



La Universidad  
**de postgrado**  
del Estado

**REPÚBLICA DEL ECUADOR**

**INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS NACIONALES  
UNIVERSIDAD DE POSTGRADO DEL ESTADO**

**ESPECIALIDAD DE GESTIÓN PÚBLICA**

**CONVOCATORIA**

**TÍTULO DE LA TESINA**

**ANÁLISIS DEL PROCESO DE DESCONCENTRACIÓN EN EL MARCO DE LA  
REFORMA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. CASO ZONA 2 PERIODO DEL 2010**

**- 2014**

**Plan de la tesina para optar  
al Título de Especialista en Gestión Pública**

Autor: Edy Rolando Quizhpe Ordóñez.  
Director: Santiago Illescas

Quito, Octubre, 2014







La Universidad  
**de postgrado**  
del Estado

**REPÚBLICA DEL ECUADOR**

**INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS NACIONALES  
UNIVERSIDAD DE POSTGRADO DEL ESTADO**

**ESPECIALIDAD DE GESTIÓN PÚBLICA**

**TÍTULO DE LA TESINA**

**ANÁLISIS DEL PROCESO DE DESCONCENTRACIÓN EN EL MARCO DE LA  
REFORMA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. CASO ZONA 2 PERIODO DEL 2010  
- 2014**

Autor: Edy Rolando Quizhpe Ordóñez.  
Director: Santiago Illescas

Quito, Octubre, 2014

## **AUTORIA**

Yo, Edy Rolando Quizhpe Ordóñez CI 1713129243 declaro que las ideas, juicios, valoraciones, interpretaciones, consultas bibliográficas, definiciones y conceptualizaciones expuestas en el presente trabajo; así cómo, los procedimientos y herramientas utilizadas en la investigación, son de absoluta responsabilidad de el/la autor (a) de la Tesina.

---

Firma

C.I. 1713129243

## **DEDICATORIA**

Dedico el presente trabajo académico a Dios por enseñarme día a día el camino correcto del a vida. A mi familia y en especial a mi esposa Martha Villegas por ser compañera, amiga y apoyo permanente en las actividades de la vida diaria, con quien empezamos estudios paralelos para el mejoramiento de nuestra capacidad académica.

Edy Quizhpe

## **AGRADECIMIENTOS**

Primero dar gracias a Dios y a toda mi familia, compañeros de clase y compañeros de trabajo con quien se desarrolló en la práctica los nuevos procesos de reforma del Ministerio de Salud Pública en la Coordinación Zonal 2. De igual manera a mi tutor Ing. Santiago Illescas con quien ha apoyado y animado a generar nuevo conocimiento académico y ha colaborado en todo momento.

Edy Quizhpe

## INDICE

<b>CONTENIDO</b>	<b>Pág.</b>
LISTA DE CUADROS	7
LISTA DE GRÁFICOS	8
RESUMEN	9
<b>CAPÍTULO 1</b>	
<b>Introducción</b>	11
1.1 Antecedentes	11
1.2 Justificación	11
1.3 Problemática	13
1.4 Objetivos	14
1.5 Hipótesis	14
<b>CAPÍTULO 2</b>	
<b>Referencial teórico</b>	15
2. 1 La reformas de salud y el Estado	15
2.2 La descentralización	16
2.3 Formas de descentralización del Estado	18
2.4 La Desconcentración	20
2.5 Descentralización del Sector Salud	21
2.6 La reforma del sector salud en el Ecuador	27
<b>CAPÍTULO 3</b>	
<b>Descripción de los avances y nudos críticos de proceso de Desconcentración en salud a partir de la reforma</b>	29



3.1 Descripción de los avances y nudos críticos a partir de la reforma

3.2 Principales avances por componente (talento humano, gestión financiera, gestión documental, activos fijos y recursos tecnológicos)

## **CAPÍTULO 4**

**Conclusiones y recomendaciones** 45

4.1 Conclusiones 45

4.2 Recomendaciones 46

**BIBLIOGRAFÍA** 47

## LISTA DE CUADROS

<b>CUADRO</b>	<b>Pág.</b>
Cuadro 1. Acuerdos ministeriales para cierre y creación de Entidades Operativas Desconcentradas (EODs)	33
Cuadro 2. Optimización del talento humano en las EODs de la Coordinación Zonal 2 – SALUD 2013 - 2014	35
Cuadro 3. Porcentaje de ocupación de puestos en las EODs de la Coordinación Zonal 2, durante el año 2013 y 2014	36
Cuadro 4. Presupuesto asignado a gasto corriente y de inversión en las EODs de la Coordinación Zonal 2, durante el año 2013 y 2014	37
Cuadro 5. Ubicación física de la oficina de archivo y características de la oficina de archivo años 2013 y 2014	40
Cuadro 6. Cantidad de información contenida en cada oficina de archivo por provincias pertenecientes a la zona 2	41
Cuadro 7. Estado de la documentación por provincias pertenecientes a la zona 2	41
Cuadro 8. Número y valoración de bienes de las EODs de la Coordinación zonal 2 en los años 2013 y 2014	42
Cuadro 9. Número, factibilidad y brecha de equipo informático en las EODs de la Coordinación zonal 2 en los años 2013 y 2014	43
Cuadro 10. Total recursos tecnológicos por EODs de la Coordinación Zonal	44

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICOS</b>	<b>P.P.</b>
Gráfico 1. Distribución de direcciones distritales en la provincia de Pichincha	30
Gráfico 2. Distribución de direcciones distritales en la provincia de Napo	31
Gráfico 3. Distribución de direcciones distritales en la provincia de Orellana	32

## **RESUMEN**

### **ANÁLISIS DEL PROCESO DE DESCONCENTRACIÓN EN EL MARCO DE LA REFORMA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. CASO ZONA 2 PERIODO DEL 2010 - 2014**

Autor: Edy Rolando Quizhpe Ordóñez.

Tutor: Santiago Illescas

Quito, Octubre, 2014

En el Ecuador a partir del 2008, con la aprobación de la nueva Constitución, el gobierno ecuatoriano generó un nuevo y naciente proceso de transformación del Estado configurando nuevos escenarios de poder y relacionamiento. En este contexto el proceso de reforma en el sector salud, en el marco del proyecto de transformación del Estado no es un aspecto desapercibido, por lo que, en la Zona 2 que agrupa las provincias de Pichincha (excepción el cantón Quito), Napo y Orellana, el Ministerio de Salud Pública (MSP) a través de la Coordinación Zonal de Salud 2 –SALUD enfrenta los efectos de este proceso de desconcentración, ya que implica pasar de una institucionalidad de direcciones y áreas de salud a otra, de coordinaciones zonales y direcciones distritales de salud teniendo como ejes dinamizadores, el nuevo modelo de planificación territorial dispuesto por la SENPLADES y un nuevo modelo de gestión institucional establecido como política pública del ejecutivo.

Con la aplicación de la actual reforma de salud en el Ecuador en el marco de la desconcentración del Estado, este estudio evidencia los avances preliminares de las acciones contenidas en el periodo 2010 - 2014 mediante la descripción de los avances y nudos críticos más significativos que se han producido en el Sistema Nacional de Salud (SNS) público y los posibles efectos sobre la institucionalidad y calidad de los servicios de salud con la finalidad de contribuir al cumplimiento

del Objetivo Estratégico Institucional (OEI) enfocado a incrementar eficiencia, eficacia y calidad de las actividades operativas del MSP.

**Palabras Claves:** Reforma, descentralización, desconcentración, salud, zona.

## **Capítulo 1: Introducción**

### **1.1 Antecedentes**

A partir de los años noventa la mayoría de los países de Latinoamérica y el Caribe habían iniciado o proponían proyectos de reforma del sector salud, dichas reformas se propusieron por una parte, siguiendo modelos neoliberales que buscaban simplemente realizar ajustes en los gastos de salud y flexibilizar los mercados laborales en el sector; y por otra, como una configuración transformadora como respuesta a las necesidades de ampliar la cobertura universal, acceso y equidad, frente a las restricciones en la expansión del gasto social asociadas a las crisis económicas y fiscales de los años ochenta. Con estos antecedentes podemos decir que las reformas no siguieron un mismo modelo en todos los países, ya que los problemas, necesidades, historia institucional previa, conceptos y valores asociados a los sistemas de salud son diferentes, por lo tanto, las reformas persiguieron objetivos diferentes, dependiendo de la situación específica de cada país ya que muchas de ellas fueron también del resultado de la transformación general del Estado. (Medici, 2000; Infante, 2000)

### **1.2 Justificación**

En el Ecuador a partir del 2008, con la aprobación de la nueva Constitución, el gobierno ecuatoriano generó un nuevo y naciente proceso de transformación del Estado configurando nuevos escenarios de poder y relacionamiento. La Constitución ecuatoriana en el artículo 3, inciso 6, señala que uno de los deberes primordiales del Estado es promover el desarrollo equitativo y solidario de todo el territorio, mediante el proceso de autonomías y descentralización. La desconcentración entendida como una modalidad de descentralización, pretende fortalecer la presencia del ejecutivo en el territorio enfocada en dos ejes estratégicos: la institucionalidad de las entidades desconcentradas; y la provisión de servicios públicos bajo términos de eficacia y eficiencia bajo nuevos modelos de gestión. (Ecuador, 2008)

A partir del 2007 en el Ecuador se genera una nueva organización territorial y régimen de competencias que se expresa en el Plan Nacional de Descentralización 2012 - 2015 formulado por la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES) y en la estrategia del Estado a tu lado, donde el ejecutivo se desconcentra en zonas, provincias, distritos y/circuitos, así se establecen nueve zonas de planificación administrativas, 139 distritos y 1.134 circuitos administrativos, donde se agrupan las diferentes provincias pertenecientes al Ecuador. El fin mayor de esta nueva estructura es alcanzar dos objetivos: i) garantizar los derechos humanos a través de la prestación de servicios públicos con eficiencia, calidad y calidez: y, ii) una gestión pública eficiente, cuya acción colectiva conlleve al Buen Vivir. (SENPLADES, 2011, 2012, 2013).

Los resultados de esta investigación intentan aportar con información local y como evidencia para el mejoramiento de la aplicación de las políticas públicas de salud, en la toma de decisiones de las autoridades sanitarias, así como insumo para la revisión de los procesos de descentralización

El presente estudio utilizó un método descriptivo con fuente primaria y secundaria, a través de recolección de datos mediante herramientas cuantitativas y cualitativas que fueron recopilados, analizados y seleccionados en función del tema tratado. No se pudo contar con una adecuada información de los años 2010 y 2011 debido a la pérdida de registros físicos y digitales durante las fases de desmontaje de las direcciones provinciales y áreas de salud, así como la alta movilidad de los servidores públicos en dichas entidades.

La tesina consta de algunos capítulos, descritos en la siguiente secuencia: el capítulo 1 se refiere a los aspectos introductorios y justificativos de la presente investigación.

El capítulo 2 se refiere al marco teórico, en donde se da a conocer conceptos sobre las reformas en salud, el concepto de descentralización y el proceso de desconcentración.

El capítulo 3 contiene información de las acciones ejecutadas en la Coordinación Zonal de Salud 2 –SALUD como resultado de la implementación del proceso de desconcentración en el período 2012 al 2014 y concomitantemente se establece un análisis comparativo entre estos dos espacios de tiempo planteados para el presente estudio.

En el capítulo 4 expongo las conclusiones y recomendaciones de la situación del proceso de desconcentración en la Coordinación Zonal de Salud 2 –SALUD, como productos de los resultados de la confrontación y análisis de la información de los dos períodos mencionados.

### **1.3 Problemática**

Las entidades desconcentradas de salud pertenecientes a la zona 2 han sido históricamente las menos beneficiadas de los procesos de reforma tanto en la asignación adecuada de recursos financieros y humanos así como el fortalecimiento de su capacidad de gestión, lo que ha impactado directamente en la calidad de atención de los servicios. En este contexto y con la aplicación de la actual reforma de salud en el Ecuador en el marco de la desconcentración del Estado, se requiere evidenciar el estado de situación de dicha reforma, mediante la descripción de los avances y nudos críticos más significativos que se han producido en el Sistema Nacional de Salud (SNS) público y los posibles efectos sobre la institucionalidad y calidad de los servicios de salud con la finalidad de contribuir al cumplimiento del Objetivo Estratégico Institucional (OEI) enfocado a incrementar eficiencia, eficacia y calidad de las actividades operativas del MSP.

En este tenor el proceso de reforma en el sector salud, en el marco del proyecto de transformación del Estado no es un aspecto desapercibido, por lo que, en la Zona 2 que agrupa las provincias de Pichincha (excepción el cantón Quito), Napo y Orellana, el Ministerio de Salud Pública (MSP) a través de la Coordinación Zonal de Salud 2 –SALUD enfrenta los efectos de este proceso de desconcentración, ya que implica pasar de una institucionalidad de direcciones y áreas de salud a otra, de coordinaciones zonales y direcciones distritales de salud teniendo como ejes



dinamizadores, el nuevo modelo de planificación territorial dispuesto por la SENPLADES y un nuevo modelo de gestión institucional establecido como política pública del ejecutivo.

El proceso de desconcentración hacia la conformación de coordinaciones zonales y direcciones distritales, implica la ejecución de acciones importantes en componentes claves de la institucionalidad (talento humano, gestión financiera, gestión documental, activos fijos y recursos tecnológicos), por lo que se requiere sean evaluados durante el proceso de aplicación de la reforma.

En qué medida la reforma del MSP ha contribuido al cumplimiento del Objetivo Estratégico Institucional (OEI) enfocado a incrementar eficiencia, eficacia y calidad de las actividades operativas del MSP?

## **1.4 Objetivos**

### **Objetivo general**

El objetivo general de este estudio fue analizar el proceso de desconcentración en el marco de la reforma del sistema nacional de salud.

### **Objetivos específicos**

- Describir los avances más significativos que se han producido en el sistema de salud público a partir de la aplicación de la reforma.
- Detallar los principales nudos críticos derivados de la aplicación de los contenidos del proceso de reforma.

## **1.5 Hipótesis**

El nuevo proceso de reforma del sector salud en el Ecuador, contribuye de manera eficiente y con calidad al mejoramiento del sistema sanitario público.

## Capítulo 2: Referencia teórica

### 2.1 La reformas de salud y el Estado

Durante las últimas décadas los países de Latinoamérica y el Caribe han experimentado diversos procesos de reformas del sector salud, definidos como un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los sistemas de salud realizada durante un período determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan. (Crocco, 2000)

Los procesos de reforma abarcan una serie de contenidos: marco jurídico, derecho a los cuidados de la salud y al aseguramiento, aumento de la cobertura, función rectora de los ministerios, separación de funciones, descentralización, participación y control sociales, financiamiento y gasto, oferta de servicios, modelos de gestión, recursos humanos, calidad y evaluación de tecnologías. (Barillas, 2005 y Salud, 2007). No obstante, cabe señalar que estos procesos de reforma han sido ajustados a los procesos de reforma del mismo Estado, es decir, en muy pocos casos han resultado de acciones específicas en un solo ministerio, por lo que los avances generados tienen relación directamente proporcional a las acciones del Estado central. (Sacoto, 2004 e Infante, 2000)

La desconcentración ha conducido a configurar nuevos escenarios de poder y nuevas formas de relacionamiento entre los actores y las instituciones en un marco territorial y espacial amplio y diverso. Conlleva el traslado de ciertas y determinadas facultades y atribuciones desde el nivel central hacia otros niveles jerárquicamente dependientes, siendo el primero el que mantiene la rectoría y garantiza la calidad y buen cumplimiento. (González, 2004 y Maceira, 2005)

La desconcentración se define como la transferencia de la autoridad administrativa del centro a oficinas, la desconcentración no transfiere la responsabilidad ya que cuando el gobierno central establece oficinas regionales o delegaciones locales nuevas sigue siendo responsable de los servicios, aunque encarga a ellas su administración o el quehacer de cada día. A pesar de la ambigüedad, la desconcentración significa una transferencia de poder más baja que los otros tipos de descentralización. (Infante, 2000 y Medici, 2004)

El proceso de desconcentración en el Ecuador busca lograr cambio sustancial en el modelo tradicional bicéfalo de la Función Ejecutiva que concentraba la dotación de la mayoría de infraestructura, equipamiento y servicios en las grandes ciudades del país. Se trata de un mecanismo que aporta a la consolidación de la estructura nacional desde la institucionalidad y la prestación de servicios, impulsando y fortaleciendo nuevos núcleos de desarrollo y aportando a la mejora de las condiciones y la calidad de vida de la población (SENPLADES, 2013), además de una política implementada por el Gobierno Nacional a partir del año 2008 con la finalidad de contribuir a la garantía de los derechos ciudadanos, a través de la prestación de servicios públicos con eficiencia, calidad y calidez. Con la implementación de este proceso, el Ejecutivo busca viabilizar y efectivizar las políticas públicas sectoriales en cada uno de los territorios, bajo una lógica integral y con una visión nacional, partiendo de las realidades locales. Para ello, se conformaron 9 zonas, 140 distritos y 1134 circuitos como unidades de planificación, los mismos que abarcan todo el territorio nacional y respetan la división política administrativa establecida en la Constitución. (SENPLADES, 2013)

## **2.2 La descentralización**

La descentralización es un proceso orientado a incrementar eficiencia y eficacia a la gestión pública, por medio de un nuevo modelo de funcionamiento de los distintos niveles de gobierno. Proponer un nuevo modelo de descentralización implica pensar un Estado diferente que profundice el sistema democrático con un enfoque territorial y espacial. Desde esta perspectiva, la

descentralización es una cuestión que compete al conjunto de la sociedad y consiste en la transferencia de autoridad en el planteamiento y en la toma de decisiones (Ugalde, 2008 y (Salud, 2007).

En el ámbito político la descentralización supone transferir el poder de un gobierno central hacia autoridades que no están jerárquicamente subordinadas. La relación entre entidades descentrales es siempre horizontal, no jerárquica.

Un Estado centralizado es aquel en el cual el poder es atribuido a un gobierno central, de manera que los gobiernos locales actúan como sus agentes. En el caso de un Estado descentralizado aún no centralizado, se otorga mayor poder a los gobiernos locales, que les permite tomar decisiones propias sobre su esfera de competencias. La orientación política y gubernamental que plantea que los diversos organismos de la administración estatal debe gozar autonomía regional.

La descentralización de un Estado puede ser política, administrativa y social en distintos grados o niveles.

### **Características**

- Transferencia de competencias desde la administración central a nuevos entes morales o jurídicos
- El Estado dota de entidad jurídica al órgano descentralizado.
- Se le asigna un patrimonio propio y una gestión independiente de la administración central.
- El Estado solo ejerce tutela sobre estos.
- Se basa en un principio de autarquía (organización política y económica de un Estado fundada en el autoabastecimiento).

La descentralización refuerza el carácter democrático de un Estado y el principio de participación colaborativo consagrado en numerosas constituciones de la tradición jurídica hispanoamericana.

## **Concepto de Descentralización**

Para este estudio utilizaremos la definición que expone la SENPLADES pues está acorde a la realidad local y el contexto del estudio, así define a la descentralización como la transferencia de competencias, atribuciones, funciones, responsabilidades y recursos desde los órganos de la Administración Central a favor de entidades de Derecho Público de la Administración Pública Institucional o de los Gobiernos Autónomos Descentralizados (SENPLADES, 2011)

### **2.3 Formas de descentralización del Estado**

La descentralización, en suma, se puede considerar como un proceso social de transferencia de competencias desde la administración central a las administraciones intermedias y locales y puede adoptar diversos tipos tales como la desconcentración, devolución, delegación, y privatización, y acoger varias formas como:

- Descentralización horizontal. Es la que dispersa el poder entre instituciones del mismo nivel, como por ejemplo las decisiones sobre el gasto de un ministerio que puede distribuirse entre varios.
- Descentralización vertical. A diferencia de la anterior, permite que algunos poderes del gobierno central se deleguen hacia niveles de administración inferiores (locales o territoriales) y puede adquirir las formas ya referidas de desconcentración, delegación, devolución y privatización.
- Descentralización administrativa. Supone el traslado de competencias de la administración central del estado a nuevas personas jurídicas de derecho público, dotadas de un patrimonio propio. Aunque el poder central tiene un control muy limitado sobre las actividades de las entidades documentadas, éstas se encuentran sujetas a las órdenes de aquel y no gozan de personalidad jurídica propia. El objetivo de este tipo de descentralización es lograr una gestión administrativa más ágil y efectiva.

- Descentralización política. En ella los poderes, competencias y funciones administrativas, normativas y de gobierno se trasladan a un órgano con una base territorial determinada (región, territorio, localidad, comuna, etc.), una cierta autonomía para crear su propio derecho y un origen democrático dimanado de un proceso electoral. Para algunos especialistas lo más importante de la descentralización política es que supone un centro decisorio con capacidad para crear derecho, normas de igual jerarquía que la ley común; por el contrario, la descentralización administrativa acota la facultad de la entidad descentralizada de ejecutar la ley nacional o dictar excepcionalmente normas jurídicas bajo la jerarquía de la ley común.
- Descentralización funcional. Consiste en el reconocimiento al órgano correspondiente de competencias específicas o delimitadas sólo a un sector de actividad; es decir, el Estado asigna una función técnica o de servicios a una entidad gestora que dispone de personalidad jurídica y patrimonio propio. Un ejemplo puede ser una empresa pública.
- Descentralización territorial. Entraña el traspaso de poder decisorio a órganos cuyo ámbito de actividad o jurisdicción lo constituye un territorio o una localidad.
- Descentralización mixta. Las dos formas anteriores se pueden combinar y dar paso a una descentralización política con una base territorial, como es el caso de los gobiernos territoriales, o bien a una funcional y territorial, como sucede con una empresa estatal en una provincia.
- Descentralización fiscal. Esta forma nace de la búsqueda de eficiencia en la prestación y el financiamiento de bienes públicos locales y nacionales; significa alcanzar un equilibrio entre los niveles impositivos, los gastos, las transferencias de los gobiernos centrales y los reglamentos impuestos sobre un gobierno local determinado.

Si bien la descentralización permite un acercamiento rápido y oportuno a la toma de decisiones, al tiempo que descongestiona un grupo de funciones en el nivel central, también da pie a

un desarrollo territorial desproporcionado, imposibilita el verdadero papel del Estado en la sociedad y sienta las bases para la conformación de élites locales con intereses particulares, que pueden atentar contra el bienestar de la sociedad. El tema de la descentralización sigue siendo muy polémico y de gran complejidad, por lo que en un modelo de desarrollo puede ser permisible en algunos aspectos e inadmisibles en otros. Es menester tomar en cuenta y analizar las condiciones concretas de cada país, sin olvidar su identidad, su historia y sus costumbres. (Méndez, 2007).

## **2.4 La Desconcentración**

La desconcentración es una técnica administrativa que consiste en el traspaso de la titularidad o el ejercicio de una competencia que las normas le atribuyan como propia a un órgano administrativo en otro órgano de la misma administración pública jerárquicamente dependiente.

### **Concepto de Desconcentración**

Al igual que para el caso de la descentralización utilizaremos la definición que realiza la SENPLADES para este proceso, en la cual define a la desconcentración como la transferencia de competencias de una unidad administrativa del nivel nacional, a una de sus dependencias del nivel zonal, provincial o distrital, siendo la primera la que mantiene la rectoría y asegura su calidad y buen funcionamiento.

La propia norma que atribuya la competencia habrá de prever los requisitos y términos de la desconcentración así como la propia posibilidad de su ejercicio. Requiere para su eficacia la publicación en el Boletín Oficial que corresponda. La desconcentración se realizará siempre entre órganos jerárquicamente dependientes y en sentido descendente como en el caso del Ministerio de Salud. El hecho de que se transfiera la titularidad y no únicamente su ejercicio (como es el caso de la delegación de competencias) implica que el órgano que recibe la competencia la ejerce como propia.

En virtud de la desconcentración, una unidad organizativa puede realizar una o ambas de las siguientes acciones, por una parte, crear órganos para ubicarlos fuera del lugar sede del organismo, sin afectar la unidad organizativa. A esto se denomina desconcentración orgánica. Por otra parte, delegar o reasignar atribuciones desde un órgano que los concentra hacia otro u otros órganos de la misma unidad organizativa. A esto se denomina desconcentración funcional.

## **2.5 Descentralización del Sector Salud**

En el caso de los procesos de descentralización en el sector salud, cabe destacar que las experiencias señalan que estas han formado parte de procesos más amplios de descentralización política, administrativa y en algunos casos solamente sectorial. Mientras en unos casos, han formado parte de un proceso más amplio de reforma del sector salud, en otros no ha habido un marco global de referencia de reforma sectorial dentro del cual se pudiera enmarcar el proceso de descentralización del sector salud.

### **Las Motivaciones**

Si bien en toda descentralización existen motivaciones de orden político que impulsan cambios en distribución de los poderes públicos, la teoría identifica una serie de razones económicas que explican la descentralización de funciones ligadas a la provisión de los servicios sociales básicos (salud, educación).

El argumento teórico esgrimido a favor de una provisión descentralizada de los bienes públicos locales es la eficiencia, se espera que una política de descentralización genere ganancias de eficiencia sin deteriorar la equidad. Entre las razones más importantes que son consideradas al implementar una política de descentralización se encuentran:



## **Eficiencia social**

La descentralización supone una ganancia en eficiencia social al permitir la posibilidad de ejercer las preferencias locales en decisiones referidas tanto al monto de recursos locales que se destina a la provisión de bienes y servicios públicos; como, a la asignación relativa de los gastos en salud dentro del presupuesto.

Por otro lado un problema que emerge es el hecho de que algunas poblaciones locales no entenderían el carácter de bien con externalidad positiva que se conceptualiza en la atención primaria.

Dado que las preferencias locales no serán las mismas para jurisdicciones con características diferentes, en razón de variaciones epidemiológicas y demográficas. No existe garantía de una provisión mínima para toda la población. Una posición intermedia es aquella en la cual se define un nivel mínimo de provisión del servicio el cual es garantizado centralmente y de ahí en adelante, podría regir el principio de las preferencias locales. La cobertura de los daños, priorizando a determinados grupos vulnerables es decidida por el análisis de las diferentes variables, indispensables de controlar o eliminar, quedando en segundo nivel la incorporación adicional de aquellos daños que los niveles locales decidan asumir de acuerdo a sus planes locales.

## **Eficiencia de producción y gestión**

Cuando la producción es local, los organismos responsables tendrán más flexibilidad e incurrirán en menos ineficiencias de gestión al ajustarse a las preferencias locales en materia de cobertura y calidad de los servicios. La descentralización facilita este control, así como facilita una reacción más rápida a las necesidades locales. Desde esta perspectiva cualquier intento de centralización tendrá un costo adicional por gestión ineficiente o determinará niveles de calidad inferiores a los que pudieran lograrse en una administración descentralizada.

Otro aspecto importante a considerar en la descentralización es el adecuado manejo de la Subsidiariedad. El Estado debe permitir que la comunidad asuma el papel que le corresponda en la toma de decisiones al respecto de sus necesidades y preferencias en los temas que le competan, el no hacerlo degrada el lugar que ocupa en la sociedad. Este principio significa que es erróneo tomar la responsabilidades de un grupo menor porque con ello elimina la posibilidad de que los niveles locales desarrollen destrezas, criterios o iniciativas es decir se limita la autonomía en las decisiones.

El incorporar adecuadamente, este principio significa diseñar la nueva organización, cambiando la vieja organización diseñada defensivamente para asegurar se eviten los errores, (pero que en la práctica siempre se cometen), hacia un nuevo tipo de organización donde las acciones de control ineludibles por el estado nacional se realicen, pero con posterioridad a los acontecimientos, para no paralizar el accionar. Así el Estado ha de fiarse, según esta propuesta en lo que pueden hacer los individuos y los grupos, así mismo, exige la construcción de líderes locales que permitan la sostenibilidad del proceso. No cometer equivocaciones también significa no realizar experimentos y la descentralización debe considerar todas estas variables para planificar adecuadamente su implementación.

Sin embargo, cabe subrayar que lo anterior no constituye un fundamento suficiente para implantar la descentralización. Las supuestas ventajas que ésta ofrece pueden obtenerse a través de la correspondiente desconcentración administrativa, mientras la provisión – y el nivel presupuestario – se decide centralmente. La responsabilidad se delega en administradores que responden al gobierno central y gozan de cierta libertad de gestión, pero su autonomía de decisión tiene límites precisos establecidos por el poder central y no por las autoridades locales. Una administración descentralizada podría involucrar una serie de costos burocráticos adicionales (innecesarios) a nivel local destinados a replicar estructuras administrativas del nivel central con el fin de administrar la provisión del servicio.

Otro argumento ligado a la eficiencia productiva se refiere a la existencia de economías de escala y externalidades. La presencia de economías de escala vs una supuesta probabilidad de apropiación de los beneficios por parte de los niveles locales, constituyen factores que limitan la eficiencia de las provisiones de insumos descentralizados. Bajo esta óptica, el consejo sería concentrarlos en el nivel nacional. Sin embargo con la finalidad de ir caminando hacia una nueva estructura organizacional se podrían establecer otros mecanismos tales como niveles de compras comunes centralizadas a escalas macro departamentales o macro regionales, permitiendo crear las bases para el refuerzo de las capacidades locales, lo que serviría a su vez, de modelos regionales de provisión dentro de una nueva organización.

Si bien en el caso de la atención primaria de salud la prestación de servicios de salud no presenta mayores conflictos con estos criterios, subsisten actividades cuya administración centralizada ofrece mayor eficiencia por razones de escala (por ejemplo: adquisición y distribución de medicamento).

### **Presiones fiscales y movilización de recursos**

La descentralización de responsabilidades y competencias que involucra decisiones de gastos implica modificaciones en la estructura de gastos públicos. La relación entre descentralización de responsabilidades y política de transferencia de recursos, genera inevitablemente un impacto fiscal.

Existen tres combinaciones alternativas entre transferencias de competencias y recursos, cada una de las cuales tenderá a impactar en forma distinta sobre el déficit fiscal:

- a) Transferencia de responsabilidades sin transferencia de recursos correspondientes.
- b) Transferencia de responsabilidades con transferencia de recursos correspondientes.
- c) Traslados de recursos sin transferencia de responsabilidades.

El impacto fiscal será diferente en cada una de las variantes sin embargo existen factores

locales que también influirán, sobre la capacidad de movilizar recursos para el sector, a través de diferentes medidas de financiamiento tales como el copago o recaudaciones propias, esto estará en relación a la fortaleza de las economías locales y su capacidad para la adquisición de servicios.

La descentralización de los servicios de salud es una etapa inevitable del desarrollo del sector, no es lineal, es un proceso de larga data y ligado a las experiencias de gobiernos locales, la capacidad de las elites locales y sus economías.

## **Equidad**

Se sostiene que el acercamiento de las decisiones hacia los usuarios permite incrementar la información respecto de la identificación y segmentación de las necesidades. En esa medida se potencian las posibilidades de una efectiva focalización del gasto. Sin embargo existen opiniones, en sentido contrario las cuales plantean que las diferencias iniciales a nivel interdepartamental e intradepartamental y las capacidades económicas, fiscales, de cada una de estas unidades subnacionales son factores que en un contexto de descentralización, contribuirían a acentuar las desigualdades iniciales.

Las necesidades de cuidados de salud de las poblaciones y el costo que ello significa ha crecido sostenidamente en la última década, este desafío deberá ser enfrentado por los servicios de salud y será mayor en las poblaciones con necesidades básicas insatisfechas donde la distribución de los recursos fiscales, tradicionalmente son menores, asimismo enfrentan serias dificultades en la gestión y organización de los servicios locales en salud a diferencia de las ciudades principales del país.

## **Redistribución de poderes políticos**

La descentralización representa un proceso de redistribución de poderes políticos desde un nivel central de gobierno hacia los niveles locales, por esta razón, el proceso de implantación de una

reforma de esta naturaleza suele generar rechazo y oposición por el lado de los actores centrales que ven reducir su poder o mermar sus privilegios y por otro lado la generación de expectativas y aprobación a priori, por los actores locales.

## **Democratización**

Las dimensiones de la democratización del Estado implican cuatro aspectos fundamentales;

1. Recuperar y fortalecer las capacidades de planificación, regulación, control y redistribución que desprivatice el Estado y que este represente plenamente el interés público,
2. La construcción de un Estado Plurinacional e Intercultural,
3. La construcción de un Estado poli céntrico desconcentrado y descentralizado,
4. Fortalecimiento de los procesos participativos en todos los niveles de gobierno

## **Legitimización Política**

La descentralización de responsabilidades hacia instancias locales puede implicar una modificación en la percepción popular respecto de una voluntad de las elites nacionales de involucrar a la población en las decisiones asociadas a los problemas que las afecta y por esa vía, la descentralización puede transformarse en un instrumento de legitimización política que amplía su base, generando canales para posteriores medidas fortaleciendo inclusive la posición del gobierno nacional. En un país con una fuerte tradición centralista, esto es un reto.

Estos elementos además de las diferencias geográficas, demográficas, epidemiológicas y administrativas al interior del sector salud, así como las diferencias de desarrollo de liderazgo hacen necesario, en el corto plazo, ver la conveniencia en este sector, de transferir decisiones al nivel local a través de un proceso gradual. El apoyo al gobierno central, fortalece la gobernabilidad y abre espacios para ulteriores medidas de política.

## **Trasferencia de situaciones conflictivas**

La descentralización puede constituir un mecanismo de transferencia de situaciones conflictivas desde el nivel central hacia los gobiernos locales. En general, los sindicatos relacionados con los servicios sociales (educación y salud) suelen representar un grupo de poder altamente conflictivo, derivado del poder que representan los profesionales del sector, particularmente los de mayor calificación, quienes saben además que sus servicios son esenciales para la comunidad. El conflicto permanente entre las restricciones presupuestarias y las demandas laborales por mejores remuneraciones, el conflicto entre las necesidades de la salud pública y las asignaciones fiscales son trasladados con el proceso de descentralización a los niveles locales, atomizándolos.

El conflicto permanente entre las demandas laborales y las restricciones presupuestarias, sumado a sistemas de carrera con una escasa flexibilidad en el manejo de los recursos humanos, representa para el nivel central un problema de envergadura, el que se debilita si se consigue atomizar al grupo de presión (sindicatos) trasladando la responsabilidad a los niveles locales.

Esta problemática exige el desarrollo previo de propuestas relacionados a la generación de un piso básico nacional laboral remunerativo sobre el cual se podrían adicionar compensaciones económicas de acuerdo a criterios que incorporen a las estratificaciones geográficas, el desarrollo local, ruralidad, necesidades básicas insatisfechas de las zonas, trabajo extramural, producción, eficacia y eficiencia, entre otros, para evitar o minimizar estos conflictos logrando una fortaleza para el proceso antes que una debilidad.

### **2.6 La reforma del sector salud en el Ecuador**

La reforma del sector salud en el Ecuador al igual que la mayoría de los países de Latinoamérica y el Caribe ha pasado por una etapa de antecedentes inmediatos en la década de 1990, y de desafíos a partir de la promulgación de la Política y la Ley del Sistema Nacional de Salud que caracteriza y

rige de alguna forma al periodo actual.

En 1998 se inicia una nueva etapa que enfatiza las responsabilidades del Estado y defiende la institucionalidad pública, una de estas expresiones es la Ley de la Maternidad Gratuita y la aprobación de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud en septiembre del mismo año, el marco de esta nueva etapa de reforma se enfoca en los componentes de gestión desconcentrada y descentralizada, participación y organización por niveles, finalmente refuerza el modelo de prestaciones con servicios de prestaciones provistos por redes plurales de acuerdo a diversos niveles. (Echeverría, 2005). Esta fase fue fuertemente conducida por el Consejo Nacional de Salud (CONASA) tuvo fuerte apoyo de organismos internacionales coordinados por la Comisión Interagencial de Apoyo a la Reforma (CIAR), formada por el Banco Mundial para los proyectos FASBASE y MODERSA-Proyecto de Modernización de Servicios de Salud con apoyo técnico de PHR, el BID y la USAID con la coordinación de OPS/OMS.

A partir del año 2000 el avance del proceso de las reformas en salud fueron básicamente limitadas por la inestabilidad política generando acciones sin conducción y articulación necesaria entre los actores (OPS, 2002). Este periodo podríamos determinar que es un periodo de estancamiento de las reformas en salud, las mismas que son retomadas a partir del 2007 con el proceso de transformación del Estado guiado por los Planes Nacionales del Buen Vivir 2007-2012 y 2013 – 2017. (SENPLADES, 2013) etapa que nos lleva hacia el escenario actual.

## **Capítulo 3: Descripción de los avances y nudos críticos de proceso de desconcentración en salud a partir de la reforma**

### **Resultados**

#### **3.1. Descripción de los avances y nudos críticos a partir de la reforma**

En el presente capítulo, se describe los principales avances del proceso de desconcentración, en los componentes pilares del actual modelo de gestión institucional, como se ha mencionado los resultados intentan evidenciar los principales cambios resultados del traspaso de las Áreas y Direcciones Provinciales de salud hacia la creación de la Coordinación Zonal y Direcciones Distritales.

Un aspecto importante de este proceso, es que la ejecución del proceso de desconcentración en el territorio fue articulado entre las entidades administrativas locales lideradas por la Coordinación Zonal y el equipo técnico del Proyecto de Reforma Institucional del MSP en el nivel central, el cual condujo en el nivel nacional la implementación de este proceso. Además la zona 2 fue una de las zonas piloto de este proceso en todo el país.

Los principales avances están enfocados en los cinco componentes principales de esta fase inicial del proceso de desconcentración es decir en la gestión del talento humano, gestión financiera, gestión documental, activos fijos y gestión tecnológica.

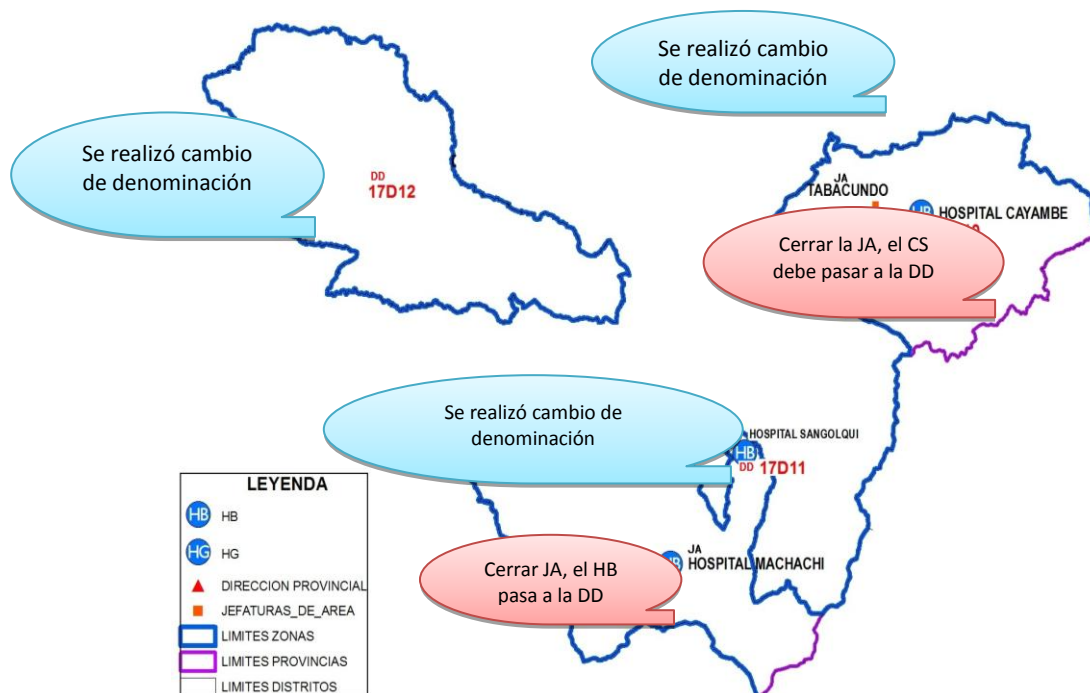
El proceso está enmarcado en la ejecución de las disposiciones de base legal a través de la emisión de varios acuerdos ministeriales (1549, 3345, 4721) del MSP mediante los cuales se disponen el cierre definitivo de las Direcciones Provinciales y Áreas de salud y la conformación de los Distritos de salud y la misma Coordinación Zonal de Salud y los demás pertenecientes a esta. En algunos casos puntuales únicamente se realizó el cambio de denominación de Áreas de Salud por



Direcciones Distritales por ejemplo Área de Salud No. 1 Tena por Dirección Distrital 15D01 Archidona-Carlos Julio Arosemena Tola-Tena – SALUD.

Las acciones que se ejecutaron por provincias fueron las siguientes: en la provincia de Pichincha se crearon tres distritos de salud con el cierre de dos áreas de salud, es así que se creó el Distrito 17D10 Cayambe-Pedro Moncayo - SALUD, el Distrito 17D11 Mejía – Rumiñahui – SALUD y el Distrito 17D12 Puerto Quito-San Miguel de los Bancos - Pedro Vicente Maldonado - SALUD; y se cerraron las Áreas de Salud No. 11 Pedro Vicente Maldonado, No. 15 Sangolqui y No. 16 Machachi.

**Gráfico 1. Distribución de direcciones distritales en la provincia de Pichincha**



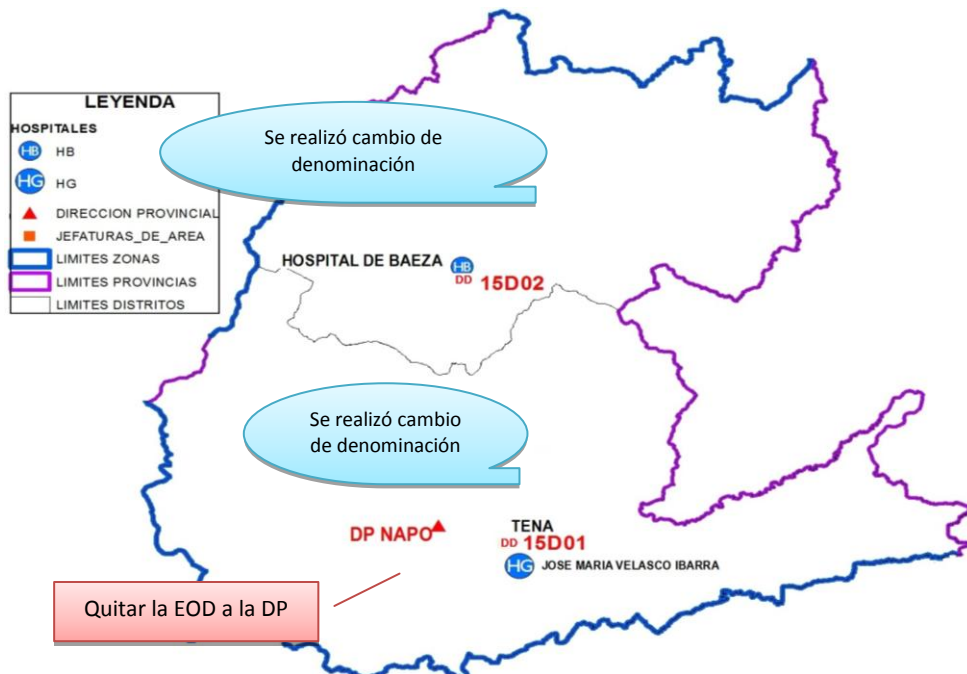
Fuente: Coordinación Zonal 2 - SALUD

Elaboración: Dirección Zonal de Planificación

En la provincia de Napo se crearon las direcciones distritales Dirección Distrital 15D01 Archidona-Carlos Julio Arosemena Tola-Tena – SALUD y la Dirección Distrital 15D02 Chaco – Quijos – SALUD; y se cerraron las Áreas de Salud No. 1 Tena y No. 2 Baeza, estas acciones bajo

la modalidad de cambio de denominación, además se cerró la Dirección Provincial de Salud de Napo.

**Gráfico 2. Distribución de direcciones distritales en la provincia de Napo**

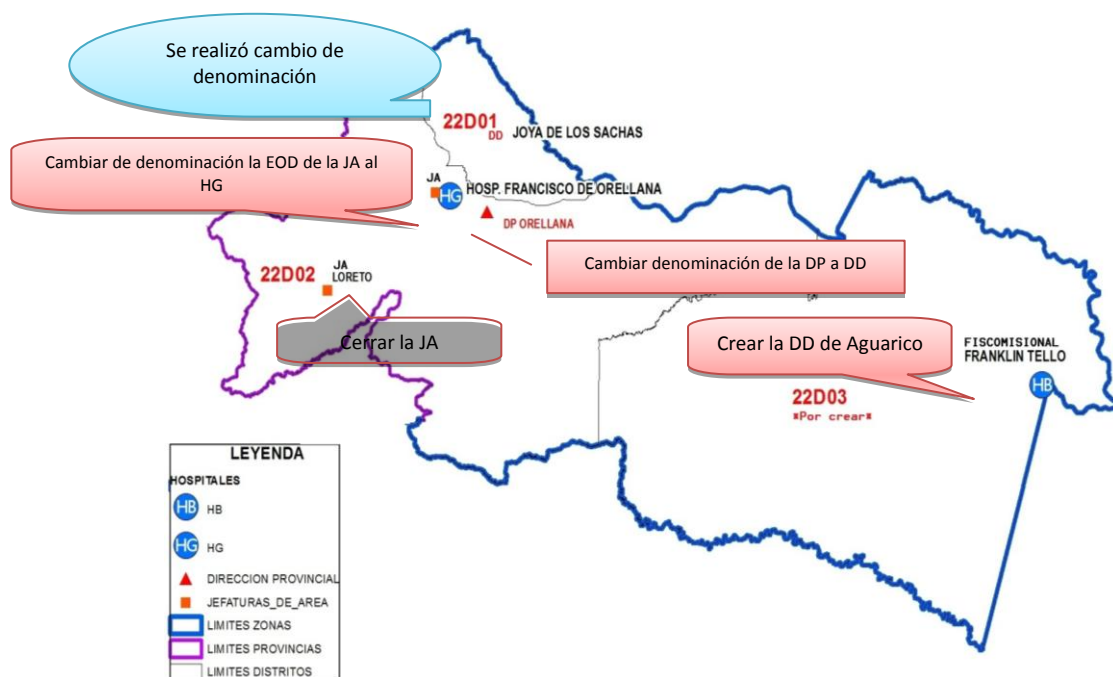


Fuente: Coordinación Zonal 2 - SALUD

Elaboración: Dirección Zonal de Planificación

En la provincia de Orellana se crearon las direcciones distritales, Dirección Distrital 22D01 Joya de los Sachas – SALUD, la Dirección Distrital 22D02 Orellana - Loreto – SALUD y Dirección Distrital 22D03 Aguarico; y se cerraron las Áreas de Salud No. 1 Orellana, No. 2 Joya de los Sachas y No. 3 Loreto. Además se cerró la Dirección Provincial de Salud de Orellana.

**Gráfico 3. Distribución de direcciones distritales en la provincia de Orellana**



Fuente: Coordinación Zonal 2 - SALUD

Elaboración: Dirección Zonal de Planificación

El siguiente cuadro resume las acciones ejecutadas según acuerdos ministeriales en cada una de las Áreas y Direcciones Provinciales de salud en las tres provincias pertenecientes a la Zona 2. Cabe señalar que durante todo este proceso se ejecutaron reuniones de socialización con el personal administrativo y operativo de cada una de las EODs.

Todas las EODs completaron al 100% el proceso de desconcentración, es decir se logró el cierre de todas las direcciones provinciales y áreas de salud para conformar la Coordinación Zonal y Direcciones Distritales en base a los acuerdos ministeriales emitidos por el MSP. Esto mediante un efecto progresivo que dependía del estado administrativo o capacidad local de partida de cada una de las EODs.

Los principales nudos críticos en esta fase, fueron las demoras en el tiempo para la emisión de acuerdos ministeriales puesto que el proceso en sí de reforma genera incertidumbre en los servidores públicos. Otro nudo identificado es que el proceso se dio de manera progresiva pero de manera intermitente priorizando unos distritos sobre otros, los distritos Joya de los Sachas y Pedro Vicente Maldonado iniciaron el proceso con meses de antelación respecto a los otros esto generó dificultades pues conllevó tratos diferenciados en los procesos administrativos con diferentes respaldos legales.

Otro aspecto crítico fue el cierre de las Direcciones Provinciales de Salud, pues en el marco de la reforma estas desaparecen para ser reemplazadas por los distritos de salud, sin embargo la figura de una entidad de cobertura y competencia provincial en el marco de la Ley Orgánica de Salud era necesaria pues es la entidad que controla y sanciona las infracciones contenidas en esta ley, debido a este contexto dentro de las estructuras de las Coordinaciones Zonales se mantuvieron procesos bajo la denominación de Direcciones Provinciales pero únicamente con el carácter sancionatorio mas no de acciones operativas para la provisión de servicios de salud.

**Cuadro 1. Acuerdos ministeriales para cierre y creación de Entidades Operativas Desconcentradas (EODs)**

ACUERDO CAMBIO DENOMINACIÓN	ÁREA DE SALUD	DIRECCIÓN DISTRITAL
1549 / 08-2012	Áreas de Salud No. 11 Pedro Vicente Maldonado	Dirección Distrital 17D12–PUERTO QUITO–SAN MIGUEL DE LOS BANCOS–PEDRO VICENTE MALDONADO-SALUD
1549 / 08-2012	Área de Salud No. 2 Joya de los Sachas	Dirección Distrital 22D01 – LA JOYA DE LOS SACHAS - SALUD
1549 / 08-2012	Área de Salud No. 1 Tena	Dirección Distrital 15D01–ARCHIDONA-CARLOS JULIO AROSEMENA TOLA–TENA-SALUD
3345 / 05-2013	Área de Salud No. 2 Baeza	Dirección Distrital 15D02–EL CHACO–QUIJOS-SALUD
3345 / 05-2013	Área de Salud No. 12 Cayambe	Dirección Distrital 17D10-CAYAMBE-PEDRO MONCAYO - SALUD
3345 / 05-2013	Área de Salud No. 15 Sangolquí	Dirección Distrital 17D11-MEJIA-RUMIÑAHUI-SALUD

ACUERDO 4721 DESCONCENTRACION	AREA DE SALUD	APLICACIÓN DEL ACUERDO
4721/02-2104	Área de Salud No. 16 Machachi	Cierre de EOD y Fusión Dirección Distrital No. 17D11
4721/02-2104	Área de Salud No. 13 Tabacundo	Cierre de EOD Fusión Dirección Distrital No. 17D10
4721/02-2104	Área de Salud No. 1 Francisco de Orellana	Sustitución de Denominación – HOSPITAL FRANCISCO DE ORELLANA
4721/02-2104	Área de Salud No. 3 Loreto	Cierre EOD y Fusión Dirección Distrital No. 22D02
4721/02-2104	Creación Distrito Aguarico	Dirección Distrital 22D03 creada y funcionando
4721/02-2104	Dirección Provincial de Salud de Napo	Cierre de EOD
4721/02-2104	Dirección Provincial de Salud de Orellana	Cierre de EOD

Fuente: Coordinación Zonal 2 - SALUD

Elaboración: Dirección Zonal de Planificación

### **3.2 Principales avances por componente (talento humano, gestión financiera, gestión documental, activos fijos y recursos tecnológicos)**

#### **Talento Humano**

En este componente se detallan los datos del personal administrativo y del personal de salud existente en las diferentes EODs, antes del proceso de desconcentración y los datos a la fecha actual, en una primera fase se ejecutó la optimización del talento humano, así se puede evidenciar en el cuadro donde hubo una importante reducción del personal administrativo, pasaron de 1746 servidores en el 2013 a 1521 servidores en el 2014, esta acción de optimización se enfoca sobre todo en la presencia de profesionales de acuerdo al perfil de formación y las necesidades del puesto de trabajo así como también debido al cierre de dos entidades como lo son las Direcciones Provinciales y Áreas de Salud.

Para el caso de los profesionales de la salud se puede evidenciar en la misma tabla, un incremento de los mismos en cada una de las EODs, esto debido a que la mayoría de personal sanitario que desempeñaba acciones administrativas pasó a realizar acciones de atención directa a la población en los servicios de salud, priorizando esto sobre la presencia de profesionales administrativos, con lo que pasaron de 1391 profesionales a 1769 para el 2014, este efecto generó un efecto positivo en los servicios de salud, pues se cubrieron plazas ausentes y se incrementaron los horarios de atención en los diferentes niveles de prestación.

**Cuadro 2. Optimización del talento humano en las EODs de la Coordinación Zonal 2 –  
SALUD 2013 - 2014**

ENTIDAD OPERATIVA DESCONCENTRADA (EOD)	2013		2014	
	Personal Adm.	Personal de Salud	Personal Adm.	Personal de Salud
DIREC. PROV. SALUD NAPO	212	180	0	0
DIREC. PROV. SALUD ORELLANA	85	252	0	0
DIREC. DISTRITAL 15D01 TENA	231	137	183	254
DIREC. DISTRITAL 15D02 BAEZA	108	76	116	131
HOSP. JOSÉ M. V. IBARRA	198	162	272	302
DIREC. DISTRITAL 17D10 CAYAMBE	159	82	156	209
AREA SALUD No. 13 TABACUNDO	39	33	0	0
DIREC. DISTRITAL 17D11 SANGOLQUI	146	95	198	240
AREA 16 MACHACHI	132	107	0	0
DIREC. DISTRITAL 17D12 P. V. MALD.	70	43	77	128
DIREC. DISTRITAL 22D01 SACHAS	72	36	70	107
DIRECCIÓN DISTRITAL 22D02	0	0	142	220
AREA 3 LORETO	59	39	0	0
HOSP. FRANCISCO DE ORELLANA	214	149	124	156
DIR. DIST. 22D03 AGUARICO	0	0	8	22
COORD. ZONAL 2	21	0	175	0

<b>TOTAL</b>	<b>1746</b>	<b>1391</b>	<b>1521</b>	<b>1769</b>
--------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Fuente: Sistemas ESIPREN y SPRYN. 2014

Elaboración: Coordinación Zonal 2 - SALUD

**Cuadro 3. Porcentaje de ocupación de puestos en las EODs de la Coordinación Zonal 2, durante el año 2013 y 2014**

<b>ENTIDAD OPERATIVA DESCONCENTRADA (EOD)</b>	<b>Puestos al inicio 2013</b>	<b>Puestos según estructura</b>	<b>Puestos ocupados 2014</b>	<b>Brecha</b>	<b>%</b>
Coordinación zonal	0	81	60	21	74
Dirección Distrital 15D01 Tena	0	27	25	2	93
Dirección Distrital 15D02 Baeza	0	27	17	10	63
Dirección Distrital 17D12 Pedro Vicente Maldonado	0	27	18	9	67
Dirección Distrital 17D10 Cayambe	0	33	32	1	97
Dirección Distrital 17D11 Sangolqui	0	33	31	2	94
Dirección Distrital 22D01 Joya de los Sachas	0	27	19	8	70
Dirección Distrital 22D02 Orellana	0	27	24	3	89
Dirección Distrital 22D03 Aguarico	0	27	8	19	30
<b>Total</b>		<b>309</b>	<b>234</b>	<b>75</b>	<b>76</b>

Fuente: Sistemas ESIPREN y SPRYN. 2014

Elaboración: Coordinación Zonal 2 - SALUD

En el cuadro se puede evidenciar el porcentaje de conformación de estructuras distritales en el componente de talento humano, el cual alcanzo en promedio el 76%, los casos más reducidos se pudo evidenciar en los distritos de las provincias de Napo y Orellana.

Los principales nudos críticos de este componente estuvieron relacionados a la escasa oferta laboral de profesionales de acuerdo al manual de puestos del MSP manteniendo una importante brecha permanente en los territorios. Otro aspecto fueron las diferentes modalidades de contratación de los servidores públicos (contratación colectiva, nombramientos definitivos, contratos ocasionales) pues esto en el marco de los beneficios de cada uno, limito la movilización de personal

sobre todo administrativo a puesto requeridos según las estructuras distritales.

### Gestión financiera

En este componente se analizaron los grupos de gasto corriente y de inversión, así en gasto corriente (Grupo 51: Gastos en Personal, Grupo 53: Gastos en Bienes y Servicios de Consumo, Grupo 56: Gastos Financieros, Grupo 57: Otros Gastos Corrientes, Grupo 58: Transferencias y Donaciones Corrientes) y en gastos de inversión (Grupo 71: Gastos en Personal para inversión, Grupo 73: Bienes y Servicios para Inversión, Grupo 75: Obras Públicas, Grupo 77: Otros Gastos de Inversión, Grupo 84: Bienes de Larga Duración), estos datos se analizaron de cada una de las EODs pertenecientes a la Coordinación Zonal.

**Cuadro 4. Presupuesto asignado a gasto corriente y de inversión en las EODs de la Coordinación Zonal 2, durante el año 2013 y 2014**

ENTIDAD OPERATIVA DESCONCENTRADA (EOD)	2012		2014		Variación en \$ Gasto Corriente	Variación en \$ Gasto Inversión
	CORRIENTE	INVERSION	CORRIENTE	INVERSION		
COORD. ZONAL 2	0	0	2358089	330488	2358089	330488
DIR. PROV. SALUD NAPO	6601657	550767	1094944	4126	-5506713	-546641
HOSP. JOSÉ M. V. IBARRA	9745085	3187613	9374955	677353	-370130	-2510260
DIR. DIST. 15D01 / AREA SALUD No. 1 TENA	2842741	796477	7912430	189891	5069690	-606586
DIR. DIST. 15D02 / AREA SALUD No. 2 BAEZA	2290055	165647	3771509	110814	1481454	-54833
DIR. PROV. SALUD ORELLANA	5367120	389986	1259335	25629	-4107785	-364357
DIR. DIST. 22D01 / AREA SALUD No. 2 JOYA DE LOS SACHAS	1886415	251617	2777895	1315987	891480	1064369



AREA SALUD No. 1 HOSP. F. DE ORELLANA	4227896	1513182	6953200	76559	2725303	-1436623
AREA SALUD No. 3 LORETO	1533170	202139	349405	1517	-1183765	-200623
DIR. DIST. 17D12 / AREA SALUD No. 11 PEDRO V. MALDONADO	1219607	95963	3156726	1174663	1937119	1078700
DIR. DIST. 17D11 / AREA SALUD No. 15 SANGOLQUI	3981801	795263	8883441	933265	4901640	138001
AREA SALUD No. 16 MACHACHI	2966487	470065	996315	1536	-1970172	-468529
DIR. DIST. 17D10 / AREA SALUD No. 12 CAYAMBE	3374191	600824	6974764	1166445	3600574	565621
AREA SALUD No. 13 TABACUNDO	1261517	149118	185786	1593	-1075731	-147525
DIR. DIST. 22D02	0	0	4745295	257415	4745295	257415
DIR. DIST. 22D03	0	0	615704	9705	615704	9705
<b>TOTAL</b>	<b>47297741</b>	<b>9168662</b>	<b>56048796</b>	<b>6009865</b>	<b>8751055</b>	<b>-3158796</b>

Fuente: Sistemas ESIGEF. 2014

Elaboración: Coordinación Zonal 2 - SALUD

En este cuadro se puede evidenciar a nivel general un incremento para el 2014 en asignación presupuestaria para gasto corriente, se suma a ello el incremento en más del 50% para las EODs que fusionan áreas es el caso de DD17D10. DD17D11, la relación de decremento en el Hospital Francisco de Orellana corresponde directamente al incremento en la DD22D02 de creación y división de recursos del es Área de Salud No.1.

La asignación en gastos de inversión incrementa en las DD17D10, DD17D11, DD17D12, DD22D01, por la asignación para equipamiento de los nuevos centros de salud y repotenciación de Hospitales.

En general en cuanto a los recursos económicos se evidenció un incremento de casi un 50% de recursos en el total zonal, esto debido a la maximización y el uso racional de los mismos, este incremento permitió financiar vía gasto corriente la provisión de servicios de salud. Los recursos de gastos de inversión se redujeron para ser financiados por el gasto corriente, delimitando el gasto de inversión a proyectos específicos de infraestructura, equipamiento (nuevos hospitales y centros de salud) y programas emblemáticos de salud (desnutrición, planificación familiar y discapacidades).

Los principales nudos críticos estuvieron centrados en los procesos de cierre de las entidades en el Ministerio de Finanzas pues se requirió depuraciones contable importantes de las entidades y la creación de las nuevas entidades pues con ella se generaron importantes retrasos para el proceso de asignación de recursos para la operatividad de los servicios de salud tales como pagos de remuneraciones a tiempo a servidores públicos, compra de medicamentos e insumos y pago a proveedores.

### **Gestión documental**

En este componente se expone la situación del archivo documental, detallado por provincias donde se puede apreciar que es uno de los componentes menos manejado adecuadamente, para el 2014 se incremento el cumplimiento de estándares según normativas de gestión documental, se asignaron responsables que constan en la estructura distrital como analistas de archivo y se adecuaron espacios físicos y equipamiento para su manejo adecuado, cabe recalcar que algunos distritos se fusionaron por lo tanto la cantidad de archivo documental se duplicó.

**Cuadro 5. Ubicación física de la oficina de archivo y características de la oficina de archivo  
años 2013 y 2014**

<b>2013</b>					
<b>Provincia</b>	<b># de PISO</b>	<b>Oficina exclusiva</b>	<b>Oficina Compartida</b>	<b>Cumple Estándar</b>	<b>Oficina Improvisada</b>
NAPO	PISO 1 / PLANTA BAJA	no	x	no	si
ORELLANA	PISO 1 / PLANTA BAJA	x	x	no	si
PICHINCHA	PISO 1 / PLANTA BAJA	x	x	no	si
<b>2014</b>					
<b>Provincia</b>	<b># de PISO</b>	<b>Oficina exclusiva</b>	<b>Oficina Compartida</b>	<b>Responsable</b>	<b>Oficina / Pertenencia</b>
NAPO	PISO 1 / PLANTA BAJA	x	x	x	x
ORELLANA	PISO 1 / PLANTA BAJA	x	x	x	x
PICHINCHA	PISO 1 / PLANTA BAJA	x	x	x	x

Fuente: Secretaria General Zonal

Elaboración: Coordinación Zonal 2 - SALUD

Un total de 2735 archivos físicos fueron levantados y foliados adecuadamente, un 80% de los archivos al inicio del proceso presentaban un buen estado y eran legibles.

El principal nudo crítico de este componente estuvo en referencia al manejo adecuado de los documentos físicos de los años anteriores pues muchos de ellos fueron encartonados y expuestos al deterioro climático, una importante cantidad de documentación tuvo que ser eliminada a través de peritos documentales. La falta de equipamiento sobre todo estanterías y espacios físicos adecuados contribuyeron a esta problemática.

### Cuadro 6. Cantidad de información contenida en cada oficina de archivo por provincias

pertenecientes a la zona 2

Provincia	No. de archivos
NAPO	231
ORELLANA	973
PICHINCHA	1530
<b>Total</b>	<b>2.735</b>

Fuente: Secretaria General Zonal

Elaboración: Coordinación Zonal 2 - SALUD

### Cuadro 7. Estado de la documentación por provincias pertenecientes a la zona 2

Provincia	Estado		Legibilidad	
	Bueno	Malo o regular	Legible	Ilegible
NAPO	84.80%	15.20%	82.09%	17.92%
ORELLANA	76.20%	23.73%	90.55%	9.45%
PICHINCHA	77.57%	22.43%	89.07%	10.93%

Fuente: Secretaria General Zonal

Elaboración: Coordinación Zonal 2 – SALUD

### Activos Fijos

En este componente se ejecutó un importante proceso de levantamiento y valoración de los bienes pertenecientes a las diferentes entidades administrativas en cada una de las provincias pertenecientes a la Coordinación Zonal, una de las principales actividades en este componente fue

el proceso de dar de baja a los bienes en mal estado para que estos a su vez sean eliminados o chatarrizados. Un total de casi treinta mil bienes fueron entre eliminados y chatarrizados entre los principales activos constaban equipo mobiliarios, equipo médico y vehículos (terrestres o fluviales), esta reducción de bienes en mal estado según su valoración económica correspondieron casi a un millón de dólares.

**Cuadro 8. Número y valoración de bienes de las EODs de la Coordinación zonal 2 en los años 2013 y 2014.**

ENTIDAD OPERATIVA DESCONCENTRADA (EOD)	2013		2014	
	No. Bienes	Valor	No. Bienes	Valor
DIRECCION PROVINCIAL DE SALUD DE NAPO	628	79288	291	122581
HOSPITAL FRANCISCO DE ORELLANA	1166	1832575	1166	1832575,4
DIREC. DIST. 15D01 / AREA SALUD No. 1 TENA	13720	1288561	2181	913549
DIREC.DIST. 15D02 / AREA SALUD No. 2 BAEZA	1382	905033	1215	851725
DIREC. PROVINCIAL DE SALUD DE ORELLANA	292	222587	772	80750
DIREC. DIST. 22D01 / AREA No. 2 JOYA DE LOS SACHAS	1778	576134	861	240482
AREA DE SALUD No. 1 DIREC. DISTRITAL 22D02	3633	311991	3530	824669
AREA DE SALUD No. 3 LORETO	3985	1198858		
DIREC. DIST. 17D12 / AREA SALUD No. 11 P.V.MALDONADO	6075	191775	713	252307
DIREC.DIST. 17D11 / AREA SALUD No. 15 SANGOLQUI	3016	474265	2339	1146319
AREA DE SALUD No. 16 MACHACHI	1623	524025		
DIREC. DIST. 17D10 / AREA SALUD No. 12 CAYAMBE	6335	118970	2222	123393
AREA DE SALUD No. 13 TABACUNDO	1469	118763		
<b>TOTAL</b>	<b>45102</b>	<b>7842826</b>	<b>15290</b>	<b>6388350</b>

Fuente: Coordinación Zonal 2 - SALUD

Elaboración: Dirección Zonal de Planificación

Al igual que en el proceso de gestión documental la falta de una adecuada gestión en el registro y valoración de los bienes limitaron adecuadamente el proceso, para ello se recurrió a la contratación de una consultoría pericial para dar de baja adecuadamente los bienes en mal estado, esto en el marco de las observaciones que pudieran ejecutar las entidades de control del gasto público.

### Gestión tecnológica

En el cuadro 8 y 9 se evidencia que del total de equipos informáticos levantados en el año 2012 se pudo evidenciar que al menos 339 equipos estaban en mal estado y no era factible su uso, estos al igual que en el componente de activos fijos fueron dados de baja, sin embargo para cumplir adecuadamente con los estándares de funcionamientos de coordinaciones zonales y distritales al menos 552 equipos deben ser incorporados para reemplazar los equipos en mal y regular funcionamiento.

**Cuadro 9. Número, factibilidad y brecha de equipo informático en las EODs de la Coordinación zonal 2 en los años 2012 y 2014**

ENTIDAD OPERATIVA DESCONCENTRADA (EOD)	EXISTENTES				FACTIBLES				BRECHA			
	D. Distrital	1er Nivel	Hosp.	Total Factibles	D. Distrital	1er Nivel	Hosp.	Total Factibles	D. Distrital	1er Nivel	Hosp.	Total Brecha
Distrito 15D01 Tena	32	179	0	<b>211</b>	30	160	0	<b>190</b>	0	19	0	<b>19</b>
Distrito 15D02 Chaco Quijos	10	54	9	<b>73</b>	10	54	4	<b>68</b>	17	19	12	<b>48</b>
Distrito 22D01 Joya Sacha	20	93	0	<b>113</b>	20	69	0	<b>89</b>	7	0	0	<b>7</b>
Distrito 22D02 Orellana	36	140	50	<b>226</b>	36	94	50	<b>180</b>	0	42	2	<b>44</b>
Distrito 22D03 Aguarico	5	20	0	<b>25</b>	4	20	0	<b>24</b>	23	10	0	<b>33</b>
Distrito 17D10 Cayambe	38	138	18	<b>194</b>	22	58	10	<b>90</b>	11	60	18	<b>89</b>

Distrito 17D11 Sangolqui	30	46	32	<b>108</b>	11	14	17	<b>42</b>	19	109	14	<b>142</b>
Distrito 17D12 PVM	22	45	0	<b>67</b>	5	10	0	<b>15</b>	22	45	0	<b>67</b>
Coordinación Zonal	22	0	0	<b>22</b>	18	0	0	<b>18</b>	63	0	0	<b>63</b>
Hospital J. M. Velasco Ibarra	0	0	76	<b>76</b>	0	0	60	<b>60</b>	0	0	40	<b>40</b>
<b>Total</b>	<b>215</b>	<b>715</b>	<b>185</b>	<b>1115</b>	<b>156</b>	<b>479</b>	<b>141</b>	<b>776</b>	<b>162</b>	<b>304</b>	<b>86</b>	<b>552</b>

Fuente: Dirección Zonal de Tecnologías, Información y Comunicación

Elaboración: Coordinación Zonal 2 - SALUD

#### **Cuadro 10. Total recursos tecnológicos por EODs de la Coordinación Zonal**

PROVINCIAS	2012			2014		
	COMPUT.	IMPR.	SCAN.	COMPUT.	IMPR.	SCAN.
NAPO	263	98	2	143	81	2
ORELLANA	203	136	4	147	115	4
PICHINCHA	334	179	5	255	154	5
<b>TOTAL</b>	<b>800</b>	<b>413</b>	<b>11</b>	<b>545</b>	<b>350</b>	<b>11</b>

Fuente: Dirección Zonal de Tecnologías, Información y Comunicación

Elaboración: Coordinación Zonal 2 - SALUD

Los principales nudos críticos en este componente estuvieron relacionados en el inadecuado registro de los equipos informáticos y la presencia de una importante cantidad de equipos en mal estado.

## Capítulo 4: Conclusiones y recomendaciones

### 4.1 Conclusiones

- A partir de la aprobación de la nueva Constitución en el Ecuador, el gobierno promovió una nueva etapa de reforma en el sector salud, resultado del proceso de transformación del Estado.
- La reforma del sector salud resulta de una serie de cambios generados en todo el ejecutivo en base al Plan Nacional de Descentralización y no como una iniciativa individual del Ministerio de Salud Pública.
- El proceso de desconcentración como parte de la reforma del sector salud se pudo operativizar en el nivel territorial en la Zona 2.
- La Ministerio de Salud Pública en la Zona 2 que agrupa las provincias de Pichincha (excepción el cantón Quito), Napo y Orellana ejecutó de manera adecuada el proceso de desconcentración, cuya acción final fue el cierre de las Direcciones y Áreas de salud y la creación de la Coordinación Zonal y Direcciones Distritales de Salud.
- Las dinámicas de la implementación de la reforma de salud variaron en cada territorio, debido a los niveles de gestión administrativa con las que contaban en el momento del proceso de desconcentración.
- En todos los componentes del proceso de desconcentración (gestión del talento humano, gestión financiera, gestión documental, activos fijos y gestión tecnológica) se generaron importantes acciones de optimización de los recursos.
- Se generaron importantes brechas que deben ser abordadas para la gestión adecuada de cada una de los componentes de la desconcentración.
- El proceso de contribuyó al fortalecimiento del objetivo estratégico institucional referente a la eficiencia y eficacia de las actividades operativas del MSP en especial en los componentes



de gestión del talento humano y gestión financiera, pues se maximizaron los recursos para generar una redistribución más equitativa en cada uno de los territorios.

- El proceso también contribuyó a la estrategia nacional de la SENPLADES “El Estado a tu lado” pues redujo la brecha en cuanto la provisión de servicios de salud con la presencia de una mayor cantidad de personal operativo y un adecuado financiamiento como el caso de Joya de los Sachas que es parte de la implementación del proyecto piloto “Distritos Ideales” en todo el país y como el caso del Aguarico área geográfica de difícil acceso (10 a 12 horas en transporte fluvial) donde se ha implementado una unidad administrativa distrital.

## **4.2 Recomendaciones**

- Valorar los mecanismos gestión en la ejecución administrativa que evidenciar el adecuado funcionamiento y operativización de las coordinaciones zonales y direcciones distritales creadas.
- Ejecutar una evaluación a largo plazo permitirá evaluar el impacto en los servicios de salud e indicadores sanitarios básicos
- Generar mecanismos que permitan sistematizar de manera continua e institucional el proceso de reforma institucional.
- Socializar la experiencia del MSP con otros actores del ejecutivo desconcentrado que permitan llevar de la mano la provisión de los servicios públicos en especial las instituciones vinculadas al sector social (salud, educación, vivienda, deporte, inclusión económica y social).
- Fortalecer la capacidades administrativas de los equipos gestores de las coordinaciones zonales y direcciones distritales a través de programas de formación académica continua enmarcados en el proceso de transformación del Estado.

## ANEXOS

### 1. ENTREVISTAS CON GRUPOS FOCALES

<b>Año:</b> 2014	<b>Mes:</b> Agosto	<b>Día:</b> 06	
<b>Tema:</b> I TALLER ZONAL DE EVALUACIÓN PRIMER NIVEL TRABAJO MESA TEMATICA “AVANCES PROCESO DESCONCENTRACIÓN”		<b>Hora Inicial:</b> 10H30	<b>Hora Final:</b> 12H30
<b>Lugar:</b> HOSTERIA EL REMANSO CANTÓN PEDRO VICENTE MALDONADO			
<b>GENERALIDADES DE LA REUNIÓN Y CONCLUSIONES</b>			
<b>1. GRUPO FOCAL CON PERSONAL DE SALUD</b>			
<p>Se realiza el espacio de la Mesa Temática con representantes de las Unidades Operativas del primer nivel :</p>			
<p><b>Participantes:</b> Directores CS. MUYUNA, CS. ATAHUALPA, CS. MINDO, CS. BUENOS AIRES, CS. CUYUJA, CS. CHONTALOMA, CS. URBANO CAYAMBE Anidado, CS. MONTALVO CS. AYORA, CS. OTON, CS. TUPIGACHI, CS. CUSUBAMBA, CS. SAN CARLOS</p>			
<p>La facilitación de la Mesa Temática estuvo a cargo de la Ec. Nancy Gallegos.</p>			
<p>Se da a conocer el objetivo del espacio generado durante el Taller: Saber <b>el grado de conocimientos sobre el Tema Desconcentración y Descentralización, así como identificar los criterios desde las Unidades Operativas sobre los avances y nudos críticos de la Gestión, bajo el marco de la Administración de las Direcciones Distritales de Salud en el territorio.</b></p>			
<p>Inicia así la ronda de preguntas a los directores de las unidades operativas:</p>			
<p><b>Conoce Ud. el concepto de Concentración y Descentralización:</b></p>			
<p>Se consulta a la Directora del C.S. Chontaloma, quien manifiesta no conocer, la representante del C.S. Cuyuja tampoco conoce de los conceptos, la Dra. Paulina Quizhpe del C.S. Montalvo no conoce.</p>			
<p>Se generaliza la pregunta a todos los Directores sobre los conceptos de Desconcentración y Descentralización, todos expresan desconocer.</p>			
<p>Se insiste en la pregunta esta vez consultando si alguien ha escuchado alguna vez de Desconcentración o Descentralización?</p>			
<p>Todos los participantes indican que No.</p>			
<p>En vista de que nadie da respuesta, se consulta a los participantes si en sus Direcciones Distritales han recibido capacitaciones o socialización de información del proceso de Desconcentración.</p>			
<p>Todos los participantes indican que No.</p>			

**Pregunta No.2 Conoce cuantos Distritos tiene la Zona 2?**

Los participantes responden tiene 6, 7, 6, 7 Distritos, solo una persona Dra. Quizhpe responde acertadamente que son 8 Distritos de la Zona 2.

**Se realiza la pregunta conocen cuales son los Distritos de la Zona 2?**

Cada uno de los participantes indica conocer los Distritos y los cantones que conforman de los Distritos a los que pertenecen y de la provincia, así la Dra. del CS Muyuna responde que el Distrito 15D01 está conformado por los Cantones Archidona, Tena y Arosemena Tola y el Distrito 15D02 por los Cantones Quijos y El Chaco, Dr. C.S. San Carlos menciona que el Distrito al que pertenece es el 22D01 Joya de los Sachas, el 22D02 lo conforma Orellana y Loreto y el 22D03 Aguarico, los representantes de Pichincha solo conocen cada uno la denominación y cantones de sus propios Distritos.

**Tercera pregunta realizada a los participantes dice Conoce cuantos Circuitos tiene su Distrito?**

Todos responden acertadamente la Dra. Del P.S Chontaloma indica que 6, Dra. de Muyuna 9, San Carlos 4, Buenos Aires 4, Cayambe Anidado 8.

**Conocida las respuestas en su mayoría negativas, se identifica la necesidad de informar los conceptos e informar en resumen de que se trata la Desconcentración y en particular el proceso en la Zona 2.**

Se procede así a indicar que la Desconcentración significa trasladar ciertas facultades y atribuciones desde el Gobierno Central sus Ministerios hacia las zonas, los distritos y los circuitos, con la finalidad de fortalecer la microplanificación.

La Descentralización es la transferencia de competencias que incluyen recursos desde el Gobierno Central hacia los Gobiernos autónomos descentralizados provinciales, municipales y parroquiales, como por ejemplo la transferencia de competencias del Control de tránsito a cargo de varios municipios del país actualmente.

**De manera general se consulta si conocen algún acuerdo que rigen el Proceso de Desconcentración en la Zona 2?**

Todos desconocen.

Se consideró necesario indicar en resumen de que se trata el acuerdo 4721 de Desconcentración de la Zona 2 para poder continuar con la mesa temática.

Se procede entonces a indicar que el acuerdo ministerial 4721 es el tercer acuerdo que rige el proceso de desconcentración en la zona 2, con este se finiquita el proceso con el cierre de las Direcciones Provinciales de Napo y Orellana, fusionando las Áreas No.13 Tabacundo a la Dirección Distrital 17D10, el área de salud No. 16 a la Dirección Distrital 17D11, cambiando la denominación del área 1 Orellana a Hospital Francisco de Orellana y creando las Direcciones Distritales 22D02 Orellana Loreto y 22D03 Aguarico.

**Con esta breve explicación del proceso llevado a cabo por la Zona 2 se procede a consultar si cada uno puede describir como perciben los principales avances del proceso de desconcentración?**

- La Dra. del C.S. Muyuna indica que la Gestión en la Dirección Distrital 15D01 es muy buena, mantienen el apoyo de la Directora Distrital en cuanto necesidades que se presenten

en las unidades operativas, indica además que ayuda mucho las reuniones de planificación que se realizan por circuito.

- La Dra. del C.S. Buenos Aires manifiesta que su percepción del cambio ante el proceso de pasar el centro de Salud desde el área Quinindé hacia la Dirección Distrital 17D12 de Pedro Vicente Maldonado es muy bueno, es notorio el cambio que tuvo el centro de salud al ingresar a la gestión como Distrito pues inmediatamente la unidad fue objeto de mantenimiento, pintura y arreglos, pasaron de tener un área de espera en pésimas condiciones a un lugar adecuado a las necesidades.
- La Dra. del C.S. Chontaloma y Cuyuja, coinciden con que la planificación como Distrito les ha permitido mejorar, en Chontaloma el Distrito ha invertido dando mantenimiento a la Unidad Operativa, como Distrito el Director Distrital nos reúne de manera mensual para planificar actividades y allí se indican las necesidades que tenemos y nos apoyan.
- El Dr. Del C.S. de San Carlos, indica que la Gestión como Distrito es muy buena la conducción de las Unidades Operativas y apoyo desde la Dirección Distrital es efectivo, se realizan reuniones de todas las Unidades Operativas una vez al mes, y como Distrito Modelo el apoyo es mayor.

Se solicita al Dr. que informe la experiencia con el Nuevo Centro de Salud Tipo A, indicando que este es uno de los componentes de la Desconcentración, fortalecer la Gestión en el territorio y acercar los servicios de calidad a la ciudadanía.

- El Dr. indica que el cambio era necesario San Carlos una de las parroquias más petroleras tenía un índice alto de morbilidad, al ser considerado Joya de los Sachas Distrito Modelo se prioriza la construcción del C.S San Carlos, que lo pasamos a ocupar hace aproximadamente un mes, lo entregaron con equipos nuevos en su totalidad, el talento humano de igual forma está contratado según lo que corresponde al centro de salud y por el número de habitantes el trabajo que se realiza es con calidad y calidez da gusto trabajar allí, hay una diferencia de 100% con relación al anterior centro de Salud, es además visible como el número de atenciones se incrementó, la gente acude hasta por conocer el centro de salud, de inicio complica porque la atención se satura pero sabemos que esto irá mejorando, la atención intra y extramural a todas las comunidades se las realiza de manera adecuada y coordinada incluyendo a nuestros TAPs y se encuentran cubierto el servicio con los EAIS por circuito

#### **Se realiza finalmente la pregunta de que cuales consideran como Nudos Críticos del Proceso de Desconcentración?**

- Intervienen las Dras. del Distrito 17D10 indicando que sería la resistencia al cambio, de inicio se pensaba dos veces en que como se iban a realizar las cosas y cómo afectaría.
- Si existió desorganización y sigue existiendo no está claro a quién acudir por ejemplo la información Estadística se sigue reportando como Tabacundo por una parte y como Cayambe por otra, se supone que como Distrito la información se debe reportar al Distrito en Cayambe, sin embargo no existe esa definición que no está concreta y confunde.
- La Dra del C.S. Urbano Cayambe.- indica que la atención de inicio como C.S. anidado ha tenido cambios notables de inicio se atendía en un espacio sin divisiones que permitan dar una atención adecuada, posteriormente se realizó el cambio a consultorios, sin embargo

complica la dependencia aún del Hospital.

- Este año no se dio asignación de Rurales por lo cual se ha originado la suspensión de actividades extramurales, para poder cumplir con la atención intramural en el Centro de Salud, esto en adelante tendrá consecuencias, la falta de talento humano es algo importante que el Distrito debe solucionar muchas veces se soluciona y se da prioridad a los temas del Hospital.
- Las Dras. de Chontaloma y Cuyuja comparten con la compañera de Cayambe indicando que el tema de Talento Humano es también su problema, con solo un médico en los centros de Salud se hace imposible cumplir con actividades extra murales.
- Todas la representantes de Cayambe indican que como Dirección Distrital debería haber al igual que en los otros Distritos reuniones con las Unidades Operativas, las reuniones si las hacían antes ahora como Dirección Distrital no se han dado.
- Además indican que todas las necesidades que tienen en las Unidades Operativas las presentan en la Dirección Distrital, sin embargo no tienen respuesta a pesar de que envían insistidos, entienden que el tema de la inauguración de Tabacundo les mantuvo ocupados sin embargo ya es hora que les presten atención, confían en que lo dispuesto por el Sr. Coordinador sobre el transporte se haga realidad, porque para realizar visitas y brigadas en las juntas parroquiales, policía, etc, gestionan el apoyo con el transporte y eso lleva tiempo y no se cuenta con la disponibilidad 100% de transporte.
- Todos los participantes concluyen en que se debe socializar el MAIS involucrando a la población y autoridades locales.
- Sobre la atención al usuario se debe también considerar campañas de educación y promoción para que el paciente sepa a dónde acudir, se atiende en las diferentes unidades pacientes que corresponden a barrios o parroquias de cobertura de otros centros de Salud.
- Además se debe aclarar si para todos los pacientes se abre historia clínica hay muchos pacientes que acuden por una sola vez, es población flotante.
- De lo que se trató a nivel general en el taller es importante para todos que se revise la proyección de la población por unidad operativa en muchos casos es exagerado y luego mantienen inconvenientes en el cumplimiento de actividades y metas.

**Finalmente se pasa a consultar a los participantes si conocen o tienen idea del avance del Proceso de desconcentración que llevan adelante otros ministerios en el territorio?**

La Dra. de Juan Montalvo indica que al tratarse de sectorización de la población escolar el Ministerio de Educación va delante de lo que conoce ellos ya tienen definida la asignación de estudiantes a las unidades educativas mediante un sistema, también hacen campañas de promoción sobre el tema de asignación, en ese tema si están adelantados de ahí como Direcciones Distritales del Ministerio de Salud se conoce las Funciones desde el año anterior.

**2. GRUPO FOCAL CON DIRECTORES/AS DISTRITALES**

**PARTICIPANTES:**

Dr. Diego Mejía	Director Distrital 17D11
Dr. Nestor Chicaiza	Director Distrital 17D10
Ing. Iván Carpio	Director Distrital 17D12
Dra. María Sánchez	Representante del Director Distrital 22D01
Lic. Nancy Tito	Directora Distrital 22D02
Dra. María Avila	Directora Distrital 22D03
Lic. Jaqueline Vallejo	Directora Distrital 15D01
Dr. Roberto Cabezas	Director Distrital 15D02

Se comienza saludando a los Directores Distritales y explicando el objetivo de la reunión sobre el tema de descentralización y desconcentración, y si el mismo ha sido socializado con las unidades operativas y autoridades de sus respectivos distritos.

**Lic. Jaqueline Vallejo - Directora Distrital 15D01**

Menciona que las reuniones con las EODs realizan cada 15 días, se ha socializado con todas las unidades operativas, existe resistencia en la gente para acoger el cambio, se tiene el inconveniente con la ex dirección provincial de salud.

Cuando la zona solicita los vehículos muy gentilmente se les colabora, pero eso incurre no cumplir con la programación.

**Dr. Roberto Cabezas - Director Distrital 15D02**

El personal del hospital se está integrando a la dirección distrital.

Como fortaleza de la desconcentración se tiene que la planificación es más directa y existe fluidez de información.

En cuanto a la coordinación interinstitucional se ha conversado con el alcalde para la donación del terreno para la construcción de la Dirección Distrital.

Se tiene apoyo de Coca Codo Sinclair para la construcción del centro de salud, por parte de CNEL no se tiene el apoyo absoluto tan solo quieren donar un equipo odontológico para Cuyuja.

**Lic. Nancy Tito - Directora Distrital 22D02**

Dificultad del hospital con el distrito en cuanto a relación de entrega de informes.

Se socializó el tema de la desconcentración con las autoridades de Orellana y Loreto.

Dificultad de entrega de informes a tiempo a la zona, debido al número de unidades operativas, se trabaja por ruta, ya que por circuitos es complejo de acuerdo a la distribución de Senplades, por la accesibilidad, es algo que se ha conversado con el Dr. Edy.

Desabastecimiento de medicinas en las Unidades Operativas, debido a la falta de entrega de los proveedores.

Otro tema es los vehículo que solicita la zona yo muy amablemente les presto, pero me toca parar la planificación de ese día, y es algo que no estoy de acuerdo, como sugerencia es que el vehículo se preste para movilización interna dentro de la población.

El manejo de Quipux en informados, entiendo que es solo como para que yo me informe, y en esto tengo inconvenientes con el Financiero y Talento Humano.

Los quipux están enviando directamente a los técnicos, no respetan el órgano regular, ejemplo la Dra. Toca y el Dr. Romero.

Los técnicos zonales se comunican y envían información a través de correo electrónico con sus pares, sin que yo esté enterada y cuando me llaman a decir que no envían, recién me entero.

En cuanto al personal TAPs les llaman a capacitación cada semana, lo cual me representa un gasto en viáticos y solo en eso me estoy acabando la plata.

**Dra. María Sánchez - Representante del Director Distrital 22D01**

Las reuniones y planificaciones se realizan antes del 20 de cada mes y no existe cruce de las planificaciones.

Si me gustaría que los técnicos zonales den a conocer sus planificaciones para no tener que interrumpir las planificaciones de nuestras unidades operativas, la zona no tiene una buena coordinación.

Las programaciones de la zona deberían ser anticipadas y dar a conocer a sus pares en los distritos. Se sugiere que los técnicos zonales trabajen por provincia para que las reuniones no sean en la zona.

**Dra. Maria Avila - Directora Distrital 22D03**

Se ha socializado el tema de desconcentración con el jefe político y juntas parroquiales, falta la socialización con el alcalde.

Se tiene inconveniente por la falta de personal, ya que yo me encargo de Provisión, de Calidad y de todo, se tiene el apoyo del personal del hospital es ahí que no se cumple con toda la información que solicita la zona.

En el Distrito se encuentra el hospital fiscomisional, se socializó el nuevo modelo de gestión con las monjitas y están dispuestas hacer el traspaso del hospital al MSP.

**Ing. Ivan Carpio - Director Distrital 17D12**

Se ha socializado el tema de desconcentración y el nuevo modelo de gestión con todas las unidades operativas.

Se tiene inconveniente por la falta de personal se está manejando con encargos, y con sobrecarga de trabajo, no se tiene personal en planificación, ni talento humano; y así tenga las carpetas para contratar no tengo espacio físico.

Los terrenos no están validados (hospital).-se está en conversaciones con el alcalde (en septiembre se tiene previsto una reunión)

Como fortaleza de la desconcentración es la toma de decisiones propias, no se tiene mayor complejidad.

Se pide que las reuniones no sean llamadas a la zona ya que es un desperdicio de recursos para 2 horas de reunión, más es el viaje que en si la gestión, sugiero que se vea otras formas como videoconferencias o que los técnicos zonales visiten territorio.

Las reuniones que convoca la zona se están volviendo como antes de la desconcentración, diferentes programas llaman a reunión para dos horas y es una pérdida de tiempo.

El tema de placas nos han dicho de la zona 9 que se envíen a la zona 2, se tiene ese inconveniente por el tema de distancia, es un tema que se hay que darle solución y por tema geográfico pienso que nosotros deberíamos entregar en Pichincha.

**Dr. Diego Mejía - Director Distrital 17D11**

No se tiene un adecuado espacio físico, se suma a la opinión del Distrito 17D12.

Tienen dos anidados, se está colapsando el hospital por la operatividad de las unidades.

No se tiene todo el equipamiento y mobiliario respectivo.

Que se revise las estructuras de los dos hospitales.

En cuanto al quipux se acordó que no se envíe con copia ya que se duplica el trabajo, debe seguirse el órgano regular.

Se suma a la opinión del Director Distrital 17D12 que las reuniones no sean llamadas a la zona ya que es un desperdicio de recursos para 2 horas de reunión, se sugiere que se vea otras formas como videoconferencias o que los técnicos zonales visiten territorio.

Se tiene casi el 100% de ejecución presupuestaria en Medicina y una ruptura de stock.  
Sugiere que los técnicos zonales trabajen por provincia  
Que se considere que el personal operativo no salga a las reuniones convocadas a la zona, ya que se cierran las unidades operativas.

**Dr. Nestor Chicaiza - Director Distrital 17D10**

Se avanzado bastante con la socialización dando a conocer el nuevo modelo de gestión, el inconveniente es la operatividad por el tema de infraestructura, equipamiento y mobiliario.  
Se tiene cargo la gestión del hospitales básico y el nuevo centro tipo C.

**SUGERENCIAS DE LOS DIRECTORES DISTRITALES**

Que las reuniones no sean llamadas a la zona por dos o 3 horas, por el viaje que realiza cada distrito.

Que las capacitaciones sean anticipadas y respetando las programaciones de cada unidad.

TAPS.- toda la semana les están llamando a capacitación.- tema de viáticos (gastos).

Se considere que el personal operativo no salga, ya que se cierran las unidades operativas.

Técnicos de la zonal salgan a terreno, que visiten por provincia, por el tema de la ubicación geográfica.

Que no se crucen las programaciones ya que algunas unidades operativas no tienen personal.

Se coordine el tema de vehículos, ya que las programaciones son alteradas en los distritos, el vehículo será prestado internamente, como compromiso de los directores será apoyarles con movilización interna.

Programaciones de las zonas debería ser anticipada y dar a conocer a sus pares en los distritos.

Desabastecimiento de medicina.

No se sigue el órgano regular en talento humano y financiero, en cuanto a quipux.

Canales de información debe ser conocida por los directores distritales así sea por email.

De parte TICS dar a conocer el QUIPUX la bandeja de INFORMADOS para qué sirve??.

Los técnicos están enviando directamente los QUIPUX para los distritos.

EL QUIPUX que no sea enviado con copia.

Revisión de la población para los distritos. (Datos reales) tanto zonal como a nivel central, que el tema se maneje estandarizado.

Finalmente de forma general se les solicita a los Directores Distritales los avances del Proceso.-

Coinciden en que la Planificación de manera directa como Direcciones Distritales les permiten tomar decisiones.

**En relación a los nudos críticos:**

Los Directores Distritales de Pichincha Rural manifiestan el inconveniente en el control de TB, el tema de INSPI sede zona 2 para el caso de los Distritos de Pichincha les queda lejos para el envío de muestras.

En la Dirección Distrital 22D02, mantienen el inconveniente del pago de Placas el HPFO realizaba los pagos hoy ya no lo quiere hacer.

Para la Dirección Distrital 22D02 no le queda claro el tema de los Programas que se mantiene a nivel Provincial, el tema de reportes se confunden envían directamente a la Zona y no a la



Provincial, solicita se mantenga una reunión para definir esos temas.

Todos los Directores Distritales manifiestan que si estamos desconcentrados mantener los programas a nivel provincial es un Nudo Crítico un retroceso debería gestionarse el Tema de responsables distritales y zonales.

**SOBRE LAS EXPERIENCIAS DIRECCIONES DISTRITALES MIES MINEDUC,**  
Sobre eso no hay discusión el Ministerio de Salud con el proceso de desconcentración esta adelantado, en lo único que el MINEDUC está adelantado es en la construcción de sedes distritales, con el MIES se coordina acciones pero ellos no tienen Direcciones Distritales se desconoce como actuará este Ministerio.

Con los GADs hay una buena coordinación se ha buscado apoyo de varios de ellos, tanto parroquiales como municipales.

En el Distrito 17D12, hay reuniones que convocan SENPLADES, de las cuales la Dirección Distrital desconoce se solicita socializar los espacios para poder participar como Dirección Distrital.

## **2. ENTREVISTAS ACTORES CLAVES DEL PROCESO DE DESCONCENTRACION**

### **1. Entrevista Ing. Santiago Guaygua – Gerente del Proyecto de Reforma del MSP**

1P. Cuáles fueron las situaciones que motivaron la desconcentración?

el principal motivo para adoptar este modelo desconcentrado es la política que sale sobre el nivel de distribución territorial desde SENPLADES, teníamos un modelo generado por provincias cantones parroquias que realmente no aseguraban un acceso fácil y directo a los ciudadanos en su caso particular a los servicios de salud el motivo principal de esto, acercar los servicios a los ciudadanos de tal suerte que entre más cerca este de tu jurisdicción mas posibilidad vas a tener todos los recursos en este caso de salud pública.

2P. Cuáles son los beneficios del modelo de desconcentración vs los otros modelos?

El principal beneficio que tiene un modelo desconcentrado es que puedes tener más números de unidades administrativas y operativas a nivel territorial por lo tanto los servicios de salud tanto asistenciales como administrativos están muchos más cerca al ciudadano adicionalmente a este modelo trae como beneficio el uso eficaz y eficiente de los recursos de suerte de que puedas planificar de manera coordinada tanto entre el distrito con la zona y esta con el nivel nacional todas administrando unidades operativas de acuerdo a su nivel de complejidad en este caso segundo y tercer nivel a cargo de las zonas y primer nivel a cargo de los distritos, obviamente las facilidades que muestra este nivel siempre van a depender del nivel de implementación de que tenga cada uno de estos en territorio y el éxito justamente de este modelo es que veamos el modelo de gestión distrital y zonal no con la misma estructura que tenía antes con las áreas y provincias que podría ser similar pero la lógica del modelo es completamente diferente es acercar los servicios al ciudadano y trabajar de forma coordinada articulada entre distritos y zona y estas con el nivel central.

3P. La importancia de cada uno de los componentes (Financiero, Talento Humano, TICS, Activos Fijos, Gestión Documental) en el MSP en relación al modelo desconcentrado?

Claro, en función de la desconcentración se identificaron 5 componentes en primera instancia que van a facilitar la desconcentración son el Financiero, Talento Humano, TICS, Activos Fijos, Gestión Documental, cada uno tiene su nivel de importancia particular es así, que el componente financiero es primero que se llevo a cabo, es el que, más bien dicho es el que ayuda a crear física y estructuralmente los distritos y las zonas; qué importancia tiene? Que cada distrito se haga cargo de sus recursos de acuerdo a su jurisdicción y nivel de complejidad, bueno el primer paso considero que es el financiero en donde con los procesos que hicimos con los cierres contables traspaso de cuentas cambios de valores, esto en definitiva da una creación y más formal de cada uno de los distritos es decir ya tienen vida como distrito así ellos sigan funcionando donde estaban las áreas de salud ya tienen la figura de unidades desconcentradas.

El siguiente componente es el de talento humano, este componente es uno de los más importantes diría yo, ya que nos ayuda a conocer la brecha que va a tener el distrito para su funcionamiento se ha definido ya estándares de la tipología de distritos y cuantas personas deben estar en cada una de las tipologías ahora el análisis de talento humano lo que promueve es la optimización del recurso humano, y llame optimización no como el hecho de sacar gente sino de poner a la persona adecuada en el puesto adecuado es decir un verdadero análisis de competencias y de trabajo que justamente promueva el cumplimiento de los objetivos del distrito y la zona respectivamente.

El siguiente es el de activos fijos en el que se trata de regularizar que se haga una distribución equitativa de los bienes que va a manejar cada distrito de salud justamente para poder operar administrativamente.

La gestión documental incluye varios aspectos y el más fundamental yo diría es poder conocer la historia que tiene el MSP y también la ruta que se debe dar a los trámites que ingresan a través en este caso de secretaria general o ventanilla única, sobre todo tenemos mucha documentación a lo largo de los años que guardan memoria institucional, esta memoria institucional debe ser guardada y custodiada sobre todo por quienes lideran los procesos de gestión documental tanto como en la zona y distritos esa es la importancia de este componente y finalmente el componente tecnológico, justamente estamos en una época de cambio en donde es mucho más fácil donde tienes componentes tecnológicos que facilitan la gestión en este caso me refiero a componente tecnológico tanto equipamiento ó hardware y como de funcionamiento ó software en este sentido el potenciamiento que se hace en el traspaso que se le hace a las áreas de TICS como de los otros componentes en el modelo desconcentrado es que puedan tener representantes tanto de TICS como de los demás componentes en cada uno de los distritos de suerte de que puedan gestionarse políticas de TICS tanto de gestión de la información, políticas de talento humano, políticas de TICS

ya en el nivel desconcentrado y más operativo que es el distrito donde se van a fortalecer todos sus componentes. Eso sería todo en función de los componentes

4P. Desde su perspectiva del proyecto de reforma, describa cuáles han sido los principales avances y cuáles los nudos críticos del proceso?

Ósea la verdad, es que da un gusto decir que el MSP es el que más ha avanzado en la conformación de distritos y zonas, ningún ministerio mas ha conformado ya, muy pocos distritos seguramente, el MSP de acuerdo a su planificación ya conformo los distritos de la zonas 2,4,5,8 y 9 actualmente en este mes de septiembre cerraremos con las zonas 6, 3 y 7, finalmente en el mes de octubre la última zona la zona 1, entonces hasta el mes de octubre prácticamente estará traspasado más bien dicho conformado toda la estructura del modelo de gestión a nivel zonal y distrital.

Ahora esto es un gran avance y realmente estamos liderando esto función de todos los ministerios pero hay algo que nos queda pendiente que es el principal nudo crítico identificado es que FUNCIONEN de acuerdo al modelo de gestión, es decir ya los tenemos conformados administrativamente sabemos que personal necesitamos estamos a pasos a paso grandes conformando cada uno de los distritos pero ahora necesitamos OPERATIVIZAR entonces se vienen estrategias mucho mas fuertes hacer que los servicios de ventanilla única funcionen en ventanilla única todos los servicios del MSP que la planificación de las unidades operativas se generen en coordinación con los distritos y los distritos puedan coordinar esta planificación con las zonas respectivamente de esta forma podamos ya trabajar de forma operativa tanto administrativa como técnica ya de forma más EFICIENTE lo que promueve justamente este modelo de gestión desconcentrado.

5P. Considerando las facultades del nivel desconcentrado tanto a nivel central, zonal y distrital nos puede ayudar describiendo la importancia de cada uno de ellos?

Claro que si, los tres niveles que comprenden el modelo de gestión, central, zonal y distrital funcionan de manera articulada, a mi modo de ver el modelo se fortalece a nivel distrital se coordina en el nivel zonal y se ejerce rectoría a través del nivel central, como funcionan? O cuál es la lógica que hacen que funcionen estos tres niveles como uno solo, la idea sus que los servicios y los procesos que maneja el MSP, sean únicos, pero que pasan por tres instancias pasa por la instancia zonal, por la instancia distrital y su rectoría por su instancia central o nacional, en este sentido la única manera que garanticemos que el modelo de gestión funcione con los tres niveles que tiene con sus facultades, por cierto las facultades del nivel central son la rectoría la planificación y coordinación, a nivel zonal tenemos la coordinación, la planificación, en el nivel distrital tenemos la micro planificación y la gestión que son los más importantes es así que, y volviendo a lo anterior para que este modelo funcione correctamente, necesitamos que los procesos

y servicios se han visto de forma integral y que pasa por los tres niveles de gestión no que cada nivel de gestión maneja cada uno de sus procesos eso es algo que tenemos que cambiar de visión para que podamos ver que los servicios confluyen finalmente a la prestación en los distritos y en la unidad operativa respectivamente pero que son vistos como un solo proceso integral que se gestiona a través de nivel central, zona y distrito, esa es la visión que debemos tener justamente para garantizar el modelo de gestión.

## **2. Entrevista Ing. Jilmar Capelo – Subsecretario SENPLADES Zona 2**

El motivo de la presente es hacer un análisis del proceso de desconcentración.

1P. Desde su punto de vista cuál fue el motivo de la desconcentración o que llevo a emprender el proceso de desconcentración?

El principal motivo de la desconcentración es acercar los servicios más a la ciudadanía, también es desconcentrar los procesos y llevarlos hacia el territorio con esto nos permite mejorar la planificación, la administración de recursos, el talento humano, allí algunos temas más, pero principalmente también es la micro planificación. La planificación tiene que salir desde el territorio y para eso se lleva adelante la desconcentración.

2P. Cuáles son los beneficios del modelo de desconcentración vs los otros modelos?

Haber, el modelo que llevamos adelante de la desconcentración como decía en un principio, primero tener servicios más cercanos a la ciudadanía, pero también tener servicio de calidad, si una de las ventajas del modelo es que el servicio va tener la misma calidad tanto en la zona rural como en las capitales de provincia de las grandes ciudades (Quito, Guayaquil, Cuenca) entonces la idea es estandarizar el servicio, es decir tener un mismo servicio de calidad.

La otra el manejo de los procesos desconcentrados ya no depender de las matrices como eran antes, ahora todos los procesos se los lleva adelante en el territorio, la administración de recursos, la contratación de personal, la compra de bienes la contratación de servicios se lo haga directamente en el territorio y eso permita acelerar también los procesos.

3P. La importancia de cada uno de los componentes (Financiero, Talento Humano, TICS, Activos Fijos, Gestión Documental) en el MSP en relación al modelo desconcentrado?

En cuanto a los diferentes componentes tenemos los componentes de servicios, servicios de calidad cerca de la ciudadanía, la ciudadanía ya no va que tener que movilizarse grandes distancias o salir siempre a las grandes ciudades, si, para tener un servicio de calidad entonces en eso ya tenemos varios ejemplos, en el caso de salud es fácil establecer cómo eran antes los centros de salud que

estaban en las ciudades pequeñas en las parroquias que eran unos centros de salud que no tenían los servicios que tienen ahora, una infraestructura que no se adecuaba a la realidad y no garantizaba a los profesionales que trabajaban ahí brindar un servicio adecuado, entonces ahora ustedes tienen en función de la tipología saben que servicios se van a dar, están establecido los estándares del servicio y la ciudadanía es atendida de una manera mucho más rápida y en mejores condiciones, eso es en el tema de servicios, en el tema de administración de recursos, los recursos ya se transfieren directamente a las entidades desconcentradas por lo tanto se les permite tener recursos tanto para inversión como para gasto corriente, en el caso de inversión si es necesario construir, comprar equipos se lo hace directamente de acá de territorio ya no depender de las matrices desde donde se hacía la compra y de ahí se distribuía, ahora es mucho más ágil, ustedes necesitan medicinas lo hacen los procesos directamente desde acá desde el desconcentrado en función de sus requerimientos, es otra de las ventajas que al estar desconcentrados se hace la compra de medicinas, del equipo de los materiales en función de las necesidades del territorio y no desde las definiciones que se tomen en matriz, el tema planificación, la planificación ya nace en el territorio, ustedes son los que dicen que necesitan planificar, ustedes definen sus prioridades es decir las necesidades en función de sus requerimientos ya no es lo mismo, que antes nos llegaba desde arriba una planificación donde decían ustedes tienen unos recursos para gastar en esto, y la planificación venía desde arriba ustedes tienen que hacer esto y muchas veces esas definiciones que se tomaban arriba no correspondían a la realidad del territorio, entonces esas ya son las ventajas de los procesos desconcentrados.

La contratación de talento humano los procesos engorrosos para hacerlos en las grandes ciudades en las matrices en cambio ustedes acá ya manejan los temas de talento humano pueden contratar entonces son procesos mucho más ágiles mucho más fáciles esos son los principales temas que tratar.

4P. Desde su perspectiva del proyecto de reforma, describa cuáles han sido los principales avances y cuáles los nudos críticos del proceso?

En el caso de salud los avances que vemos, tienen un modelo, es decir tienen ya un modelo con un avance considerable del proceso de desconcentración, tienen conformada la coordinación zonal, las direcciones distritales, ya se está trabajando en la infraestructura de prestación de servicios entonces los procesos están bastantes avanzados, es una de las entidades que más avanzado en este proceso.

Los nudos críticos, el nudo crítico principal está en el talento humano para cubrir las necesidades de los centros de salud que principalmente de los médicos que no todos quieren movilizarse acá hacia las pequeñas ciudades, pequeñas provincias, otro de los nudos críticos es el tema de los que igual

para talento humano es el trámite en relaciones laborales para la creación de las partidas, para todo el personal que se necesita contratar para las unidades prestadoras de servicios, entonces todos estos procesos deben ser mucho más ágiles, el problema que tenemos es que recién se construye la infraestructura y recién estamos pensando en acelerar los trámites para crear las partidas cuando eso ya debería estar listo, esta terminándose de construir la infraestructura al siguiente día ya está prestando servicios con todo el personal que se requiere, todavía vemos un poco el tema de la concentración del tema de recurso para la asignación de recursos para la inversión y el gasto corriente entonces mientras no entre a funcionar todo el sistema todo el modelo, no se puede establecer todas las necesidades reales de recursos en cada una de las entidades desconcentradas porque hasta ahora mientras no funcionen a plenitud no saben cuáles son los requerimientos entonces siguen con esos desfases entonces es un tema que todavía toca trabajarlo mucho.

Otro tema es el retraso de la construcción de la infraestructura, no están al ritmo que deseamos y eso a generado problemas en el territorio, retrasos en el tema de construcción genera problemas en la ciudadanía, por que la ciudadanía lo que ve es que cuando me van a atender no le interesa que los procesos administrativos afectaron o retrasaron la construcción, la ciudadanía está siempre viendo necesito el servicio cuando me van atender a mí.

## BIBLIOGRAFÍA

Alberto, Infante. (2000). *Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe situación y tendencias*. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health, 13.

Antonio, Ugalde. (2008). *La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica*. Salud Colectiva, 31-56.

Barillas, E. (2005). *Efecto de la reforma del sector salud en el suministro de medicamentos en Guatemala*. LACHSR.

Chiluiza, E. (2000). *Descentralización y desconcentración del sector público de la salud en el Ecuador*. Quito: IEAN.

*Constitución de la República del Ecuador 2008*. Quito.

Guillermo, Gonzáles. (2004). Los sistemas de salud de Iberoamérica de cara al siglo XXI. En G. Gonzáles, *Los sistemas de salud de Iberoamérica de cara al siglo XXI* (pág. 7). Guadalajara: Universidad de Guadalajara.

Maceira, D. (2005). *El proceso de toma de decisiones en las reformas de salud experiencias en América Latina*. Buenos Aires: Banco Interamericano de Desarrollo.

Medici, A. (2004). *En las reformas incompletas de salud en América Latina: algunos elementos de su economía política*. Bienestar y política social, 1-26.

Ministerio de Salud Pública - Consejo Nacional de Salud. *Marco general de la reforma estructural de la Salud en el Ecuador*. 2005.

OPS. (2002) *Análisis de las Reformas del Sector Salud en los Países de la Región Andina*.

Pedro, Crocco. (2000). *Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y*

*el Caribe*. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health, 135.

Sacoto, F. (2004). Los modelos de atención de salud en Ecuador.

Salud, O. A. (2007). *El impacto de las reformas de salud Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela en la situación de la malaria*. Bogotá.

Schady. (2007). *Cash transfers, conditions, and school enrollment in Ecuador*.

SENPLADES. (2011). *El Estado a tu lado, más servicios cerca de ti*. Quito.

SENPLADES, CONSEJO NACIONAL DE COMPETENCIAS. (2012). *Plan Nacional de Descentralización 2012-2015*. Quito.

SENPLADES. (2013). *Plan Nacional de Desarrollo/Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017*. Quito.

Elier, Méndez (2007). Análisis territorial del desarrollo humano en Cuba. Formas de descentralización (en español). *Análisis territorial del desarrollo humano en Cuba*. Edición electrónica gratuita. eumed.net. Consultado el 06 de marzo de 2010.



## **AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN**

Autorizo al Instituto de Altos Estudios Nacionales la publicación de esta Tesis, de su bibliografía y anexos, como artículo en publicaciones para lectura seleccionada o fuente de investigación, siempre dando a conocer el nombre del autor y respetando la propiedad intelectual del mismo.

Quito, Octubre, 2014

-----  
FIRMA DEL CURSANTE

EDY ROLANDO QUIZHPE ORDÓÑEZ  
NOMBRE DEL CURSANTE