

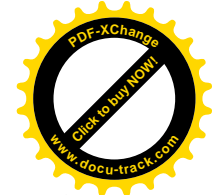


La descentralización del sistema de salud del Ecuador:
Un estudio comparativo de “Espacio de Decisión” y capacidad entre los sistemas
municipales de salud de Quito, Guayaquil y Cuenca

Matthew L. Goldman

El 23 de mayo del 2009

Asesores: Drs. Betty Espinosa y Will Waters



Índice

Glosario

1. Introducción

2. Antecedentes y contextos

2.1. Teoría de la descentralización

2.2. Descentralización de hecho en Ecuador

2.3. Contexto y actores de los Municipios principales del Ecuador

2.3.1. Quito

2.3.2. Guayaquil

2.3.3. Cuenca

2.4. Aseguramiento en salud

2.4.1. Plan de Aseguramiento Popular

2.4.2. Aseguramiento Universal en Salud

2.4.3. Plan de Aseguramiento de Salud

2.5. Conclusión

3. Marco teórico

3.1. Metodología

3.1.1. Encuesta

3.1.2. Cuantificación

3.1.3. Mapas de espacio de decisión y capacidad

4. Resultados y análisis

4.1. Resultados de las encuestas

4.1.1. Mapa de ED y CD

4.1.2. EPO, GF, RRHH

4.1.3. Aseguramiento

4.1.4. OS, GPL

4.1.5. RDC

4.1.6. Otras preguntas abiertas

4.2. Limitaciones

4.2.1. Sesgo de los respondientes

4.2.2. Hay factores de confusión que influyen los resultados

4.2.3. Hay pocas muestras en cada ciudad

4.2.4. Pesos no iguales de cada pregunta

4.3. Conclusión

5. Propuestas de reforma

5.1. Reformas a corto plazo

5.2. Reformas a largo plazo

5.2.1. Relación entre el MSP y los Municipios

5.2.2. Aseguramiento vs. Gratuidad

5.2.3. Influencia de la nueva constitución

5.2.4. Reconocimiento de las diversidades culturales

5.3. Lecciones aprendidas de los Estados Unidos

5.3.1. La contexto del sistema de salud de los EEUU

5.3.2. Reformas propuestas para los EEUU

5.3.3. Implicaciones para el Ecuador

6. Conclusión

Agradecimientos

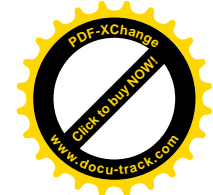
Bibliografía

Apéndice



Glosario

ASM – Acción Social Municipal
AUS – Aseguramiento Universal de Salud
BDH – Bono de Desarrollo Humano
CCS – Consejo Cantonal de Salud
CD – Capacidad (Dimensión)
CMC – Concejal Municipal comisionado para la salud (Funcionario)
CMS – Corporación Metropolitana de Salud
CSC – Corporación de Salud de Cuenca
DCS – Director del Consejo Cantonal de Salud (Funcionario)
DMA – Director de Aseguramiento Municipal (Funcionario)
DMH – Director de un Hospital Municipal (Funcionario)
DMQ – Distrito Municipal de Quito
DMSD – Director Municipal de Salud (Funcionario)
DMSF – Director Financiero de la Dirección Municipal de Salud (Funcionario)
DMSP – Director de Planificación de la Dirección Municipal de Salud (Funcionario)
DMS-G – Dirección de Salud e Higiene de Guayaquil
DMS-Q – Dirección Metropolitana de Salud de Quito
ED – Espacio de Decisión (Dimensión)
EPO – Estrategia y planificación operacional (Función)
FAPS – Fundación para el Aseguramiento Popular en Materia de Salud
GF – Gestión financiera (Función)
GPL – Gobernanza y participación local (Función)
IESS – Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
ISSFA – Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas del Ecuador
ISSPOL – Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional
JBG – Junta de Beneficencia de Guayaquil
LOS – Ley Orgánica de la Salud
LOSNS – Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud
MSP – Ministerio de Salud Pública
OS – Organización de servicios (Función)
PAP – Plan de Aseguramiento Popular
PAS – Plan de Aseguramiento de Salud
RDC – Reconocimiento de las diversidades culturales (Función)
RRHH – Recursos humanos (Función)
SelBen – Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales
SMS – Seguro Metropolitano de Salud
SSC – Seguro Social Campesino



1. Introducción

La descentralización de los sistemas nacionales de salud era una propuesta de reforma que llegó a la popularidad a nivel mundial en los 1990's. Se pensaba que los sistemas de salud se mejorarían si hubiera sido más control en las manos de los funcionarios locales. Se implementaron varios modelos de descentralización en países en vías de desarrollo de América Latina, África, y Asia. Sin embargo, los resultados han sido variables. Ahora que los sistemas han sido en función por más que 10 años, es importante evaluar los sistemas para aprender de los éxitos y fracasos de la descentralización.

El caso de la descentralización del sector de salud en el Ecuador es un ejemplo de un propósito de reforma que nunca logró sus objetivos. En Ecuador, una serie de leyes, en conjunción con la Constitución de 1998, establecieron una política de descentralización que no encontró los éxitos esperados. Ahora, este país tiene un sistema de salud que es fragmentado, mal financiado, e inaccesible a una parte grande de la población. Aunque el gobierno, a través del Ministerio de Salud Pública (MSP), ha intentado mejorar la equidad y la calidad de los servicios de salud, todavía son insuficientes. Por consecuencia, los tres ciudades más pobladas y desarrolladas – Quito, Guayaquil, y Cuenca – han mantenido sus propios sistemas para que todos los ciudadanos tengan acceso a servicios de salud.

Esta investigación utiliza la metodología del Dr. Thomas Bossert de la Escuela de Salud Pública de Harvard, la que mide el “Espacio de Decisión” de los funcionarios municipales, además de las capacidades de estos actores municipales. Con encuestas que preguntan sobre varias funciones de los sistemas municipales de salud, los funcionarios mismos han descrito su poder y autonomía desde sus propios puntos de vista. Así se puede comparar las situaciones de salud en estas tres ciudades y proponer reformas que les pueden ayudar con sus objetivos de proveer servicios de salud a las poblaciones más densas del país.

Este artículo describe las teorías y retos de la descentralización como política, y establece el contexto del caso ecuatoriano. Entonces, presenta los resultados de la investigación y el análisis resultante. Por último, este estudio analiza las propuestas actuales, como las reformas de la nueva constitución de 2008.

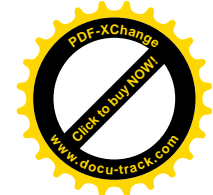
Una comparación de las ciudades más importantes del Ecuador dejará ver las características positivas y negativas de los sistemas de salud en el contexto ecuatoriano. Estas lecciones pueden informar las transformaciones necesarias para mejorar el estado de salud para todos.

2. Antecedentes y contextos

Antes de entrar a los resultados de la investigación, hay que poner el contexto de los sistemas municipales de salud de Quito, Guayaquil, y Cuenca. Tres aspectos de este contexto son relevantes: la teoría y la historia de la descentralización del sistema nacional de salud del Ecuador; los actores y contextos sociopolíticos de los tres cantones de interés de este estudio; y la evolución de los planes de aseguramiento.

2.1. Teoría de la descentralización

Al descentralizar un sistema de salud, hay dos preguntas claves: ¿Quién tiene el poder de hacer decisiones? y ¿cuánto poder tiene sobre cuáles funciones? Los modelos y



las estrategias de la descentralización pueden ser muy diversas. Se puede trasladar poder al nivel de la provincia, el municipio, o la unidad. También, según la OPS, la descentralización puede tomar cuatro formas: Desconcentración, que da la autoridad sobre ciertas funciones al nivel local adentro del Ministerio de Salud; Devolución (o traspaso, también conocido como “Descentralización” genérica), que da la autoridad a los gobiernos locales que pueden tener prioridades independientes; Delegación, que da la autoridad a entidades semi-autónomas como consejos y comisiones; y Privatización, en que el control de los servicios de salud está adentro del sector privado. Para implementar un proceso de descentralización, hay nuevas leyes y regulaciones que definen las estructuras de autoridad del sistema de salud.

Las teorías de la descentralización predicen que hay beneficios y desventajas de esta política (Savedoff 1998). La razón que más justifica la descentralización es el hecho que los servicios son más efectivos cuando sirven grupos con gustos relativamente homogéneos. Además, los costos son más bajos cuando se recolecta y procesa información de áreas u organizaciones más pequeñas. Por último, es decir que en un sistema descentralizado, las autoridades locales deben tener una mayor responsabilidad ante el público por sus decisiones.

Sin embargo, hay varios retos que van en contra a la descentralización. Por ejemplo, las unidades descentralizadas tienen que ser suficientemente grandes para captar ciertas economías de escala. Esta dificultad puede ser un obstáculo enorme en países como Ecuador, en los que hay un rango amplio entre las densidades de las poblaciones urbanas y rurales. También, la descentralización puede ser poco equitativa, porque se hace difícil la redistribución entre comunidades. Finalmente, aunque la responsabilidad local debe incrementar, la transferencia de recursos fiscales al nivel local puede crear más oportunidades de corrupción entre los políticos locales.

Otro factor importante de la descentralización es el contexto en que se desarrolla. Por ejemplo, la descentralización ha sido usada para ocultar la continuada presencia de una administración centralizada. Aun peor, han sido casos en que las funciones o los recursos han sido delegados a los niveles inferiores del gobierno sin un sistema que apoya, coordina, y regula sus acciones.

Reformar un sistema de salud siempre es un proceso muy complicado, y la descentralización es un ejemplo de esa complejidad. El éxito o el fracaso de la reforma depende en muchos factores como el contexto político, económico, social y cultural, y hay que considerar que ha pasado en los sistemas descentralizados para mejorar las reformas futuras.

2.2. Descentralización de hecho en Ecuador

El caso del Ecuador es un ejemplo sumamente interesante a raíz de su contexto histórico. El poder de los Municipios del Ecuador ha sido fuerte desde la fundación del país, y se concretó en 1940 con la creación de la Asociación de Municipalidades Ecuatorianas (AME). Las ciudades de Quito, Guayaquil, y Cuenca son las tres más pobladas del país, y tienen gobiernos locales bastante fuertes. En el año 1997, la Ley Especial de Descentralización del Estado y Participación Local declaró que “La Función Ejecutiva transferirá definitivamente a los municipios las funciones, atribuciones, responsabilidades y recursos, especialmente financieros, materiales y tecnológicos de origen nacional y extranjero, para el cumplimiento de las atribuciones y



responsabilidades que se detallan a continuación: Planificar, coordinar, ejecutar y evaluar programas integrales de salud...” (Art. 9). Esta ley era la primera indicación que el gobierno estaba listo para cambiar de rumbo, y dio responsabilidades a los Municipios como la gestión de los programas de salud.

El siguiente cambio llegó con la Constitución Política de la República del 1998. Además de esbozar los derechos a la salud de todos los ciudadanos, dice que “El Estado organizará un sistema nacional de salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector. Funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa” (Sección 4, Art. 45). La emisión de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS) en 2002 y su Reglamento en 2003 afirma que la Constitución dispone esta meta y “Que en el país se ha iniciado un proceso de descentralización y desconcentración tendiente a lograr una mejora fundamental en los servicios públicos, con la participación de los organismos seccionales, proceso en el que es necesario contar con un marco legal que preserve la integridad de la atención de salud”. Además, dice que el modelo de atención (Art. 6) y el funcionamiento (Art. 9) serán “de gestión desconcentrada y descentralizada”.

Más que todo, la sección de la LOSNS que más define la política descentralizada es lo siguiente:

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

Esta transferencia total del poder financiero a los actores locales dentro del MSP (desconcentración) y a los municipios (devolución/descentralización) indica que el gobierno estaba a favor de la reforma del sistema nacional de salud.

Sin embargo, la descentralización descrita en la LOSNS nunca sucedió. Fernando Carrión (2006) dice:

Sin embargo y pese a la profusión de marco legal de sustento para la descentralización, al no haberse constituido esta en política de Estado y estar sometida al voluntarismo tanto de las entidades seccionales como de las centrales y en muchos casos dependiente de la insuficiencia de calidad de las administraciones y del personal en los niveles regional y local, el proceso de descentralización no ha podido mantener una línea de continuidad y su demanda, debate e instrumentación se ha diluido en la discusión procedimental sobre los convenios de transferencias de competencias.

El siguiente señal del gobierno salió en la Ley Orgánica de la Salud (LOS) de 2006, en que la única mención de la descentralización dijo que hay que “Cumplir y hacer cumplir esta Ley, los reglamentos y otras disposiciones legales y técnicas relacionadas con la salud, así como los instrumentos internacionales de los cuales el Ecuador es signatario. Estas acciones las ejecutará el Ministerio de Salud Pública, aplicando principios y procesos de desconcentración y descentralización” (Art. 6.34). Este lenguaje parece diluido en comparación a la aprobación de la descentralización en la LOSNS.



Eventualmente, la Constitución de 2008 no menciona la descentralización ni una vez en las dos acápites sobre la salud.

Este cambio de política ocurrió rápidamente, y la razón por el cambio no es clara. Es posible que algunos casos de corrupción de los funcionarios locales rompieran la confianza del gobierno. Por consecuencia, la política oficial del gobierno terminó este tema de la descentralización y regresó al control centralizado dentro del MSP.

Mientras tanto, los servicios ofrecidos por el MSP no fueron suficientes para toda la demanda de la población, especialmente en las ciudades principales como Quito, Guayaquil, y Cuenca. Para llenar los vacíos dejados por el MSP, estos Municipios empezaron sus propios sistemas municipales de salud o ampliaron los servicios ofrecidos por instituciones ya existentes. Algunos se hicieron a través del Aseguramiento Universal de Salud (AUS), un programa con pilotos en estas tres ciudades.

Ahora que el MSP está en el proceso de centralizar todos los servicios de salud del país, es interesante ver como siguen funcionando estos actores municipales como vestigios de la descentralización anterior. Esta situación, en que existen funcionarios municipales de salud aunque el gobierno se ha centralizado, representa otro tipo de descentralización, es decir una descentralización de hecho. Este estudio analiza los poderes y capacidades mantenidos por los actores locales en este contexto único que da luz a las realidades y complejidades de la reforma de un sistema de salud.

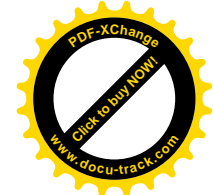
2.3. Contexto y actores de los Municipios principales del Ecuador

Algunos aspectos de los sistemas de salud de los municipios de Quito, Guayaquil, y Cuenca son compartidos entre los tres, como por ejemplo la presencia del MSP. Como las cabezas de sus provincias, estas ciudades tienen las oficinas centrales de las Direcciones Provinciales de Salud, además de un hospital y varios centros y subcentros de salud del MSP. También hay la presencia del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), que ofrece servicios de salud a los trabajadores afiliados con el seguro. Sin embargo, el enfoque de este estudio son las Direcciones municipales de salud, los aseguradores locales, los Consejos Cantonales de Salud, y los Municipios mismos.

2.3.1. Quito

La ciudad de Quito es el capital de la República y la cabeza de la provincia de Pichincha. El Distrito Municipal de Quito (DMQ), fundado en 1993 para que el Municipio de Quito podría mejor supervisar los programas sociales, tiene 1.842.201 habitantes, según el censo de 2001, que es el 15,2% de la población nacional, y está proyectado que creció a 2.007.767 habitantes en el año 2005. El DMQ está dividido en 65 parroquias metropolitanas centrales y suburbanas, y como parte del proceso de descentralización, el DMQ está dividido en 11 Zonas Metropolitanas, tres de que son de la ciudad de Quito (Lucio 2007). Como el centro político del país, Quito siempre ha sido vinculada al gobierno central más que otras ciudades, y el MSP tiene una influencia especialmente amplia en el DMQ.

Otro factor importante del DMQ es el origen indígena de la población, que crea una influencia de la cultura quichua en las prácticas de salud. Por consecuencia, la salud tradicional todavía tiene un papel en el DMQ, pero más que todo las normas culturales sobre servicios de salud no siempre están de acuerdo con las prácticas alopáticas. Por último, la geografía y el clima tienen influencias en las condiciones de las viviendas y



servicios sociales. En Quito, la altura sobre el nivel del mar muy alto y hay mucho frío, entonces las personas cocinan adentro de las viviendas, que resulta en enfermedades respiratorias.

El actor municipal que se encarga con la coordinación del sector salud del DMQ es la Dirección Metropolitana de Salud de Quito (DMS-Q). Su misión oficial dispone que la DMS-Q:

contribuye a mejorar la calidad de vida de la población del Distrito, que apoya el desarrollo del Sistema Metropolitano de Salud, vinculando las políticas nacionales con las distritales, mediante un proceso concertado, descentralizado, desconcentrado y de gestión participativa para la ejecución del Plan Metropolitano de Salud. (Reglamento Orgánico 2007)

Financiado por el Municipio de Quito, la DMS-Q gestiona los programas de salud propuestos en los planes estratégicos del Municipio. También, gestiona tres unidades municipales de salud (anteriormente conocidas como los patronatos) de segundo nivel, cada uno de que tiene un grupo de Centros de Atención Primaria en Salud en su región.

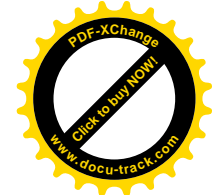
Además del DMS-Q, la Corporación Metropolitana de Salud de Quito (CMS) es una entidad privada contratada por el Municipio para manejar dos tipos de aseguramiento, además de supervisar el financiamiento de programas adicionales y coordinar la distribución de medicamentos y suministros médicos a las unidades municipales de salud. Uno de los planes de aseguramiento es el Seguro Metropolitano de Salud (SMS), un seguro municipal con aproximadamente 70,000 afiliados, 15,000 de que son pobres que reciben su cobertura gratis a través del Fondo Quito Solidario. El otro programa de aseguramiento es el Plan de Aseguramiento de Salud (PAS), un programa piloto iniciado por el MSP en 2006 que se terminó al principio de 2009.

Otros organismos municipales que tienen un papel en el sistema municipal de salud es el miembro del concejo metropolitano encargado de la Comisión de Salud, que es una entidad municipal que reúne con la DMS-Q. Este mismo concejal también es el presidente del Consejo Metropolitano de Salud, que tiene representantes de todos los actores municipales. El Consejo Metropolitano de Salud, además de los ocho Consejos Zonales de Salud, “son espacios de participación social y de concertación entre distintos sectores e instituciones y la comunidad organizada, con el fin de velar por la salud y el bienestar de la población” (SdA.com). El último actor del DMQ es Salud de Altura, que es “un proyecto de la Cooperación Técnica Belga que inició en agosto de 2005 con el fin de apoyar al Municipio del Distrito Metropolitano de Quito en mejorar el acceso de la población vulnerable a servicios de salud de calidad, a través de un Aseguramiento Universal en Salud” (saluddealtura.com).

Con tantos actores municipales y con la proximidad de la oficina central del MSP, la situación de la gestión de los programas de salud en el DMQ es un escenario bastante complicado y politizado.

2.3.2. Guayaquil

El Muy Ilustre Municipalidad de Guayaquil gobierna la ciudad más poblada del Ecuador y el puerto principal de la costa, que es también la cabeza de la provincia de Guayas. Según el censo de 2001, el cantón de Guayaquil tiene 1.985.379 habitantes, que es el 16,4% de la población nacional, y está proyectado que creció a 2.366.902 habitantes en el año 2008. Guayaquil está dividido en 16 parroquias urbanas y 5



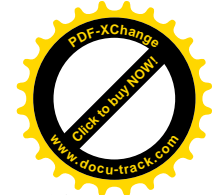
parroquias rurales, lo cuales están divididos aún más entre 71 sectores. Mientras en Quito el gobierno central y el MSP tienen mucha fuerza, el Municipio y las organizaciones filantrópicas como la Junta de la Beneficencia han mantenido un poder mucho más fuerte en Guayaquil.

Como el puerto principal del intercambio internacional, la higiene siempre ha sido una prioridad del gobierno de Guayaquil. Sin embargo, siguen los problemas generales de salud que son la consecuencia de la pobreza y la falta de recursos, además de la dificultad de distribuir agua potable a raíz de su ubicación al lado del mar. También, el clima húmedo y caliente resulta en un estilo de vivienda que es muy abierto, entonces los habitantes son vulnerables a los mosquitos que dan enfermedades tropicales como la malaria y el dengue. Por último, Guayaquil tiene la frecuencia más alta de todo el país de las enfermedades sexuales, como la VIH/SIDA.

La Dirección de Salud e Higiene (DMS-G) es el funcionario municipal a nivel operativo. Trabaja cercana a la Alcaldía de Guayaquil para implementar sus planes, y la mayoría de los funcionarios de la dirección han estado en sus puestos desde el 2000. La DMS-G es orientada a las obras, a acción, y a poner su presupuesto en recursos disponibles a las poblaciones más vulnerables de Guayaquil. Uno de sus funciones más amplias en Guayaquil es su gestión del Plan Más Salud, que es un sistema municipal de salud que da atención primaria, además de algunos procedimientos de más complejidad, a todos los ciudadanos de manera absolutamente gratuita. El financiamiento para este proyecto viene únicamente del Municipio, y cuentan con más que 50 unidades de salud, como hospitales del día, centros de salud, y clínicas rodantes. Sin embargo, les falta planificación; por ejemplo no tienen un plan estratégico, solamente siguen un plan ejecutivo de la alcaldía de Luis Cordero y las promesas de la campaña del alcalde actual, Jaime Nebot.

Dos otros tipos de funcionarios proveen servicios de salud a la población guayaquileña. Uno es el Plan de Aseguramiento Popular (PAP), que recibe financiamiento del PAS y del Municipio y acepta solamente los recipientes del Bono de Desarrollo Humano (BDH) como afiliados. Gestionado por la Fundación para el Aseguramiento Popular en Materia de Salud (FAPS), una entidad privada que tiene un sistema informático con control total sobre sus cuentas, el PAP “es un seguro colectivo que cubre a los habitantes del cantón Guayaquil, identificados dentro de la población identificada en los del quintil 1 y 2 (más pobre), según el Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales (SelBen), de responsabilidad del Gobierno Nacional” (www.faps.org.ec). Hay 18 proveedores clínicas propias del PAP que proveen servicios de primer nivel y algunos procedimientos más complejos a los 400.000 afiliados.

El otro tipo de proveedor es la ONG filantrópica y privada sin fines de lucro, como la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), la cual ha sido un proveedor de salud en Guayaquil desde 1988. La JBG ofrece servicios de muy buena calidad, y se financia a través de la lotería nacional, además de varios programas sociales, los hospitales incluidos. Tiene un equipo grande de trabajadores sociales para entrevistar las familias de los pacientes y determinar cuánto les deben cobrar por los servicios. Es decir que en Guayaquil, la JBG es el gran prestador, y que provee más servicios que todos los otros actores del Municipio.



Además de la participación directa del alcalde en los programas de salud, hay una Comisión de Salud Pública, que sirve como vínculo entre la DMS-G y el Municipio. También existe el marco legal para un Consejo Cantonal de Salud, pero requiere una ordenanza y nunca ha sido nacido. En Guayaquil, hay una variedad de actores que se han orientado a la prestación de servicios de salud, pero falta un sistema de integración y coordinación para armonizar todos los servicios proveídos.

2.3.3. Cuenca

El cantón Cuenca, la cabeza de la provincia de Azuay, es gobernado por el Ilustre Municipalidad de Cuenca. Con una población de 417.632 habitantes, según el censo de 2000, es la tercera más grande ciudad del Ecuador. La ciudad de Cuenca está dividida en 15 parroquias urbanas. Aunque no es tan grande como Quito y Guayaquil, el Municipio de Cuenca es muy bien organizado, un fenómeno que resulta en parte por el hecho que la ciudad de Cuenca tiene una de las tasas de pobreza más bajas en todo el país (FUENTE).

Como Quito, su ubicación en la Sierra significa que la predisposición a las enfermedades respiratorias es uno de los problemas más serios que hay. También tiene una población indígena como la mayoría de la región de la Sierra, pero el uso de los medicamentos tradicionales no es tan común.

La organización de los actores de salud en Cuenca también es diferente de los otros casos. No hay una Dirección Municipal de Salud. Sí existe un Departamento de Salud Pública dentro del municipio, pero tiene más que ver con el control e higiene del cantón. Entonces, hay tres actores que se combinan para lograr los objetivos de salud del Municipio: Acción Social Municipal, la Corporación de Salud de Cuenca, y el Consejo Cantonal de Salud.

Para este análisis, contamos Acción Social Municipal (ASM) como el actor principal en la provisión de salud. La ASM es una “unidad Municipal que funciona de manera desconcentrada de la estructura municipal” y maneja varios programas sociales, lo más desarrollado de que es el red de farmacias y centros médicos que se llama FarmaSol (<http://www.cuenca.gov.ec/>). Este programa cobra a los pacientes para que sea autofinanciado, y ha tenido mucho éxito como modelo sostenible de salud.

El otro proveedor principal de servicios es la Corporación de Salud de Cuenca (CSC). Si se creara una dirección de salud, es dicho que la CSC se convertiría a ese función, pero para este estudio la CSC toma el papel del asegurador local. Con sus siete centros médicos de su programa MediSol, la CSC da atención primaria a los 70.000 afiliados que reciben servicios gratuitos si son parte del AUS, indigentes, de tercer edad, o beneficiarios del BDH. Anteriormente, la CSC recibió fondos del MSP como parte del proyecto piloto del PAS, pero esta fuente de financiamiento se acabó al principio de 2009 y ahora está financiada por el Municipio y por autogestión.

Aparte de estos actores es el Hospital Municipal de la Mujer y del Niño, que ofrece servicios de segundo nivel y también es autofinanciado. También, el concejo municipal tiene una comisión de salud que tiene tres concejales como miembros. Sin embargo, como en las otras ciudades, los actores municipales en Cuenca han seguido separados. Para arreglar estas divisiones, el Consejo Cantonal de Salud (CCS) vincula los actores en “espacios de concertación y participación” para que “viabilizan la gobernabilidad del sector; y permiten identificar objetos comunes para el desarrollo y



beneficio de los habitantes en este nuestro caso del cantón Cuenca” (<http://www.cuenca.gov.ec/>).

La situación de los actores municipales de salud en Cuenca es diferente de Quito y Guayaquil en que no tiene una dirección central para gestionar el sistemas municipal de salud, pero el resultado es igual en todos: hay una fragmentación del sistema a raíz de la variedad y falta de comunicación de los actores.

2.4. Aseguramiento en salud

Aunque la nueva Constitución de 2008 exige que existe un sistema de aseguramiento universal, no hay una opción de aseguramiento que es accesible a todo el mundo a nivel nacional. El IESS cobre las personas que son afiliados a través de su trabajo, y tiene programas adicionales que cobran la policía (ISSPOL), las fuerzas armadas (ISSFA), y los campesinos (SSC), pero estos seguros solamente cobran el 20% de la población (FUENTE).

Lograr el aseguramiento universal es una meta que empezó con algunos proyectos pilotos y resultó en los remanentes que todavía existen en las tres ciudades de interés de este estudio. La historia del aseguramiento es otro contexto relevante para apreciar el estado actual de los sistemas municipales de salud.

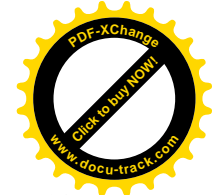
2.4.1. Plan de Aseguramiento Popular

Con el apoyo del vicepresidente Alfredo Palacio en 2003, un proyecto piloto de aseguramiento salió en Guayaquil atado al BDH para dar atención primaria a los quintiles 1 y 2. El Decreto Ejecutivo No 649-A se creó la “Fundación para el Aseguramiento Popular en Materia de Salud (FAPS), la cual tendrá por objeto realizar un plan piloto exclusivamente en dicha ciudad, para otorgar los servicios de salud que se detallan en la cláusula tercera de dicho convenio, únicamente a las personas que reciben del Ministerio de Bienestar Social en Guayaquil el Bono de Desarrollo Humano”.

Con la contribución de \$1 por afiliado del BDH, además de la contribución de \$0.25 por afiliado por el Municipio de Guayaquil, la FAPS administra el Plan de Aseguramiento Popular (PAP), un programa de aseguramiento de salud que cubre a los beneficiarios del BDH y a sus hijos menor de 16 años. Tiene una red de proveedores privados manejados por MegaSalud, una empresa privada que implementa la parte técnica del PAP. La FAPS tiene un sistema de auditoría y un control muy fuerte, con una base de datos electrónica que supervise las prestaciones de todos los afiliados en su sistema.

2.4.2. Aseguramiento Universal en Salud

La política del plan de Aseguramiento Universal de Salud (AUS) llegó cuando Alfredo Palacio se hizo presidente en 2005. A pesar del reglamento de la LOSNS en 2003, fue claro que el país necesitaba un sistema de aseguramiento, especialmente para los pobres (de los quintiles 1 y 2) para que tengan un mejor acceso a los servicios de salud. El objetivo del AUS era que en 10 años se uniría con el IESS para que cumpla un aseguramiento obligatorio de salud nacional, con una serie de fases de coordinación con el IESS para tener un único programa. Utilizando el diseño del sistema de aseguramiento nacional hizo por el consorcio CARE-Johns Hopkins University en 2004, se inició el



PROAUS, que enfocó en la población del Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales (SelBen), que son fundamentalmente de los quintiles 1 y 2.

El Documento de Sistematización del AUS ruega que los candidatos para los programas pilotos sean “Ciudades principales involucradas desde el inicio, Quito y Guayaquil, por su peso político y estatus prioritario”. Después de una negociación entre el AUS y los actores municipales como la FAPS y la CMS, se acercó a este programa nacional con tres proyectos pilotos en Quito, Guayaquil, y Cuenca. Sin embargo, con el cambio del gobierno en 2006 con la elección de Rafael Correa como presidente, el AUS nunca tenía la oportunidad de empezar. Aunque habían todos los marcos conceptuales y los instrumentos listos para empezar el PROAUS en las tres ciudades principales del país, se paró antes del paso de la contratación de proveedores.

2.4.3. Plan de Aseguramiento de Salud

Cuando Correa quitó el AUS, pasó la regulación y el control del aseguramiento al MSP como programa de la Subsecretaría de Extensión de Protección Social en Salud bajo el nuevo nombre Plan de Aseguramiento de Salud (PAS). Su financiación es igual como el AUS, viene de fondos públicas y fuentes fiscales, pero su potencia ha sido bastante reducida. Al principio, el PAS distribuyó fondos a los tres funcionarios locales: La CMS en Quito, la FAPS en Guayaquil, y la CSC en Cuenca. En Quito, los proveedores fueron todos públicos, del MSP o de los patronatos municipales, pero su nivel de afiliación se ha quedado bajo. La FAPS ha seguido con su propio sistema de proveedores en vez de juntarse con el sistema municipal aunque recibe el financiamiento del PAS, pero ha tenido mucho éxito con este modelo y cuenta con más afiliados que los otros. Por último, la CSC utilizó los fondos del PAS para construir una red de proveedores MediSol, pero como Quito, tiene pocos afiliados.

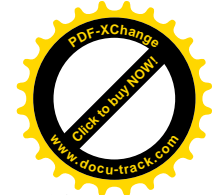
Eventualmente, al principio del año 2009, se acabó el financiamiento del PAS en Quito y Cuenca, y aunque la FAPS logró una extensión para seis meses, no es claro si el programa vaya a seguir en Guayaquil tampoco. Mientras el PAP va a seguir temporalmente con el apoyo del PAS, la CMS de Quito va a seguir con su propio Seguro Metropolitano de Salud y la CSC va a continuar con su programa MediSol con fondos municipales. Sin embargo, sin el apoyo financiero y técnico del gobierno, es claro que estos programas de aseguramiento municipal ya no van a poder sobrevivir.

Mientras tanto, la política propuesta en la Constitución de 2008 dice que “El sistema de seguridad social es público y universal, no podrá privatizarse y atenderá las necesidades contingentes de la población” (Art. 367). Sin embargo, ni el gobierno ni el MSP han mostrado como intentan realizar esta propuesta, y la terminación de los fondos del PAS sugieren que ya no están a favor del aseguramiento.

2.5. Conclusión

El estado del sistema de salud del Ecuador es bastante complicado, como ha sido demostrado por los contextos paralelos de la formulación de una descentralización de hecho, la fragmentación de los actores municipales, y el fracaso del aseguramiento universal de salud.

Este estudio trata de encontrar las perspectivas del estado de los sistemas municipales de salud de Quito, Guayaquil, y Cuenca desde los puntos de vista de los funcionarios mismos. Con un mejor entendimiento de las realidades de los poderes



municipales, sería posible ofrecer recomendaciones basadas en los hechos para mejorar varios aspectos de los sistemas municipales de salud.

3. Marco teórico

La descentralización no necesariamente sigue exactamente lo que han trazado las políticas oficiales. Algunos autoridades hacen más decisiones mientras otros hacen menos, y es importante preguntar a los funcionarios locales sobre las decisiones que hacen, en vez de solamente considerar la autoridad que tienen formalmente como base legal. Para ver cómo el poder se ha transferido al nivel local en realidad, hay que analizar los aspectos informales de la descentralización. Además, hay que recordar que la descentralización es un proceso complejo y gradual, y las decisiones sobre las funciones diferentes del sistema de salud pueden variar bastante.

Esta investigación utiliza la teoría y metodología de “Espacio de Decisión” de Thomas Bossert de la Facultad de Salud Pública de Harvard (Bossert 1998) para comparar la descentralización del sistema de salud en los cantones de Quito, Guayaquil, y Cuenca. El “Espacio de Decisión” es una medición de la autoridad y autonomía que tienen los actores locales, desde sus propios puntos de vista, sobre funciones específicas del sistema salud. Además, esta investigación mide el nivel de capacidad de los actores de salud.

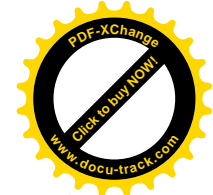
Esta metodología ha sido utilizada en varios países de América Latina, Asia, y África. Sin embargo, estos estudios se han enfocado en los sistemas que tienen sistemas nacionales de salud que han implementado la descentralización como su política principal. Aunque el caso del Ecuador es distinto con esta descentralización de hecho, medir el “Espacio de Decisión” todavía es una manera de entender los poderes informales que tienen los funcionarios. Mientras la comparación entre descentralización oficial y informal es interesante en los otros casos, es claro en Ecuador: Oficialmente, la política nacional de salud no permite nada de descentralización, entonces los sistemas municipales de salud son una manifestación total de “Espacio de Decisión” informal. Comparar estos sistemas nos permite considerar cual modelo, dado su contexto y historia, es lo más efectivo en el país actualmente.

Además, en un sistema descentralizado de salud, es importante investigar el “Espacio de Decisión” y la capacidad para ver si los dos estén de acuerdo. Las diferencias entre el “Espacio de Decisión” y la capacidad pueden afectar al desempeño de los sistemas de salud. Por ejemplo, los funcionarios deben demostrar un nivel de aprendizaje adecuado para tomar decisiones y ejercer su autonomía. Esta comparación da una manera de identificar sobre cuales funciones estos cantones tienen capacidades o más altas o más bajas de lo que demanda su nivel de autoridad.

Esta investigación permite la recomendación de propuestas para mejorar el balance de la autoridad informal y la capacidad de los sistemas municipales de salud del Ecuador. Por ejemplo, las funciones con capacidades bajas deben ampliarse para lograr los objetivos posibles con su nivel de autoridad, mientras los funcionarios con una capacidad que excede su autoridad pueden tener un mayor control sobre sus funciones.

3.1. Metodología

Para medir el “Espacio de Decisión” (ED) y las capacidades (CD) de los cantones de Quito, Guayaquil, y Cuenca, aplicamos una encuesta a los funcionarios municipales de



salud. Esta encuesta tenía una serie de preguntas sobre la autonomía de las autoridades y las capacidades de cumplir sus objetivos, para hacer una categorización semi-cuantitativa de cada función de salud.

3.1.1. Encuesta

La encuesta utilizada para este estudio fue basada en una investigación hecha por Thomas Bossert en Pakistán (Bossert 2008). La encuesta tenía preguntas sobre el ED y la CD, que se llaman las dimensiones del sistema de salud. Era dividida en seis acápite según las funciones del sistema municipal de salud que más muestran el nivel de autonomía local. Estas funciones, mostradas aquí con los subfunciones también, son:

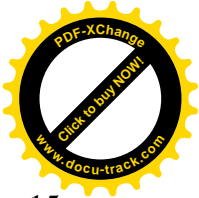
- Estrategia y planificación operacional (EPO)
 - o Planificación operacional
 - o Planificación estratégica
- Gestión financiera (GF)
 - o Proceso presupuestario
 - o Gastos usuarios
- Recursos humanos (RRHH)
 - o Personal
 - o Rendición de cuentas
- Organización de servicios (OS)
 - o Aseguramiento
 - o Tecnología
 - o Medicamentos
 - o Relación con el MSP
 - o Asociaciones públicas-privadas
- Gobernanza y participación local (GPL)
 - o Consejo Cantonal de Salud
 - o ONGs
- Reconocimiento de las diversidades culturales (RDC)

La mayoría de las preguntas de la encuesta tenían respuestas cerradas con opciones fijas, pero también habían oportunidades amplias para añadir comentarios.

Esta metodología fue aplicada a los siguientes funcionarios municipales de salud (con sujetos entrevistados en Q-Quito; G-Guayaquil; y C-Cuenca)

- DMSD-Director Municipal de Salud (Q, G, C)
- DMSF-Director Financiero de la Dirección Municipal de Salud (Q, G, C)
- DMSP-Director de Planificación de la Dirección Municipal de Salud (Q, G)
- DMH-Director de un Hospital Municipal (Q, G, C)
- DMA-Director de Aseguramiento Municipal (Q, G, C)
- CMC-Concejal Municipal comisionado para la salud (Q, G, C)
- DCS-Director del Consejo Cantonal de Salud (C)

El estudio requería la aplicación de la encuesta a uno de cada funcionario en cada cantón. Sin embargo, no había un puesto parecido al DMSP en Cuenca; el DCS no estaba en función en Guayaquil; y el Director del DCS en Quito era igual al CMC. Entonces, el número de funcionarios entrevistados era seis en cada cantón, que era un total de 18 encuestas. El DMSF era un puesto dentro de la DMS en Quito y Guayaquil y bajo del DMA en Cuenca, en vez de ser el director financiero del Municipio como en estudios



pasados. El CMC de Guayaquil no era el concejal actualmente comisionado para la salud, pero había tenido ese puesto hace dos años. Como no hay una DMS de Cuenca, el DMSD era el director de ASM, y el DMSF y DMA de la CSC.

El numero de preguntas sobre cada función varía según el puesto del funcionario entrevistado. Por ejemplo, el DMSF recibió preguntas más específicas sobre los procesos presupuestarias, y el CMC recibió menos preguntas sobre los procesos técnicos del sistema. Se puede revisar la encuesta genérica con todas las preguntas de todos los funcionarios, en el apéndice.

La aplicación de esta encuesta sucedió en el periodo de aproximada un mes, desde el 27 de febrero hasta el 1 de abril del 2009, antes de las elecciones nacionales y municipales del 24 de abril.

3.1.2. Cuantificación

Al ingresar todos los resultados de las encuestas electrónicamente, se convirtió las respuestas a números con un sistema de codificación que da un valor numérico entre 1 y 3 para cada respuesta. Un valor bajo representa una respuesta que indica un nivel bajo de ED y/o CD, y un valor alto indica un nivel alto de ED y/o CD. Para cada funcionario, se tomó el promedio de las respuestas de cada subfunción de cada dimensión. Entonces, se calculó el promedio de las respuestas de los funcionarios para dar un valor de ED y CD para cada subfunción de cada ciudad. Los puestos considerados dentro de las Direcciones Municipales de Salud fueron el DMS, DMSF, DMSP, y el DMSH, y los funcionarios municipales independientes fueron el DMA, CMC, y el DCS.

3.1.3. Mapas de espacio de decisión y capacidad

Para mostrar los resultados de la cuantificación de las encuestas de manera sencilla para hacer fácil una comparación de los datos, se hizo un mapa que arregla los resultados de manera gráfica (Bossert 1998). Se presenta los resultados finales del promedio de las respuestas de los funcionarios de cada cantón según la siguiente esquema:

Cuadro 1. Esquema de interpretación de los mapas

Rango	1.0 – 1.499	1.5 – 2.499	2.5 – 3.0
ED	Restringido	Moderado	Amplio
CD	Poca	Moderada	Mucha

Se ubica un Q (Quito), G (Guayaquil), o C (Cuenca) para indicar en cual nivel son los resultados de cada ciudad para cada subfunción.

Hemos escogidos estos rangos porque esta sistema de codificación asigna valores integrales a las respuestas y hay que asegurar que el mapa refleja el significativo de los promedios tomados. Por ejemplo, si una seria de respuestas dentro de una función ere tres respuestas moderadas (cada una con el valor de 2) y dos respuestas restringidas (cada una con valor de 1), el promedio sería 1.6, que debe representar un promedio moderado. Con este sistema de interpretación, el rango intermedio es aproximadamente dos veces el tamaño de los otros dos rangos.



Otro método sería hacer todos los rangos del mismo tamaño, que da una mejor distribución de los resultados. Sin embargo, si los rangos fueran forzados así, el promedio de 1.6 del ejemplo descrito resultaría en el rango restringido, que no es lógico. Hay que dejar los rangos en esta manera para que mantenga su significativo correcto.

4. Resultados y análisis

4.1. Resultados de las encuestas

Como hay muchos factores de los datos, hemos puesto los datos según el siguiente orden de importancia: Dimensión, cantón, función, y funcionario. Las comparaciones más relevantes son las entre los cantones de Quito, Guayaquil y Cuenca, y entre las dimensiones de ED y CD. Estas comparaciones son específicas hasta el nivel de subfunción, y se puede usar los datos de los funcionarios individuales, del grupo de funcionarios que incluye solamente los miembros de las direcciones municipales de salud (DMSD/F/P/H/A), o el grupo completo con todos los funcionarios. Se puede ver los datos completos en el apéndice.

4.1.1. Mapa de ED y CD

Primero, presentamos los mapas de ED y CD para mostrar la organización de los resultados relativos de los cantones divididos por subfunción.

Cuadro 1. Mapa de Espacio de Decisión

Funciones	Rango de Espacio de Decisión		
	Restringido	Moderado	Amplio
Estrategia y planificación operacional^a			
Planificación Estratégica		G, C	Q
Planificación Operacional			Q, G, C
Gestión financiera^a			
Proceso Presupuestario		Q, G	C
Gastos Usuarios		C	Q, G
Recursos humanos^a			
Personal		Q, G, C	
Organización de servicios^b			
Aseguramiento	G	C	Q
Relación con el MSP		Q, G, C	
Gobernanza y participación local^b			
Relación con el Municipio		C	Q, G
Reconocimiento de las diversidades culturales^b	C	Q, G	

a – DMSD/F/P/H en Quito y Guayaquil, DMSD/F/H/A en Cuenca

b – todos los funcionarios



Cuadro 2. Mapa de Capacidad (DMSD/F/P/H)

Funciones	Rango de Capacidad		
	Poca	Moderada	Mucha
Estrategia y planificación operacional^a			
Planificación Estratégica		G, C	Q
Planificación Operacional		G	Q, C
Gestión financiera^a			
Proceso Presupuestario		Q, G, C	
Gastos Usuarios		G	Q, C
Recursos humanos^a			
Personal		Q, G, C	
Rendición de Cuentas		Q, G, C	
Organización de servicios^b			
Aseguramiento		Q, G, C	
Relación con el MSP		Q, G, C	
Tecnología		G, C	Q
Medicamentos			Q, G, C
Asociaciones Públicas-Privadas		Q, G, C	
Gobernanza y participación local^b			
Municipio		Q, G, C	
Consejo Cantonal de Salud	G	C	Q
ONGs		Q, G, C	
Reconocimiento de las diversidades culturales^b			
		Q, G, C	

a – DMSD/F/P/H en Quito y Guayaquil, DMSD/F/H/A en Cuenca

b – todos los funcionarios

4.1.2. EPO, GF, RRHH

Las funciones de salud que representan aspectos técnicos del sistema son la estrategia y planificación operacional (EPO); gestión financiera (GF); y recursos humanos (RRHH). La mayoría de las preguntas sobre estas funciones eran en las encuestas para los funcionarios dentro de la dirección municipal de salud, porque son ellos que supervisan las operaciones diarias. En los casos de Quito y Guayaquil, usamos los funcionarios DMSD/F/P/H para estas funciones, y en Cuenca usamos los DMSD/F/H/A, porque la falta de una dirección de salud en Cuenca significa que el DMA tiene un papel más relevante a estas funciones también.

El ED y la CD de la planificación estratégica son más altos en Quito que en Guayaquil y Cuenca, mientras el ED de planificación operacional es igualmente amplio en los tres cantones. Guayaquil es lo único que tiene una CD moderada sobre todos tipos de planificación, que es confirmado por las cuentas de los funcionarios que les falta un plan establecido y todavía siguen las promesas de las campañas del alcalde. En general, parece que los tres casos tienen una CD suficiente para su nivel de ED, pero para ampliar su ED, Guayaquil debe mejorar sus métodos de planificación.

El ED sobre el proceso presupuestario es moderado en Quito y Guayaquil y alto en Cuenca. El nivel intermedio de ED sobre las decisiones del presupuesto en Quito y Guayaquil puede reflejar el hecho que se toma la mayoría de estas decisiones en el Municipio, mientras los programas como ASM y CSC en Cuenca tienen más control



sobre sus propios presupuestos. Entonces, este resultado no necesariamente es una indicación que el ED sobre el presupuesto es bajo a raíz del poder del MSP y el gobierno central, sino que los Municipios tienen más control sobre esta función. Por esta razón, habría sido más útil aplicar la encuesta a los directores financieros de los Municipios, en vez de los directores financieros dentro de las direcciones de salud.

La CD sobre el proceso presupuestario es moderada en todos los tres cantones. En Quito y Guayaquil, este resultado confirma la observación que las direcciones de salud no son capaces para manejar el presupuesto, porque esta capacidad se queda en el Municipio. En el caso de Cuenca, sugiere que la capacidad no es suficiente para el nivel de ED que tiene sobre el proceso presupuestario.

Por el otro lado, la subfunción de los gastos usuarios, que también incluyó preguntas sobre los impuestos municipales, muestra otro fenómeno. Quito y Guayaquil tienen amplio ED sobre los gastos usuarios mientras Cuenca tiene un ED moderado. Este resultado, que es a revés del ED para el proceso presupuestario, sugiere que los actores en Cuenca no tienen tanto control ni sobre sus ingresos ni sobre los impuestos municipales, que puede ser otro efecto de su distancia del Municipio. También, Quito tiene una buena CD para manejar los gastos usuarios mientras Guayaquil y Cuenca tienen una CD moderada.

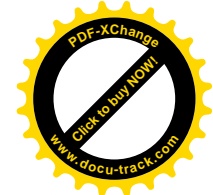
Por último, los tres cantones tienen un ED y una CD moderados sobre la función de RRHH. Este resultado también puede reflejar el hecho que el Municipio coordina los asuntos relacionados con los RRHH, como la gestión de personal. Otro aspecto de los RRHH es la CD de rendición de cuentas, que también es igualmente moderada en los tres cantones.

4.1.3. Aseguramiento

En el mapa, hemos presentado los resultados sobre el aseguramiento con las respuestas de todos los funcionarios, pero hay que analizar esta función a parte. Ahora que el aseguramiento está en el limbo con la terminación de los fondos del PAS en todos los cantones menos Guayaquil, las percepciones del aseguramiento son muy variables. También, el hecho que la CMS de Quito, la FAPS de Guayaquil, y la CSC de Cuenca son organizaciones independientes de la gestión del Municipio significa que el funcionamiento interno no es conocido por todos los actores.

Los resultados del ED de todos los funcionarios indica que es amplio en Quito, moderado en Cuenca, y restringido en Guayaquil, y que la CD es moderada en todos los tres cantones. Los resultados para solo el funcionario DMA, cuyo punto de vista es más relevante, son iguales. Este resultado es representativo de las interacciones entre la dirección de salud y los aseguradores locales, que es poco en Guayaquil y mucho más en Quito, pero también viene a raíz de una de las limitaciones de este estudio, que la medición de ED para esta función viene de una sola pregunta (vea sección 4.2.4).

Con un resultado no confiable así, las respuestas abiertas de la encuesta ayudan para entender la situación. La pregunta “¿Qué es para usted el aseguramiento?” recibió una gran variedad de respuestas, la gran mayoría de que refieren al aseguramiento como una garantía de acceso, en vez de describirlo como un sistema de pagos entre el paciente y el proveedor. En las respuestas a la próxima pregunta, “¿Cuál cree usted que debe ser la prioridad principal del Municipio, el aseguramiento universal o la gratuidad?”, Quito era lo único en que la mayoría dijo “aseguramiento”, mientras los otros dos tenían una



mitad para “aseguramiento” y la otra mitad para “gratuidad”. Esta mezcla de respuestas indica que uno de los retos del aseguramiento en Ecuador es desconocimiento fundamental del papel que el aseguramiento debe jugar en un sistema de salud, además del hecho que ha perdido potencia como política nacional.

4.1.4. OS, GPL

Otras funciones como la organización de servicios (OS) y la gobernanza y participación local (GPL) involucran todos los funcionarios entrevistados. El ED y la CD de la relación con el MSP, que preguntó las interacciones que los funcionarios tienen con el MSP, son moderados para todos los cantones. Esto significa que todos los cantones tienen un control moderado sobre sus propias prioridades y tienen capacidades que están de acuerdo con el nivel de ED que tienen.

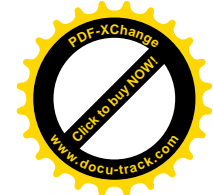
También medimos unos aspectos de la OS que solamente tienen que ver con la CD. Quito tiene una mayor CD de la tecnología informática que Guayaquil y Cuenca, que significa que los funcionarios de Quito tienen mejor acceso a los datos necesarios para tomar decisiones precisas. Los tres cantones tienen una buena CD para mantener los medicamentos de los programas municipales de salud, como los patronatos de Quito, el programa Más Salud de Guayaquil, y las unidades de MediSol y FarmaSol en Cuenca. Por último, los tres cantones tienen una capacidad moderada para hacer asociaciones públicas-privadas.

Las preguntas sobre GPL midieron el nivel de participación que el Municipio ha tomado en los programas de salud, y también sobre las interacciones con asociaciones como sindicatos. El ED en Quito y Guayaquil es amplio mientras es moderado en Cuenca, que indica la ventaja de tener una dirección de salud que es bien organizada como punto de contacto. Sin embargo, la CD es moderada en los tres cantones, que implica la necesidad de mejorar la capacidad para realizar actividades con los Municipios de Quito y Guayaquil para poder aprovechar el ED que tienen.

Otra CD medida era el funcionamiento del CCS en cada cantón. La CD en Quito es mucha a raíz de su sistema de Consejos Zonales de Salud, mientras la CD es intermedia en Cuenca y poca en Guayaquil, donde el CCS no ha sido formado. Últimamente, la CD de las interacciones con ONGs es moderada para todos, que indica que las ONGs toman un papel periférico en la salud, aunque poderoso como el ejemplo de la JBG.

4.1.5. RDC

La última función del estudio es el reconocimiento de las diversidades culturales (RDC) que preguntó a los funcionarios sobre sus percepciones de la presencia de grupos étnicos con necesidades especiales en su cantón. Las preguntas sobre el ED eran sobre el poder que los funcionarios tienen para poner prioridades según las necesidades de estos grupos, y las preguntas sobre la CD midieron si tienen los recursos para lograr sus objetivos. El ED en Quito y Guayaquil es moderado mientras Cuenca tiene un ED restringido en este respecto, y los tres cantones tienen una CD moderada para hacer programas especiales. Estos resultados indican una mala reconocimiento de las diversidades de la región y poca autonomía para enfrentarse a los aspectos socioculturales de la salud.



4.1.6. Otras preguntas abiertas

Además de la porción cuantitativa de la encuesta, habían algunas preguntas abiertas para entender las prioridades de salud de cada cantón. La primera pregunta de la encuesta era “¿Cuáles son las cinco prioridades de intervención actuales sobre la salud en este Municipio?” Casi todos los funcionarios referían al modelo integral de salud de curación, prevención, y promoción, y algunos mencionaron el fortalecimiento de un red de servicios, el mejoramiento de la calidad de servicios y el aseguramiento.

Funcionarios en Quito únicamente discutieron el medioambiente como parte de la salud pública, y recomendaron espacios saludables como estrategia para lograr esta meta. También, el tema de la participación ciudadana salió en Quito, donde hay una organización fuerte de grupos de ciudadanos e indígenas. Casi todos los funcionarios de Guayaquil hablaron sobre la importancia del control de vectores, como la fumigación y desratización. También, hablaron más sobre la pobreza y los servicios básicos, como seguridad alimentaria, salud escolar, y atención a los pacientes de escasos recursos. En Cuenca, había una énfasis clara en las farmacia y la distribución de medicinas a bajo costo, a raíz del éxito que el red de farmacias solidarias FarmaSol ha tenido. Además, describieron la necesidad para un sistema municipal de salud.

Otra pregunta en la encuesta era poner una serie de prioridades futuras en el orden de importancia. En todos los cantones, habían cuatro respuestas más importantes a todos:

- Capacidad de poner las prioridades municipales y armonizar con las prioridades nacionales.
- Capacidad de planificar el presupuesto con más flexibilidad.
- Ampliación de la cantidad de asignaciones del presupuesto que puede hacer sin aprobación de una autoridad superior.
- Capacidad de iniciar un programa más grande en el presupuesto de desarrollo.

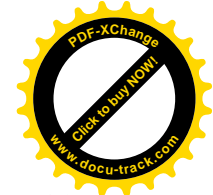
La primera respuesta muestra que los actores locales admiten que hay poca armonización con el MSP y sugiere que quieren arreglar la brecha que existe con el gobierno central. Las otras tres respuestas más comunes son relacionadas al proceso presupuestario, y sugiere que los actores locales quieren más control sobre sus presupuestos, que es otra confirmación de las dificultades que resultan del manejo completo del presupuesto de parte del Municipio.

El último acápite de la encuesta preguntó sobre las experiencias de los funcionarios que habían tenido sus puestos administrativos actuales desde antes de la descentralización que vino con la aprobación de la Constitución de 1998. De las siete personas a quien aplicaron las preguntas, cuatro dijeron que tienen más ED desde la descentralización, dos dijeron que tienen el ED igual como antes, y uno dijo que tienen menos ED. No se puede cuantificar estos resultados pro la falta de datos, pero es un resultado cualitativamente interesante.

4.2. Limitaciones

Como todos los estudios de las ciencias sociales que utilizan encuestas para hacer estudios cuantitativos, hay unas limitaciones inherentes de la investigación que hay que reconocer.

4.2.1. Sesgo de los respondientes



Primero, es imposible evitar la realidad que los funcionarios entrevistados tienen un sesgo. El objetivo de esta metodología es medir el ED informal desde los puntos de vista de los funcionarios mismos, entonces es inevitable que sus sesgos pueden cambiar los resultados. Desafortunadamente, no se puede predecir en cuál dirección estas influencias han cambiado los resultados.

4.2.2. Hay factores de confusión que influyen los resultados

Los sistemas de salud son muy complicados, y hay un número infinito de los factores de confusión que se puede identificar. El contexto político, histórico, demográfico, económico, y sociocultural de cada cantón tiene una influencia en los resultados. Por ejemplo, los Municipios mantienen su propio poder sobre varias funciones que se hace difícil medir el ED y CD con precisión. Además, las diferencias entre los sistemas de cada municipio nos forzó encontrar funcionarios con puestos parecidos, pero no era posible tener todos exactamente equivalente. El hecho que todas las encuestas fueron aplicadas en un periodo corto bajo circunstancias iguales disminuyó el error experimental, pero es imposible controlar por todos los factores en estos tipos de estudios.

4.2.3. Hay pocas muestras en cada ciudad

Una limitación específica de esta metodología es el hecho que hay pocos funcionarios que pueden contestar las preguntas de la encuesta. Con un número tan bajo de respondientes, no era posible hacer un análisis estadístico. Una investigación más amplia, con más cantones y administrada cada año para observar los cambios, sería mucho más completa que la investigación actual.

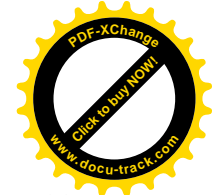
4.2.4. Pesos no iguales de cada pregunta

Por ultimo, como se notó en relación a las preguntas de ED sobre aseguramiento, otra limitación era el número de preguntas sobre cada función en cada dimensión. La aplicación de la encuesta tomó entre 45 y 90 minutos, y era difícil lograr tanto tiempo de los funcionarios. Tratamos de elegir las preguntas más relevantes para damos amplitud y profundidad al mismo tiempo, pero el corto tiempo disponible para hablar con cada funcionario nos limito en este respeto.

4.3. Conclusión

A pesar de las limitaciones del estudio, son cinco puntos claves que salen de los resultados de la encuesta en conjunción con los contextos establecidos al principio de este capítulo. Primero, la relación entre las direcciones de salud y los Municipios no dejan las direcciones manejar sus propias prioridades. La concentración del poder de tomar las decisiones finales dentro de la alcaldía, además del control sobre los asuntos presupuestarios dentro del Municipio, se hace difícil para las direcciones de salud mantener un plan estratégico a largo plazo.

Segundo, el MSP juega un papel periférico en los sistemas municipales de salud. La política de centralización adoptada por el MSP ha creado una brecha entre los actores locales y el gobierno central, y aunque los proveedores del MSP siguen dando servicios muy importantes de salud, su presencia casi nunca se toma en cuenta. La única manera



que el MSP entra a las operaciones de los sistemas municipales de salud viene a través de la regulación, pero la falta de rendición de cuentas debilita este control central.

Tercero, parece que hay una falta de organización de los actores. Ya existen tres mecanismos para cumplir esta meta: la dirección municipal de salud, el consejo cantonal de salud, y la comisión de salud del concejal municipal. El caso de Quito es lo mejor organizado, en que la DMS-Q y la CMS ayudan en la planificación y coordinación de proyectos de salud, y supervisan los proveedores municipales, mientras el presidente del comisión de salud interactúa con varios actores y los ocho Concejos Zonales de Salud proveen foros de participación comunitaria. También, aunque la comisión de salud y el Consejo Metropolitano de Salud tienen sus propios marcos, el hecho que comparten la misma persona como presidente es una ventaja. Sin embargo, todavía hay una falta de comunicación entre el MSP y el Municipio por sus visiones distintas. Los casos de Guayaquil y Cuenca son mucho más débiles, a raíz de la falta de un CCS en Guayaquil y la falta de una dirección de salud en Cuenca.

Cuarto, es claro que el aseguramiento es un aspecto perdido del sistema de salud del Ecuador, según los perspectivas descritos más arriba. Por último, el quinto punto es relajado al cuarto en que, como todo, la salud ha sido politizado, como es demostrado por las luchas por el control de varios aspectos del sistema de salud.

5. Propuestas de reforma

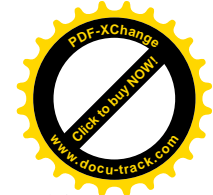
La gran cantidad de información que salió de los resultados de la encuesta, además de la información de los contextos y las historias contadas por varios expertos y funcionarios de salud en una serie de más que 30 entrevistas, han inspirado unas ideas para reformar el sistema de salud del Ecuador. Son dos clases de reforma: las reformas de corto plazo que dan soluciones temporarias pero no solucionan los problemas fundamentales del sistema de salud, y las reformas de largo plazo que ofrecen soluciones permanentes. El MSP ya está en el proceso de reformar el sistema a nivel nacional, pero mientras ese trámite está en camino, también se puede mejorar los sistemas municipales a corto plazo.

5.1. Reformas a corto plazo

Dado el estado de los sistemas municipales de salud, hay que pensar en como se puede mejorar el sistema actual. Los problemas como la falta de integración de los actores municipales y los asuntos específicos que salieron de la encuesta son problemas que requieren soluciones temporales.

Hay varias maneras de lograr una integración de los actores de cada sistema municipal de salud, como la tecnología informática, la utilización de historias clínicas integradas, y un sistema de referencia entre los médicos. Dar un “menú de médicos” a todos los hospitales de cada cantón puede servir como sistema de referencia, un cambio que es especialmente importante para asegurar que los pacientes que ingresan a los proveedores como el PAP o el MediSol que ofrecen atención primaria pueden encontrar servicios de alto nivel si fuera necesario. Estos mecanismos deben ser en práctica a largo plazo también, pero pueden fortalecer los servicios actuales.

Las encuestas identificaron otros ejemplos importantes de reforma en los Municipios. Por ejemplo, en el caso de Cuenca, parece que la CD no es suficiente para el nivel de ED que tiene sobre el proceso presupuestario, y que los actores municipales de



Cuenca deben mejorar su capacidad del proceso presupuestario. También, la baja CD y la alta ED de las relaciones entre las direcciones municipales de salud y los Municipios de Quito y Guayaquil indica la necesidad de mejorar su CD para realizar actividades con los Municipios de Quito y Guayaquil, para aprovechar el ED que tienen. La expansión de estas capacidades de los municipios con cursos de capacitación y ampliación del personal sería una reforma concreta y alcanzable.

Estos tipos de soluciones toman pocos recursos y se puede implementarlas rápidamente, pero no cambian los raíces de los problemas. Por ejemplo, con tantos actores, cada uno quiere mantener su papel en el sistema y su contacto con los pacientes. Entonces el tema político es un desafío que requiere una solución que trata los problemas más fundamentales del sistema de salud.

5.2. Reformas a largo plazo

Los aspectos del sistema de salud que requieren cambios fundamentales incluyen asuntos como la brecha entre el MSP y los Municipios, la política de gratuidad sobre aseguramiento, la influencia de la Constitución de 2008, y la falta de reconocimiento de las diversidades culturales. No hay soluciones muy claras para arreglar estos asuntos, pero proponemos algunas ideas de las entrevistas y la literatura.

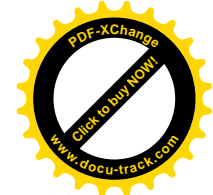
5.2.1. Relación entre el MSP y los Municipios

La brecha entre el MSP y los Municipios es un asunto que tiene raíces basadas en el conflicto fundamental sobre la descentralización. El MSP ha tomado la centralización como su política oficial, y el hecho que todavía hay actores municipales avanzando con sus sistemas autónomos de salud es una afrenta. Soluciones como la utilización del CCS en Guayaquil y la creación de una dirección de salud en Cuenca pueden crear foros para mejorar las relaciones entre los actores nacionales y locales de salud, pero la lucha para el poder y control va a seguir hasta que el gobierno ha resuelto este conflicto. Este es uno de los efectos más complicados de esta descentralización de hecho, pero tan pronto como el sistema nacional de salud sigue insuficiente y centralista, será sumamente difícil solucionar este problema.

5.2.2. Aseguramiento vs. Gratuidad

El asunto del aseguramiento es otro aspecto del sistema que se requiere una evaluación fundamental de las prioridades del gobierno. La Constitución de 2008 propone que el seguro social debe ser universal y obligatorio (Art. 367), pero la política advertida por el MSP es más sobre la gratuidad de los servicios. El Plan Más Salud de Guayaquil sigue esta misma estrategia. Sin embargo, este cambio presenta un obstáculo enorme para el sistema nacional de salud.

Según la OPS, un sistema de salud debe tener rectoría, financiamiento, aseguramiento, provisión (FUENTE). El aseguramiento juega el papel de intermedio entre el financiamiento y la provisión de servicios, y existe para proteger el usuario y para crear un sistema de financiamiento sostenible y estable. Sin embargo, el Documento de transformación sectorial de salud del MSP (abril 2008) omite el aseguramiento, que era una decisión que deja un modelo asistencial como la política del país. Para proveer servicios gratuitos a todo el mundo, el costo tendría que venir del presupuesto nacional,



pero sin un incremento de los impuestos, los fondos van a ampliar el endeudamiento nacional de manera no sostenible.

Sin embargo, el IESS, ISSFA, ISSPOL, y SSC siguen funcionando para cobrar en 20% de la población ecuatoriana, y la promesa de un seguro social obligatorio y universal debe ser cumplido. Aunque no sea debajo de los nombres del AUS o PAS, una política de aseguramiento universal de salud debe aparecer eventualmente, y puede ayudar en el financiamiento, regulación, e integración del sistema nacional de salud a largo plazo.

5.2.3. *Influencia de la nueva constitución*

La salud en la Constitución de 2008 presenta una serie de derechos que todos los ciudadanos tienen para la salud, además de una lista de responsabilidades del estado que incluyen:

- El seguro social obligatorio y universal
- El modelo de atención integral: Prevención, promoción, curación
- El sistema nacional y público
- La integración de una red de proveedores

Estos metas presentan una base legal muy fuerte para crear un sistema nacional de salud más estable, pero muchos de los expertos entrevistados dicen que la implementación de estos objetivos es otra cosa. Realizar estos conceptos requiere una gestión que, hasta ahora, no ha sido lograda por el MSP. En cambio, ha sido una lucha prolongada entre el MSP y los otros actores. La aplicación del marco teórico de la Constitución es otro ejemplo de las dificultades que se encuentra con un MSP débil.

5.2.4. *Reconocimiento de las diversidades culturales*

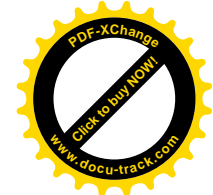
Por último, los resultados de la encuesta indican una mala reconocimiento de las diversidades culturales de la región y poca autonomía para enfrentarse a los aspectos socioculturales de la salud, especialmente en Cuenca. Este tipo de problema requiere capacitación de los funcionarios y mecanismos para que los grupos étnicos marginales tengan voz. El acercamiento de los funcionarios de salud a la población es uno de los mejores aspectos de la descentralización, y aun los sistemas municipales de salud no han demostrado saber apreciar los aspectos socioculturales de la salud. Por consecuencia, un sistema centralizado tiene que dar aun más atención a la diversidad de las situaciones de salud de las poblaciones del país, algunos de que siguen definiciones culturales.

5.3. Lecciones aprendidas de los Estados Unidos

Aunque las historias de los sistemas de salud del Ecuador y de los Estados Unidos son muy distintas, tienen en común el hecho que no son suficientes actualmente. Los dos son fragmentados y tienen problemas de acceso igual a los servicios de salud, y es importante que cada país implemente unas reformas para arreglar estos problemas en una manera expedita. Las reformas del Ecuador deben ser distintas de ellas de los EEUU porque estos países tienen contextos políticos y socioculturales diferentes, pero podemos aprender de lo que ya ha pasado en cada modelo.

5.3.1. *La contexto del sistema de salud de los EEUU*

Aunque varios otros países desarrollados crearon sistemas nacionalizados de salud, los EEUU siempre ha seguido la ruta de comercialización de los servicios de salud.



Sin un aseguramiento universal, sucedió una privatización del sistema que resultó en lo que Dr. Arnold Relman llama el “Medical Industrial Complex” (Complejo Médico Industrial) (Relman, 2007). Aunque la justificación de un sistema comercializado es que el mercado promueva una mejor calidad de los servicios, los otros efectos del sistema son mucho más graves. Con incentivos perversos, empresas políticamente poderosas, y una fragmentación del sistema, los rendimientos de salud en los EEUU son más caros y de peor calidad que otros países comparables (Abel-Smith, 1996).

Uno de los efectos de la privatización del sistema de salud de los EEUU es la fragmentación. La medicina debe ser una profesión integrada, para promover la colaboración y comunicación entre los proveedores de los servicios de salud. Sin embargo, la privatización estimula la competición entre entidades distintas, y la calidad de atención médica ha sufrido como resultado. Todavía no hay un sistema informática médica integrada, y hay fallas frecuentes con las transiciones de cuidado médico. La combinación de los incentivos perversos de médicos, los intereses particulares de los aseguradores privados y las empresas de biotecnología, y la consiguiente fragmentación ha creado un sistema en los EEUU que tiene sus raíces en la codicia y la avaricia en vez de la equidad y calidad.

5.3.2. Reformas propuestas para los EEUU

Desde la Segunda Guerra Mundial, varios gobiernos han tratado de resolver el problema persistente del sistema de salud, pero las fuerzas políticas y económicas contra la reforma han sido demasiadas poderosas. En una situación ideal, sería posible ignorar estos actores de oposición e imponer una reforma más completa, como lo que propone Relman (2007). Él recomienda un sistema con un solo asegurador público (Single Payer) para minimizar los gastos indirectos y lograr el aseguramiento universal. Una comisión pública como el Consejo Federal de Salud propuesto por Daschle (2008) sería fuera del alcance de los poderes políticos, y se encargaría de la administración y regulación del sistema nacional.

También, Relman crea que un cambio de solamente el sistema de aseguramiento no sería suficiente, sino que hay que reorganizar el sistema de provisión de servicios de salud. La sobre especialización y los incentivos perversos de los médicos es una causa de los costos altos y una fuente de corrupción de la profesión, y hay que cambiar el sistema de pago por servicio. Una propuesta es el modelo del “Prepaid Multispecialty Group Practice” (consultorios de grupos prepagados de varias especialidades). Este significa que los médicos estarían agrupados por especialización en entidades privadas sin fines de lucro y que recibirían sueldos. Los incentivos ya no enfatizarían la cantidad de servicios sino la calidad y la reputación de los consultorios y hospitales. Los médicos tendrían incentivos económicos en la forma de bonificaciones, y cada grupo tendría la autoridad sobre su propia estructura para tratar de atraer los mejores médicos.

5.3.3. Implicaciones para el Ecuador

La situación del sistema de salud en Ecuador es diferente de los EEUU en varias maneras porque tiene un contexto sociocultural, económico, y político totalmente distinto. El problema más profundo en los EEUU es la comercialización y privatización que ha subido costos y hecho desigual el sistema de salud. En Ecuador, el sector privado juega un papel menos poderoso, y los aseguradores privados no cobran una porción tan



granda de la población. Los desafíos del sistema de salud del Ecuador son más a raíz de problemas generales como la falta de recursos fiscales y la inestabilidad política, que resultan en los problemas descritos más arriba. Sin embargo, hay unas lecciones de lo que ha pasado en los EEUU que debemos tomar en cuenta cuando estamos pensando en cómo reformar el sistema de salud del Ecuador.

En Ecuador, la falta de liderazgo del Ministerio de Salud Pública ha resultado en un sistema fragmentado. No es intencionalmente fragmentado por los aseguradores privados como en los EEUU, pero los resultados son los mismos. Cuando un paciente tiene que transferirse de un médico a otro, no hay un sistema integrado de la información de su historia clínica. La falta de comunicación y colaboración entre médicos y hospitales es un problema a raíz de los pocos recursos y incentivos que tienen, y los problemas que resultan consumen aun más recursos. En la misma manera que el aseguramiento universal a nivel nacional puede arreglar estas problemas de la fragmentación en los EEUU, el sistema de salud del Ecuador exige una mejor integración.

Además de mejorar la integración del sistema, el aseguramiento universal puede resolver otros problemas en ambos países. En los EEUU, el sistema de seguros a través del empleo previene un aseguramiento universal, mientras en el Ecuador hay una cultura de resistencia a los seguros porque muchas personas creen que no deben gastar en su salud cuando estén sanas. El aseguramiento universal y obligatorio, con el apoyo del gobierno, haría un sistema en que todo el riesgo está compartido, los aseguradores no elegirían sus afiliados según su condición de salud, y todo el mundo tendría acceso a los servicios de salud.

La reforma del sistema de provisión también está vinculado al aseguramiento universal. En Ecuador, todavía hay una mezcla de las prácticas de medicina antigua y moderna con consultorios particulares y hospitales enormes. El modelo del “Prepaid Multispecialty Group Practice” sería difícil implementar en Ecuador, porque no hay la misma infraestructura como en los EEUU. Sin embargo, un sistema de aseguramiento universal tendría que escoger una manera de reembolsar los médicos, y puede darles sueldos para parar los incentivos perversos de pago por servicio que existen en ambos países.

Los sistemas de salud de los EEUU y el Ecuador son distintos, pero se puede aprender varias lecciones de los fracasos y éxitos de cada uno. Con las metas de equidad, calidad, y eficiencia, los dos sistemas tienen que perseguir una reforma que garantizará el aseguramiento universal, la integración del sistema, y los buenos incentivos entre los médicos.

6. Conclusión

Los sistemas de salud del Ecuador están en un estado grave. El financiamiento insuficiente, la inconsistencia de la política de salud, y los conflictos políticos que resultan se ha hecho difícil encontrar reformas viables. El fortalecimiento del MSP y la cooperación con los sistemas municipales de salud, además de la reconsideración de políticas como el aseguramiento universal de salud, pueden mejorar el sistema. Sin embargo, se requiere un gran esfuerzo político, social, y económico para lograr poner el sistema de salud en el camino correcto en el futuro.



Agradecimientos

Solamente podía realizar esta investigación con el gran apoyo de los siguientes profesores y concejeros:

- Betty Espinosa, Profesora Investigadora, FLACSO-Ecuador
- Will Waters, Profesor, USFQ
- Thomas Bossert, Director del Programa de Sistemas Internacionales de Salud, Escuela de Salud Pública de Harvard
- Nilhda Villacrés, Salud de Altura
- Samia Peñaherrera, Gerente, FAPS
- Benjamín Puertas, Asesor, MSP
- Karen Aguilar, Coordinadora de Programas, Comisión Fulbright

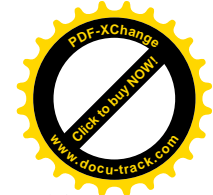
Lista de entrevistas

También, los siguientes entrevistados me compartieron su tiempo simpáticamente:

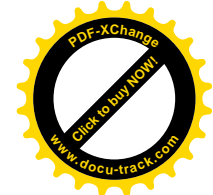
- El Nilhda Villacrés, Salud de Altura
- Samia Peñaherrera, Gerente, FAPS
- Benjamín Puertas, Asesor, MSP
- Karen Aguilar, Coordinadora de Programas, Comisión Fulbright
- Ruth Lucio, Directora Nacional, Salud de Altura
- Marco Herrera, Subsecretaria de Protección Social, MSP
- Angélica Andrade, Protección Social, MSP
- César Hermida, Profesor, USFQ
- Alejandro Saenz, Subdirector, Dirección de Salud e Higiene de Guayaquil
- Miguel Viteri, Director, Hospital Municipal de Plan Más Salud
- Telmo Fernandez, Subdirector, Dirección Provincial de Salud de Guayas
- Antonio Ortega, Director, Hospital Vernaza de la JBG
- F. Xavier Solórzano, Consultor, FAPS
- Gonzalo Mantilla, Director del Hospital de los Valles
- Manuel Avida, Asesor, MegaSalud
- Ricardo Alvarado Molina, Administrador General, Hospital "León Becerra"
- Federico Riqueti, Jefe de Control e Higiene, Dep. de Salud Pública de Cuenca

Por ultimo, los actores de cada cantón que me permitieron a preguntar, observar y aprender sobre sus sistemas de salud son:

- Quito:
 - o Dirección Metropolitano de Salud
 - o Corporación de Salud de Quito
 - o Unidades Municipales de Salud
 - o Salud de Altura
 - o Instituto Nacional de Estadísticas y Cencos (INEC)
- Guayaquil:
 - o Dirección de Salud e Higiene
 - o FAPS
 - o Plan Más Salud



- Junta de Beneficencia de Guayaquil
- Dirección Provincial de Salud de Guayas
- Cuenca:
 - Corporación de Salud de Cuenca
 - Acción Social Municipal
 - Hospital Municipal de la Mujer y del Niño



Bibliografía

- Arcos Cabrera, Carlos, y Betty Espinosa, coordinadores. Desafíos para la educación en el Ecuador: calidad y equidad. FLACSO, Sede Ecuador: Quito, Ecuador, 2008.
- Bossert T. Analysing the decentralisation of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. *Social Science Medicine* 1998;47:1513-27.
- Bossert TJ, Mitchell A, Mian N, Janjua MA. District-level Decision Space Analysis in Pakistan: Relationships between decision space, capacities and accountability in five health functions with selected district performance measures. Pakistan Initiative for Mothers and Newborns, 2008.
- Cañón Ortégón, Leonardo. La Práctica de la Rectoría de los Ministerios de Salud en los Países del Área Andina. Organización Panamericana de la Salud, 1999.
- Comité Intersectorial de Salud, Plan Cantonal de Salud, Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2001.
- De la Torre Aráuz, Patricia. Stato nostro: La cara oculta de la beneficencia en el Ecuador. Abya-Yala: Quito, Ecuador, 2004.
- Espinosa, Betty, Ana Esteves y Marcela Pronko, eds. Mundos del trabajo y políticas públicas en América Latina. FLACSO, Sede Ecuador: Quito, Ecuador, 2008.
- Espinosa, Betty, y William Waters, eds. Transformaciones sociales y sistemas de salud en América Latina. FLACSO, Sede Ecuador: Quito, Ecuador, 2008.
- Hermida Bustos, César. Gestión Social para el Sistema Nacional de Salud en Ecuador: La equidad es posible. Consejo Nacional de Salud, Quito, Ecuador, 2005.
- Kingman Garcés, Eduardo. La ciudad y los otros, Quito 1860-1940: Higienismo, ornato y policía. FLACSO, Sede Ecuador: Quito, Ecuador, 2006.
- Le Grand, Julian. "Equity, efficiency and rationing of health care" en A.J. Culyer y Adam Wagstaff, eds., Reforming health care systems: experiments with the NHS. Edgard Elgar: Cheltenham, UK, 1996.
- Le Grand, Julian, y Hill Bartlett, eds. Quasi-Markets and Social Policy. Macmillan: London, 1993.
- Lucio, Ruth y Yajaira Vásquez. Proyecto Salud de Altura: La Salud en Quito: Análisis de acceso y calidad. Imprenta Activa: Quito, Ecuador, 2007.
- Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I. Health system decentralization: concepts, issues and country experience. World Health Organization: Geneva, 1990.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. Health Care Reform: The Will to Change. Organisation for Economic Co-operation and Development, 1996.
- Ortega Gómez, Antonio. Entrevista con el Director Técnico del Hospital Vernaza de la Junta de Beneficencia de Guayaquil. Guayaquil, 15/1/2009.
- Relman, Arnold S. A Second Opinion: Rescuing America's Health Care: A Plan for Universal Coverage Serving Patients Over Profit. The Century Foundation: New York, 2007.
- Rosanvallon, Pierre. La nueva cuestión social: Prepensar el Estado providencia. Manantial: Buenos Aires, Argentina, 1995.
- Savedoff, William D., compilador. La organización marca la diferencia: Educación y salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo: Washington, D.C., 1998.

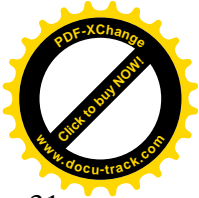
Apéndice

Cuadro 1. Datos de “Espacio de Decisión” (ED) según subfunción, por cantón (Q-Quito, G-Guayaquil, C-Cuenca), con todos los funcionarios y con solamente los funcionarios de la dirección de salud (DMSD/F/P/H para Quito y Guayaquil, y DMSD/F/H/A para Cuenca). Verde significa amplio, amarillo significa moderado, y rojo significa restringido.

ED		Total			DMSD/F/P/H, /A		
		Q	G	C	Q	G	C
EPO	Planificación Estratégica	2.67	2.33	2.58	2.50	2.00	2.38
	Planificación Operacional	2.67	2.67	2.60	3.00	3.00	3.00
GF	Proceso Presupuestario	2.10	2.21	2.17	2.19	1.88	2.57
	Gastos Usuarios	2.80	2.30	2.25	2.75	2.63	2.25
RRHH	Personal	1.82	2.31	1.92	1.62	2.14	2.04
OS	Aseguramiento	2.67	1.20	1.75	2.50	1.25	1.67
	Relación con MSP	2.03	2.13	2.01	2.00	2.17	2.14
GPL	Municipio	2.90	2.68	2.46	2.92	2.52	2.73
RDC	RDC	1.90	2.17	1.15	1.50	2.50	1.22

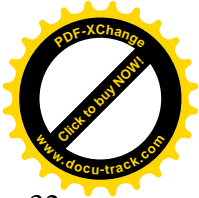
Cuadro 2. Datos de Capacidad (CD) según subfunción, por cantón (Q-Quito, G-Guayaquil, C-Cuenca), con todos los funcionarios y con solamente los funcionarios de la dirección de salud (DMSD/F/P/H para Quito y Guayaquil, y DMSD/F/H/A para Cuenca). Verde significa mucha, amarillo significa moderada, y rojo significa poca.

CD		Total			DMSD/F/P/H, /A		
		Q	G	C	Q	G	C
EPO	Planificación Estratégica	2.87	2.13	2.10	2.80	2.10	2.15
	Planificación Operacional	2.67	2.22	2.39	2.60	2.20	2.58
GF	Proceso Presupuestario	2.08	1.96	2.12	2.02	1.95	1.96
	Gastos Usuarios	2.80	2.54	2.25	2.75	2.39	2.25
RRHH	Personal	2.16	2.15	2.19	2.08	1.98	2.29
	Rendición de Cuentas	2.54	2.34	2.34	2.44	2.34	2.34
OS	Aseguramiento	2.07	1.85	2.05	2.16	1.78	2.32
	Relación con MSP	1.75	2.30	1.83	1.50	2.63	1.88
	Tecnología Informática	2.53	2.09	1.58	2.48	2.03	1.58
	Medicamentos	2.99	2.56	2.76	2.99	2.56	2.76
	Asociaciones Pub-Priv	1.92	1.86	2.07	1.75	1.63	2.41
GPL	Municipio	2.21	2.22	1.84	2.21	2.00	1.87
	CCS	2.77	1.42	2.13	2.79	1.56	2.18
	ONG	2.46	2.11	1.56	2.31	1.67	1.42
RDC	RDC	2.08	2.33	1.56	2.00	2.25	1.53



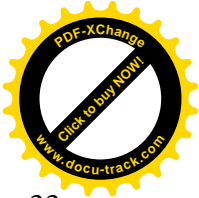
Cuadro 3. Datos de Quito. Datos de ED y CD según subfunción, por funcionarios. Verde significa amplio, amarillo significa moderado, y rojo significa restringido.

QUITO		DMSD		DMSF		DMSP		DMH		DMA		CMC	
		ED	CD	ED	CD	ED	CD	ED	CD	ED	CD	ED	CD
EPO	Planificación Estratégica	3.00	3.00	2.00	3.00	2.00	2.20	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
	Planificación Operacional	3.00	2.50	3.00	3.00	3.00	2.40	3.00	2.50	3.00	2.60	1.00	3.00
GF	Proceso Presupuestario	2.40	2.48	1.63	1.88	2.50	2.21	2.25	1.50	2.60	2.31	1.25	N/A
	Gastos Usuarios	2.50	2.50	2.50	2.50	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	N/A	N/A
RRHH	Personal	2.00	2.10	1.58	2.20	1.13	1.50	1.76	2.53	2.62	2.48	N/A	N/A
	Rendición de Cuentas	N/A	2.07	N/A	N/A	N/A	2.75	N/A	2.50	N/A	2.83	N/A	N/A
OS	Aseguramiento	1.00	2.50	3.00	2.14	3.00	2.00	3.00	2.00	3.00	2.27	3.00	1.50
	Relación con MSP	2.25	2.00	1.50	1.00	2.00	2.00	2.25	1.00	2.50	2.50	1.67	2.00
	Tecnología Informática	N/A	1.25	N/A	3.00	N/A	3.00	N/A	2.67	N/A	2.75	N/A	N/A
	Medicamentos	N/A	N/A	N/A	3.00	N/A	N/A	N/A	2.97	N/A	N/A	N/A	N/A
	Asociaciones Pub-Priv	N/A	2.50	N/A	1.00	N/A	1.75	N/A	1.75	N/A	2.00	N/A	2.50
GPL	Municipio	2.75	2.43	3.00	2.50	3.00	1.93	2.92	2.00	3.00	2.25	2.75	2.14
	CCS	N/A	2.68	N/A	3.00	N/A	2.76	N/A	2.73	N/A	2.75	N/A	2.68
	ONG	N/A	2.25	N/A	3.00	N/A	2.00	N/A	2.00	N/A	2.50	N/A	3.00
RDC	RDC	2.00	1.50	N/A	2.33	1.13	1.71	1.38	2.46	2.50	2.50	2.50	2.00



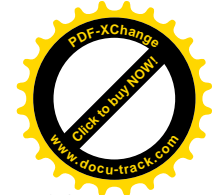
Cuadro 4. Datos de Guayaquil. Datos de ED y CD según subfunción, por funcionarios. Verde significa amplio, amarillo significa moderado, y rojo significa restringido.

GUAYAQUIL		DMSD		DMSF		DMSP		DMH		DMA		CMC	
		ED	CD	ED	CD	ED	CD	ED	CD	ED	CD	ED	CD
EPO	Planificación Estratégica	2.00	2.60	2.00	2.20	2.00	1.60	2.00	2.00	3.00	1.40	3.00	3.00
	Planificación Operacional	3.00	2.50	3.00	2.00	3.00	1.80	3.00	2.50	1.00	2.00	3.00	2.50
GF	Proceso Presupuestario	2.50	2.21	2.00	2.25	2.00	1.40	1.00	N/A	3.00	2.00	2.75	N/A
	Gastos Usuarios	2.50	2.50	2.50	2.33	2.50	2.33	3.00	N/A	1.00	3.00	N/A	N/A
RRHH	Personal	2.26	2.48	2.05	2.17	1.81	1.20	2.42	2.07	3.00	3.00	N/A	2.00
	Rendición de Cuentas	N/A	2.96	N/A	1.83	N/A	2.67	N/A	1.89	N/A	N/A	N/A	N/A
OS	Aseguramiento	1.00	1.70	1.00	2.14	1.00	1.29	2.00	2.00	1.00	2.00	N/A	2.00
	Relación con MSP	2.44	3.00	2.22	3.00	1.89	1.50	2.11	3.00	2.43	1.00	1.67	N/A
	Tecnología Informática	N/A	1.67	N/A	2.00	N/A	2.25	N/A	2.20	N/A	2.33	N/A	N/A
	Medicamentos	N/A	N/A	N/A	2.57	N/A	N/A	N/A	2.54	N/A	N/A	N/A	N/A
	Asociaciones Pub-Priv	N/A	2.75	N/A	1.00	N/A	1.75	N/A	1.00	N/A	2.80	N/A	N/A
GPL	Municipio	3.00	2.38	2.50	1.86	2.58	2.00	2.00	1.75	3.00	2.33	3.00	3.00
	CCS	N/A	1.67	N/A	1.00	N/A	2.00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	1.00
	ONG	N/A	2.67	N/A	1.00	N/A	2.00	N/A	1.00	N/A	3.00	N/A	3.00
RDC	RDC	2.25	2.58	N/A	2.00	2.75	2.92	N/A	1.50	N/A	2.33	1.50	2.67



Cuadro 5. Datos de Cuenca. Datos de ED y CD según subfunción, por funcionarios. Verde significa amplio, amarillo significa moderado, y rojo significa restringido.

CUENCA		DMSD		DMSF		DMH		DMA		CMC		DCS	
		ED	CD	ED	CD	ED	CD	ED	CD	ED	CD	ED	CD
EPO	Planificación Estratégica	2.00	1.80	3.00	2.60	1.50	2.00	3.00	2.20	3.00	1.00	3.00	3.00
	Planificación Operacional	N/A	2.33	3.00	2.50	3.00	3.00	3.00	2.50	1.00	1.00	3.00	3.00
GF	Proceso Presupuestario	2.33	2.50	2.60	2.73	2.75	1.00	2.60	1.60	1.00	N/A	1.75	2.75
	Gastos Usuarios	2.00	2.00	2.50	2.50	3.00	3.00	1.50	1.50	N/A	N/A	N/A	N/A
RRHH	Personal	2.24	2.56	2.19	2.33	1.83	2.28	1.90	2.00	1.00	1.00	2.33	3.00
	Rendición de Cuentas	N/A	2.83	N/A	2.50	N/A	2.17	N/A	1.84	N/A	N/A	N/A	N/A
OS	Aseguramiento	1.50	1.75	2.00	2.75	N/A	2.44	1.50	2.33	N/A	1.00	2.00	2.00
	Relación con MSP	2.00	1.00	2.22	3.00	2.11	1.50	2.22	2.00	1.00	1.00	2.50	2.50
	Tecnología Informática	N/A	1.80	N/A	1.33	N/A	1.60	N/A	1.57	N/A	N/A	N/A	N/A
	Medicamentos	N/A	N/A	N/A	2.60	N/A	2.92	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	Asociaciones Pub-Priv	N/A	2.80	N/A	2.25	N/A	2.00	N/A	2.60	N/A	1.00	N/A	1.75
GPL	Municipio	3.00	2.25	2.83	2.00	2.58	1.50	2.50	1.71	1.08	1.00	2.75	2.57
	CCS	N/A	1.78	N/A	2.57	N/A	1.97	N/A	2.40	N/A	1.73	N/A	2.33
	ONG	N/A	2.67	N/A	1.00	N/A	1.00	N/A	1.00	N/A	1.00	N/A	2.67
RDC	RDC	1.88	2.13	1.00	1.50	1.00	1.00	1.00	1.50	1.00	1.00	1.00	2.25



Cuestionario de “Espacio de decisión,” capacidades y rendición de cuentas para las DIRECCIONES MUNICIPALES DE SALUD DEL ECUADOR

Objetivos de la investigación

Esta investigación utiliza la teoría de “Espacio de Decisión” (Decision-Space) de Thomas Bossert de la Facultad de Salud Pública de Harvard para comparar la descentralización/desconcentración del sistema de salud en los cantones de Quito, Guayaquil, Cuenca, Cotacachi, y Tena, los cuales son ejemplos representativos de los diversos sistemas del país. “Espacio de Decisión” es una medición del nivel de autoridad y autonomía sobre las funciones específicas de salud que tienen los actores locales según sus propios puntos de vista. Además, esta investigación medirá la capacidad administrativa, la rendición de cuentas y la responsabilidad local. Las autoridades necesitan cierta capacidad para administrar sus funciones, y es importante medir si el personal, la capacitación, y las pautas de cada actor son suficientes. Mientras tanto, la rendición de cuentas y la responsabilidad local pueden variar bastante entre cantones, y su influencia sobre las decisiones que toman las autoridades también debe ser medida.

Los objetivos generales de la investigación son:

1. Medir la autonomía (“Espacio de decisión”) que las autoridades locales tienen sobre las siguientes funciones de salud:
 - a. Estrategia y planificación operacional
 - b. Gestión financiera
 - c. Recursos humanos
 - d. Organización de servicios
 - e. Gobernanza y participación local
 - f. Reconocimiento de las diversidades culturales
2. Evaluar la capacidad administrativa de los actores locales.
3. Evaluar la influencia de la rendición de cuentas y la responsabilidad local.
4. Analizar datos e indicadores de desempeño de salud.

Un análisis de las relaciones entre el “Espacio de decisión”, la capacidad y la rendición de cuentas, además de los indicadores del desempeño de los sistemas de salud, hará posible dar recomendaciones sobre la gestión de los presupuestos, los recursos humanos, y la provisión de los servicios de salud en los cinco cantones de interés.

Para medir el “Espacio de decisión” de los cantones de Quito, Guayaquil, Cuenca, Cotacachi y Tena, aplicaremos la siguiente encuesta a los funcionarios locales de los Municipios. Esta encuesta tiene preguntas cerradas sobre la autonomía de las autoridades en relación a las funciones de salud, para hacer una categorización de cada función como “restringida”, “moderada” o “amplia”. La encuesta también tiene preguntas para medir la capacidad, la rendición de cuentas y la percepción de responsabilidad local.

La información recogida a través de la aplicación de esta encuesta se mantendrá de forma confidencial y solamente se la utilizará para valorar las necesidades y proponer intervenciones que mejoren el sistema de salud. La encuesta requiere 45-60 minutos para su aplicación.



Características individuales

1. Nombre: _____ (lo cambiaremos por un número para mantener el anonimato)

a. Número de contacto: _____

b. Correo electrónico: _____

2. Fecha: _____

3. Cantón: _____

4. ¿Cómo se llama su puesto actual? _____

5. Tiempo en su puesto actual: _____ meses / años

6. Tiempo en este Municipio: _____ meses / años

7. Tiempo bajo de la administración actual: _____ meses / años

8. Años trabajando en los servicios de salud: _____

9. Capacitación profesional – Hacer una lista de títulos y especializaciones

10. Alguna capacitación adicional de gestión (RRHH, logísticas, etc.) de una semana o más, cursos en el exterior y en el país: (Nombre del curso, duración, cuándo era)

11. ¿Cómo es la escala salarial en su Municipio? _____

¿De cuál rango es su sueldo? _____

a. ¿Cuánto es su sueldo mensual? \$ _____

Planificación estratégica y operativa

12. ¿Cuáles son las cinco prioridades de intervención actuales sobre la salud en este Municipio?

a. _____

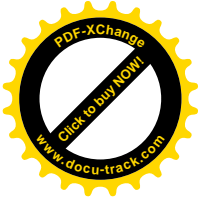
b. _____

c. _____

d. _____

e. _____

13. ¿Ha recibido capacitación profesional en planificación estratégica (de visión, a largo plazo) (versus planificación operativa)? Sí ___ No ___



14. ¿Ha recibido capacitación de planificación operativa (anual, de actividades, implementación, programas específicos, a nivel local)? Sí ___ No ___

15. ¿Existe un plan estratégico de desarrollo en este Municipio?

Sí ___ No ___ (por favor, si lo tiene, me podría mostrar)

a. ¿Existe un plan estratégico de salud dentro del plan de desarrollo o aparte?

Sí, existe dentro ___ Sí, existe aparte ___ No existe ___

b. Si existe, ¿usted participó activamente en el diseño del plan estratégico de salud?

Sí ___ No ___

Comentarios: _____

16. ¿Existe un plan operativo anual de salud municipal? Sí ___ No ___

a. Si existe, ¿usted participó activamente en el diseño del plan operativo anual de salud? Sí ___ No ___

b. ¿Recibió apoyo técnico a nivel provincial o nacional para hacer su plan?

Sí ___ No ___

c. Durante su proceso de planificación, ¿examinó el presupuesto? Sí ___ No ___

Comentarios: _____

17. Si respondió sí al 15 y al 16, ¿influye el plan estratégico de salud municipal (o provincial) en los planes operativos actuales?

a. No, no hicimos un plan estratégico y no conozco el plan estratégico municipal/provincial. ___

b. No, la situación ha cambiado tanto que el plan estratégico ya no es válido. ___

c. No, el plan operativo se basa principalmente en lo que pasó el año anterior. ___

d. Sí, hemos cambiado el plan operativo un poco pero la mayoría se basa en lo que pasó el año anterior. ___

e. Sí, hemos cambiado el plan operativo para que se alinee mejor con el plan estratégico municipal de salud. ___

f. Otro _____

18. En la mitad o al fin del año, ¿evalúa la consecución de los objetivos del plan operativo? [Indica todos que aplican]

a. Sí, evaluamos los objetivos planificados a nivel municipal. ___

b. Sí, evaluamos los objetivos planificados a nivel nacional. ___

c. No, nunca hacemos evaluaciones. ___

d. No, nuestras evaluaciones no se basan en una revisión de logros planificados. ___

e. Solamente monitoreamos estos planes y actividades: _____

f. Otro _____

19. ¿Puede establecer prioridades locales que son diferentes de las prioridades provinciales y nacionales? Sí ___ No ___ A veces ___ Nunca lo hemos intentado ___

Comentarios: _____

20. ¿Participaron los representantes de otros sectores en la formulación del plan



municipal de salud? Sí ___ No ___

a. ¿Han incluido las actividades de otros sectores en el plan municipal de salud?

Sí ___ No ___

b. Si otros sectores han jugado un papel, ¿cuáles son?

i. _____

ii. _____

iii. _____

Comentarios: _____

Gestión financiera

21. ¿Aplican el manual de reglas financieras y presupuestarias nacionales del Ministerio de Finanzas en el Municipio? Sí ___ No ___

a. ¿Tiene usted estos dos manuales actualmente? (Por favor, muéstreme)

Sí, ambos ___ Sí, sólo uno ___ No ___

b. Si los tiene, ¿han sido útiles para manejar las finanzas?

Sí ___ No ___ A veces ___

c. ¿Han elaborado algunos manuales financieros y presupuestarios específicos en el Municipio? Sí ___ No ___

Comentarios: _____

Gastos usuarios e impuestos

22. ¿Usted decide cuánto se cobra por los servicios de salud o se toma esta decisión a nivel provincial o nacional?

Decisión municipal ___ Decisión provincial ___ Decisión nacional ___

Comentarios: _____

23. ¿A dónde ingresa la recuperación de costos de los usuarios?

A las unidades de salud ___ A la Dirección Municipal de Salud ___ al Municipio ___

24. ¿Hay impuestos municipales? Sí ___ No ___

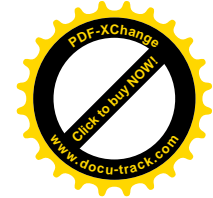
a. ¿Se utiliza los ingresos de los impuestos municipales en la salud? Sí ___ No ___

b. ¿Existe un impuesto municipal específico en salud? Sí ___ No ___

Comentarios: _____

Proceso presupuestario

25. En el proceso presupuestario para la salud, ¿desarrolla sus propios criterios para asignar el presupuesto o sigue las instrucciones provinciales o nacionales (i.e. el número de camas)? Propios criterios ___ Instrucciones provinciales ___ Instrucciones nacionales (MSP) ___



26. En el proceso presupuestario para la salud, ¿qué criterios usa usted para asignar la porción del presupuesto que no son salarios a las diferentes unidades de salud?
- a. El presupuesto anterior más aumentos (o menos reducciones). ____
 - b. Cambios en el número de servicios proveídos de cada unidad de salud. ____
 - c. Análisis detallado de las variaciones de las tasas de enfermedad según datos epidemiológicos. ____
 - d. Repartir más a las poblaciones vulnerables:
 - i. Áreas pobres. ____
 - ii. Áreas rurales. ____
 - iii. Grupos étnicos marginados. ____
 - e. No se ha establecido un criterio uniforme, sino que decidimos según cada caso con criterios diferentes. ____
 - f. Otro _____

27. Al preparar el presupuesto para la salud, ¿quién trabaja con usted para tomar las decisiones sobre asignaciones?
- a. Yo mismo decido las asignaciones. ____
 - b. Solamente consolido los presupuestos de las unidades de salud. ____
 - c. Yo mismo decido las asignaciones porque las unidades de salud no son capaces de preparar sus propios presupuestos. ____
 - d. Consulto con otros actores. ____
 - e. Coordino con el MEF para tomar las decisiones. ____
 - f. Otro _____

28. Después de presentar el presupuesto al Municipio el año anterior, ¿qué pasó?
- a. Se consolidó la propuesta sin cambios. ____
 - b. Redujo la propuesta después de hablar con usted. ____
 - c. Redujo la propuesta sin explicación. ____
 - d. Un representante del MEF intervino. ____
 - e. Otro _____

Comentarios: _____

29. ¿Ha logrado la aprobación de su presupuesto (tal como fue presentado)?

Sí ____ No ____

Si lo ha logrado, ¿cómo lo logró?

- a. Reunión con otras autoridades locales. ____
- b. Reunión con un representante del MEF. ____ ¿Con quién era? _____
- c. Reunión con los políticos elegidos. ____
- d. Reunión con los miembros de la asamblea local. ____
- e. Contactos personales con _____
- f. Otro _____

30. Cuando se aprobó el presupuesto del año anterior, ¿cómo hizo reasignaciones?

- a. No hice ningunas reasignaciones. ____
- b. Solamente hice reasignaciones de poca importancia que no necesitaron aprobación adicional. ____



- c. Pedí reasignaciones con el apoyo del consejo cantonal de salud. ____
- d. Pedí reasignaciones que requerían aprobación del representante del MEF y:
 - i. las aprobó sin modificaciones. ____
 - ii. no las aprobó. ____
 - iii. modificó las reasignaciones propuestas. ____

31. ¿Hubo algún incremento no programado al presupuesto del año anterior?
Sí ____ No ____

Comentarios: _____

32. Durante el último año, ¿le proveía el gobierno nacional (MEF) a usted las pautas y capacitación suficiente para planificar el presupuesto y para manejar las finanzas?
Sí ____ No ____

a. Explique los tipos de pautas y capacitación que ya existen y los que se necesita:

34. ¿Cuenta con personal suficiente con capacitación adecuada para manejar los presupuestos?

- a. ¿Tiene puestos suficientes para contadores? Sí ____ No ____
- b. ¿Tiene puestos vacantes de contadores? Sí ____ No ____
 - i. ¿Cuántos? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____
- c. ¿Tiene puestos suficientes de empleados de cuentas/asistentes? Sí ____ No ____
- d. ¿Tiene puestos vacantes de empleados de cuentas/asistentes? Sí ____ No ____
 - i. ¿Cuántos? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____
- e. ¿El personal de administración ha sido capacitado suficientemente para manejar los presupuestos? Sí ____ No ____

Comentarios: _____

35. ¿Qué tipo de entrenamiento o capacitación específica sería útil para superar los problemas de gestión financiera que ha tenido?

- a. Ninguna ____
- b. Contabilidad ____
- c. Gestión financiera ____
- d. Reglas presupuestarias ____
- e. Planificación ____
- f. Otro _____

Comentarios: _____

36. Si se le hubiera dado más autoridad para tomar decisiones sobre los gastos e ingresos, ¿necesitaría más o diferentes clases de personal? ¿Qué tipos de personal?



Otras fuentes de financiamiento

37. ¿Recibió el Municipio donaciones de otras organizaciones en los últimos años?

Donaciones individuales ____	Cuánto en USD _____	¿Quién? _____
ONG locales ____	Cuánto en USD _____	¿Cuál? _____
ONG internacionales ____	Cuánto en USD _____	¿Cuál? _____
Cooperación bilateral ____	Cuánto en USD _____	¿Qué país? _____
Cooperación multilateral ____	Cuánto en USD _____	¿Cuál? _____
Otras _____	Cuánto en USD _____	

Comentarios: _____

38. ¿Cuáles actividades (i.e. malaria, planificación familiar, HIV/AIDS, equipo hospitalario, etc.) eran financiadas por estas fuentes?

Donaciones individuales: _____
ONG locales: _____
ONG internacionales: _____
Cooperación bilateral: _____
Cooperación multilateral: _____
Otras: _____

39. ¿Quién tomaba las decisiones sobre cómo usar los fondos donados por otras organizaciones (ONGs, cooperaciones, etc)?

- Yo mismo hago las asignaciones. ____
- Consulta con el Municipio. ____
- Coordino con la Dirección Provincial o el MSP nacional. ____
- Otro _____

Comentarios: _____

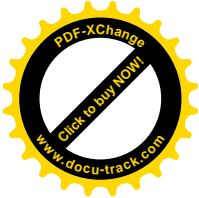
Recursos humanos

40. ¿Puede contratar, ascender, sustituir, trasladar, sancionar y despedir el personal de que hay puestos aprobados? Sí ____ No ____

- Si puede, ¿hasta qué rango? _____
- Si puede, durante el último año, ¿aproximadamente cuánto personal ha: [Leer las opciones]
 - Contratado _____
 - Ascendido _____
 - Sustituido _____
 - Trasladado _____
 - Sancionado _____
 - Despedido _____

Comentarios: _____

41. ¿Ha propuesto usted poder contratar, ascender, sustituir, trasladar, sancionar o



despedir un empleado con un rango más alto que el suyo al gobierno municipal? Sí ____
No ____

a. Si lo ha hecho, ¿se aprobaron sus propuestas?

La mayoría de casos ____ Pocos casos ____ Nunca ____

b. Si no aprobaron sus propuestas en general, ¿quién le rechazó? _____

c. ¿Por qué no las aprobaron?

i. No se dio una razón. ____

ii. ¿Piensa que usted no dio suficiente justificación o información? ____

iii. ¿Piensa que la autoridad rechazó su propuesta por razones personales y no técnicas? ____

iv. Usted no inició la decisión, sino que la autoridad más alta la inició. ____

v. ¿Qué dijo la autoridad sobre sus razones? _____

42. ¿Existe un comité municipal de selección? Sí ____ No ____

a. Si existe, ¿ha consultado este comité para contratar puestos vacantes?

Siempre ____ A veces ____ Nunca ____

Comentarios: _____

43. Durante el último año, ¿ha recomendado la creación de nuevos puestos?

Sí ____ No ____

a. Si lo ha recomendado, ¿se aprobaron sus propuestas?

La mayoría de casos ____ A veces ____ Pocos casos ____ Nunca ____

44. ¿Cómo caracterizaría su relación con el MSP? [Leer las opciones]

a. Trabajamos bien juntos y no tenemos diferencias significativas. ____

b. Trabajamos bien juntos aunque tenemos algunas diferencias. ____

c. Tenemos diferencias pero estamos de acuerdo la mayoría del tiempo. ____

d. Tenemos diferencias y raras veces estamos de acuerdo. ____

e. Tenemos diferencias serias que me ha hecho difícil hacer mi trabajo. ____

Comentarios: _____

45. ¿Cómo caracterizaría su relación con las autoridades municipales de salud y los directores de los hospitales? [Leer las opciones]

a. Trabajamos bien juntos sin desacuerdos claros. ____

b. Trabajamos bien juntos aunque tenemos algunas diferencias. ____

c. Tenemos diferencias y raras veces estamos de acuerdo. ____

d. Tenemos diferencias serias que me ha hecho difícil hacer mi trabajo. ____

e. Otro _____

46. ¿Cuáles métodos se usa para evaluar el rendimiento de los empleados de alto rango?

a. Visitas de supervisión:A menudo ____ Rara vez ____ Nunca ____

b. Informe de avances de las unidades de salud:
.....A menudo ____ Rara vez ____ Nunca ____

c. Entrevistas individuales con el personal:A menudo ____ Rara vez ____ Nunca ____

d. Objetivos acordados:A menudo ____ Rara vez ____ Nunca ____



e. Observación personal: A menudo ___ Rara vez ___ Nunca ___

47. ¿Puede recompensar al personal para reconocer su buen rendimiento?

Sí ___ No ___

Si puede, ¿cuáles tipos de recompensas (incentivos) puede dar?

a. Reconocimiento verbal: A menudo ___ A veces ___ Nunca ___

b. Carta de agradecimiento: A menudo ___ A veces ___ Nunca ___

c. Traslado a un puesto más atractivo: A menudo ___ A veces ___ Nunca ___

d. Aumentos de sueldo: A menudo ___ A veces ___ Nunca ___

e. Bonos/primas (no permanentes): A menudo ___ A veces ___ Nunca ___

f. Capacitación/desarrollo del personal: A menudo ___ A veces ___ Nunca ___

g. Otro _____

48. Durante el último año, en general ¿quién inició los cambios de personal?

a. Representantes comunitarios o políticos:

..... A menudo ___ Rara vez ___ Nunca ___

b. Supervisor u otro personal del departamento de salud:

..... A menudo ___ Rara vez ___ Nunca ___

c. Para traslados o reasignaciones, el empleo mismo:

..... A menudo ___ Rara vez ___ Nunca ___

d. Otro _____

49. Durante el último año, en general ¿con qué frecuencia consulta con la dirección, con las unidades de salud, o con el empleado mismo sobre las decisiones de personal?

Siempre ___ A veces ___ Nunca ___

51. ¿Tiene un problema de ausentismo en las unidades de salud de salud?

Sí ___ No ___

Si tiene problemas, ¿qué puede hacer para resolverlos?

a. Nada. ___

b. Sancionar el empleado en cuestión. ___

c. Proveer incentivos para recompensar la asistencia. ___

d. Involucrar a la comunidad en certificar la asistencia. ___

e. Traspasarle a un puesto conveniente. ___

f. Otro _____

52. Durante el último año, ¿sus jefes le han avisado de problemas de los servicios que supervisan? Sí ___ No ___

Si le han avisado, ¿qué hizo usted para resolver estos problemas? [Leer las opciones]

a. Verificar el problema de otras fuentes: Siempre ___ A veces ___ Nunca ___

b. Visitar a la unidad de salud: Siempre ___ A veces ___ Nunca ___

c. Llamar al encargado para hablar del problema:

..... Siempre ___ A veces ___ Nunca ___

d. Tomar una acción disciplinaria: Siempre ___ A veces ___ Nunca ___

e. Tomar otra acción correctiva: Siempre ___ A veces ___ Nunca ___

f. Pedir ayuda de la provincia/MSP: Siempre ___ A veces ___ Nunca ___

53. ¿Con qué frecuencia en el trimestre hacen visitas de supervisión? _____



54. ¿Con qué frecuencia tienen reuniones entre los directores de las unidades de salud? Semanal ___ Mensual ___ Trimestral ___ Otro ___
55. ¿Existe un Consejo Cantonal de Salud? Sí ___ No ___
- a. Si existe, ¿con qué frecuencia tenían las reuniones durante el último año (verificado por horarios)? Mensual ___ Trimestral ___ Semestral ___ Otro ___
- b. Si existe, ¿quién asistía a estas reuniones durante el año anterior? [Leer las opciones]
- i. Representante del MSP Siempre ___ A veces ___ Nunca ___
- ii. Director de finanzas y/o planificación Siempre ___ A veces ___ Nunca ___
- iii. Director de educación Siempre ___ A veces ___ Nunca ___
- iv. Director de desarrollo comunitario Siempre ___ A veces ___ Nunca ___
- v. Director municipal de salud Siempre ___ A veces ___ Nunca ___
- vi. Director del hospital Siempre ___ A veces ___ Nunca ___
- vii. Otro representante de salud Siempre ___ A veces ___ Nunca ___
- viii. Representante de la comunidad Siempre ___ A veces ___ Nunca ___
- ix. Representantes políticos Siempre ___ A veces ___ Nunca ___
- x. Representantes de ONG Siempre ___ A veces ___ Nunca ___
- xi. Otro _____
56. ¿El personal suyo (i.e. el encargado de la oficina) tiene la capacidad para manejar la administración de los recursos humanos del personal médico en el municipio?
Sí ___ No ___
- a. Si no, ¿qué tipos de capacitación o capacidades necesitan?

59. ¿Ha tenido usted la capacitación o la experiencia en preparación de contratos para empleados? Sí ___ No ___
60. ¿Ha tenido usted dificultades con la contratación de empleados? Sí ___ No ___
- a. Si ha tenido dificultades, explique los problemas.

62. ¿Ha pedido una capacitación especial para tratar las necesidades identificadas durante el último año? Sí ___ No ___
- a. ¿Se la realizó? Sí ___ No ___
63. ¿Selecciona o nombra estos participantes en los programas de capacitación?
- a. Dirección municipal de salud: Siempre ___ A veces ___ Nunca ___
- b. Dirección provincial/nacional del MSP: Siempre ___ A veces ___ Nunca ___
- c. Talleres patrocinados por donantes: Siempre ___ A veces ___ Nunca ___
- d. Capacitaciones internacionales: Siempre ___ A veces ___ Nunca ___
- e. ¿Quién más selecciona o nombra los participantes?
- i. Donantes: Siempre ___ A veces ___ Nunca ___
- ii. Dirección provincial/nacional: Siempre ___ A veces ___ Nunca ___
- iii. Otro _____
64. Durante el último año, ¿con qué frecuencia se ha reunido con representantes de



asociaciones profesionales o sindicatos sobre asuntos de la gestión de recursos humanos? Nunca ___ Rara vez ___ Semanal ___ Mensual ___ Trimestral ___ Otro ___

Comentarios: _____

65. ¿De cuáles temas habló con las asociaciones o sindicatos?

- a. Traslado de personal en la provincia. ___
- b. Horarios, rotaciones, y vacaciones. ___
- c. Salud ocupacional. ___
- d. Quejas sobre condiciones de trabajo en las unidades de salud. ___
- e. Otro _____

66. ¿Podía usted resolver los problemas con las asociaciones o sindicatos sin pedir intervención de la Dirección Provincial o del MSP?

- a. Siempre lo he resuelto a nivel municipal. ___
- b. Solamente en raros casos he tenido que pedir ayuda de la Dirección Provincial o del MSP nacional. ___
- c. A menudo he tenido que pedir ayuda de la Dirección Provincial o del MSP nacional porque los problemas eran afuera de mi capacidad para resolver. ___
- d. Otro _____

Comentarios: _____

Organización de servicios

67. Durante el último año, ¿ha podido usted modificar los siguientes programas nacionales y provinciales para adaptarlos a sus necesidades?

- a. Cambiar el presupuesto para comprar más suministros: Sí ___ No ___
- b. Redistribuir personal (temporalmente) a puestos diferentes: Sí ___ No ___

68. Durante el último año, ¿inició usted (y su personal municipal) algunos nuevos programas o nuevas maneras de proveer servicios de salud que no estaban en existencia antes o no habían sido promovidos por la Dirección Provincial o el MSP nacional?

Sí ___ No ___

- a. Si inició algo, describa el nuevo programa o la nueva organización: _____

69. Si no está de acuerdo con las prioridades de la Dirección provincial o el MSP nacional (i.e. actividades obligatorias como vacunas, malaria, tuberculosis, planificación familiar, HIV/SIDA), ¿qué hace?

- a. No puedo hacer algo más que implementar lo que requieren. ___
- b. A veces trato de cambiar de opinión del director del programa. ___
- c. A veces ignoro sus órdenes. ___
- d. A veces hago solamente una parte de lo que requieren. ___
- e. Añado mis prioridades a las actividades obligatorias. ___
- f. Otro _____



70. ¿Con qué frecuencia recibe usted y el personal municipal directivos, memoranda, o instrucciones telefoneadas del MSP y de los directores de los programas nacionales sobre las prioridades actuales y nuevas? A menudo (semanal) ____ Moderado (mensual) ____ De vez en cuando (trimestral) ____ Rara vez o Nunca ____

Comentarios: _____

71. ¿Qué efecto tienen estas directivas en las actividades planeadas?

- a. Causan cambios grandes en los planes. ____
- b. Causan cambios moderados en los planes. ____
- c. Causan cambios menores en los planes. ____
- d. No hay que cambiar los planes. ____

72. ¿Son razonables las directivas y ayudan a resolver problemas? Sí ____ No ____

a. Si son, explique:

73. ¿Recibe usted la información de los sistemas informáticos actuales que necesita para tomar decisiones basadas en los hechos? Recibo la mayoría de la información ____ Una parte de la información ____ muy poco de la información que necesito ____

74. Durante el último año, ¿podía usted tomar decisiones de planificación con la información necesaria sobre enfermedades y utilización de servicios del Plan Cantonal de Salud? Sí ____ No ____

a. Si podía, usó esta información: Mucho ____ A veces ____ Rara vez ____ Nunca ____

75. Durante el último año, ¿podía usted tomar decisiones presupuestarias con la información necesaria sobre recursos humanos, gastos, y utilización? Sí ____ No ____

a. Si podía, usó esta información: Mucho ____ A veces ____ Rara vez ____ Nunca ____

Comentarios: _____

76. ¿Recibió usted (o el encargado) los medicamentos y los suministros médicos necesarios? Sí ____ No ____

77. ¿Ha sido capacitado usted (o un encargado) en predecir la cantidad de los medicamentos y los suministros médicos necesarios? Sí ____ No ____

78. ¿Ha cambiado la lista de medicamentos esenciales durante el último año? Sí ____ No ____

79. ¿Cuántos medicamentos hay en la lista? _____

80. ¿Existe un comité de licitación del Municipio para obtener y comprar los medicamentos y los suministros médicos necesarios? Sí ____ No ____

Comentarios: _____



81. ¿Ha sido capacitado en la obtención de los medicamentos y los suministros médicos necesarios? Sí ___ No ___

82. ¿Qué hace usted cuando le avisa que se ha agotado un medicamento o un suministro médico?

- a. Nada:.....A veces ___ Nunca ___
- b. Mover los medicamentos de las unidades que tienen un excedente:
.....A veces ___ Nunca ___
- c. Usar las reservas:.....A veces ___ Nunca ___
- d. Comprar una cantidad pequeña:.....A veces ___ Nunca ___
- e. Reiniciar el proceso de obtención:.....A veces ___ Nunca ___

83. ¿Cómo reparte los medicamentos y los suministros médicos a las unidades de salud en el Municipio?

- a. Según la distribución histórica. ___
- b. Cantidades iguales a cada unidad. ___
- c. Según el proceso de previsión de cada unidad. ___
- d. Otro _____

84. Durante el último año, ¿ha podido asignar el presupuesto de reparación y mantenimiento según sus propias prioridades? Sí ___ No ___

Comentarios: _____

87. ¿Ha iniciado asociaciones públicas/privadas para mejorar acceso, calidad y/o eficiencia de los servicios de salud en el Municipio? Sí ___ No ___

a. Si las ha iniciado, describa el iniciativa:

b. ¿Esta iniciativa ha logrado sus objetivos?
Totalmente ___ Una gran parte ___ Un tanto ___ Muy poco ___

88. ¿Ha preparado un contrato con los proveedores del sector privado? Sí ___ No ___

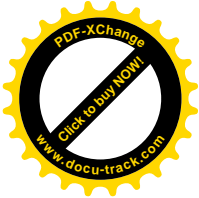
a. Si lo ha preparado, ¿Ha tenido algunos problemas con los contratos? Sí ___ No ___
Explique: _____

89. ¿Ha recibido la capacitación de hacer contratos para iniciar asociaciones públicas/privadas? Sí ___ No ___

Comentarios: _____

Planes de aseguramiento

90. ¿Qué es para usted el aseguramiento? _____



91. ¿El aseguramiento universal es una prioridad para la Dirección Municipal de Salud? Sí ___ No ___

a. ¿Cuál cree usted que debe ser la prioridad principal del Municipio, el aseguramiento universal o la gratuidad? Aseguramiento ___ Gratuidad ___ Otro ___

Comentarios: _____

92. Durante el último año, ¿con qué frecuencia ha tenido reuniones con la dirección municipal del aseguramiento? Semanal ___ Mensual ___ Trimestral ___ Nunca ___

93. Durante el último año, ¿con qué frecuencia ha tenido reuniones con un representante del PAS? Semanal ___ Mensual ___ Trimestral ___ Nunca ___

94. Durante el último año, ¿con qué frecuencia se hizo auditoría del plan de prestaciones? Diario ___ Semanal ___ Mensual ___ Nunca ___

Si se la hizo, ¿quién era el auditor?

a. El Municipio. ___

b. Un auditor privado. ___

c. El MSP. ___

d. Otro _____

95. Durante el último año, ¿ha podido usted tomar decisiones sobre la cobertura de afiliados específicos con la información necesaria? Sí ___ No ___

a. ¿Tiene acceso a los datos de los usuarios?

Sí, electrónicamente ___ Sí, en los archivos de las unidades de salud ___ No ___

b. Si tiene, ¿con qué frecuencia usa este tipo de información?

Mucho ___ A veces ___ Rara vez ___ Nunca ___

Comentarios: _____

96. ¿Existe una integración del sistema informático del seguro y de los sistemas del Municipio y/o del MSP? Sí, entre todos ___ Sí, sólo con el Municipio ___ No ___

97. ¿Cuenta con personal médico suficiente en todas las unidades de salud?

a. ¿Tiene puestos suficientes para médicos? Sí ___ No ___

b. ¿Tiene puestos vacantes de médicos? Sí ___ No ___

i. ¿Cuántos? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

c. ¿Tiene puestos suficientes de enfermeras? Sí ___ No ___

d. ¿Tiene puestos vacantes de enfermeras? Sí ___ No ___

i. ¿Cuántos? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

Comentarios: _____

98. ¿Con qué frecuencia tiene que rechazar un pedido de una prestación que no se cubra a través del seguro? Mucho ___ A veces ___ Rara vez ___ Nunca ___

Comentarios: _____



99. ¿Quién toma las decisiones sobre qué poblaciones pueden afiliarse con el seguro?
- Yo mismo. ____
 - La Dirección Municipal de Salud. ____
 - El Municipio. ____
 - El PAS/MSP. ____
 - Otro _____

Comentarios: _____

100. Durante el último año, ¿ha recomendado usted abrir o cerrar una unidad de salud que provee servicios a los afiliados? Sí ____ No ____
- a. Si lo ha recomendado, ¿se aprobaron sus recomendaciones?
La mayoría de casos ____ A veces ____ Pocos casos ____ Nunca ____
- b. Si no aprobaron sus recomendaciones, ¿quién le rechazó? _____
- c. ¿Por qué no las aprobaron?
- No se dio una razón. ____
 - ¿Piensa que usted no dio suficiente justificación o información? ____
 - ¿Piensa que la autoridad rechazó su propuesta por razones personales y no técnicas? ____
 - Usted no inició la decisión, sino que la autoridad más alta la inició. ____
 - ¿Qué dijo la autoridad sobre sus las razones?

Comentarios: _____

101. ¿Qué perspectiva tiene el seguro municipal de salud en relación a continuar en el corto, mediano, y largo plazo? _____

Gobernanza y participación local

102. ¿Con qué frecuencia se reúne usted (u otros contactos) con el alcalde/el concejo?
Semanal ____ Mensual ____ Trimestral ____ Nunca ____
- a. ¿Sobre cuáles temas y actividades? _____

103. ¿La salud en el Municipio es una prioridad para el alcalde/el concejo?
Sí ____ No ____
- a. Si no es, ¿cuáles otros sectores son prioridades importantes? _____

104. ¿El gobierno municipal ha apoyado algunas nuevas actividades de salud en los últimos dos años? Sí ____ No ____
- a. Si las ha apoyado, ¿con qué tipos de iniciativas? _____

105. ¿Tienen los consejos cantonales un plan de salud? Sí ____ No ____
- a. Si lo tienen, ¿coordina y/o se reúne con ellos? Sí ____ No ____
Si se reúne, ¿con qué frecuencia? Semanal ____ Mensual ____ Trimestral ____ Nunca ____



Comentarios: _____

106. Durante el último año, ¿con quién tenía reuniones de apoyo sobre las necesidades de salud o para diseminar información?

- a. El alcalde: A menudo ___ Rara vez ___ Nunca ___
- b. Miembros del consejo cantonal: A menudo ___ Rara vez ___ Nunca ___
- c. Los ciudadanos: A menudo ___ Rara vez ___ Nunca ___
- d. Donantes y organizaciones benéficas: A menudo ___ Rara vez ___ Nunca ___

Comentarios: _____

107. ¿Se siente cómodo trabajando con los políticos?

La mayoría del tiempo ___ A veces ___ Rara vez ___

- a. ¿Le gustaría tener capacitación sobre cómo trabajar bien con los políticos?
Sí ___ No necesariamente ___

Comentarios: _____

108. ¿Ha apoyado la creación de las ONGs? Sí ___ No ___

110. ¿Coordina usted con las ONGs locales sobre las actividades de salud?

Sí ___ No ___

- a. ¿Con qué frecuencia? Semanal ___ Mensual ___ Trimestral ___ Nunca ___
- b. ¿Sobre qué sujetos y actividades?

Comentarios: _____

111. ¿Hay otro mecanismo de coordinación intersectorial en el Municipio?

Sí ___ No ___

- a. Si hay, ¿cuáles autoridades y funcionarios asisten a estas reuniones?

b. ¿Con qué frecuencia se reúnen?

Semanal ___ Mensual ___ Trimestral ___ Nunca ___

112. ¿Hay prioridades para implementar mejores y nuevos servicios que varias personas en la comunidad han pedido que todavía no se han hecho como prioridades del representante del MSP y/o los funcionarios municipales elegidos? Sí ___ No ___

- a. Si hay, ¿qué son estas prioridades? _____

Comentarios: _____

Reconocimiento de las diversidades culturales

113. ¿Piensa usted que hay algunos grupos étnicos en la población municipal con necesidades especiales o específicas en salud? [Leer las opciones]



- a. No hay grupos étnicos con necesidades especiales o específicas en el Municipio ___
- b. Sí, hay grupos étnicos con prácticas tradicionales de parto que requieren atención especial. ___
- c. Sí, hay grupos étnicos que usan medicamentos o hierbas tradicionales. ___
- d. Sí, hay grupos étnicos (no económicos) con viviendas y trabajos tradicionales que les expone a peligros. ___
- e. Sí, hay grupos étnicos que resisten a la medicina moderna o prefieren la medicina tradicional por razones culturales. ___
- f. Otro _____

Comentarios: _____

114. ¿Las necesidades culturales específicas y la diversidad de la población municipal se toman en cuenta en la formulación del plan de desarrollo municipal y/o el plan estratégico de salud? Sí ___ No ___

Comentarios: _____

115. ¿Ha recibido capacitación en atención de los diferentes grupos étnicos en la población municipal? Sí ___ No ___

Comentarios: _____

116. ¿Piensa que la Dirección Municipal de Salud tiene la representación de los grupos étnicos presentes en la población municipal? Sí ___ No ___

Comentarios: _____

117. ¿Ha sido peticionado iniciar una campaña de salud para tratar un problema específico de algún grupo étnico? Sí ___ No ___

- a. Si ha sido peticionado, ¿quién le ha pedido?
 - i. Un grupo de ciudadanos: A menudo ___ Rara vez ___ Nunca ___
 - ii. El alcalde o el Municipio: A menudo ___ Rara vez ___ Nunca ___
 - iii. Dirección municipal de salud: A menudo ___ Rara vez ___ Nunca ___
 - iv. Dirección provincial/nacional del MSP:
..... A menudo ___ Rara vez ___ Nunca ___
- b. Si le ha pedido, ¿ha podido implementar esa campaña? Sí ___ No ___

Comentarios: _____

118. ¿Puede establecer prioridades específicas de salud para los grupos étnicos del Municipio que son diferentes de las prioridades provinciales y nacionales?

Sí ___ No ___ A veces ___ Nunca lo hemos intentado ___



Prioridades para el “Espacio de Decisión” en el futuro

119. Desde su punto de vista, ¿sería más importante tener más autoridad sobre las siguientes funciones? Ordene las siguientes funciones según su importancia para usted, empezando con 1 como lo más importante y 9 como lo menos importante:

- ___ a. Ampliación de la cantidad de asignaciones del presupuesto que puede hacer sin aprobación de una autoridad superior
- ___ b. Capacidad de planificar el presupuesto con más flexibilidad
- ___ c. Capacidad de iniciar un programa más grande en el presupuesto de desarrollo
- ___ d. Capacidad de escoger el personal superior en la oficina municipal
- ___ e. Capacidad de contratar y despedir todo el personal municipal
- ___ f. Capacidad de poner las prioridades municipales que anulan las prioridades del MSP de la organización de servicios
- ___ g. Capacidad de iniciar más asociaciones públicos/privados
- ___ h. Capacidad de generar sus propios fondos a través de los cargos usuarios y otros mecanismos
- ___ i. Capacidad de poner las prioridades municipales y armonizar con las prioridades nacionales

Preguntas sobre pre-desconcentración

Noticia: Estas preguntas se dirigen a los encuestados que tenían puestos administrativos antes y después de la descentralización/desconcentración (alrededor de 1998).

120. ¿Qué es para usted la descentralización y la desconcentración? _____

121. ¿Qué puesto tenía? _____

122. ¿Tenía una autoridad de tomar decisiones más, menos o igual después de desconcentración?

- a. Planificación:.....Más ___ Menos ___ Igual ___
- b. Presupuesto:.....Más ___ Menos ___ Igual ___
- c. Gastos:.....Más ___ Menos ___ Igual ___
- d. Recursos humanos:.....Más ___ Menos ___ Igual ___
- e. Provisión de servicios:.....Más ___ Menos ___ Igual ___
- f. Gobernanza y participación:.....Más ___ Menos ___ Igual ___

123. Si tiene menos, ¿a quién se dio esa autoridad?

Comentarios: _____