institucionales, revisara que las proformas institucionales guarden congruencia con las políticas sectoriales y presupuestarias y se embarquen dentro de los límites de gasto fijado por el Ministerio de Finanzas.

Art. 21. Sobre la base de la política sectorial, política presupuestaria, programa anual de inversiones del sector y de las proformas presupuestarias institucionales, la Dirección de Planificación y/o Presupuestos sectoriales, elaboraran la proforma presupuestaria sectorial y la

someterá a la aprobación de cada Ministerio, hasta la primera semana de julio de cada año.

Art. 22. Cada Ministerio deberá aprobar la proforma presupuestaria sectorial y remitirla al Ministerio de Finanzas y Crédito Público hasta la primera quincena de julio de cada año, o en los plazos que dicho Ministerio señale.

Art. 23. En el periodo de análisis de la proforma sectorial por parte del Ministerio de Finanzas, cada ministerio deberá presentar los justificativos que le sean solicitados.

DISPOSICIÓN FINAL.- Los plazos y fechas de presentación de las proformas sectoriales y Programa Anual de Inversiones constantes en el Acuerdo N° 063 de 27 de enero de 1.994 y en el Reglamento de la Ley de Presupuestos del Sector Público, quedan reformados por los que constan en el presente Acuerdo.

El presente Acuerdo sigue vigente hasta la presente fecha donde define en forma clara la función de los Ministerios y en caso de querer aplicar la actual política del Ministerio de Salud Pública debería considerarse primeramente la modificación de la Ley de Presupuesto del Sector Público y su Reglamento.

Dentro del proceso de modernización y con los impases de la nueva Ley de Presupuesto en que limitaba la acción de las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública como producto de reuniones permanente de funcionarios de decisión de ambas instituciones se genero los Acuerdos

Ministeriales N° 074 y 018, el primero de los cuales fue notificado por medio de oficio circular N° SPC-DNT-97-0021 de fecha marzo 27 de 1.997 firmado por el Econ. Jaime Carrera Subsecretario de Presupuesto y Contabilidad, en donde señalaba que con el propósito de descentralizar la ejecución del presupuesto, a fin de que cada entidad efectúe sus reformas presupuestarias y no tenga que acudir constantemente a esta Cartera de Estado procede a expedir el presente acuerdo y lo considera como un hecho histórico en la administración financiera del país.

Entre los principales considerádoos para la emisión de este acuerdo están:

Que, uno de los objetivos de la Ley de Presupuesto del Sector Público y su Reglamento General es la modernización del Sistema Presupuestario Ecuatoriano.

Que, El proceso de reforma y modernización del Estado exige la concreción de esquema de desconcentración financiera, que promuevan la eficiencia y eficaz utilización de los recursos con que cuenta el Estado.

Acuerda; expedir las siguientes normas para la descentralización de la ejecución presupuestaria en las entidades y organismos del Gobierno central:

Artículo primero.- En el Anexo del Acuerdo Ministerial N° 017 del 10 de enero de 1.994, que regula el Sistema General de Administración de la Ejecución Presupuestaria para el Gobierno Central, sustitúyanse los siguientes numerales:

89. Para las modificaciones presupuestarias que efectúen las entidades y organismos será necesaria la elaboración de RESOLUCIONES PRESUPUESTARIAS.

Cada entidad y organismo expedirá mensualmente resoluciones presupuestarias, en función de las necesidades de ejecución de su presupuesto y del cumplimiento y del cumplimiento oportuno de sus actividades y proyecto. Tales resoluciones serán numeradas internamente y archivadas como documentación sustentatoria de las auditorías y exámenes especiales, a las operaciones financieras y presupuestarias de las entidades.

90. Las modificaciones presupuestarias que realicen las entidades y organismos se efectuarán previo el informe de la unidad financiera, que exponga y justifique la conveniencia de la reforma.

Los Directores Provinciales de Salud autorizarán las modificaciones presupuestarias en los Centros; Subcentros y Puestos mínimos de Salud.

97. Con el fin de propender a una mejor utilización de los recursos económicos e impulsar la autogestión de las actividades y proyectos, la Subsecretaría de Presupuesto y contabilidad determinará y emitirá de manera automática y por el monto total ingresado, las líneas de crédito de los recursos de autogestión de las entidades.

98. En lo posible las entidades y organismos deberán planificar y efectuar las modificaciones presupuestarias en el primer semestre de cada año, con el propósito de que la pro forma presupuestaria del año siguiente refleje las modificaciones efectuadas.

Artículo segundo.- Delegación de Autorización de Contratos de Servicios Ocasionales:

- a) Los Directores de Hospitales y Centros de Salud-Hospital y Areas de Salud podrán suscribir contratos de servicios ocasionales, a cuyo efecto en forma previa obtendrán el dictamen favorable de la Dirección Nacional de Personal.
- b) Dichos contratos se limitaran a la asignación prevista en el vigente presupuesto institucional, la cual no podrá ser incrementada por ningún concepto.

94. Las entidades y organismos podrán realizar traspasos de créditos presupuestarios, con recursos fiscales y de autogestión, dentro de una misma actividad o proyecto, siempre y cuando se observen los siguientes criterios:

- Que no afecten proyectos u obras definidos como prioritarios.
- Que no altere la naturaleza económica del gasto.
- Los traspasos entre los ítem de los grupos: gastos de personal, adquisición de inmuebles y semovientes, y obras publicas, serán autorizados por el Ministerio de

Finanzas, y podrán efectuarse de oficio en función de la información derivada de las cédulas presupuestarias.

- Solo se efectuarán los traspasos de crédito siempre que existan saldos de asignación sobre los que no se hayan concedido líneas de crédito.
- Dentro de las posibilidades descritas en los puntos anteriores, las entidades y organismos podrán reducir las partidas financiadas con recursos fiscales e incrementar las que se financien con recursos de autogestión, si estos superan las previsiones iniciales o se han acumulado saldos al fin del ejercicio.

95. Las modificaciones presupuestarias que realicen las entidades y organismos se efectuarán previa autorización expresa de la autoridad nominadora de la siguiente manera:

- c) Las Unidades Hospitalarias del país registrarán los contratos suscritos, en la Dirección Nacional de Personal o en las Delegaciones Provinciales y en un plazo máximo de 15 días contados a partir de la fecha de suscripción, remitirán una copia de los mismos al Ministerio de Finanzas.
- d) Las máximas autoridades de las unidades hospitalarias celebrarán únicamente los contratos de servicios ocasionales previstos en el artículo 11 literal a), b) y c) de las normas de Restricción del Gasto Público. Los Centros, Subcentros y Puestos Mínimos de Salud contarán con la autorización del Director Provincial de Salud respectivo.

Artículo tercero.- El Ministro de Finanzas con el fin de viabilizar lo dispuesto en el artículo precedente, emite dictamen favorable de oficio a los contratos de servicios ocasionales que se autoriza suscribir a través del presente acuerdo.

Artículo Quinto.- El presente acuerdo entrara en vigencia a partir de la presente fecha, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial.

2.2. FUNDAMENTOS

En los últimos 32 años de presencia del Ministerio de Salud Pública como ente rector de este sector, algunos indicadores han mejorado claramente en el Ecuador, las tasas de mortalidad general e infantil han disminuido de manera sostenida; mientras que otros indicadores se mantienen en una tendencia deficitaria, como es la desnutrición sobre todo materno - infantil lo cual persiste, no obstante es preciso tomar en cuenta los datos promedio y la existencia de grupos poblacionales de riesgo en los cuales la situación de salud continua siendo muy deficitaria, por lo que el modelo de la salud publica vigente no fue eficiente por efectos del grado de concentración en las principales ciudades del país, con estas consideraciones se puede señalar que el modelo no cumplido con los Objetivos Nacionales Permanentes de Justicia Social y Desarrollo Integral para estos sectores de la sociedad.

“Las Políticas y estrategias principales se caracterizaron por los siguiente errores”³¹:

- Desinformación interna y externa.
- No tener clara la visión.
- Caminar en visión de otros.
- Perdida de objetivos.
- Rigidez programática
- Cultura organizativa igual resistencia al cambio.
- 10% Planificación, 90% improvisación.
- Sobrentender las responsabilidades.
- Conocimiento 90%, entendimiento 10%
- Índices de crecimiento poblacional versus servicios básicos.

Por lo que dentro del análisis se concluye:

- La presencia de Presupuestos deficitarios.
- Programaciones de capacitación esporádicos a nivel del MSP, Direcciones Provinciales de Salud.

³¹ Tomado de la revista Modernización de los servicios de Salud Responsabilidad Social Compartida MSP

- Las remuneraciones de los Funcionarios , Empleados y Trabajadores son los mas bajos del sector publico.

- Por lo que sus niveles de calidad y sus coberturas son bajas.

Por estas razones se explica la necesidad urgente de reformar y modernizar el Ministerio de Salud Publica para logra una optima atención de servicios de calidad a sus usuarios, y en esta forma una asignación de recursos económicos, no existe duda acerca de que la solución es la descentralización del Estado entendida como la transferencia de responsabilidades, competencias y recursos, mientras no se realice un profundo ajuste estructural no caminara este proyecto con la visión de los protagonistas y actores.

Por lo que permanentemente existe la inquietud de sus Ministros el fortalecer a la innovación y el cumplimiento de los programas y proyectos con el mejoramiento de la capacidad institucional en concordancia con las normas y políticas preestablecidas en busca de atención para todos con calidad.

Las bases legales para el despegue de la Descentralización y Desconcentración se encuentran vigentes mediante la Constitución Política en sus artículos: 1; 23 numeral 7, 20; 35 numeral 10; 42; 43; 44; 45; 46; y 246, por lo que con estos argumentos legales el Ministerio de Salud se encuentra ejecutando la descentralización y desconcentración.

2.2.1. Concepto de Descentralización³².

Es el proceso mediante el cual el Gobierno Central transfiere en forma definitiva competencias, atribuciones y facultades, obligaciones y recursos económicos a favor de entidades (MSP, Direcciones Provinciales, Hospitales y Areas de Salud) organismos regionales, provinciales, locales y de la Sociedad Civil organizada, de tal manera que logren Autonomía Administrativa y desarrollen actividades tendientes a la satisfacción de las necesidades de la comunidad. La descentralización es un proceso que debe ser diseñado para toda la nación, con una visión integral de la estructura orgánica del Estado evolutivo.

El diario El Comercio en su pagina A3 del día domingo 12 de diciembre de 1.999 en su articulo -Ejecutivo. Galápagos, Descentralización, Gestión Ambiental y Aduanas-, señala que “ La Descentralización es la segunda Ley que no tiene su Reglamento. Este cuerpo legal fue aprobado el 8 de octubre de 1.997 y hasta el momento el Ejecutivo solo ha trabajado en un anteproyecto de Reglamento. Además, es probable que no avance mas ya que el Gobierno creo, hace tres semanas, la Comisión para la descentralización, autonomías y circunscripciones territoriales. Una meta es que se presente un Proyecto de Ley Orgánica del Régimen Seccional Autónomo al Congreso”.

³² Notas tomadas por el autor de esta tesis, en el debate organizado por Radio Quito en el Auditorium de la CFN el día 23-11-99 con el tema las Autonomías en el país.

2.2.2. Concepto de Desconcentración³³.

Es un proceso de reorganización administrativa mediante el cual las instancias superiores del Ministerio de Salud Pública transfiere el ejercicio de una o mas de sus funciones a las Direcciones Provinciales de Salud, Hospitales y Areas de Salud. Como también a organizaciones civiles jurídicas sin fines de lucro y con propósitos sociales del mismo sector.

La Administración Regional puede iniciarse como desconcentración del Gobierno Nacional con el propósito de avanzar a Autonomías Regionales.

2.2.3. Concepto de Autogestión³⁴.

Es un proceso de carácter administrativo financiero, mediante el cual se tiende a la recuperación de costos por la prestación de servicios ambulatorios y hospitalización que brindan las unidades operativas del Ministerio de Salud pública, para luego ser reinvertida en el mismo sector social.

En materia de la autogestión institucional y por la imposible agilidad en la utilización de los fondos generados por las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública y

³³ Notas tomadas por el autor de esta tesis, en el debate organizado por Radio Quito en el Auditorium de la CFN el día 23-11-99 con el tema las Autonomías en el país.

³⁴ Notas tomadas por el autor de esta tesis, en el debate organizado por Radio Quito en el Auditorium de la CFN el día 23-11-99 con el tema las Autonomías en el país.

la protesta generalizada de funcionarios, empleados y trabajadores de estas instituciones hacia las autoridades centrales de este ministerio, se produce en los momentos mas cruciales la decisión de parte de la Econ. Ana Lucia Armijos al decretar el Acuerdo Ministerial N° 18 que en sus considerándolos fundamentales señala:

Que , el Art. 24 de la Constitución Política de la Republica del Ecuador, establece que la administración publica se organizara y desarrollara de manera descentralizadas y desconcentrada.

Que el Art. 35 de la Ley de Modernización del Estado, Privatizaciones y Prestaciones de Servicios Públicos por parte de la iniciativa Privada y su Reglamento Sustitutivo, faculta a los máximos personeros de las entidades publicas, dictar acuerdos o resoluciones para delegar sus atribuciones, de conformidad a sus programas de desconcentración de competencias, funciones y responsabilidades.

Que, como parte de la modernización del Estado Ecuatoriano, es necesario concretar esquemas de desconcentración de la ejecución del Presupuesto Publico. Mediante la aplicación de procedimientos que promuevan la eficiente y eficaz utilización de los recursos de autogestión con que cuentan las entidades y organismos y, alienten el autofinanciamiento de su funcionamiento.

Acuerda: Expedir las siguientes normas para facilitar la utilización de los recursos de Autogestión de las entidades y organismos del Gobierno Central:

Artículo 1.- En el anexo al Acuerdo Ministerial N° 017 de 10 de enero de 1.994, que regula el Sistema General de Administración de la Ejecución Presupuestaria para el Gobierno Central, reformase los siguientes numerales:

24. Agréguese el siguiente inciso: Se exceptúa del mecanismo de líneas de crédito la utilización de los ingresos de autogestión de las entidades y organismos.

34. Agréguese después de la palabra presupuestarias: y recursos de autogestión.

37. Agréguese después de líneas y sublíneas de crédito: y recursos de autogestión.

51. Agréguese al final: En el caso de los recursos de autogestión, se observara el procedimiento descrito en D.7.

81. BIS.1. Sustitúyase por el siguiente:

Los ingresos propios de las entidades u organismos que se originen en la venta de bienes y servicios y, en general, los recursos de autogestión, se depositaran en la cuenta auxiliar de ingresos propios (I) dentro de la Cuenta Corriente Unica del Tesoro Nacional.

81. BIS.2. Suprímase.

81. BIS.3. Suprímase.

81. BIS.4. Suprímase.

89. Agréguese el siguiente inciso: A la cedula presupuestaria de gastos, para el caso de recursos de autogestión, se anexara también la cedula presupuestaria de ingresos que, contenga para cada rubro: la estimación inicial, modificaciones, el ingreso efectivo y el saldo por recaudar.

94. En el criterio segundo, luego de bienes muebles agréguese: con los recursos de autogestión las entidades y organismos podrán reducir ítem, subgrupos o grupos de gastos de servicios y suministros para incrementar o crear ítem, subgrupos o grupos de gastos de bienes muebles, en ningún caso se reducirán gastos de capital o inversión para destinarlos a gastos corrientes.

En el criterio tercero, luego de trimestralmente agréguese: En el caso de recursos de autogestión, las entidades y organismos podrán destinar estos recursos para la adquisición de inmuebles y semovientes y realización de obras publicas, siempre que los mismos financien totalmente las adquisiciones y realización de obras publicas. Unicamente en los sectores de Salud y educación se podrá asignar máximo hasta el 20% de los recursos de autogestión, para crear partidas de Servicios Ocasionales o Remuneraciones Temporales, destinadas a la contratación

de profesionales técnicos y docentes, respectivamente, siempre y cuando sean de carácter temporal.

97. Suprímase el inciso tercero.

Artículo 2. Prohíbese a las entidades y organismo, el uso de recursos de autogestión para crear nuevas bonificaciones o asignaciones complementarias al sueldo básico; incremento, ampliación o extensión de bonificaciones de bonificaciones ya establecidas en la Ley de Remuneraciones del Sector Publico. Tampoco se utilizaran tales recursos, en la creación, reclasificación y valoración de puestos.

Artículo 3. Los recursos de autogestión no podrán ser utilizados en la entrega de donaciones, premios, adquisiciones suntuarias, festejos, recepciones, uniformes del personal, vehículos, transferencias al sector privado y otros gastos similares, para el efecto se observara las normas de restricción del gasto publico y demás disposiciones legales.

Artículo 4. Dentro del limite del 20% de los recursos de autogestión, las máximas autoridades de las unidades operativas de salud serán personal y pecuniariamente responsables de efectuar la contratación de personal profesional técnico, en observación a las leyes que rigen la materia, las políticas de remuneración que dicte el Ministerio de Finanzas y, los niveles remunerativos determinados en las escalas de sueldos y valoraciones vigentes en las leyes correspondientes.

Artículo 5. La Subsecretaría de Presupuesto y Contabilidad establecerá los procedimientos internos correspondientes, con el fin de registrar presupuestariamente los ingresos y gastos de autogestión de las entidades e incorporar al sistema de ejecución presupuestaria los ingresos efectivos, gastos devengados y pagos realizados con tales recursos y, reflejarlos en la cuenta ahorro-inversión –financiamiento, con el propósito de no distorsionar los resultados fiscales.

2.2.4. Análisis y efectos del proceso actual de descentralización, desconcentración del sector público de la salud³⁵.

Del informe preliminar de la Misión CONAM-COSUDE de fecha septiembre 28 de 1.999, en la cual presenta la primera evaluación del proyecto de Modernización del Estado, la Descentralización y Desconcentración se obtiene algunos resultados:

Las políticas del Gobierno Nacional, están definidas en tres documentos fundamentales:

- El Plan de Gobierno 1.998 – 2.002

- El Plan Ecuador 2.025; y

³⁵ Tomado de la Conferencia dictada en el IAEN por el Dr. García Bayardo Subsecretario de Salud del MSP y Dr. Fernando Torres Director del Proyecto FASBASE, febrero-2.000

➤ El Plan Ecuador 2.000

En este último, uno de los ejes fundamentales, es la Descentralización y Desconcentración, definiéndose algunas acciones en el sector de la salud:

1. Entrega a terceros del manejo de 7 hospitales nacionales y provinciales y 15 hospitales cantonales. Un millón de personas beneficiadas con una mejor atención.
2. Para los Beneficiarios del Bono de Solidaridad y sus dependientes, mujeres embarazadas (embarazo, parto y puerperio) la atención médica es gratuita, como también los servicios de Rayos X, Laboratorio y Hospitalización.
3. Mejoramiento de la infraestructura y equipos en los establecimientos de salud de 56 cantones durante 1.999.
4. Se desarrollaran 15 sistemas descentralizados de salud, a través de la organización y funcionamiento de Consejos Locales de Salud para una cobertura estimada a 1'200.000 personas.
5. Estarán operando 32 unidades móviles de atención escolar y cinco quirófanos móviles en los cantones mas pobres y una unidad fluvial en el río Napo.
6. Coberturas superiores al 80% de inmunizaciones en niños.

En cuanto a la descentralización del Estado:

Se llevó a efecto en el mes de abril del presente año el Foro Internacional de Manta, donde se discutió el Modelo de Descentralización que le conviene al país.

En cuanto a la desconcentración de competencias, se ha dado autonomía seccional (Direcciones Provinciales y Hospitales) en:

- Nombramientos y remoción de personal.
- Planificación operativa y Programación de recursos.
- Suscripción de contratos de adquisiciones de bienes y servicios.

Dentro del estado actual del Marco Legal e Institucional se cuenta con la Constitución de 1.998, La Ley Especial de Descentralización de Estado y Participación Social (1.997), la Ley de Modernización del Estado, privatizaciones y prestación de servicios públicos por parte de la iniciativa privada (1.993). documentos legales que es conocido superficialmente por los actores, además es interpretado parcialmente como también este marco legal es incompleto por no contar con un reglamento, ya que la Ley se aprobó a raíz de la distribución del 15 por ciento del presupuesto general del Estado y se convirtió en norma constitucional. Hasta hoy solo existen proyectos de reglamento, a mas de un anteproyecto elaborado por la Asesoría Jurídica de la Presidencia de la Republica. Han pasado 26 meses desde que se aprobó la Ley y deberán pasar, por lo menos tres

mas para poder hablar de un reglamento, el ejecutivo espera la resolución de la Subcomisión de reformas legales de la Comisión de Descentralización y autonomías, para determinar en torno a que se trabaja, la Comisión tiene plazo hasta el 27 de diciembre de 1.999, pero las decisiones finales y modificaciones se darán en marzo del año 2.000.

Además la Constitución Política del Estado, prevé que no habrá transferencia de competencias sin que haya transferencia de recursos económicos, lo cual en la practica no se cumple.

“El Ministerio de Salud Publica con el apoyo técnico-financiero del Proyecto de Modernización de los Servicios de Salud, MODERSA, ha iniciado un proceso de reforma y estructuración para mejorar la capacidad y efectividad del sector salud y para que el Estado actúe como garante del derecho a la Salud de toda la población como un bien publico debe cumplir los siguientes roles”³⁶:

- Rectoría de las actividades de salud del país.
- Promoción de la salud.
- Garante del proceso equitativo a la atención de la salud.
- Organización de la atención de salud.

³⁶ Tomado del Informe anual de actividades del MSP - agosto 1.999.

En base a estos nuevos roles, las diferentes instituciones del sector salud, construyeron una propuesta consensuada sobre política, en la que se marca un norte para el quehacer de la salud en el país.

POLÍTICA A NIVEL GENERAL.-

- Salud ambiental e infraestructura sanitaria.
- Nutrición y seguridad alimentaría.
- Cultura de Salud, comunicación y movilización social.
- Participación social en acciones de salud.
- Descentralización de la gestiona de los servicios.

POLÍTICAS A NIVEL SECTORIAL

- Establecimiento del Sistema Nacional de Salud, con articulación funcional de entidades publicas y privadas.
- Implementación progresiva de Seguro Único de Salud.
- Asignación de recursos económicos por resultados.
- Modernización institucional del sector salud.

- Regulación de la provisión de servicios.
- Desarrollo Integral de Recursos Humanos.
- Acceso a medicamentos esenciales y genéricos.
- Complementariedad con practicas tradicionales.
- Impulso a la investigación y desarrollo tecnológico.

POLÍTICAS A NIVEL DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

- Desarrollo de la capacidad de la rectoría, conducción regulación y financiamiento del sector.
- Financiamiento fiscal para programas de salud publica con cobertura universal.
- Desarrollo de gestión local participativa.
- Modernización institucional y de gestión de recursos humanos.
- Coordinación de la cooperación externa.
- Fortalecimiento del sistema de información en salud.
- Apoyo a la investigación clínica, epidemiológica y operacional.

CAPITULO III

PROPUESTA DE DESCENTRALIZACIÓN - DESCONCENTRACIÓN EN EL SECTOR PUBLICO DE LA SALUD EN EL ECUADOR.

3.1. REFLEXION TEORICA GENERAL Y FUNDAMENTOS DE LO QUE CONSISTE LA DESCENTRALIZACIÓN Y DESCONCENTRACIÓN PARA LA SALUD.

La democracia se fortalece en nuestra sociedad cuando la probidad, la responsabilidad y la transparencia se afirman y se consolidan como rasgos esenciales del servicio publico y de la sociedad civil, por lo que es necesario apoyar las medidas que se tomen en el campo de la salud publica en lo que respecta a la descentralización, desconcentración y autogestión, estas transformaciones se sustentan en el consenso existente acerca del fortalecimiento económico institucional como elemento básico de desarrollo.

Las funciones del Estado están igualmente sujetas a transformaciones, lo que le obliga actualizarse con el propósito de enfrentar la realidad y ser más competitivo, el Estado moderno de hoy puede ser regulador, supervisor para lo cual necesita contar con un marco jurídico regulatorio claro, menos burocrático y más directo; en el sector social como es la salud publica se requiere de un marco jurídico definido en cuanto al proceso de desconcentración, descentralización y en especial a la autogestión, lo que le permitirá a las unidades operativas del MSP desarrollarse y fortalecerse a través de la eficiencia, eficacia y ser más competitivas. En este marco de transformaciones, resulta necesario

definir las fronteras entre lo público y lo privado; las experiencias por modernizar al sector público de la salud en los años noventa debe servir para iniciar un verdadero proceso de descentralización en los aspectos administrativos, financieros que permitan a las unidades operativas fortalecerse, para lo cual debe considerarse en este proceso la participación y el consenso de los actores.

El cambio en la Administración y prestación de servicios de la salud pública, apunta a mejorar la calidad y eficiencia de su capacidad de gestión, especialmente en lo que hace al digno trato de los usuarios de este servicio. Ello es especialmente relevante para la calidad de vida de los sectores menos favorecidos, quienes recurren masivamente a estos servicios.

La descentralización camina a la par con la consolidación democrática y las reformas económicas, que buscan superar una tendencia centralista, así en el Ecuador avanza la descentralización, desarrollando espacios políticos, económicos, administrativos y territoriales viables para hacer al Estado más eficiente, para promover la igualdad de oportunidades, para el pleno ejercicio de ciudadanía y participación con bases locales y comunitarias.

En este esfuerzo la descentralización, desconcentración y autogestión de los servicios públicos de la salud consideramos al Ministerio de Salud Pública como uno de los elementos fundamentales del proceso de reformas. No hay descentralización, desconcentración y autogestión, sin el fortalecimiento de la vida comunal, por que el desarrollo institucional se basa en medida importante en la participación ciudadana a través de hospitales eficientes, eficaces y económicos, conocedores de las necesidades

y aspiraciones propias de sus respectivas comunidades. El potencial de las unidades operativas de salud, como uno de los ámbitos de política pública y de participación y ejercicio de los derechos ciudadanos se vera favorecido si se refuerza su capacidad de gestión.

Los procesos de descentralización, desconcentración y autogestión deben tener presente – en el marco de una estrecha colaboración entre la Administración Central y las Administraciones Descentralizadas.

El compromiso de los gobernantes es fortalecer decididamente nuestras instituciones con el propósito de mejorar la calidad de los servicios, modernizar la gestión pública y apoyara los procesos de descentralización, desconcentración y autogestión, a crear las condiciones necesarias para aumentar los niveles de equidad social, consolidar las bases socioeconómicas.

El fortalecimiento y consolidación de la descentralización requiere de una gran confluencia colectiva, dirigentes sindicales, ciudadanos, funcionarios, empleados y trabajadores de este sector público, lo que significa sumar nuestros esfuerzos a esta tarea crucial para el futuro institucional.

En 1997, el tamaño de la población ecuatoriana alcanzó 11.936.858 habitantes, en el transcurso de los veinte años, el ritmo de crecimiento disminuyó de 2.9 por ciento al 2.3 % lo que ubica a Ecuador como país en plena transición demográfica, el promedio de hijos por mujer, se redujo en el mismo período pasado de una tasa global de fecundidad de 6.2 a 3.7 %. Estas tasas de fecundidad presentan diferencias significativas, asociadas a los

niveles de pobreza, en términos generales mientras en las áreas urbanas el promedio de hijos fue 3, en las áreas rurales fue de 4.6 hijos, dicho indicador se incrementa en las mujeres sin instrucción hasta 6 hijos.

La mortalidad al igual que la fecundidad se redujo en las dos últimas décadas, la tasa de mortalidad es de 4.6 por mil habitantes, la mortalidad infantil bajó de casi 100 por mil a 52 por mil, sin embargo sus niveles siguen siendo altos, especialmente en el área rural, entre los grupos de menores ingresos y bajos niveles de instrucción.

Según estimaciones y proyecciones demográficas, la población ecuatoriana alcanzaría los 17.8 millones de habitantes en el 2025, un envejecimiento relativo que dará como resultado el incremento de la edad mediana de 22.5 a 31.4 años, así como la reducción a dos hijos por mujer.

Estos indicadores son producto de la crisis que experimenta nuestro país en todos los campos y en especial de la prestación de los servicios de la salud pública, se hace imprescindible el análisis y desarrollo de nuevos enfoques para enfrentar los desafíos presente y futuros, en el marco de una perspectiva más amplia de la salud, que considere los cambios en el rol del Estado; los procesos de descentralización, desconcentración y autogestión, y la creciente participación ciudadana en busca de condiciones dignas de salud y vida para la población ecuatoriana.

La salud actualmente es concebida como un medio y un fin del desarrollo, como un derecho y un deber de las personas, familias y comunidades, como una interacción entre el Estado y la sociedad

civil, como la conjunción de la promoción y prevención con la de recuperación y rehabilitación, en definitiva, la generación de condiciones de vida sana como una responsabilidad social e intersectorial, que supere el reducido ámbito de los servicios médicos.

De allí que se hace prioritario la necesidad de modernizar al sector público de la salud, para lo cual debe existir un cambio de actitud de funcionarios, empleados y trabajadores de los hospitales públicos del MSP, con el propósito de encontrar en consenso los caminos por donde debe transitar este proceso, lo que le permitirá al MSP constituirse en una auténtica rectora del sector tanto pública como privada y que se encuentre comprometido para sentar bases sólidas para construir procesos trascendentales en torno a las políticas de Salud del Estado, que se orienten a asegurar servicios de salud de calidad, sostenibles social y económicamente para toda la población, con lo que permitirá alcanzar uno de los Objetivos Nacionales Permanentes que es de Justicia Social para la población ecuatoriana,.

Por lo que la descentralización es prioritaria y fundamental para el proceso de modernización del sector público de la salud.

DESCENTRALIZACIÓN

Es el proceso mediante el cual el Ministerio de Salud Pública transfiere en forma definitiva las atribuciones, responsabilidades y recursos especialmente financieros, materiales y tecnológicos de origen nacional y extranjero de que son sus titulares a favor de las Direcciones Provinciales, Áreas de Salud, Hospitales y de la sociedad civil organizada, de tal manera que logren autonomía

administrativa y desarrollen las actividades tendientes a prevenir, curar y eliminar las enfermedades y conseguir el bienestar de la comunidad.

DESCONCENTRACIÓN

Entendiéndose a la desconcentración como un proceso de reorganización Administrativo mediante el cual las instancias superiores del Ministerio de Salud Publica delegan en forma permanente el ejercicio de uno o mas de sus atribuciones asi como los recursos necesario para su cumplimiento a favor de las Direcciones Provinciales, Hospitales y Unidades Operativas subordinadas al mismo ente con jurisdicción regional, provincial o cantonal.

OBJETIVOS Y FINALIDADES

La descentralización y desconcentración del Ministerio de Salud Publica y la participación social deben tener como objetivos y finalidades principales las siguientes:

- Mejorar la disponibilidad, asignación y organización de los recursos: humanos, físicos, financieros, insumos y materiales.
- Crear un marco legal, normas y procedimientos claros para el manejo de los fondos y vigilar su uso.
- Romper el centralismo gerencial y fortalecer los procedimientos técnicos.

- Crear políticas de incentivos por productividad, eficiencia y calidad.
- Equilibrar el desarrollo de los servicios de salud pública del país, evitando la concentración en las ciudades de Quito, Guayaquil y Cuenca.
- Encontrar respuestas a las necesidades de las comunidades, fortaleciendo la gestión de las unidades operativas.
- Ampliar los niveles de participación ciudadana, en el desarrollo de las unidades operativas como en la cobertura de atención médico primaria.
- Evitar y disminuir el regionalismo concentrador entre ciudad – campo, buscando la armonía y el equilibrio técnico y administrativo a través de la descentralización y desconcentración.
- Lograr equidad en la participación y distribución de los recursos financieros, materiales y tecnológicos de origen nacional y extranjero hacia las unidades operativas.
- Incentivar las iniciativas y fortalecer las capacidades de funcionarios, empleados y trabajadores de las unidades operativas como también de la ciudadanía lo que permitirá consolidar la gestión, a través de la planificación y prestación adecuada de los servicios de salud pública a la comunidad.

- Fomentar y ampliar la participación social en la gestión de los servicios de salud pública, así como promover la autogestión de parte de las fuerzas sociales comunitarias.

En el marco del proceso de modernización del Estado se requiere que la desconcentración y descentralización del MSP sea un proceso mediante el cual la administración central de esta Cartera de Estado transfiera competencias, atribuciones facultades, obligaciones y recursos a favor de las unidades operativas regionales, provinciales y locales de Salud, de tal manera que les permita la desconcentración Administrativa y descentralización financiera, encaminadas a que desarrollen las actividades en forma eficiente, con la finalidad de satisfacer las necesidades de la comunidad.

Por lo que este proceso debe ser validado para toda la nación, con una visión integral de la estructura orgánica del Estado, se debe establecer una autonomía económica, con ampliación de responsabilidades, desconcentración administrativa y control cívico.

EL NUEVO ROL DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Para la modernización institucional del Ministerio de Salud Pública se requiere entre otros aspectos el enfocar nuevas competencias que permitirán alcanzar los objetivos que la comunidad necesita que sean respondidos por este sector social si bien tenemos en la Constitución Política vigente la obligación del Estado de organizar un Sistema Nacional de Salud que funcione de manera desconcentrada, descentralizada y participativa, aspectos que no son nuevos considerando que con este espíritu nació esta cartera de Estado, en que la política del Ministerio se basaba en

el principio de centralización técnica y descentralización administrativa y económica, procurando que los servicios de salud a nivel nacional se encuentren al alcance de toda la población, dando énfasis al sector rural. Por lo que dentro de este nuevo rol debe competirle al MSP las siguientes funciones y responsabilidades³⁷:

- Mantener su competencia para el despacho de todos los asuntos inherentes a su ministerio y actuar bajo la planificación sectorial y en coordinación con las respectivas Secretarías de Estado.
- Determinar las políticas de comunicación y promoción del sector público y privado de la Salud a nivel nacional e internacional en coordinación con la Unidad de Comunicación de la Presidencia de la República.
- Efectuar el seguimiento y evaluación del cumplimiento de las políticas y de los programas del gobierno en su respectivo sector.
- Mantener los sistemas de información y bases de datos requeridas para el sector.
- Asesorar al Presidente de la República en la adopción y ejecución de las políticas del sector.
- Preparar la Planificación Sectorial.

³⁷ Apuntes tomados por Econ. Chiluiza Eduardo, en la conferencia dictada en el IAEN, por el Dr. García Bayardo, Subsecretario del MSP y Dr. Fernando Torres Director del Proyecto FASBASE.

- Compatibilizar planes, programas y presupuesto del sector.

3.2. PROPUESTA PARA DEFINIR LO QUE SE REQUIERE EN EL CAMPO DE LA DESCENTRALIZACION Y DESCONCENTRACION EN EL AMBITO ADMINISTRATIVO.

Considerando que la actual situación en el campo administrativo es un tanto caótica desde el punto de vista de las comunicaciones que muchas de las ocasiones no llegan a su destinatario por lo que surgen sanciones y amonestaciones de parte de las autoridades correspondientes a los funcionarios de las unidades operativas, entonces se hace inminentemente necesario un cambio en el sistema administrativo el mismo que convalide con la etapa del correo electrónico lo que permitirá tener una coordinación en la ejecución de trabajos en equipo y alcanzar las metas y objetivos que tiene este portafolio en todos sus niveles.

3.2.1. Selección y reclutamiento de recursos humanos.

Dentro del proceso de desconcentración se debe fortalecer el sistema de reclutamiento de personal idóneo y con bastos y sólidos conocimientos por lo que se considera necesario implementar una reforma universitaria dirigidas a la Facultad de Medicina y Escuelas de Enfermería, Obstetricia y Tecnología Medica, las mismas que involucren un mayor contenido de la Salud Publica, una actualización permanente de los contenidos, por lo tanto cambios en los pensum académicos acorde con las necesidades de salud de la población y la realidad epidemiológica del país. Además se requiere una mejor coordinación entre el MSP y las instituciones

formadoras de recursos humanos, con el propósito de que se forme al personal con capacidad de responder a las necesidades de salud de la población.

Este proceso de reformas permitirá mejorar la distribución de los recursos humanos, fortalecer la confianza en los cambios, favorecer el empleo y ampliar el mercado laboral, como también permitirá implantar nuevos criterios de evaluación a partir del desempeño y la capacitación, la profesionalización como base de la acreditación y mejoramiento de la competencia y elevados niveles de control del ejercicio profesional

Estas reformas en el sector público de la salud permitirán promover cambios en la administración de personal, entre ellos: mejorar la programación, selección, reclutamiento y definición de los requerimientos económicos y financieros del personal de salud, especialmente en el nivel local, elementos que han sido formulados como parte de la descentralización.

3.2.1.1. Propuesta de reformas a leyes de profesionales.

Considerando que las actuales leyes y reglamentos vigentes del ejercicio Profesional de los Médicos y Tecnólogos Médicos, no esta acorde en los proyectos de desconcentración del MSP, en virtud de que las autoridades máximas de la unidades operativas tiene la potestad de llenar las vacantes producidas, contratar personal que se requiere, esta normatividad vigente disminuye la capacidad gerencial de las autoridades en consideración de que en sus leyes y reglamentos manifiestan que los cargos médicos vacantes o de creación serán, llenados por concurso conforme lo dispuesto en el artículo 39 de la Ley de la Federación Médica

Ecuatoriana y el proceso se inicia con la convocatoria el cual debe estar firmado por el representante legal de la institución empleadora y el Colegio Medico Provincial respectivo, para el caso de Residencias Universitarias de Postgrado la convocatoria la firmara además el Decano de la Facultad de Ciencias Medicas, para luego ser publicado el día domingo en un periódico de mayor circulación de la localidad, dándose inicio de esta manera a los procedimientos que exige esta ley, para lo cual el Colegio Medico tiene previsto los Tribunales de Merecimientos, Oposición y de Apelaciones, en igual sentido tipifica la ley y Reglamento de la Federación de Tecnólogos Médicos, por lo que con estas leyes prácticamente los Directores de las Unidades Operativas se ven limitados en su gestiona considerando que las instancias a que deben acudir y sus procesos son largos y lentos tomando en cuenta que la mayoría de los concurso llegan hasta las apelaciones lo cual tienen una duración de un año y mas, perjudicando de esta manera la oferta de servicios de los hospitales y en ultima instancia el servicios a los clientes y la merma de ingresos considerando que existe un modelo de recuperación de costos y autogestión,

Considero que en estas circunstancias debe otorgarse mayor flexibilidad para que los señores Directores de Hospitales tengan la capacidad de contratar profesionales y cubrir las vacantes transitoriamente hasta que se cumpla con los requisitos para llenar las vacantes existentes y en los casos de que las Unidades Operativas tiendan a contratar profesionales de la Salud como parte del Proyecto de autogestión debe normarse a través de un reglamento emitido por el MSP sin necesidad de que intervengan los Colegios de Profesionales, lo cual permitirá agilizar la modernización, descentralización y descongestión de los procesos

de reclutamiento y selección de profesionales de la salud que en ultima instancia se vera beneficiado el usuario de los servicios.

3.2.2. Propuesta de aplicación de la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa.

Con la modernización del Estado el aparato administrativo de las unidades operativas se han visto mermadas en sus capacidades, considerando que algunos funcionarios de carácter técnico (Médicos, Odontólogos) salieron por efecto de la venta de renuncias y por ende estas partidas presupuestarias fueron eliminadas de las instituciones donde pertenecían estos funcionarios, lo que ha incidido en el rendimiento de los servicios de salud publica. Entonces es menester que en consideración de la Ley de Descentralización permite realizar autogestión en todos los servicios que prestan los hospitales del MSP se hace necesario contar con profesionales de especialidades complementarias a las existentes, los cuales percibirían su remuneración de acuerdo al numero de casos atendidos, en tal virtud y para evitar la organización clasista de este personal debería establecerse un sistema especial dentro de la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa.

La Ley Especial de Descentralización del Estado y Participación Social en el Art. 28 literal d) dispone a las autoridades a nivel de subsecretarios, directores provinciales o su equivalente el que nombre y posesionen a todos los funcionarios y empleados que deben actuar bajo su dependencia, prácticamente esta ley queda como letra muerta en el sector publico de la salud considerando que existen leyes de defensa de los profesionales Médicos, como también de Tecnólogos Médicos, los mismos que actúan y

participan en forma directa en el proceso de selección y reclutamiento de personal cuando existe vacantes o creaciones en las distintas unidades operativas de este portafolio, lo que limita la actuación del ejecutivo en este campo, tomando en cuenta que los procesos son demasiados largos en tiempo, lo que no concuerda con los principios de la descentralización del Estado que son eficiencia, agilidad lo que permitirá la solidaridad social en el campo de la salud. Por lo que se hace necesario que estos concursos de merecimientos y Oposición deben enmarcarse en lo que dispone la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa.

3.2.3. Propuesta de aplicación del Código de Trabajo.

En la actualidad en gran medida la sindicalización de este sector ha permitido que cierto grupo de trabajadores se vean beneficiados en consideración de que cualquier falta disciplinaria que cometen acuden a estos gremios para que los ayuden a solucionarlo y permanentemente lo han conseguido, además esto permite y limita el accionar de los representantes institucionales que se ven expuestos a demandas ante las Inspectorías de Trabajo, considero importante que debe incluirse dentro del proceso de modernización del Ministerio de Trabajo, la desconcentración de competencias donde las Inspectorías del Trabajo puedan conciliar los impases entre patronos y trabajadores en sus respectivas localidades, lo que evitara que estos procesos sean llevados al Ministerio de Trabajo de la ciudad de Quito, lo que evitara las paralizaciones de los servicios de la salud pública.

Con estas consideraciones se hace imperante de que el Código de Trabajo prime ante cualquier Contrato Colectivo, lo que permitirá tanto a las autoridades de las unidades operativas y Ministerio de

Trabajo actuar en forma coordinada y proceder a sancionar de acuerdo a lo que dispone el Código de Trabajo y su Reglamento, en consideración de que existen casos repetitivos de trabajadores que cuentan con un amplio expediente de faltas de toda índole pero que las autoridades nominadoras del sector público de la salud se ven impedidos de pedir el visto bueno correspondiente en virtud de que el Contrato Colectivo no lo permite y cuando se lo ha ejecutado lo consideran despido intempestivo provocándose los reclamos de índole personal y gremial.

3.3. PROPUESTA PARA DEFINIR LO QUE SE REQUIERE EN EL CAMPO DE LA DESCENTRALIZACIÓN EN EL AMBITO ECONOMICO Y FINANCIERO.

Entendiéndose por Autogestión al conjunto de actividades administrativas y financieras que se desarrollan en los hospitales del MSP y por efecto de ello se cobrara una mínima cantidad de dinero a los usuarios de estos servicios , con lo cual se tiende a mejorar la calidad de la prestación de los servicios de prevención, tratamiento y curación de las enfermedades de una forma equitativa y eficiente, así como para desarrollar un programa de adquisición de equipo menor e instrumental medico, implementar incentivos salariales al personal que labora en este sector por intermedio de bonos por eficiencia, calidad e incremento en la producción de los servicios hospitalarios,

En el Ecuador, la coparticipación de costos en salud tiene que verse dentro del escenario político-económico-social actual del país, donde por un lado el ente político no toma la decisión de legislar en beneficio de la salud pública, considerando de que existe la Ley para el efecto pero no su Reglamento para la

aplicación y nada se a dispuesto por parte de las autoridades del ramo sobre la recuperación de costos por los servicios médicos que prestan las casas de salud del MSP; en relación a lo económico, el presupuesto asignado por parte del gobierno central a través del Ministerio de Finanzas permanentemente ha sido disminuido y para el presente año la estructura de este presupuesto es el 90% para gastos fijos (sueldos y salarios) y el 10% para gastos de operación (Adquisición de medicinas, implemento medico, alimentos y bebidas para pacientes, utilices de oficina, productos de lavandería y limpieza etc, etc.) lo que hace prácticamente imposible administrar una casa de salud en las condiciones deficitarias que se encuentran y están a punto de quebrar económica y financiera, y por ultimo se puede puntualizar de que se termino la era de un Estado paternalista debido a la crisis económicas y por consiguiente la reducción dramática de presupuesto asignado por el gobierno a la salud publica, al mismo se puede puntualizar que la población ha aumentado de 8 millones a 12 millones de personas. “La capacidad del ecuatoriano promedio de pagar gastos de salud de su bolsillo también ha disminuido durante el ultimo año y la distribución de recursos se mantiene desigual con un 46% de la población total existente al nivel de pobreza y 17% en extrema pobreza con carencia de saneamiento básico y de atención de salud adecuada”³⁸.

Como antecedentes indicare que a principios de 1.995 el señor Ministro de Salud reconoció la necesidad urgente de recursos económicos que requerían los hospitales públicos, por lo que decidió disponer a los Directores de hospitales que se aplique el sistema tarifario por la prestación de los servicios médicos lo que

³⁸ Notas tomadas por el autor de esta tesis, en el debate organizado por Radio Quito en el Auditórium de la CFN el día 23-11-99 con el tema las Autonomías en el país.

permitiría en parte solucionar la crisis por la que atravesaban las casa de salud del MSP ya que no había medicinas, implemento medico, alimentación para pacientes y personal, productos para lavandería y limpieza, etc, etc., lo cual permitió que las organizaciones sindicales arguyeran defender los intereses del pueblo para lo cual realizaron una medida de hecho y aprovecharon de las circunstancias coyunturales para plantear un pliego de peticiones al Ministro de Salud en el que constaba: incremento de presupuesto para el sector publico de la salud, derogatoria del cobro por los servicios en los hospitales del MSP, cumplimiento de las cláusulas del sexto contrato colectivo, como producto de ello consiguieron algunas “conquistas” para el sector sindicalizado de los trabajadores como fue pago de comisiones sectoriales que le adeudaba el gobierno central e inicio de diálogos para elaborar el proyecto del séptimo contrato colectivo del sector de la salud publica, para acto seguido levantar la medida de hecho por lo que se evidencio que la medida fue en procura de conquistas que beneficien al gremio más no de defensa a los interese de los usuarios de los servicios que brindan los hospitales.

Por lo que se entiende que el sector sindicalizado del MSP utilizo el sistema tarifario implementado en los hospitales para la consecución de sus intereses y jamás en beneficios institucionales en consideración que luego de ello no hubo voces de protesta reclamando la disminución de presupuesto al MSP.

“En 1.996 señalaba en el informe presentado al señor Presidente de la Republica por parte del señor Ministro de

Salud”³⁹; que “esta Cartera de Estado ante la crisis financiera del país esta diseñando tomar a la salud como una inversión al futuro de la nación ecuatoriana, buscando entablar una relación de cooperación en salud con la sociedad para seguir ofreciendo cada día una atención de calidad y calidez”, lo cual no se pudo cristalizar por el acto del 5 de febrero de 1.997, que como producto de ello fue derrocado el gobierno, por lo que existió un cambio de políticas en el sector de la salud publica.

El presidente Dr. Jamil Mahuad en El Plan Ecuador 2.000, dentro de las acciones y compromisos para salir de la crisis, referente al Ministerio de Salud Publica indica que esta listo la desconcentración en los ámbitos de la Planificación, Recursos Humanos, Competencias Jurídicas, Gestión de recursos financieros, proyecto este que también se ve truncado por cambio de gobierno por efecto del levantamiento indígena del 21 de enero del 2.000.

Con estos antecedentes la propuesta que se presenta en esta trabajo, aspira a reorientar los cambios e iniciativas que se proponen implementar en el proceso de la reforma del sector publico de la salud en el país.

En esta búsqueda de propuesta que mas conviene al sector han participado informantes que tienen responsabilidades políticas, técnicas, administrativas de difusión, comunicación, educación y capacitación ante las demandas de la reforma sectorial, informantes de opinión que son parte de las unidades operativas de salud.

³⁹ Tomado del Informe presentado por el Dr. Cruz Marcelo Ministro de Salud Publica al señor Presidente de la República Abogado Abdalá Bucaram, septiembre 1.996

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

Se ubican cuatro potenciales vías de financiamiento de la salud pública: los recursos del sector público por medio de la asignación presupuestaria anual, las contribuciones económicas del sector privado, las fuentes internacionales y los usuarios por medio de la autogestión.

El presupuesto del estado debe ser la principal fuente, la autogestión en segundo término y otras fuentes alternativas en tercer lugar.

Es pertinente destacar la necesidad de fortalecer la autogestión institucional a través de normas y reglamentos que regulen en todas las unidades operativas del país, las tarifas que se plantean están estimadas en relación a la capacidad de pago de los usuarios, como también a la solidaridad en salud, considerando que en la actualidad no existe disposición o reglamento emitido por el MSP que norme el cobro de los servicios, cada hospital a impuesto sus tarifas, por lo que este trabajo permitirá orientar a las unidades operativas en relación a la autogestión y recuperación de costos por los servicios que brindan a los usuarios.

También se estima importante que para la definición de las tarifas, se considere la situación social y económica de las familias por lo que será la comunidad quien asuma esta responsabilidad,

las características del sistema de autogestión se traducen en la práctica en los principios de universalidad, equidad, y calidad de la atención, para lo cual se requiere de recursos económicos ligados a resultados y a satisfacción de usuarios y regulación por parte del MSP, con permanente control social.

Además para que este sistema de autogestión opere es imprescindible el desarrollo de una competente capacidad de gestión y la modernización institucional de las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública.

Dentro del proceso de autogestión se debe fundamentar en que la gestión de las unidades operativas del MSP debe ser descentralizada y que comprenda entre otras las siguientes capacidades resolutorias en el ámbito administrativo financiero:

- Desarrollo de planes estratégicos de acción de mediano y largo plazo para incrementar la cobertura de los servicios de salud en los hospitales.
- Toma de decisiones con riesgo por parte de los Directores de los hospitales en el proceso de implementación de la autogestión.
- Descentralización en la Dirección Administrativa - Financiera en el sistema de generación de ingresos por efecto de la autogestión como también en la asignación de recursos fiscales, considerando que por ley las unidades operativas elaboran la programación anual y calendarización mensual de gastos en base a la proyección de ingresos por autogestión y por efecto de presupuesto aprobado, actividades que no son

respetadas y en forma arbitraria, sin criterio técnico los señores Analistas de Presupuesto de los Ministerios de Salud y Finanzas lo recortan y en muchas de las ocasiones estas asignaciones son entregadas faltando cuatro días para cerrar el ciclo presupuestaria lo cual se hace imposible gastar e invertir tomando en cuenta que es fin de año calendario y la mayor parte de empresas cierran sus actividades comerciales y este dinero es revestido nuevamente a la Caja Fiscal en consideración a la Ley de Presupuesto vigente, para luego señalar que los directivos de los hospitales son incompetentes e incapaces para administrar e invertir los recursos económicos asignados por el gobierno central.

- Establecimiento y utilización de Sistemas de Información Gerencial.

- Determinación sistémica de costos de las prestaciones de servicios .

Como plan la autogestión busca generar los recursos económicos que faltan en las unidades operativas con la finalidad de mejorar los servicios, implementar equipos menores con tecnología de punta y así incrementar la cobertura de los servicios los mismos que serán a precios sociales esto es el costo de materiales utilizados más un margen de utilidad lo que permitirá acumular para restituir los equipos por efectos de la depreciación.

Además con este sistema debe tenderse a que los directivos de los hospitales del MSP realicen alianzas estratégicas con empresas privadas de las localidades con el propósito de brindar atención medica preventiva, curativa y de rehabilitación a los empleados,

trabajadores y familiares de estas instituciones privadas, considerando que el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social no cuenta con infraestructura hospitalaria en todas las ciudades del país a diferencia del MSP que si lo posee.

En tal virtud la autogestión esta considerada como una fuente importante de recursos para las unidades operativas del MSP, en estas perspectiva a continuación se presenta el plan de recuperación de costos el mismo que fue diseñado en 1.994 por el señor David Collins con la colaboración de la doctora Bejarano Subdirectora Administrativa del Hospital Eugenio Espejo de la ciudad de Quito, y asistencia técnica con fondos de USAID con arreglos del Proyecto BASICS, el mismo que fue actualizado por el autor de la presente tesis a finales de 1.996 estando en funciones en la Dirección de Planificación del Ministerio de Salud Publica y hoy nuevamente actualiza esta propuesta con valores vigentes de un dólar de s/. 25.000.

Para la presentación de esta propuesta por parte del señor Collins se realizo un estudio minucioso de los implementos médicos a utilizarse en los distintos procesos e intervenciones quirúrgicas para luego costear y adicionalmente incrementar un margen de utilidad.

RECUPERACION DE COSTOS PROYECTO DE AUTEGESTION PARA HOSPITALES DEL MSP			CALCULO DE RECUPERAC. COSTOS PARA HOSPITALES	FECHA FEBRERO DEL 2000
SMV. S/. 96.000			AÑO BASE 1996	
CLASE	GRUPO	ACTIVIDAD	AGOSTO 1.996	
1: CONSULTA EXTERNA		CONSULTA MEDICO GENERAL		18.336
		CONSULTA MEDICO ESPECIALISTA		30.560
		DIA HOSPITALIZACION		122.240
2: HOSPITA LIZACION		DIA HOSPITALIZACION TERAPIA INTENSIVA		382.000
		CURACIONES GRANDES	20.000	152.800
		CURACIONES MEDIANAS	20.000	152.800
3: TRATA- MIENTO	1: CIRUGIA MENOR	CURACIONES PEQUENAS	20.000	152.800
		ESCISION DE ABSCESO SUPERFICIAL	20.000	152.800
		ESCISION DE ABSCESO PROFUNDO	30.000	229.200
		EXTRACCION DE CUERPO EXTRA O POR PIEL	20.000	152.800
		EXTRACCION CUERPO EXTRA O POR PIEL(QUIR)	30.000	229.200
		REPARACION HERIDA MENORES (PIEL Y TCS)	20.000	152.800
		HERIDAS MAYORES	30.000	229.200
		TRAQUEOTOMIA	100.000	764.000
		HERIDA DE PIEL CABELLUDA	30.000	229.200
	2: ATENCION DENTAL	EXTRACCION CON ANESTESIA	10.000	76.400
		RADIOGRAFIAS		76.400
		PROFILAXIS		15.280
	3: MEDICINA FISI- CA Y REHABIL ESPECIALES	ENDODONCIA	10.000	76.400
		ONDA CORTA. ULTRAVIOLETAS. CORRIENTE GALVANICA	10.000	76.400
		FARADICA,GIMNASIA, MASAJES:C.SESION		9.168
		MASAJE ,EJERCICIOS BAJO AGUA HIDROPOL, NATACION		9.168
		HEMODIALISIS (C / SESION)	50.000	382.000
		TRATAM.HIPERTIROIDISMO.SEGUNDOSIS	100.000	764.000
		PARACENTESIS DE ABDOMEN		229.200
		APENDICECTOMIA	100000A	611.200
		COLECISTECTOMIA Y COLEDOCOTOMIA	100.000	764.000
		DIVERTICULO INTESTINAL DE MECKEL	100.000	764.000
		DIVERTICULO DE COLON	100.000	764.000
		GASTRECTOMIA SUBTOTAL	200.000	1.528.000
		GASTRECTOMIA TOTAL	200.000	1.528.000
		HERNIA CRURAL SIMPLE	100.000	764.000
		HERNIA CRURAL DOBLE	100.000	764.000
		HERNIA INGINAL SIMPLE	100.000	764.000
		HERNIA INGUINAL DOBLE	100.000	764.000
		HERNIA UMBILICAL	80.000	611.200
		PLASTIA DE PARED DE ABDOMEN	100.000	764.000
		VAGUECTOMIA CON PILOROPLASTIA	150.000	1.146.000
		HERNIA HIATAL	200.000	1.528.000
		LAPAROTOMIA EXPLORADORA POR TRAUMA O HERIDA	150.000	1.146.000
		LAPAROTOMIA PARA DIAGNOSTICO OBIOPSIA	100.000	764.000
		ULCERA PEPTICA PERFORADA	200.000	1.528.000
		TIROIDECTOMIA SUBTOTAL	150.000	1.146.000
		TIROIDECTOMIA RADICAL	150.000	1.146.000
		DRENAJE ABSESO HEPATICO (LAPAROTOMIA)	200.000	1.528.000
		COLOSTOMIAS	200.000	1.528.000
		ESOFAGECTOMIA PLASTIA GASTRICA O COLICA	300.000	2.292.000
		ESPLENECTOMIA	150.000	1.146.000
		DIVERTICULO ESOFAGO CERVICAL	250.000	1.910.000
		ESOFAGO COLOPLASTIA	500.000	3.820.000
		ESOFAGO GASTRECTOMIA	400.000	3.056.000
		PACREATECTOMIA	500.000	3.820.000
		GASTROSTOMIA	100.000	764.000
		RESECCION INTESTINAL POR OCLUSION	300.000	2.292.000
		RESECCION DE COLON	300.000	2.292.000
		DRENAJE DE ABSESO G. BARTOLINO	80.000	611.200
		CAUTERIZACION BIOPSIA DE CUELLO		122.240
5: CIRUGIA POR ESPECIALID.	1: GINECO OBSTE TRICIA	EXTIRPACION DE POLIPO CERVICAL		152.800
		QUISTE DE LOS LABIOS (EXTIRPACION QUIRURGICA)		229.200
		QUISTE DE OVARIOS (EXTIRPACION QUIRURGICA)	100.000	458.400
		EMBARAZO EXTRAUTERINO	100.000	764.000
		HISTERECTOMIA ABDOMINAL	150.000	1.146.000

RECUPERACION DE COSTOS PROYECTO DE AUTEGESTION PARA HOSPITALES DEL MSP			CALCULO DE RECUPERAC. COSTOS PARA HOSPITALES	FECHA FEBRERO DEL 2000
SMV. S/. 96.000			AÑO BASE 1996	
CLASE	GRUPO	ACTIVIDAD	AGOSTO 1.996	
		MASTECTOMIA PARCIAL	150.000	1.146.000
		MASTECTOMIA TOTAL	150.000	1.146.000
		LIGADURA DE TROMPAS	100.000	764.000
		HISTERECTOMIA RADICAL POR CA	150.000	1.146.000
		HITERECTOMIA VAGINAL	100.000	764.000
		COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR	100.000	764.000
		FISTULECTOMIA VESICO O RECTO VAGINAL	150.000	1.146.000
	2: OFTALMOLOGIA	ENTROPION Y ECTROPION	100.000	764.000
		HERIDA CONJUNTIVAL (REPARACION)	100.000	764.000
		PARACENTESIS CORNEAL	80.000	611.200
		SUTURA DE CORNEA	100.000	764.000
		EXTRACCION C EXTRA O INTERIOR OJO		764.000
		EXTRACCION C. EXTRA O CORNEA CONJUNTIVA	100.000	764.000
		TRATAM. CONSERVADOR DE VIAS LAGRIMALES	100.000	764.000
		PTERIGIUM (EXTIRPACION QUIRURGICA)		764.000
		CIRUGIA DE ESTRABISMO	100.000	764.000
		DESPRENDIMIENTO DE RETINA	200.000	1.528.000
		EXTIRPACION DE TUMORES DE ORBITA	150.000	1.146.000
		EXTRACCION DE CATARATA	150.000	1.146.000
		ENUCLACION DEL OJO	100.000	764.000
		INJERTO DE CORNEA	150.000	1.146.000
		OPERACION DE GLAUCOMA	100.000	764.000
		FOTOCOAGULACION	100.000	764.000
	3: OTORRINO LARINGOLO GIA	ESTAPEDECTOMIA	100.000	764.000
		VACIADO CERVICAL+LARINGUECTOMIA	200.000	1.528.000
		EXTIRPACION DE POLIPO NASAL		611.200
		ABSESOS TONSILARES (DRENAJE)		611.200
		TIMPANOPLASTIA	150.000	1.146.000
		TIMPANOPLASTIA+MASTOIDECTOMIA	150.000	1.146.000
		OPERACION DE SENOS PARANASALES	100.000	764.000
		SEPTOPLASTIA	100.000	764.000
		SEPTORRINOPLASTIA	100.000	764.000
		ADENOIDECTOMIA	80.000	611.200
		PAROTIDECTOMIA	80.000	611.200
		AMIGDALECTOMIA	100.000	764.000
		DESCOMPRESION DE NERVIOS FACIALES	150.000	1.146.000
		LARINGUECTOMIA	150.000	1.146.000
		MASTOIDECTOMIA	150.000	1.146.000
		MICROCIRUGIA LARINGUEA	150.000	1.146.000
		COLOCACION DE TUBOS VENTILACION OIDO	80.000	611.000
		LAVADO DE SENOS MAXILARES		611.000
		CIRUGIA DE NEURINOMAS	100.000	764.000
CIRUGIA	PEDIATRICA	CIRCUCISION (ANESTESIA GENERAL)	100.000	764.000
	UROLOGIA	CISTOSTOMIA	200.000	1.528.000
		EPIDIDIMECTOMIA	150.000	1.146.000
		HIDROCELE	80.000	611.000
		VARICOCELE	100.000	764.000
		VASECTOMIA		764.000
		PLASTIA DE URETRA	200.000	1.528.000
		PLASTIA HIPOSPODIAS (TODAS LAS ETAPAS)	200.000	1.528.000
		PROSTATECTOMIA (SUPRAPUBICA, TRASSURETRAL)	200.000	1.528.000
		NEFRECTOMIA	250.000	1.910.000
		NEFROSTOMIA	200.000	1.528.000
		ORQUIDECTOMIA	100.000	764.000
		ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	100.000	764.000
		EXTRACCION DE CALCULO RENAL	100.000	764.000
		CISTECTOMIA CISTECTOMIA PARCIAL	250.000	1.910.000
		CISTECTOMIA TOTAL	300.000	2.292.000
		PLASTIA DE URETER	150.000	1.146.000
		FULGURACION DE TUMOR VESICAL	100.000	764.000
	5: NEFROLOGIA	BIOPSIA RENAL	100.000	764.000
		CITOTRANSFUSION CON RINION ARTIFICIAL (DIALISIS)		611.200

RECUPERACION DE COSTOS PROYECTO DE AUTEGESTION PARA HOSPITALES DEL MSP			CALCULO DE RECUPERAC. COSTOS PARA HOSPITALES	FECHA FEBRERO DEL 2000
SMV. S/. 96.000			AÑO BASE 1996	
CLASE	GRUPO	ACTIVIDAD	AGOSTO 1.996	
		FISTULA ARTERIO VENOSA (FISTULECTOMIA)		764.000
		TRANSPLANTE RENAL COMPLETO	300.000,0	2.292.000
	6., PROCTOLOGIA	DRENAJE DE ABSECESO ANO PARIETAL	100.000,0	764.000
		FISTULECTOMIA	150.000,0	1.146.000
		HEMORROIDECTOMIA	100.000,0	764.000
		POLIPECTOMIA ALTA	100.000,0	764.000
		EXTRACCION C. EXTRA O	100.000,0	764.000
			REPARACION DE PROLAPSO RECTAL (CERCLAJE)	100.000,0
		QUISTE PILONIDAL (EXTRACCION QUIRURGICA)	80.000	611.200
		FISURECTOMIA	80.000	611.200
		PLASTIA RECTO VAGINAL	200.000	1.528.000
		RESECCIONES COLONICAS CON COLOSTOMIA	250.000	1.910.000
		RESECCIONES RESECCIONES ABDOMINO PERINEALES	300.000	2.292.000
		DRENAJE DE ABSESOS PARARECTAL	100.000	764.000
		AMPUTACION RADICAL DEL RECTO	300.000	2.292.000
		ESLEROS HEMORROIDALES	50.000	382.000
		TROMBECTOMIA	50.000	382.000
	7: CIRUGIA REPARADORA	INJERTOS		611.200
		LIMPIEZA QUIRURGICA + INJERTOS	100.000	764.000
		GRANDES PERDIDAS PARTES BLANDAS DE MANO REPAR.	100.000	764.000
		COLGAJOS CRUZADOS DE PIERNAS	150.000	1.146.000
		MIOCUTANEO	100.000	764.000
		EN ISLA	80.000	611.200
		MICROQUIRURGICO	100.000	764.000
		SINDACULIA PLASTIA	80.000	611.200
		LIMPIEZA QUIRURGICA DE 2 Y 3 GRADO	100.000	764.000
		EXTIRPACION DE TUMORES PIEL Y ANEXOS (PEQ)		611.200
		EXTIRPACION DE TUMORES PIEL Y ANEXOS (MED)	80.000	611.200
		EXTIRPACION TUMORES Y ANEXOS (GRN)	100.000	764.000
		REPARACION PEQUENAS BLANDAS DE CARA		611.200
		REPARACION GRANDES P.BLANDAS DE CARA	100.000	764.000
		RECONSTRUCCION P.BLANDAS NARIZ, OREJA	100.000	764.000
		RECONSTRUCCIONES GRANDES	150.000	1.146.000
	8: CIRUGIA CARDIO TORACICA	COLOCACION MARCAPASO DEFINITIVO		764.000
		COARTACION DE AORTA RESECCION ENJERTO	500.000	3.820.000
		COMISUROTOMIA MITRAL Y DOBLE LESION AORTICA	500.000	3.820.000
		COMUNICACION INTERAURICULAR (CERRAMIENTO)	300.000	2.292.000
		COMUNICACION INTERVENTRICULAR (CERRAMIENTO)	300.000	2.292.000
		DOBLE CAMBIO DE VALVULA	500.000	3.820.000
		CERRAMIENTO DUCTO ARTERIOVENOSO	250.000	1.910.000
		ESTENOSIS AORTICA (CORRECCION QUIRURGICA)	500.000	3.820.000
		ESTENOSIS PULMONAR INFUNDIBULAR (CORRECCION QUIRURGICA)	500.000	3.820.000
		ESTENOSIS PULMONAR VALVULAR (CORRECCION QUIRURGICA)	500.000	3.820.000
		ESTENOSIS TRICUSPIDEA (CORRECCION QUIRURGICA)	500.000	3.820.000
		INSUF. AORTICA O DOBLE LESION AORTICA (CORRECCION QUIRURGICA)	600.000	4.584.000
		INSUF. MITRAL O DOBLE LESION MITRAL (CORRECCION QUIRURGICA)	600.000	4.584.000
		INSUF. TRICUSPIDEA O DOBLE LESION MITRAL (CORRECCION QUIRURGICA)	500.000	3.820.000
		LOBECTOMIA	300.000	2.292.000
		NEUMONECTOMIA	300.000	2.292.000
		REVASCULARIZACION MIOCARDIACA (BY PASS)	500.000	3.820.000
		TETRALOGIA DE FALLOT (CORRECCION QUIRURGICA)	600.000	4.584.000
		TRANSPOSICION DE G. VASOS DE LA BASE (CORRECCION QUIRURGICA)	600.000	4.584.000
		TRILOGIA DE FALLOT (CORRECCION QUIRURGICA)	600.000	4.584.000
		TRIPLE CAMBIO DE VALVULA	500.000	3.820.000
		TC DE 4 SEMILLA TURCA CORONAL SIMPLE Y CONT.	100.000	764.000
		TC DE SEMILLA TURCA SAGITAL SIMPLE Y CONTRAST.	100.000	764.000
		TC DE COLUMNA VERTEBRAL	100.000	764.000
		HERNIA DE DISCO	100.000	764.000
		TUMORES MODULARES /C.CONTRASTE (CONTRASTE)	100.000	764.000
		TC DE LARINGE	100.000	764.000
		TC DE NASOFARINGE	100.000	764.000
		TC DE SENOS DE LA CARA	100.000	764.000

RECUPERACION DE COSTOS PROYECTO DE AUTEGESTION PARA HOSPITALES DEL MSP			CALCULO DE RECUPERAC. COSTOS PARA HOSPITALES	FECHA FEBRERO DEL 2000
SMV. S/. 96.000			AÑO BASE 1996	
CLASE	GRUPO	ACTIVIDAD	AGOSTO 1.996	
		TC DE PULMONES SIMPLE	100.000	764.000
		TC DE PULMONES CONTRASTADO	100.000	764.000
		TC DE MEDIASTINO SIMPLE	100.000	764.000
		TC DE MEDIASTINO CONTRASTADO	100.000	764.000
	4:	CAPTACION DE TIROIDES Y GAMMAGRAFIA	100.000	764.000
	MEDICINA	PESQUISA DE METASTASIS DE TIROIDES	100.000	764.000
	NUCLEAR	GAMMAGRAFIA DE TIROIDES CON TECNECIO	100.000	764.000
		GAMMAGRAFIA DE HIGADO Y BAZO	100.000	764.000
		GAMMAGRAFIA DE RINONES	100.000	764.000
		GAMMAGRAFIA DE CEREBRO	100.000	764.000
		GAMMAGRAFIA DE VIAS BILIARES	100.000	764.000
		GAMMAGRAFIA PULMONAR	100.000	764.000
		GAMMAGRAFIA OSEA SEGMENTACION	100.000	764.000
		GAMMAGRAFIA DE CUERPO ENTERO	100.000	764.000
		CISTERNO CENTELLOGRAFIA	150.000	1.146.000
		P.ESFUERZO/PROFOSFATOS, TC99(PPOOL SANG	100.000	764.000
		P.ESFUERZO CONTALLO 201	100.000	764.000
VIII	1.TRAUMA	FRACTURAS HUNDIDAS SIN LESION DURAMADRE	100.000	764.000
NEURO	TISMO	FRACTURAS HUNDIDAS CON LESION DURAMADRE	100.000	764.000
CIRUGIA	CRANEAL	HEMATOMA EXTRADURAL	100.000	764.000
		HEMATOMA SUBDURAL AGUDO	150.000	1.146.000
		HEMATOMA SUBDURAL CRONICO	150.000	1.146.000
		HIGROMA SUBDURAL	150.000	1.146.000
		HEMATOMA INTRAPARENQUIMATOSO	150.000	1.146.000
		HEMATOMAS MIXTOS (COMBINACIONES)	150.000	1.146.000
		FISTULA DE LCR	150.000	1.146.000
		CRANEOPLASTIA ACRILICA	100.000	764.000
	2.TUMORES	NEOPLASIA SUPRATENTORIAL	200.000	1.528.000
		NEOPLACIA TENTORIAL	200.000	1.528.000
		NEOPLACIA INFRATENTORIAL	200.000	1.528.000
		NEOPLACIA DE REG.PINEAL.	300.000	2.292.000
		NEOPLACIA DE ANGULO PONTO.CEREBELOSO	300.000	2.292.000
		NEOPLACIA HIPOFISARIA (SUBFRONTAL)	300.000	2.292.000
		NEOPLACIA HIPOFISARIA (TRANSESEFENOIDAL)	300.000	2.292.000
		NEOPLACIA INTRAVENTRICULAR	300.000	2.292.000
		BIOPSIA	100.000	764.000
		NEOPLACIA OSEA SIN CRANEOPLASTIA ACRILICA	100.000	764.000
		NEOPLACIA OSEA CON CRANEOPLASTIA	150.000	1.146.000
	3.INFEC	LIMPIEZA QUIRURGICA DE PARTES BLANDAS	100.000	764.000
	CIONES	LIMPIEZA QUIRURGICA OSEA	100.000	764.000
		EMPIEMA SUBDURAL	150.000	1.146.000
		ABSCESO CEREBRAL	200.000	1.528.000
		QUISTES PARASITARIOS SUPRATENTORIALES	200.000	1.528.000
		QUISTES PARASITARIOS DEL IV VENTRICULO	200.000	1.528.000
	4.HIDRO-	DERIVACION VENTRICULO-ATRIAL Y/O PERITONIAL	100.000	764.000
	CEFALIA	REVISION DE DERIVACION	100.000	764.000
		CAMBIO PARCIAL DERIV: CATETER PROXIMAL	100.000	764.000
		CAMBIO PARCIAL DERIV: CATETER DISTAL	100.000	764.000
		CAMBIO PARCIAL DERIV:SEGMENTO INTERMEDIO	100.000	764.000
		CAMBIO TOTAL DE DERIVACION	100.000	764.000
		VENTRICULOSTOMIA EXTERNA	100.000	764.000
		CATETER DE OMAVA O SIMILARES	150.000	1.146.000
	5.VASCU-	CIRUGIA DE ANEURISMA	400.000	3.056.000
	LARES	CIRUGIA DE MALFORMACION AV CEREBRAL	400.000	3.056.000
		CIRUGIA DE MALFORMACION AV ESPINAL	400.000	3.056.000
	6.LESIO-	QUISTES SIRNGOMIELICOS	200.000	1.528.000
	NES CON	MENINGOCELE (CORRECCION QUIRURGICA)	100.000	764.000
	GENITAS	MIELOMENINGOCELE (CORRECCION QUIRURGICA)	200.000	1.528.000
		CRANEOSINOSTOSIS (CORRECCION QUIRUG.)	500.000	3.820.000
		MALFORMACIONES CRANEOFACIALES (CO.QUIRUG.)	400.000	3.056.000
	7.CIRUGIA	NEUROLISIS	100.000	764.000
	DE NER-	MICRONEUROLISIS	100.000	764.000

RECUPERACION DE COSTOS PROYECTO DE AUTEGESTION PARA HOSPITALES DEL MSP			CALCULO DE RECUPERAC. COSTOS PARA HOSPITALES	FECHA FEBRERO DEL 2000
SMV. S/. 96.000			AÑO BASE 1996	AGOSTO 1.996
CLASE	GRUPO	ACTIVIDAD		
	VIOS PE RIFERICOS	TRANSPLANTE DE NERVIOS	100.000	764.000
		EXPLORACION DE PLEXO BRANQUIAL	150.000	1.146.000
		EXPLORACION DE PLEXO LUMBO-SACRO	150.000	1.146.000
	8.BIOPSIA (INCLUIDO MEDIOS DE CONTRASTE)	BIOPSIA DE NERVIOS		764.000
		ABDOMEN TRES POSICIONES	50.000	382.000
		ESOFAGO	50.000	382.000
		SERIE ESOFAGO GASTRO DUODENAL	80.000	611.200
		TRANSITO INTESTINAL	80.000	611.200
		ENEMA DE BARIO+DOBLE CONTRASTE	50.000	382.000
		DUODENOGRAMIA HIPOTONICA	50.000	382.000
		COLANGIOGRAFIA IV +CONTRASTE	80.000	611.200
		COLECISTOGRAFIA ORAL +CONTRASTE	80.000	611.200
		COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA	80.000	611.200
		COLANGIOGRAFIA POST-OPERATORIA	50.000	382.000
		COLANGIOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA	80.000	611.200
		ESPLENOPTOROGRAFIA	100.000	764.000
		APARATO URO-GENITAL		-
		CISTOGRAFIA	80.000	611.200
		URETRO-CISTOGRAFIA	80.000	611.200
		UROGRAFIA EXCRETORA	80.000	611.200
		UROGRAFIA POR DILUCION	80.000	611.200
		NEFROTOMOGRAMIA SIN CONTRASTE	50.000	382.000
		PIELOGRAFIA RETROGRADA	50.000	382.000
		HISTEROSALPINGOGRAFIA	50.000	382.000
		PELVICEFALOMETRIA	50.000	382.000
		TORAX:		-
		TORAX UNA POSICION		76.400
		TORAX DOS POSICIONES	20.000	152.800
		TORAX TRES POSICIONES	20.000	152.800
		TORAX CUATRO POSICIONES	20.000	152.800
		TEMOGRAFIA PULMONAR	20.000	152.800
		MASTOGRAFIA UNILATERAL	10.000	76.400
		MASTOGRAFIA BILATERAL	10.000	76.400
		BRONCOGRAFIA	80.000	611.200
		COLUMNA:		-
		COLUMNA CERVICAL AP Y LATERAL	10.000	76.400
		CERVICO FUNCIONAL AP Y TRES LATERALES	10.000	76.400
		DORSAL AP Y LATERAL	10.000	76.400
		LUMBAR AP Y LATERAL	10.000	76.400
		LUMBAR 4 POSIC. (AP LATERAL Y OBLICUOS)	20.000	152.800
		MIELOGRAFIA	80.000	611.200
		RADICULOGRAFIA	80.000	611.200
		CABEZA:		-
		CRANEO DOS POSICIONES	10.000	76.400
		CRANEO TRES POSICIONES	10.000	76.400
		CRANEO LATERAL TELE	10.000	76.400
		SILLA TURCA-ESTUDIO SIMPLE	10.000	76.400
		FORAMENOPTICO	20.000	152.800
		TOMOGRAMIA DE CRANEO 4 CORTES	20.000	152.800
		PLACA ADICIONAL		45.840
		OIDOS UNILATERAL SCHULLERS S.III TRANS.	10.000	76.400
		OIDOS BILATERALSCHULLERS S. III TRANS.	10.000	76.400
		TOMOGRAMIA DE OIDOS CIU 6 CORTES	20.000	152.800
		ARTICULACION TEMPORO MAXILAR 3 POSICIONS	10.000	76.400
		ORBITA DOS PLACAS	10.000	76.400
		ORBITA PLACA ADICIONAL		76.400
		MASTOIDES UNILATERAL	10.000	76.400
		HUESOS FACIALES DOS POSICIONES	10.000	76.400
		HUESOS FACIALES TRES POSICIONES	10.000	76.400
		HUESOS PROPIOS FRONTAL Y LATERAL	10.000	76.400
		MAXILAR INFERIOR TRES POSICIONES	10.000	76.400
		SENOS PARANASALES TRES POSICIONE	20.000	152.800

RECUPERACION DE COSTOS PROYECTO DE AUTEGESTION PARA HOSPITALES DEL MSP		CALCULO DE RECUPERAC. COSTOS PARA HOSPITALES	FECHA FEBRERO DEL 2000	
SMV. S/. 96.000		AÑO BASE 1996	AGOSTO 1.996	
CLASE	GRUPO	ACTIVIDAD		
		CAVUM	10.000	76.400
		SIALOGRAFIA	20.000	152.800
		CLAVICULA	10.000	76.400
		HOMBRO UNA POSICION	10.000	76.400
		HOMBRO DOS POSICIONES	10.000	76.400
		HOMBRO TRES POSICIONES	10.000	76.400
		HOMBRO BILATERAL(UNA PLACA)	10.000	76.400
		BRAZO AP Y LATERAL	10.000	76.400
		CODO AP Y LATERAL	10.000	76.400
		ANTEBRAZO AP Y LATERAL	10.000	76.400
		MANO AP Y LATERAL	10.000	76.400
		DEDOS AP Y LATERAL	10.000	76.400
		EDAD OSEA DOS PLACAS	10.000	76.400
		EXTREMIDADES INFERIORES:		76.400
		PELVIS UNA POSICION	10.000	76.400
		CADERA DOS POSICIONES	10.000	76.400
		CADERA 3 POSIC.(INFANTIL) UNA PLACA	20.000	76.400
		MUSLO AP Y LATERAL	10.000	76.400
		RODILLA AP Y LATERAL	10.000	76.400
		PIERNA AP Y LATERAL	10.000	76.400
		TOBILLO AP Y LATERAL	10.000	76.400
		PIE AP Y LATERAL	10.000	76.400
		CALCANEO	10.000	76.400
		ESCANOGRAMA	30.000	229.200
		NEUMOARTROGRAFIA	20.000	152.800
		ANGIOGRAFIA CAROTIDEA UN LADO	100.000	76.400
		ANGIOGRAFIA CAROTIDEA BILATERAL	100.000	76.400
		ANGIOGRAFIA VERTEBRAL UNILATERAL	100.000	76.400
		PANANGIOGRAFIA CEREBRAL	100.000	76.400
		AORTOGRAFIA TORAXICA	80.000	611.200
		ARTERIOGRAFIA PULMONAR	80.000	611.200
		CAVOGRAFIA	80.000	611.200
		ARTERIOGRAFIA HEPATOESPLENICA	80.000	611.200
		ARTERIOGRAFIA MESENTERICA	80.000	611.200
		AORTOGRAFIA ABDOMINAL	80.000	611.200
		ARTERIOGRAFIA RENAL UNILATERAL	80.000	611.200
		ARTERIOGRAFIA DE UN MIEMBRO SUP.O INFER.	80.000	611.200
		FLEBOGRAFIA DE UN MIEMBRO SUP O INFERIOR	60.000	458.000
		ARTERIGRAF. AORTOFEMORAL BILATERAL	80.000	611.200
		FLEBOGRAFIA BILAT.MIEMBROS INFERIORES	60.000	458.000
		CATETERISMO CARDIACO UNILATERAL	100.000	764.000
		CATETERISMO CARDIACO BILATERAL	100.000	764.000
		CINECORONARIOGRAFIA	200.000	1.528.000
		MISCELANEO:		-
		RADIOGRAFIA CON EQUIP.PORTAT.CADA PLACA	20.000	152.800
		FISTULOGRAFIA	20.000	152.800
		LINFOGRAFIA DOS MIEMBROS	100.000	764.000
		TOMOG.TILIN.TORAX.ABDOM.PELV.COL.VERT.C\PLACA	20.000	152.800
		TOMOGRAFIA LIN.CRANEO C\PLACA	20.000	152.800
	2.ECOSOONO D1	ECOGRAFIA CARDIACA	20.000	152.800
	GRAFIA	ECOGRAFIA CON DOPPLER	30.000	229.200
		ECOGRAFIA ABDOMEN SUPERIOR	20.000	152.800
		ECOGRAFIA PELVICA (UTERO Y ANEXOS)	20.000	152.800
		ECOGRAFIA OBSTETRICA	20.000	152.800
		ECOGRAFIA DE EXTREMIDADES	20.000	152.800
		ECOGRAFIA TRANSFONTANELAR	20.000	152.800
		ECOGRAFIA PEDIATRICA GENERAL	20.000	152.800
		ECOG.PEQ.PARETILOG.G.SAL.MAM.PROST.TEST.	20.000	152.800
	3.TOMOGR	CRANEO SIMPLE	20.000	152.800
	FIA COMPUTA	CRANEO CONTRASTADO Y SIMPLE	30.000	229.200
	RIZADA	CRANEO CORONAL	30.000	229.200
		CRANEO SAGITAL DIRECTA	30.000	229.200

RECUPERACION DE COSTOS PROYECTO DE AUTEGESTION PARA HOSPITALES DEL MSP		CALCULO DE RECUPERAC. COSTOS PARA HOSPITALES	FECHA FEBRERO DEL 2000
SMV. S/. 96.000		AÑO BASE 1996	AGOSTO 1.996
CLASE	GRUPO	ACTIVIDAD	
		CISTERNOGRAFIA MEDIO POSITIVO(SIN CONTR)	30.000 229.200
		CISTERNOGRAFIA MED.NEG(SIN CONTRASTE)	30.000 229.200
		TC DE OIDO	30.000 229.200
		TC DE ORBITAS	30.000 229.200
		VENTRICULO O TOMOG.COMP\METRIZ.(SIN CONTR)	30.000 229.200
		TCDE SILLA TURCA AXIAL SIMPLE Y CONTRAST.	30.000 229.200
	5: ANATOMO PATOLOGIA	AUTOPSIA TOTAL ESTUDIO MACROSCOPICO	100.000 764.000
		AUTOPSIA TOTAL ESTUDIO MICROSCOPICO	100.000 764.000
		BIOPSIA	30.000 229.200
		BIOPSIA DE HIGADO	40.000 305.600
		LAB.CLIN.(CITOBACTERIOLOGICO)	30.000 229.200
		CITOLOGIA EXTRAGENITAL	30.000 229.200
		CITOLOGIA VISCERAL (PAPANICOLAOU)	20.000 152.800
		FORMALIZACION	80.000 611.200
		EXAMEN CON BLOQUE MEDULA OSEA	80.000 611.200
		ASPIRACION MEDULA OSEA	80.000 611.200
		SECCION CONGELADA DE HUESO	50.000 382.000
		BIOPSIAS GRANDES	80.000 611.200
		TECNICAS COLORACION ESPECIAL	80.000 611.200
	6: ENDOCRI NOLOGIA	PTH	10.000 76.400
		T3	10.000 76.400
		T4	10.000 76.400
		TSH	10.000 76.400
		HGH	10.000 76.400
		LH	10.000 76.400
		FSH	10.000 76.400
		PROLACTINA	10.000 76.400
		ESTIRIOL	10.000 76.400
		ESTRADIOL	76.400
		PROGESTERONA	10.000 76.400
		TESTOSTERONA	10.000 76.400
		INSULINA	10.000 76.400
		CORTISONA	10.000 76.400
		HCG	10.000 76.400
		PREGNANDIOL	10.000 76.400
		47 KETOESSTEROIDES	10.000 76.400
		17 HIDROXICORTICOIDES	10.000 76.400
		TIROGLOBULINA	10.000 76.400
		FOLATO	10.000 76.400
		B12	10.000 76.400
		PARATOHORMONA	10.000 76.400
		CATECOLAMINAS	10.000 76.400
		RENINA PLASMATICA	10.000 76.400
	7: ESPECIALES	ANTICUERPOS CONTRA ESPERMATOZOIDES	10.000 76.400
		TEST PARA HEPATITIS/RADIO INMUNO-ENSAYO	15.000 114.600
		ACIDO VANIL MANDELICO	15.000 114.600
		MONITOREO DROGAS (NIVELES SERIALES / PRUEBA)	15.000 114.600
		TOXOPLASMA POR ELISA	15.000 114.600
		RUBEOLA POR ELISA	15.000 114.600
		HIV	15.000 114.600
		CITOQUIMICA : PAS	15.000 114.600
		SUDAN	114.600
		ESTERASA NO ESPECIFICA C/U	15.000 114.600
		PEROXIDASA	15.000 114.600
		ANTIGENOS TISULARES PROSTATICO ESPECIFICO	15.000 114.600
		A. CARCINO-EMBRIONARIO C/U	10.000 114.600
		INMUNO FLUORESCENCIA:	10.000 114.600
		TOXOPLASMA	15.000 114.600
		RUBEOLA	15.000 114.600
		HERPES I Y II	15.000 114.600
		CITOMEGALOVIRUS	15.000 114.600
		INMUNOFUORESCENCIA DIR.EN BIOPSIA RENAL	15.000 114.600

RECUPERACION DE COSTOS PROYECTO DE AUTEGESTION PARA HOSPITALES DEL MSP			CALCULO DE RECUPERAC. COSTOS PARA HOSPITALES	FECHA FEBRERO DEL 2000
SMV. S/. 96.000			AÑO BASE 1996	
CLASE	GRUPO	ACTIVIDAD	AGOSTO 1.996	
		INMUNOFLUORESCENCIA DE BIOPSIA RENAL	15.000	114.600
		INMUNOFLUORESCENCIA DE BIOPSIA SINOVIAL	15.000	114.600
		INMUNOFLUORESCENCIA DE BIOPSIA MUSCULO	15.000	114.600
		MARCADORES ESTROGENOS Y PROGESTERONA PARA BIOPSIA DE MAMA	15.000	114.600
		APARATO DIGESTIVO:	15.000	114.600
		ABDOMEN UNA POSICION	10.000	76.400
		ABDOMEN DOS POSICIONES	10.000	76.400
		PRODUCTOS DE DEGRADACION FIBRINOGENO	15.000	114.600
		PROTEINA DE VENCE JONES(QUIMICA)	10.000	76.400
		P.C.R.(PROTEINA C REACTIVA)	10.000	76.400
		PROTEINA EN ORINA/24.11(QUIMICA)	5.000	38.200
		PROTEINAS TOTALES	5.000	38.200
		PROTOMBINA		38.200
		P.DE COOMBUS (DIRECTA)		38.200
		P.DE COOMBS INDIRECTA CUALIT		38.200
		PRUEBA DE CONCENTRACION DE ORINA (QUIM)		38.200
		PRUEBA DE DILUCION DE ORINA (QUIMICA)		38.200
		PRUEBA DE RUMPHEL LEEDH (HEMATOLOGIA)		38.200
		PRUEBA DE TROMBOPLASTINA		38.200
		PRUEBA DE AGLUTINAC FEBRIL (TIFOIDEA)C/U		38.200
		PRUEBA DE FACTOR REUMATOIDEO LATEX		38.200
		PRUEBA DE RECUENTO DE ADDIS		38.200
		PRUEBA DE RETRACCION DEL COAGULO		38.200
		PRUEBA DE SANGRE OCULTA EN HECES		38.200
		PRUEBA DE ESITROSEDIMENTACION		38.200
		TIEMPO DE COAGULACION		38.200
		TIEMPO DE HEMORRAGEA		38.200
		TIEMPO DE TROMBINA		38.200
		T.T.P		38.200
		TRIGLICERIDOS		38.200
		TEST DE GONADOTROPINAS CORIONICAS URINARIAS		38.200
		UREA		38.200
		V.D.R.L. O R.P.R FTA		38.200
		V.D.R.L CUALITATIVO		38.200
		GASTOMETRIA (5 DETERMINACIONES) C/U		38.200
	3 CARDIOLOGIA	COLOCACION DE MARCAPASOS		38.200
		ELECTROCARDIOGRAMA		38.200
		PRUEBA ERGOMETRICADE ESFUERSO		38.200
		PRUEBA ERGOMETRICA DE ESFUERZO		38.200
		MONITOREO DE HOLTER		38.200
	4 LABORATORIO CLINICO	DETERMINACION DE ACIDO URICO		38.200
		DETERMINACION DE ALBUMINA DE SUERO		38.200
		DETERMINACION DE AMILASA EN SUERO		38.200
		DETERMINACION DE ASTO		38.200
		DETERMINACION DE GLUCOSA (P.TOLERANCIA '3 MUEST)		38.200
		DETERMINACION DE BILIRUBINAS		38.200
		BIOMETRIA EMATICA		38.200
		DETERMINACION CLORURO		38.200
		DETERMINACION COLESTEROL		38.200
		COLORACION GRAM (MICROBIOLOGIA)		38.200
		COPROPARASITARIA		38.200
		COPROLOGICO		38.200
		CONSUMO DE TROMBINA		38.200
		C.P.K (CREATINFOSFOQUINASA)		38.200
		CREATININA EN SANGRE		38.200
		CONTAJE DE PLAQUETAS		38.200
		CONTAJE DE RETICULOSITOS		38.200
		CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA HONGOS		38.200
		CULTIVO T.B	15.000	114.600
		CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA DE SEC. NASAL	15.000	114.600
		CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA DE L.CR	15.000	114.600

RECUPERACION DE COSTOS PROYECTO DE AUTEGESTION PARA HOSPITALES DEL MSP		CALCULO DE RECUPERAC. COSTOS PARA HOSPITALES	FECHA FEBRERO DEL 2000
SMV. S/. 96.000		AÑO BASE 1996	AGOSTO 1.996
CLASE	GRUPO	ACTIVIDAD	
		CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA DE ESPUTO	15.000 114.600
		CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA DE SEC. FARINGEA	15.000 114.600
		CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA DE SEC GENITAL	15.000 114.600
		CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA SEC CONJUNTIVAL	15.000 114.600
		CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA DE ORINA	15.000 114.600
		CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA SANGRE (AEROBICOS)	15.000 114.600
		ELECTROLITOS (ELECTRODO SELECTIVO)C/U	15.000 114.600
		ELEMENTAL Y MICROSCOPICO DE ORINA (EMO)	5.000 38.200
		ESPEMATOGRAMA	5.000 38.200
		ESPERMATOPROSCOPIA POST COITO	5.000 38.200
		ESTUDIO DE MEDULA OSEA (EMATOLOGIA)	10.000 76.400
		FIBRINOGENO	5.000 38.200
		FOSFATASA ACIDA TOTAL	5.000 38.200
		FOSFATASA ACIDA FRACCION PROSTATICA	5.000 38.200
		FOSFATASA ALCALINA	5.000 38.200
		FRONS CONCENTRACION DE BAAR (MICROBIOL)	5.000 38.200
		FRONS TINCION HONGOS MICROBIOLOGIA	8.000 61.120
		CONTAJE DE GLOBULOS BLANCOS	5.000 38.200
		CONTAJE DE GLOBULOS ROJOS	5.000 38.200
		GLUCOSA EN SANGRE (BIOQUIMICO)	8.000 61.120
		G.P.T TRANSAMINASA	10.000 76.400
		G.O.T TRNSAMINASA	10.000 76.400
		G & T	10.000 76.400
		GRUPO SANGUINEO Y RH (TIPIFICACION)	8.000 61.120
		HEMATOCRITO	5.000 38.200
		HEMAGLOBINA	5.000 38.200
		HIERRO SERICO	5.000 38.200
		INMUNO SUERO PROTEINAS HEMAGLUTINAC INDIR	5.000 38.200
		INVESTIGACION DE LEISHMANIA	10.000 30.560
		INVESTIGACION DE PLASMODIUM	10.000 30.560
		D.H.L (LACTATO DE HIDROGENASA) BIOQUIMICO	5.000 38.200
		LIPASA	5.000 38.200
		LIPIDOGRAMA ELECTROFORETICO	10.000 76.400
		LIPIDOS TOTALES	10.000 76.400
		L.C.R (LIQUIDO CEFALO RAQUIDEO BIOQUIMICA)	10.000 76.400
		SACRO	10.000 76.400
		PELVIS	10.000 76.400
		PIERNE (DOS HUESOS)	10.000 76.400
		TARSO	10.000 76.400
		TIBIA	10.000 76.400
		METACARPIO	10.000 76.400
		METATARSO	10.000 76.400
		OLECRONON	10.000 76.400
		ESCAPULA	76.400
		ESTERNON	76.400
		TOBILLO	229.200
		CADERA	1.222.400
		CLAVICULA	152.800
		FEMUR	916.800
		BRAZO	458.400
		ANTEBRAZO (DOS HUESOS)	611.200
		ANTEBRAZO (UN HUESO)	305.600
		ROTULA	229.200
		FALANGE DEL DEDO	122.240
		FRACTURA DE COLLES	305.600
		MANDIBULA DE MAXILAR SUPERIOR	611.200
		MANDIBULA DE MAXILAR INFERIOR	458.400
		COSTILLA (DOS O MAS)	152.800
		SACRO	305.600
		PELVIS	1.069.600
		PIERNA (DOS HUESOS)	611.200
		TARSO	183.360

RECUPERACION DE COSTOS PROYECTO DE AUTEGESTION PARA HOSPITALES DEL MSP			CALCULO DE RECUPERAC. COSTOS PARA HOSPITALES	FECHA FEBRERO DEL 2000
SMV. S/. 96.000			AGOSTO 1.996	
CLASE	GRUPO	ACTIVIDAD		
		TIBIA		61.120
		METACARPIO		152.800
		METATARSO		152.800
		OLECRANON		183.360
		ESCAPULA		382.000
		ESTERNON		229.200
		TOBILLO		458.400
		REDUCCION FACIL CON ANESTESIA		458.400
		REDUCCION MAYOR BAJO ANESTESIA		1.069.600
VI EXAMENES ESPECIAL	I ENDOSCO PIAS	CISTOSCOPIA URETRAL SIMPLE		61.120
		CITOSCOPIA CON CATETERISMO DE URETERES		122.240
		ENTEROSCOPIA		382.000
		DUODENOSCOPIA		382.000
		ESOFAGOSCOPIA CADA SESION		122.240
		ESTRACCION CUERPOS EXTRATOS		122.240
		ESTRACCION C. EXTRA OS/ANASTESIA GENERAL		229.200
		PAPILOTOMIA ENDOSCOPIA		152.800
		RECTOSIGMOIDEOSCOPIA		382.000
		PERITONEOSCOPIA		229.200
		BIOPSIA T. DIGESTIVO ENDOSCOPIA ALTA		382.000
		COLONOSCOPIA		382.000
		DILATAACION ESOFAGO/ANASTESIA LOCAL		45.840
	2 OTORINO LARINGO CIRUGIA BASCULAR	AUDIOMETRIA		61.120
		AUDIOMETRIA DE RESPUESTAS EVOCADAS	15.000	114.600
		AORTAILIACA (INGERTO O RECONSTRUCCION)	300.000	2.292.000
		CAROTIDA Y VERTEBRALES CADA LADO	300.000	2.292.000
		FEMORALES POPLITEA CADA LADO	200.000	1.528.000
		IMPLANTACION DE FILTROS	200.000	1.528.000
		LIGADURA CAVA INFERIOR	200.000	1.528.000
		SAFENECTOMIA CADA LADO	100.000	764.000
		SIMPATECTOMIA ESTELAR CADA LADO	200.000	1.528.000
		SINPATECTOMIA LUMBAR CADA LADO	200.000	1.528.000
		TROMBECTOMIAS AORTA ILIACA	200.000	1.528.000
		TROMBECTOMIAS FEMORAL O POPLITEA	200.000	1.528.000
		TROMBECTOMIAS POPLITEA TIBIAL	200.000	1.528.000
	10 CIRUG TRAUMA TOLOGI CA Y ORTOPE DIA	ARTRODESIS DE: LA MUECA.TOBILLO.PIE	100.000	764.000
		ARTRODESIS DE:HOMBRO/CODO/SACROIL/RODILLA	100.000	764.000
		ARTRODESIS DE:CADERA	200.000	1.528.000
		DISCO INTERVERTEBRAL HERNIA PLASTIA	300.000	2.292.000
		AMPUTACION DE DEDO DE LA MANO O PIE	100.000	764.000
		AMPUTACION DE : LA PIERNA O MUSLO	100.000	764.000
		AMPUTACION :MANO,MUÑECA,ANTEBRAZO,BRAZO	100.000	764.000
		OSTEOMIELITIS AGUDA, INCISION Y DRENAJE	100.000	764.000
		CIRUGIA DE TENDONES (ALARGAMIENTO)	150.000	1.146.000
		DRENAJE DE PEQUEÑAS ARTICULACIONES	100.000	764.000
		ARTRODESIS ANTERIOR DE LA COLUMNA LUMBAR	300.000	2.292.000
		ARTRODESIS ANTERIOR DE LA COLUMNA CERVICAL	400.000	3.056.000
		ARTRODESIS ANTERIOR COLUMNA TIPO HARRINGTON	400.000	3.056.000
		ARTROPLASTIA PARCIAL DE CADERA	300.000	2.292.000
		ARTROPLASTIA DE HOMBRO,CODO CADERA RODILLA	200.000	1.528.000
		ASTRAGALECTOMIA	100.000	764.000
		DESARTICULACION DE CADERA U HOMBRO	100.000	764.000
		ESCISION SINOVIAL GRANDE 8000	100.000	764.000
		ESCISION SINOVIAL PEQUEÑA		764.000
		MENISECTOMIA DE CADA RODILLA	100.000	764.000
		OPERACION DE HALLUX VALGUS SIMPLE		764.000
		OPERACION DE HALLUX VALGUS COMPLEJA	80.000	611.200
		OPERACION DE SMITH PETERSON(SACRO ILIACA)	200.000	1.528.000
		OSTIOMELITIS TRANSPLANTE	100.000	764.000
		OSTEOSINTESIS CUELLO DE FEMUR	200.000	1.528.000
		PLASTIAS DEDOS DE MANO (CADA DEDO)	100.000	764.000
		PLASTIAS LIGAMENTO DE TOBILLO	100.000	764.000

RECUPERACION DE COSTOS PROYECTO DE AUTEGESTION PARA HOSPITALES DEL MSP		CALCULO DE RECUPERAC. COSTOS PARA HOSPITALES	FECHA FEBRERO DEL 2000
SMV. S/. 96.000		AÑO BASE 1996	AGOSTO 1.996
CLASE	GRUPO	ACTIVIDAD	
		PLASTIAS LUXACION CONGENITA DE CADERA	100.000 764.000
		PLASTIAS DE VARO EQUINO (CADA UNO)	100.000 764.000
		PLASTIAS ROTULIANAS	100.000 764.000
		REDUCCION CRUENTA DISLOC RECUR ROTULA	100.000 764.000
		REPARACION DE LIGAMENTOS CRUSADOS	150.000 1.146.000
		REPARACION DE LIGAMENTOS LATERALES	150.000 1.146.000
		SUTURA DE TENDONES CADA UNO	100.000 764.000
		TENOTOMIA	80.000 611.200
		TRASPLANTE TENDINOSO (INGERTOS) CADA UNO	100.000 764.000
		TRANSPOSICIONES TENDINOSAS (PARALISIS/MANO)	100.000 764.000
		CADERA	80.000 611.200
		CLAVICULA	80.000 611.200
		FEMUR	80.000 611.200
		BRAZO	80.000 611.200
		ANTEBRAZO (DOS HUESOS)	80.000 611.200
		ANTEBRAZO (UN HUESO)	80.000 611.200
		ROTULA	80.000 611.200
		FALANGE DEL DEDO	80.000 611.200
		FRACTURA DE COLLES	80.000 611.200
		MAXILAR SUPERIOR	100.000 764.000
		MAXILAR INFERIOR	80.000 611.200
		COSTILLA (UNA)	80.000 152.000
		COSTILLA (DOS O MAS)	80.000 229.200
		HUESOS DE LA NARIZ	80.000 611.200

3.1.1. Estrategia para la aplicación de la Ley de Contratación Pública por parte de las unidades operativas.

En la Ley Especial de Descentralización del Estado y la Participación Social tipifica en el Art. 28 Competencias Directa de los Organos Desconcentrados.- Los subsecretarios regionales o jefes provinciales, o su equivalente con la misma competencia de los diferentes Ministerios, entidades y órganos de la Función Ejecutiva tendrán competencias para:

- a) Ejecutar íntegramente los procesos previstos en la Ley de Contratación Pública.
- b) Celebrar todo tipo de contratos en el ámbito de su competencia.
- c) Aprobar las planillas para el pago de los correspondientes contratos y demás compromisos legítimamente adquiridos, y disponer directamente de los fondos públicos previstos en las correspondientes partidas presupuestarias para el pago directo e inmediato de las planillas y compromisos respectivos; y,
- d) Nombrar y posesionar a todos los funcionarios y empleados que deban actuar bajo su dependencia.

En el Capítulo II, De los procedimientos precontractuales, Art. 4 de la Ley de Contratación Pública vigente literal segundo señala: "Para la adquisición de bienes muebles, la ejecución de obras, la prestación de servicios o el arriendo

mercantil con opción de compra, se observaran los procedimientos de conformidad a la cuantía del correspondiente presupuesto referencial actualizado”, y a continuación señala los montos correspondientes.

- a) Licitación, si la cuantía supera el valor de diez mil salarios mínimos vitales generales;
- b) Concurso publico de ofertas, si la cuantía no excede de diez mil pero supera los cuatro mil salarios mínimos vitales generales;
- c) Concurso publico de precios, si la cuantía no rebasa los cuatro mil, pero excede los dos mil salarios mínimos vitales generales; y,
- d) Concurso privado de precios, si la cuantía supera los ciento cincuenta y no rebasa los dos mil salarios mínimos vitales generales.

Sin embargo de que estas leyes son muy claras, el Ministerio de Salud Publica emite mediante acuerdo No 03438 de fecha junio 8 de 1.998 el Reglamento para Adquisiciones donde establecen los montos topes para las unidades operativas y Direcciones Provinciales de Salud y en el caso de los hospitales la atribución del Comité de Adquisiciones es de adquirir hasta 500 salarios mínimos vitales, en caso de que este monto sea mayor debe proceder a tramitar ante la Dirección Provincial para su autorización, lo que en la mayor parte de los casos se vio afectado este proceso por el periodo inflacionario en que se

vive, las cotizaciones no se puede solicitar para 30 días, y es mas cuando se realizó todo el trámite ya la disponibilidad presupuestaria no alcanza, por lo que estas instituciones se ven obligadas a infringir la Ley Orgánica de Administración Financiera y Control que prohíbe el fraccionamiento de las adquisiciones, en este reglamento se prohíbe a que los hospitales realicen obras de infraestructura, adquisiciones de equipos especializados, en estas circunstancias los procesos de modernización, descentralización y desconcentración se ven disminuidos en su aplicación siendo necesario que se revea los montos asignados para las unidades operativas considerando que estamos una etapa de la dolarización y en ultima instancia seria lo mas lógico de que las áreas de Salud y las Unidades Operativas tengan libertad de hacer uso de lo que señala la Ley de Contratación Publica y la Ley de Modernización del Estado, con todas las responsabilidades civiles y penales que tipifican las leyes correspondientes a los funcionarios que intervienen en estos procesos, esto permitirá agilizar los tramites de adjudicación y ejecución tanto de bienes y servicios como de obras civiles, lo cual reflejara los beneficios en la reducción de costos y tiempos como también el permanente abastecimiento de insumos y materiales necesarios para el normal desenvolvimiento de las actividades.

3.1.2. Propuesta de aplicación de la Ley de Presupuesto por parte de las Unidades Operativas.

En el Art. 2 de la Ley de Presupuesto en el ámbito de Aplicación define al sector publico el mismo que esta conformado por:

- a) El Gobierno Central que comprende a las funciones Legislativa, Jurisdiccional y Ejecutiva, inclusive las entidades adscritas, los programas especiales, el Tribunal Supremo Electoral y el Tribunal de Garantías Constitucionales.
- b) Las entidades y organismos del Estado previstos en la segunda parte del articulo 125 de la Constitución Política del Estado.
- c) El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
- d) Las empresas publicas, cuyo capital o patrimonio pertenezcan al Estado.

En el Reglamento de esta Ley Art. 43 Instancias de Aprobación de las proformas presupuestarias indica que serán aprobadas por los titulares de los ministerios y luego se remitirán al Ministerio de Finanzas para su sanción final, pero se da el caso que en el MSP sus Unidades Operativas preparan las proformas presupuestarias en base a sus requerimientos reales y siguiendo el órgano regular impuesto por esta Cartera de Estado se procede a entregar a la Dirección Provincial de Salud donde realizan el primer recorte a la proforma presupuestaria, luego la Dirección Provincial procede a entregar la proforma presupuestaria

consolidada de la provincia a la Planta Central del Ministerio de Salud y allí una vez más las proformas lo reducen, para posteriormente presentar al Ministerio de Finanzas que es el ente que en última instancia lo aprueba con las modificaciones que creyere del caso el Analista de Presupuesto asignado para el sector, con estos antecedentes no existe una coordinación entre los entes que realizan la gestión de presupuesto, siendo así es pertinente que las unidades operativas presenten su pro forma presupuestaria en forma directa al Analista de Presupuesto del Ministerio de Finanzas y se lo someta a un verdadero análisis de la realidad institucional con lo cual se evitara inconvenientes y en esta forma tener un presupuesto real, de la misma manera acontece con las reformas presupuestarias que tipifica la presente ley donde los hospitales efectúan este proceso lo presentan a la Dirección Provincial estas luego entregan al Ministerio de Salud Pública para acto seguido este portafolio entrega al Ministerio de Finanzas, pero como práctica común nunca son aprobadas señalando los funcionarios del Ministerio de Finanzas que no los hicieron llegar los documentos, por lo que dentro del proceso de modernización, la descentralización debe tomar en cuenta estos actos administrativos donde las unidades operativas como entes interesados deben ser quienes presenten y tramiten en forma directa al Ministerio de Finanzas sus propuestas de reformas presupuestarias que por ley les asiste 3 veces al año y en esta forma se evitaría trámites y procesos intermedios lo cual beneficiara a las instituciones que cumplen con la ley y el reglamento.

3.1.3. Propuesta de capacidad para contratar empresas privadas de auditoría por parte de las Unidades Operativas.

En la Ley Orgánica de Administración Financiera y Control, en el Art. 239 tipifica que “El sistema de control de los recursos públicos comprende el conjunto de leyes, reglamentos, normas, políticas, métodos y procedimientos que rigen la actividad de las entidades y organismos del sector público, en lo concerniente al control de su gestión y al ejercicio de sus facultades”.

Referente a los sistemas de control existentes son: internos previos y concurrentes; y externos son posteriores los mismos que le compete a la Contraloría General del Estado de acuerdo a lo que dispone la LOAFYC, el cual consiste en un examen objetivo, sistemático y profesional de las operaciones financieras o administrativas, o de ambas a la vez, practicando con posterioridad a su ejecución, con la finalidad de verificarlas, evaluarlas y elaborar el correspondiente informe que debe contener comentarios, conclusiones y recomendaciones y , en caso de exámenes a los estados financieros, el respectivo dictamen profesional lo cual consta en el Art. 257 de la referida ley.

Considerando que la Ley de Descentralización le permite a la máxima autoridad de la institución en prever sistemas de control en los procesos administrativos y financieros y hoy más que ayer se hace indispensable contar con sistemas de auditorías permanentes en virtud de que los hospitales

públicos ingresarán al sistema de recuperación de costos y autogestión, como también cabe resaltar que las auditorías externas que realiza la Contraloría General del Estado es cada cuatro años, por lo que se hace pertinente que las unidades operativas del MSP cuenten con sistemas de auditorías privadas, lo cual faculta la LOAFYC y se encuentra tipificado en el Art. 280 y 281 de esta ley, esto permitirá que las instituciones y en especial los departamentos financieros cuenten con una supervisión y asesoría permanente y evitar cualquier clase de desviaciones, por lo que garantizara un proceso transparente en las operaciones de adquisiciones, adjudicaciones, expendio y cobro por la venta de los servicios.

3.1.4. Propuesta de capacidad resolutive para la utilización de fondos de autogestión por parte de las Unidades Operativas.

Los valores económicos objetos de recaudación por concepto de cobro a los usuarios por prestación de servicios de salud, serán depositados en un banco de la localidad autorizados por el MSP, Ministerio de Finanzas y Contraloría General del Estado, a nombre de la correspondiente unidad operativa.

La distribución de los ingresos obtenidos por el concepto del sistema de autogestión deberán ser de acuerdo a los planteamientos realizados en los numerales anteriores del presente capítulo esto es:

- Adquisición de equipo medico menor con tecnología de punta.
- Reposición de instrumental medico quirúrgico.
- Amortización por efecto de depreciación de los equipos.
- Implementación y pago de bono de eficiencia y calidad a los funcionarios, empleados y trabajadores que cumplieron con las metas anuales programadas por cada servicio y aprobadas por el Consejo Técnico del hospital.
- Pago de personal profesional medico que fuese contratado bajo la modalidad porcentaje sobre producción.

Siendo así la propuesta de utilización de fondos por motivos del sistema de autogestión a implementarse en los hospitales del MSP, es importante que se debe contar con una planificación de inversión a mediano plazo, con techos financieros, el mismo que debe ser aprobado por el Consejo Técnico Ampliado y así tener un consenso el interior de cada hospital, lo cual permitirá consolidarse el proceso de autogestión considerándose que todas las acciones emprendidas deben ser transparentes.

CAPITULO IV

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONCLUSIONES

➤ Nuestro país es una especie archipiélago, donde cada cual mira por su isla, no quiere armarlo y mirar el conjunto de nuestra realidad, quizás el pecado original esta en la Constitución de 1.830 cuando, después de reconocer la división territorial, se arman tres grandes distritos que dan la imagen de un Ecuador fragmentado, lo que dio como origen un modelo de administración centralizado del Estado, marginando de las decisiones de trascendencia a la población ecuatoriana, convirtiéndose en un Estado obstruccionista, monopólico, intervencionista pero que termina por no hacer nada, por ser frágil, por que no ejerce los controles que debe, entonces el Ecuador de hoy y sus instituciones es el producto del centralismo antagónico del pasado.

➤ A lo Largo de la historia se observan aislados y discontinuos procesos de reforma del Estado impulsados más bien por ciertos lideres ecuatorianos que a más de los conocimientos de la realidad nacional cuentan con una visión clara de los procesos que deben adoptarse para lograr transformaciones sustantivas en la sociedad ecuatoriana, para ello busca implementar mecanismos legales que viabilicen los cambios mentalizados lo cual no llegaron a culminar por efecto de varias razones entre los cuales se identifican: los interés de las cúpulas burocráticas

sindicalizadas que ostentan gran parte del poder político, la Constitución Política que limita la capacidad del ejecutivo y dificulta la gobernabilidad; así mismo como contraparte las fuerzas sociales encargadas de ejecutar dichas transformaciones en general no han participado, en unos casos no comprendieron la significación y trascendencia de las proposiciones y en otros, grupos interesados en mantener las condiciones sociales y económicas impactan en un determinado momento de la vida nacional, lo que permitió mantener un Estado débil y centralizado.

➤ En el país , en el ámbito de la participación del pueblo ecuatoriano a partir de 1.830 hasta 1.929 es totalmente limitada ya que hasta ese momento estaba condicionada a cumplir requisitos de capacidad y riqueza económica para optar una dignidad de elección popular, por lo tanto el poder acceder a un cargo publico estaba concentrado en las clases dominantes de la época lo cual impedía realizar cambios en beneficio de la mayoría de la población y mantener la estructura organizativa del Estado centralizado en la ciudad de Quito y el poder económico en la ciudad de Guayaquil.

➤ El desarrollo administrativo concebido como una reforma estructural del estado adoleció de la participación de los actores que es de fundamental importancia por ser uno de los pocos medios que permiten acelerar los cambios socio económicos y administrativos del país convirtiéndole al elemento humano en autogenerador de su propio desarrollo producto de ello no permitió cumplir las metas deseadas por los mentalizadores de estos cambios por lo que se genero

paulatina y progresivamente un poder democrático centralizado que rebaso las posibilidades de control de las autoridades de promover los cambios socio económicos y políticos.

➤ En la década del 60 con el advenimiento de la dictadura militar comienza a reorganizarse la Administración Pública donde se aspira tener entes más especializados en el manejo del ente publico con una visión social para lo cual se agrupan acciones y se cambian denominaciones de algunas Carteras de Estado como son los del Ministerio del Tesoro por Ministerio de Finanzas; parte de las funciones del Ministerio de Fomento pasan a formar parte del Ministerio de Agricultura y Ganadería; algunas de las funciones del Ministerio de Fomento y del Ministerio de Economía, Comercio y Banca, pasan a formar el Ministerio de Industrias y Comercio; parte de las funciones del Ministerio de Previsión Social, Agricultura y Comercio conforman el Ministerio de Salud Pública; posteriormente con algunas de las funciones del Ministerio de Agricultura y Ganadería, de Industrias y Comercio, se establece el Ministerio de la Producción y con las restantes funciones del Ministerio de Industrias y Comercio se conforma el Ministerio de Recursos Naturales. Como se puede apreciar en 130 años de vida republicana las actividades de la salud pública se mantenía como una actividad más de la previsión social, con una estructura organizativa centralizada en las ciudades de Quito, Guayaquil y Cuenca prueba de ello es la infraestructura hospitalaria heredada por el nuevo Ministerio de Salud Pública.

- En el país existían 23 autoridades con potestad legal de expedir nombramientos y/o contratos para el personal que ingresa a prestar sus servicios en las instituciones del MSP, las cuales se encontraban ubicadas 2 en la capital de la república y una en cada capital de provincia, lo cual evidenciaba el centralismo existente, producto de ello no tenía posibilidad las autoridades de los hospitales de evaluar la clase empleado o trabajador que se incorporaba a trabajar en su unidad, es más los nombramientos que se otorgaban a los nuevos empleados no fueron habitantes de la zona, el propósito y finalidad fue que una vez posesionados de sus cargos, comenzaban los tramites para los traslados definitivos lo cual lo conseguían en forma política y por disposición, varias de las ocasiones a pedido de la autoridad nominadora provincial o nacional con lo cual perjudicaban a la entidad dueña de la partida presupuestaria y se beneficiaba la nueva unidad lo cual también fue otra forma de centralizar la mano de obra en los hospitales especialmente de Quito y Guayaquil. Con relación a los entes contables existentes en el sector público de la salud, se puede señalar que además de la Planta Central del Ministerio, existen también a nivel de Direcciones Provinciales, Areas de Salud y hospitales, lo cual demuestran los distintos ámbitos de acción de los sistemas de apoyo del gobierno evidenciándose la falta de sistematización y coherencia en el manejo de la cosa publica, de igual manera se diferencian los conceptos, normas utilizados en los distintos niveles.

- Como producto de la centralización existente en la época el General Guillermo Rodríguez Lara emite el Decreto

1197 de fecha noviembre 20 de 1.974, donde en el artículo 4º faculta a los señores Ministros de Estado reorganizar, suprimir o crear organismos de su dependencia, lo cual no a permitido mantener políticas coherentes y continuas dentro del Ministerio de Salud ya que acogándose a este decreto que se encuentra vigente hasta la presente fecha, se viene permanentemente reorganizando el Ministerio de Salud esto es en el ámbito estructural y funcional lo que no le a permitido tener políticas de estado continuas por lo que es Decreto de se convirtió en un limitante para que este portafolio mantengan sus políticas en programas y procesos administrativos continuos.

➤ Dentro de los procesos de modernización el Ministerio de Salud Pública en concordancia de lo dispuesto en la Ley de Modernización del Estado, en lo que se refiere a hacer que la economía responda a principios de eficiencia, justicia social y que optimice la prestación de servicios públicos, inicio estos procesos pero que lamentablemente nunca hizo participe de esto a sus actores como son funcionarios, empleados y trabajadores, lo cual constituyo un dolor de cabeza para los ejecutivos de turno, que con ímpetu pusieron en vigencia programas como la autogestión hospitalaria y a reglón seguido enfrentó paros y huelgas de parte del sector sindicalizado de los trabajadores de la salud, lo cual refleja que no existió una ley que permita iniciar estos procesos, entonces se pude indicar que la ley de Modernización omitió en forma premeditada los aspectos de salud considerando que le podía ocasionar problemas al momento de su aprobación y esto significaba un desgaste político pero a respuesta de ello si contemplo la

nacionalización y la descentralización pero también pone énfasis en las privatizaciones de los servicios, como producto de la falta de legislación para dar inicio a la autogestión en la actualidad cada unidad operativa tiene sus formas solapadas de recaudar fondos por la prestación de los servicios,

➤ A pesar de haberse iniciado el proceso de modernización y descentralización en el sector público de la salud en la década de los noventa del siglo pasado, persisten las notables diferencias entre los servicios de salud en las áreas rurales y los servicios de salud en las principales ciudades del país, también son grandes las diferencias entre la prestación de servicios de salud que se brindan en las provincias en las que se ubican las dos principales ciudades y lo que se presta en el resto del país, se puede afirmar que el nivel de servicios prestados es satisfactorio de acuerdo a opinión de los usuarios.

➤ La centralización del sistema de salud pública y la canalización de los recursos económicos retrazados y reducidos impide que los hospitales de un modo más autónomo respondan a las necesidades de los usuarios y se adecuen a los requerimientos de la demanda efectiva.

➤ Sin embargo de haberse iniciado el proceso de descentralización, desconcentración y autogestión en el sector público de la salud, el actual sistema ha permitido crear espacios de poder a la tecnocracia, a la burocracia y a los sindicatos de trabajadores de la salud, en los que se ha asegurado de un modo no competitivo la estabilidad de los

trabajadores y personal administrativo, el ascenso de categoría de la clase medica depende de la antigüedad en los cargos, cursos de actualización realizados lo cual es muy loable pero no corresponde al reconocimiento de la excelencia y la productividad, por lo que las escalas salariales están determinadas esencialmente por la antigüedad y el grado de capacitación formal, sin ninguna medida del desempeño y de los resultados.

➤ Por lo expuesto en los puntos anteriores la descentralización, desconcentración del sector público de la salud, debe ser una decisión del país en su conjunto y no el resultado de imposición de los gobiernos de turno, llevar a cabo los cambios será difícil y complejo, sobre todo porque habrá que afectar beneficios e intereses de diferentes grupos que han adquirido a lo largo de los años poder en el sector de la salud pública, las soluciones no se van a generar espontáneamente , mientras el sistema no premie el mérito, no garantice el esfuerzo y no asegure la competencia.

4.2. RECOMENDACIONES

➤ Considerando que al transcurso de la historia republicana de nuestro país existió procesos de reforma administrativa en forma aislada y discontinua, es importante que el actual proceso de descentralización y autogestión que se esta emprendiendo en el sector publico de la salud tenga una legislación clara y transparente, la cual debe ser en

consenso con los actores esto es funcionarios, empleados y trabajadores del MSP y usuarios de los servicios, esto permitirá fortalecer el sistema de la salud pública y evitar el permanente descontento de las partes interesadas lo cual conlleva a tomar medidas de hecho perjudicando a los intereses nacionales y sociales.

➤ Para cumplir con los objetivos de la descentralización, en el sector público de la salud, el gobierno central debe recoger la experiencia acumulada a través de los años por parte de los actores esto es funcionarios, empleados, trabajadores y usuarios de los servicios del MSP quienes son los más llamados a decir que es lo que se requiere que se modernice y se descentralice, más no la experiencia recogida de aplicaciones en otros países para querer aplicar en nuestro país, como también apoyar en lo que sea válido las propuestas de cambio en los aspectos administrativos y financieros presentadas por los distintos estamentos esto es planta central, direcciones provinciales y unidades operativas lo que le permitirá fortalecer los niveles operativos y ejecutivos, y conseguir atención de calidad con eficiencia, eficacia y economía en beneficio de los usuarios de todos los estratos económicos.

➤ Para que el sistema de autogestión tenga plena vigencia en los hospitales públicos, debe el gobierno central a través del MSP dictar las leyes pertinentes que permitan su aplicación.

➤ Considerando un instrumento legal y concentrador de poder el Decreto 1197 de fecha noviembre 20 de 1974,

emitido por el Dictador General Guillermo Rodríguez Lara, el cual faculta a los señores Ministros de Estado reorganizar, suprimir o crear organismos de su dependencia lo que no ha permitido tener una continuidad en los procesos de modernización en el MSP ya que cada Ministro a entrado con políticas y visiones de grupos, por lo que sea hace necesario derogar esta base legal y alrededor de los planteamientos de modernización del Estado generar políticas permanentes con planes de gobierno de mediano y largo plazo lo cual beneficiara a la prestación de servicios de la salud publica.

- El país a través del gobierno central debe incrementar la inversión en la salud pública considerando la crisis por la que atraviesa la población y por efecto de ello se han incrementado el nivel de riesgo de enfermarse además con esta actitud el gobierno estaría cumpliendo con uno de los Objetivos Nacionales Permanentes de Justicia Social lo cual permitiría a la población ecuatoriana llegar a niveles deseados de salud, sin embargo el problema no es solamente un problema de dinero, no se puede esperar que se aumente masivamente el presupuesto; por ello se presenta una alternativa para obtener recursos económicos para las unidades operativas que es la Autogestión lo cual le permitirá en parte solucionar los problemas de carácter financiero, además en todos los niveles de las unidades operativas debe fomentarse la Administración en época de crisis económica, debe pensarse en mejorar el uso de los escasos recursos económicos y materiales, en la necesidad de fomentar la competencia, en la importancia de premiar el esfuerzo, en la búsqueda de la excelencia en la prestación

de servicios de salud usando mecanismos que en una economía de mercado obligan a la eficiencia.

➤ Para asegurar la excelencia de la prestación de los servicios de salud pública, el usuario y los entes de control deben ejercer sus derechos: de consumidor en el un caso y de control en el otro, el derecho por que esta pagando por los servicios que le proporcionan y por que la unidad operativa recibe dinero del Estado para desarrollar la actividad que por ley le corresponde, por supuesto este sistema no excluye de una buena atención a las personas de limitados ingresos económicos; con estas consideraciones permitirá mejorar la calidad en la atención de los servicios en las unidades operativas del MSP.

➤ Es imprescindible y necesario en el sistema de descentralización que esta implementando el MSP con el propósito de alcanzar uno de los Objetivos Nacionales Permanentes que es el Desarrollo Integral de la población ecuatoriana, debe considerar dentro de este plan la prioridad de suspender en forma definitiva los cambios administrativos de los profesionales de la salud esto es médicos que por concurso de oposición y merecimientos ingresaron a prestar sus servicios en las unidades operativas que se encuentran en las áreas marginales y rurales, como también estudiantes de pregrado y postgrado de especialización que se encuentran en la etapa de devengantes de becas sean trasladados en forma previa o definitiva a los hospitales de las principales ciudades del país, además debe tender el proceso de descentralización a la racionalización de personal en los hospitales de Quito, Guayaquil y Cuenca con

el propósito de redistribuir a las otras casa de salud del MSP y descongestionar el servicio de la salud lo cual generaría nuevos polos de desarrollo; así mismo debe implantarse los mecanismos de competencia en el sistema de servicios de salud pública, para que las unidades operativas deban competir, por lo que solo la competencia permitirá superar la natural inclinación humana, a la comodidad, al poco esfuerzo y a la mediocridad; además la competencia garantiza la excelencia, el buen servicio permitirá asegura que el sistema por si solo se vaya acoplado a la demanda, entonces para que el sistema de los servicios de salud pública sean competitivos es necesario que los usuarios estén informados, independiente y objetivamente de la calidad de los servicios que se ofrecen, por lo que para que funcione el sistema competitivo es necesario que las unidades operativas dispongan de información objetiva e independiente y se haga pública; es prioritario también que exista dos tipos de evaluación de los funcionarios, empleados y trabajadores: el rendimiento individual y los logros alcanzados a nivel institucional lo que le permitirá al interior de las unidades operativas identificar a los empleados de rendimientos excelentes y deficientes como también el nivel de competitividad con los otros sectores que brindan servicios de salud, así mismo esta información debe hacerse publico a través órganos de difusión adecuados para que conozca los usuarios de los servicios, función que debe estar bajo la responsabilidad de la Dirección de Recursos Humanos con el apoyo del ejecutivo de la Unidad Operativa.

- Se hace necesario que las autoridades del MSP exijan al Ministerio de Finanzas y Crédito Público, que cumplan con las entregas de asignaciones vías presupuesto en forma puntual y se respeten las programaciones y calendarizaciones presupuestarias planteadas por las unidades operativas, lo cual permitirá cumplir con las demandas que cada día son más exigentes de parte de los usuarios de los servicios de la salud pública.

- Es importante crear incentivos individuales e institucionales que premien el merito y el desempeño a la calidad y la excelencia por la prestación de los servicios, para lo cual debe canalizarse parte de los recursos de autogestión para cumplir con este propósito , pero además se debe diseñar y establecer sistemas nacionales de premios sin obligar ni imponer a nadie por lo que el sistema debe ser voluntario, lo cual permitirá lograr el objetivo de promover el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud pública en todos los niveles como también fortalecer el rendimiento vía medición de la productividad de todos los actores en proceso.

- En el proceso de descentralización, desconcentración y autogestión en el sector publico de la salud, el Estado Central debe asumir un riguroso sistema de control de todos los niveles centrales y provinciales como también permitir que los hospitales contraten sistemas de Auditorias privadas tanto Operativas como Financieras, lo que permitirá tener un proceso administrativo transparente y con controles previos, concurrentes y posteriores adecuados con el sistema vigente.

BIBLIOGRAFÍA

- CEPAR: Políticas de Salud y Reforma Sectorial, Quito diciembre 1.999.
- Congreso Nacional: Proyecto de la Ley de Modernización del Estado, 18 de febrero de 1.993.
- Cruz Arturo, Modernización y desarrollo económico y social en América Latina, revista N° 18 de la CCQ enero-1.999.
- Chiluiza Eduardo Econ. y otros: Senda, Tesis; Los Procesos de Cambio en la Administración Pública Ecuatoriana a partir de 1.830 a 1.989.
- Espín Mercedes: Apuntes y grabaciones tomadas en los foros organizados por diario El Comercio en las ciudades de Quito y Cuenca con el tema Descentralización y Autonomías. Noviembre 1.999.
- Ecuador: CONAM; Plan de Modernización del Estado 1.998.
- Ecuador: Cuentas Bancarias Rotativas de Ingresos; Registro Oficial N° 44 octubre 11 de 1.996.
- Ecuador: Ley de Modernización del Estado, Privatizaciones y Prestación de Servicios Públicos por parte de la Iniciativa Privada; Registro Oficial N° 349, diciembre 31 de 1.993.
- Ecuador: Leyes y Decretos; Ley de Presupuesto del Sector Publico;

- Registro Oficial N° 76, Noviembre 30 de 1.992.
- Ecuador: Leyes y Decretos; Constitución Política de la Republica del Ecuador, 1.998.
- Ecuador: Leyes y Decretos; Ley de Régimen Municipal, 1.998.
- Ecuador: Ley Especial de Descentralización del Estado y de Participación Social; Registro Oficial N° 169, octubre 8 de 1.997.
- Ecuador: Ley de Regulación Económica y Control del Gasto Publico; Registro Oficial N° 453 Marzo 17 de 1.883.
- Hinojosa Fernando Econ. y Salas Wilson Dr. XX Curso Superior de Seguridad Nacional y Desarrollo 1.92-1.993: Trabajo de Investigación “La Descentralización Administrativa, en el contexto de la división Político-Administrativa del Ecuador”
- Ministerio de Finanzas y Crédito Publico: Proyecto de Modernización del Estado; Bases Legales y Normativa Presupuestaria. 1.994.
- Ministerio de Salud Pública: Informe presentado por el Dr. Marcelo Cruz Ministro de Salud al Abogado Abdala Bucaram, Presidente Constitucional de la Republica del Ecuador, septiembre 1.996.
- Ministerio de Salud Publica: Folleto Nuestra Salud; 1.998.
- Ministerio de Salud Publica: Folleto; Modernización de los Servicios de Salud responsabilidad Social Compartida.

- Ministerio de Salud Pública: Informe Anual de Actividades presentada por el Dr. Rodas Andrade Ministro de Salud, agosto 1.999.
- MSP. La Gerencia de Calidad Total en Salud, 1.994.
- MSP. Manual de Contenido Múltiple para la Rehabilitación de los Hospitales, 1.994 – 1.996.
- MSP – MODERSA: Plan Nacional de Salud 2.000 – 2.005, diciembre 1.999
- PROINFOCI: Guía de Información Ciudadana. Quito 11.998
- Salazar Estuardo, Descentralización ¿Quién asume funciones y responsabilidades?, Revista Nº 14 de la CCQ – mayo 1.999
- SENDA: Poligrafiados sobre descentralización, elaborados para XXII Curso Superior de Administración Pública. 1.989.

INDICE DE CUADROS

NUMERO	DESCRIPCIÓN	PAGINA
1	Dotación Normal de Camas por servicios según provincias y regiones, pertenecientes al MSP. 1.967	16
2	Concentracion poblacional por regiones.	20
	Promedio camas hospit. Por regiones 1.967	
	Población estimada, numero de camas MSP Periodo 1.971 – 1.979	32
	Promedio camas hospitalarias por regiones MSP.	33
	Capacitacion de servidores públicos periodo 1.975 – 1.988.	39
	Servidores públicos por provincias, IV censo De población y III vivienda 1.982.	40
	Capacidad resolutive hospitalaria 1.994-1.996	50

AUTORIZACION DE PUBLICACIÓN

Autorizo al Instituto de Altos Estudios Nacionales la Publicación de esta Tesis, de su bibliografía y cuadros como artículos de revistas o como artículos para lecturas seleccionadas.

Quito a, abril 18 del 2.000

FIRMA DEL CURSANTE

Econ. Eduardo Chiluiza Taco

NOMBRE DEL CURSANTE

sis.