

Estudio de caso de una experiencia de descentralización

Marcelo Moncayo,
Gobierno de la provincia de Pichincha, Ecuador

Para empezar es importante tratar algunas cosas de fondo dentro de los procesos de gestión técnica y política. Para construir estos procesos en cada uno de nuestros países es cuestión de saberes e ignorancias. Todos coincidimos que la salud es básica para el ser humano, porque obviamente es el resultado de muchos procesos que se realizan fuera del sector salud.

El caso ecuatoriano, el sistema de salud es muy fragmentado. Las líneas de tensión no sólo van desde el punto de vista de los gremios, sino también de aquellas organizaciones de la sociedad civil generadora de micro poderes que se apoyan, de un lado, en la cooperación interna, y del otro de la cooperación externa.

Fue y es a un proceso difícil. Como antecedente se empezó a ver al proceso de descentralización en salud como un parte de un experimento para aplicar lo que se dio por llamar el “Consenso de Washington”, fuertemente apoyado por aquellos que, desde la materia económica, dicen que hay que manejar lo mejor posible los escasos recursos. Pero ¿qué ocurre cuando no existen los escasos recursos para hacer el sistema de salud? ¿Echamos mano de aquellos presupuestos que tienen los gobiernos provinciales y municipales?

Todos los procesos tienen una riqueza; nosotros los llamamos politécnicos porque no pueden estar sustentados exclusivamente en la construcción de conceptos teóricos sustentados por los técnicos. Si no hay un reconocimiento real de los tomadores de decisiones que, como en el caso nuestro, no es necesariamente trabajan en el área de la salud.

En el Ecuador lo que se está buscando básicamente con este proceso es el acceso equitativo a la salud. Como médico pienso que nuestro enfoque no debe estar orientado a la enfermedad sino a la salud, y eso va más allá de la actuación del médico, se relaciona directamente como los procesos de desarrollo del país, del desarrollo comunitario, pienso yo.

Para la descentralización, desconcentración, tenemos un marco legal que nos permite no seguir recreando aquellos procesos, algunos incluso todavía no se han puesto en marcha o no se han cumplido.

Hoy se está hablando de una política de salud muy cerca a la comunidad. Tengo entendido que antes que ser médicos, representantes, asesores, alcaldes, prefectos somos

ciudadanos. Esa es nuestra riqueza ser ciudadanos, y dentro de en una institución ciudadanos transitorios. Por lo tanto aquí no se trata de defender un status quo que ya está establecido, sino sembrar los cimientos para que el que tome la posta encuentre un proceso bien fundamentado y pueda continuarlo.

En Ecuador los poderes Legislativo y Ejecutivo alcanzaron un acuerdo para aprobar la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Fue proceso consensuado en el que participaron doctos en el tema de la salud, y aquellos que no tenemos esa capacidad técnica, pero que creemos que por el derecho de ciudadanos, podíamos aportar.

El Ley orgánica reconoce tres niveles de actuación Tenemos el marco que nos permite empezar un proceso de descentralización. Se reconoce la existencia de los Consejo Nacional, consejos provinciales y consejos cantonales de salud.

En el plano intermedio y local, lo interesante es que quien preside estos consejos, son quienes fueron electos democráticamente, ya no es aquel nombrado por el ministro de salud. Aquí. Sólo esto ya es un cambio en el campo de la organización, establecido no solo en la Ley, sino por mandato constitucional que reconoce la representatividad de la ciudadanía.

En el Ecuador los gobiernos provinciales y cantonales, desde hace mucho tiempo, son elegidos en elecciones populares directas. En la Provincia de Pichincha, una de las más grandes del país y la principal contribuyente del Estado, se cambió el nombre de Consejo Provincial al de Gobierno de Pichincha, porque quien fue electo para el cargo de prefecto y por mandato de la Constitución de la República, emprendió en una transformación político-administrativa para sacar a la provincia de la postración económica, social, cultural y de servicios en que se encontraba sumida, por la dependencia del Gobierno Central.

Lo primero que se hizo fue convocar a una asamblea provincial para que sean todos los representantes de la sociedad civil los que propongan lo que querían para su provincia en base a un plan de desarrollo para veinte años. Esta fue otra de las riquezas de la participación popular en los procesos de gobernabilidad.

El plan define a Pichincha como una región que para el año 2020 contará con un gobierno descentralizado, integrada social y territorialmente gracias a su fuerte identidad cultural; socialmente solidaria y equitativa; económicamente moderna y competitiva, con un ambiente organizado.

Cuando nosotros hablamos de económicamente moderna, no necesariamente estamos diciendo que queremos cumplir con el modelo neo-liberal. Para nosotros hablar de económicamente moderna es hablar de una economía de la solidaridad, diametralmente opuestas a las políticas neoliberales.

Dentro de este contexto por primera vez un gobierno provincial asumía la participación consciente de involucrarse en el sector de la salud. Lo interesante es que esto se hizo en respuesta a lo que propuso la mesa de concertación de salud.

En la Asamblea Provincial participaron 1.050 actores. Ellos dijeron: “Esto, señores, esa lo que creemos que ustedes deben responder, o a esto deben adecuar ustedes la oferta institucional.” La Provincia de Pichincha asumió el compromiso de desarrollar el sistema de salud, e integrarlo al sistema nacional de salud. En mi país un sector piensa que la autonomía es lo primario. No se puede construir un sistema nacional de salud cuando se está pensando en la desestructuración del Estado. Otro factor importante es que buscamos la transparencia; y cuando de ello es ante la sociedad civil.

Trabajamos porque los procesos que se realicen en el sector salud sean lo suficientemente claros para decir que estamos cumpliendo o no, qué debemos modificar, pero, sobretodo, demostrar que somos capaces de Construir cosas que tengan la aceptación de la ciudadanía.

Otro aspecto es la participación. La participación esta orientada a no seguir con el desgaste de ese vocablo, lo cual lastimosamente, nosotros los que estamos en el discurso de la ciencia social, hemos contribuido.

Cuando nosotros pensamos en la participación pensamos en la gente, aquella más vulnerable pero que tiene una extraordinaria capacidad de creación y de ver la realidad, que aquellos que creemos en la realidad a través de los conceptos.

En Ecuador estamos empezando una acción que sabemos nos va a llevar mucho tiempo. Hemos empezado a construir el Sistema Nacional de Salud, primero en base a los diálogos, es decir, a la participación colectiva. Esto es posible gracias a que los representantes son electos por el pueblo. Entonces se esta reconociendo el espacio que corresponde de una gestión delegada por la ciudadanía, que en muchos de los casos es pasiva, pero que tiene la posibilidad de expresarse.

Hablamos de universalidad, pero, ¿cómo a llegar a la universalidad, cuando una de las cosas que principalmente reconocemos es que tenemos muchos déficit? Probablemente de aquí no saldrá lo perfecto, no será lo ideal para muchos, pero la universalidad, se construye a través de una equidad horizontal, en donde todos tengamos acceso por lo menos a algo y no donde algunos tengan acceso. El términos porcentuales en donde el 80% este excluido y el otro 20% regularmente atendido.

Hay que seguir creyendo en las utopías, porque en el momento que perdemos las utopías, perdemos la dirección y la capacidad de construcción. Asumimos como principio la equidad, y cuando nosotros decimos equidad, hay muchas formas de verla. Nos han vendido la equidad de género, de las etnias.

Nosotros creemos que la equidad fundamental está en el financiamiento. Si no existe un claro reconocimiento de cuánto cuesta construir un sistema integral de salud,

sigamos con el discurso de las equidades que ustedes quieran, pero si la equidad no está basada en una microeconomía, sabemos que el mecanismo del goteo es el más inequitativo.

En el asunto de la integralidad, es ahí donde tenemos frecuentemente diferencias con los médicos, porque ellos, cuando hablan de integralidad, hablan de cosas eminentemente dirigidas hacia el sector salud; nosotros hablamos del desarrollo comunitario. Y ese es un cambio de conceptos. La integralidad, la salud, repito, es la resultante de muchos factores. Nosotros creemos que aquí tenemos que incluir a todos los que estamos en los distintos sectores, y también a aquellos que no tienen la capacidad de poder expresarse en los foros.

Generalmente nos reunimos los mismos y ya nos conocemos mucho ¿y? El esquema de la progresividad, es otro de los conflictos que también tenemos con el sector salud, especialmente cuando se habla de los niveles. La progresividad también como proceso de construcción, parte de acuerdos mínimos.

La autonomía está orientada a decir que como ciudadano soy capaz de construir mis propios procesos. Yo voy a hacer un proceso de acuerdo a mis realidades y eso está de acuerdo a mis activos. Es bueno enriquecerse de las experiencias externas, y lo malo es pensar que esas experiencias externas deben ser extrapoladas a realidades tan cambiantes y tan disímiles, como las de otro país.

La autonomía está orientada a que los ecuatorianos tengamos la capacidad de generar nuestros propios procesos y eso tiene mucho que ver también con la participación de los que no tienen el conocimiento técnico conceptual, pero son los que viven y los que pueden decir probablemente que no necesitan que les traigan el experto cardiovascular, sino que quieren es tener un médico por lo menos un día en su comunidad

La participación se sustenta en un proceso de construcción de capacidades orientada básicamente a la construcción de liderazgos colectivos. En el interno, como país, tenemos una etnia indígena muy fuerte, que nos está enseñando que la construcción de los liderazgos colectivos, en muy corto tiempo, los ha llevado a estar en aquellos lugares, que muchos de nosotros no creeríamos que deberían estar. En mi país ellos han llegado a saber lo que es el manejo directo del poder, y eso lo hicieron a través de liderazgos colectivos. Entonces, la idea de participación es sustentar aquella en los liderazgos colectivos que nos permitan a todos nosotros ser capaces de sentirnos actores de una creación que, a su vez, optimice, o por lo menos, nos lleve a una gobernabilidad un poco más real.

En el asunto de la territorialidad, aquí es cuando empezamos a decir a los seccionales, quiénes debemos ser responsables del manejo del territorio: los que están desde Quito capital de la República o los que estamos dispersos por todo el territorio nacional.

¿Por qué es esto? Porque creemos que la distribución, o la forma de gerenciar al Estado, de administrarlo tiene una lógica de territorialidad. Por eso es que se habla de un gobierno central, se habla de un gobierno provincial, se habla de un gobierno municipal, y

ahora, la unidad más chica para nosotros que está en construcción, es el gobierno parroquial.

Cuando decimos gobierno es poder tomar decisiones. Como médico sé que también el territorio me genera una epidemiología muy propia, y las diferencias están, y el conflicto ésta, por ejemplo en que nos han querido enseñar como curar el paludismo a quienes vivimos a 4.000 metros de altura sobre el nivel del mar.

La implantación del Sistema Provincial tiene dificultades. Cuando decimos “el Estado”, no es sólo el Ministerio de Salud, se administra el Estado también desde los gobiernos provinciales y desde los gobiernos municipales. ¿Por qué es que no debemos tener un rol en la normativa o por qué no debemos tener un rol en la generación de políticas, en la aplicación de esas políticas en salud?

Esa es un poco la realidad nuestra. Creemos que tenemos el derecho de empezar a participar en la definición y ejecución de los presupuestos. Siempre nos habla el Ministerio de Salud de presupuestos históricos. Nosotros queremos entrar a participar en la definición de presupuestos reales. Mucho de lo que hacemos los gobiernos seccionales en infraestructura básica, no está siendo considerada como presupuesto de salud.

Y aquí surge otro problema: el aseguramiento. Y la duda que tenemos los provinciales es que ¿si el aseguramiento está orientado a la privatización de los servicios o está orientada a la extensión de la protección social en salud? De eso somos aliados estratégicos con ustedes. Nosotros creemos que el aseguramiento debe estar orientado a la extensión de la protección social de salud. Que creo que son diametralmente opuestos cuando dicen “paguen una prima para que tengan el acceso”.

Lo público y lo privado. El conflicto que se nos presenta es que quienes son prestadores públicos son los dueños de las empresas privadas de salud. Entonces la iniquidad está en que vemos al sector público como ineficiente. Nuestro temor es que ocurra lo que pasó con la empresa Ecuatoriana de Aviación, que siendo una de las más eficaces del Estado, fue desprestigiada y destruida para dar paso a su privatización y venta a precio irrisorio.

Después nos dimos cuenta que también el esquema privatizador fracasó y nos quedamos sin la línea aérea de transporte que prestaba un servicio al que teníamos acceso. Pero como no todo es malo empezamos desde lo real. Dijimos : “no inventemos”, para ver que sí es posible construir esto colectivamente en el país.

Los objetivos del sistema provincial son proporcionar servicios de salud a los ciudadanos y las ciudadanas, a los asentamientos humanos de la Provincia de Pichincha, no estamos haciendo la separación de ciudad o comunidad rural, porque no seremos equitativas. Utilizamos asentamientos humanos porque son seres humanos, tanto en el campo como en la ciudad. Obviamente los ciudadanos del campo son los que menos acceso han tenido a las posibilidades del desarrollo

Volviendo al tema de la descentralización es salud, hay que reiterar que este proceso es un medio para lograr la equidad. Cuan difícil es promover la ciudadanía en salud en un país que ha sido construido a través de la generación de micro poderes. Y yo les decía medio en chiste, medio en serio, tenemos los micro poderes que, consciente o inconscientemente, nos llevan a procesos de ingobernabilidad, porque cada quien respondía a directrices muy claras en cada uno de sus proyectos anuales, y nunca se tuvo como eje fundamental al desarrollo. Pero en eso estamos, creemos que es un proceso muy largo.

Las estrategias son complicadísimas. Vamos a tomar lo que nos está normando y terminaremos con la promoción de la salud. Para nosotros, la promoción de la salud es un sinónimo, o debe ser un sinónimo del desarrollo comunitario. Nosotros estamos trabajando para el desarrollo comunitario. Aquí estamos negociando entre pares. Ya no entre los que habían sido formados exclusivamente con el poder del conocimiento hacia la salud. Y aquí vemos otros que también estamos haciendo un sinnúmero de cosas, que a la larga tienen consecuencias.

Para terminar, unas palabras sobre el proceso de acciones de prevención y control de los riesgos y daños de la salud colectiva. Y aquí también hay algunas divergencias, porque nosotros, cuando pensamos en la salud colectiva, no nos quedamos exclusivamente en la salud laboral. Tenemos mucho más que nos está afectando colectivamente. Y una de las cosas que yo les podría decir, medio en chiste, medio en serio, como decimos en el Ecuador, “queremos disminuir la microcoprofagia”, y eso se hace a través de los gobiernos locales.